NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie xxx (xxxx) xxx—xxx

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ÉDITORIAL

Grand âge et fin de vie : les ambivalences de notre société

Old age and the end of life: The ambivalence of our society

Les questions sociétales à la fois clivantes, bouleversantes et intimes de la fin de vie ne se préoccupent pas ou peu des personnes très âgées dont nous prenons soin en gériatrie. Pourtant, celles-ci sont les premières concernées, ainsi que leurs familles. Le débat est partagé entre ce que nos concitoyens souhaiteraient pour eux-mêmes, vivre le plus longtemps en bonne santé et maîtriser leur fin de vie, et ce qu'ils espèrent pour leurs proches qui vont mourir : le plus vite possible, sans agonie et sans souffrance ni douleur. Rappelons qu'en France, en 2022, l'espérance de vie à la naissance est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,4 ans pour les hommes [1] et que le décès survient souvent aux âges relevant de la gériatrie, soit après 75 ans et au-delà. Ainsi, selon les données de 1990 à 2020, 69 % des Français meurent à 75 ans et au-delà [2]. La fin de vie possède une connotation pronostique exclusive. Qualificatif contingent, il risque de représenter un fourre-tout incertain que l'on souhaiterait maîtriser, voire abréger. De plus, si elle recouvre diverses durées pour les Français interrogés en 2022, elle est davantage associée aux dernières années de vie pour 35 % d'entre eux [3].

Les enquêtes d'opinion sont sans ambiguïté : les Français voudraient en grande majorité vieillir, voire finir leur vie à domicile [4]. C'est pourtant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qu'elle se conclut pour 26 % d'entre eux [5] et, pour une majorité, à l'hôpital ou en clinique pour 60 %. C'est un phénomène inédit par son ampleur, qui doit éveiller l'attention des praticiens quant à une nouvelle législation dans ce domaine.

https://doi.org/10.1016/j.npg.2023.08.002
1627-4830/© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Pour citer cet article : V. Lefebvre des Noëttes and B. Pradines, Grand âge et fin de vie : les ambivalences de notre société, Neurol psychiatr gériatr, https://doi.org/10.1016/j.npg.2023.08.002

Quand le grand âge avec dépendances devient un fardeau social

Le grand âge s'accompagne de pathologies chroniques malgré l'affirmation répétitive et performative selon laquelle « la vieillesse n'est pas une maladie ». Ainsi, en 2019, à partir de 75 ans, 91 % des personnes avaient au moins une pathologie ou un traitement chronique [6]. Dans cette même population, 17 % des femmes et 26 % des hommes cumulaient au moins trois pathologies. La fin de vie n'est pas univoque mais singulière et recouvre donc un ensemble de situations variées qui requièrent des réponses adaptées et complémentaires : organiques, psychiques, sociales, spirituelles, accompagnement des proches. Ces besoins ne vont pas cesser de s'accroître dans les années à venir en raison de l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population [5]. Or, depuis 1999, les soins palliatifs sont à la peine. Malgré des plans gouvernementaux successifs (nous en sommes au cinquième lancé en 2021), leur développement demeure chaotique, en tout cas défaillant pour répondre au défi de la démographie de l'âge confrontée à celle du nombre de soignants, à l'inégal maillage territorial des services dédiés, des réseaux, à l'insuffisance de formation des acteurs de terrain. Près de deux tiers de nos concitoyens n'ont pas accès aux soins palliatifs et seulement 30 % de ceux qui les requièrent peuvent réellement en bénéficier selon le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie [7].

En France, 22 départements sont encore dépourvus d'unité de soins palliatifs [8]. L'ambivalence de notre société tient au fait que l'on souhaite vieillir mais uniquement de « belle » manière ou en restant jeune, et que la loi Grand Âge promise en 2018 par le président de la République est passée aux oubliettes en 2021 [9] et l'on craint le même sort pour celle sur le « bien vieillir » une nouvelle fois repoussée « faute » de temps... [10].

Le « long mourir » est pointé du doigt. Tous ces vieux déments qu'on maintiendrait en soins de longue durée (SLD) ou en Ehpad, est-ce bien raisonnable ? Ainsi s'interrogent les politiques, les personnes actives et en bonne santé ; surtout depuis les récents scandales dénoncés dans le livre de Victor Castanet, *Les Fossoyeurs* [11]. Le caractère durable, incertain, mal prévisible d'une vie qui n'en finit pas, ne correspond pas à la gestion moderne contrainte de la temporalité. Pas davantage qu'à la tendance accrue à l'anticipation et à la maîtrise de son destin censée gommer toute angoisse. Pis, ce moment de la vie est devenu onéreux par la mobilisation, au-delà du dévouement gratuit de la famille, de services à domicile puis d'établissements, nuits et week-ends inclus. L'isolement géographique et le sentiment d'abandon par une famille affairée, souvent dispersée, peuvent renforcer une perception négative de l'estime de soi chez la personne âgée : « je suis devenue un fardeau » selon le qualificatif explicite de Zarit et al. concernant les proches aidants [12]. Ainsi, l'autonomie devenue défaillante, la solidarité collective devrait prendre le relais. Sinon, quand la dépendance s'installe et le vieillissement avec handicap deviennent inéluctables, seul un sauve-qui-peut individuel pourra apparaître comme une solution admissible. Ce qui est renforcé par l'avis 139 du Comité consultatif national d'éthique [13], le rapport de la convention citoyenne [14] et le récent avis favorable de l'Académie nationale de médecine [15] pour, dans des conditions encadrées, promouvoir une aide active au suicide assisté ; alors que nos personnes âgées souffrant de troubles cognitifs ne sont plus en capacité d'exprimer un éventuel choix sur les conditions de leur fin de vie. La plupart du temps, elles s'accrochent encore à la vie.

Comment répondre à une personne âgée confrontée à une brutale perte d'autonomie fonctionnelle, souffrant d'une fracture du bassin, exprimant l'idée qu'elle est un déchet, qu'il n'y a plus qu'à la mettre à la poubelle ? Qui n'a pas entendu formuler en milieu professionnel cette idée récurrente et infondée qu'on n'envoie pas les vieux aux Urgences pour les soigner mais pour s'en débarrasser ?

Aller en Suisse ou en Belgique devient une expression courante, un moyen de pression et une revendication qui remplacent d'autres formulations plus anciennes quant au désir de mort.

S'appuyant sur des cas rares, voire exceptionnels, posant des difficultés éthiques et déontologiques, un militantisme de bien portants s'est développé à la mesure des inquiétudes sur les possibilités collectives de solidarité envers les plus vulnérables d'entre nous. Pointant à juste titre les insuffisances dans le domaine de l'accès aux soins palliatifs, des mesures expéditives sont prônées, programmables, radicales et irréversibles. Elles renforcent les peurs justifiées d'une fin de vie peu enviable car vécue dans des conditions parfois indignes. Comment ceux qui vont mourir ne percevraient-ils pas ce message, même s'ils gardent le plus souvent le silence devant leur finitude proche ? Alors que certaines lois ne sont pas encore suffisamment connues et déployées, il semble judicieux de les rappeler.

Quelles sont les lois en France ?

Depuis plus de vingt ans, quatre lois essentielles ont été adoptées par la représentation nationale. Elles ont pour point commun le renforcement à la fois de l'autonomie de la personne et du devoir solidaire de son accompagnement.

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 [16] vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ».

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 [17] relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le droit à l'information et le droit au consentement ainsi qu'au refus de consentement. S'y trouve aussi une incitation à désigner une personne de confiance qui sera le porte-parole de la personne qui n'a plus la capacité d'exprimer sa volonté.

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 [18] relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle dispose que l'obstination déraisonnable, anciennement l'acharnement thérapeutique, est interdite par l'obligation de ne pas empêcher la mort d'advenir lorsque les traitements apparaissent « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». L'article 2 de la loi Leonetti de 2005 autorise, pour soulager la souffrance du malade en fin de vie, le recours à des médicaments susceptibles de provoquer ou d'accélérer la mort du patient. C'est le double effet. Elle donne la possibilité d'écrire des

directives anticipées qui sont, sauf urgence ou inadéquation avec la situation vécue par la personne, contraignantes mais non opposables pour le médecin. En cas de limitation et d'arrêt de traitement (LAT), est instaurée la nécessité d'une « procédure collégiale », c'est-à-dire d'une discussion entre professionnels de santé, prenant appui sur les directives anticipées si elles existent ou prenant en compte l'avis de la personne de confiance, ou à défaut celui de la famille et des proches. Le médecin ne doit pas agir seul.

La loi nº 2016-87 du 2 février 2016 dite Claeys-Leonetti [19], crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Les principes de la loi de 2005 sont réaffirmés et il est créé un droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) pour les personnes malades dont le pronostic vital est engagé à court terme, soit de quelques semaines à un mois, avec arrêt de tous les traitements, y compris la nutrition et l'hydratation artificielles. Malgré les avancées de ce texte dans l'accompagnement de fin de vie, la loi Claeys-Leonetti est confrontée aux réalités du terrain. Ainsi, les services de soins palliatifs n'ont pas toujours le nombre de lits nécessaires pour accueillir l'ensemble des malades en fin de vie qui le nécessiteraient [8]. Le milieu hospitalier reste par ailleurs un lieu « froid » et impersonnel pour les patients et leurs familles, où trop souvent on meurt mal, dans de mauvaises conditions.

Pour autant faudrait-il encore une nouvelle loi ?

La France n'est pas le seul pays à s'interroger sur l'attitude à adopter devant la fin de vie ; dans plusieurs contrées réputées développées, combinant revenus moyens riches et économie libérale, de nouvelles lois de programmation de la mort ont vu le jour depuis la fin du siècle dernier. C'est le cas en Europe pour l'euthanasie et le suicide assisté aux Pays-Bas en 2001 [20], en Belgique en 2002 [21], au Luxembourg en 2009 [22] ou en Suisse pour le seul suicide assisté sans législation spécifique [23]. Plus récemment, l'Espagne a rejoint en 2021 [24] le peloton des pays européens qui ont légalisé la mort programmée.

Aux États-Unis, l'euthanasie demeure interdite. Dès 1997, l'Oregon instituait un droit légal au suicide médicalement assisté. Depuis lors, 3712 personnes ont obtenu dans cet état de l'Ouest une prescription dans le cadre de la loi sur la mort dans la dignité (*Death with Dignity Act*). Deux tiers d'entre elles sont mortes à la suite de l'ingestion des substances médicamenteuses prescrites [25]. Elles avaient plus de 65 ans dans 76 % des cas. À noter que seize personnes ont survécu en 2022 au pronostic vital à six mois pourtant exigé avant prescription.

Des dérives bien identifiées

Mais il faut aussi, derrière ce qui est présenté comme une avancée sociale fondée sur l'autonomie à décider, bien comprendre ce qui est advenu dans tous les pays qui ont légiféré en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté : ils ont élargi les conditions d'accès à la mort programmée. Si au départ elles étaient très encadrées et limitées aux plus vulnérables, par la suite sont devenus éligibles les malades psychiatriques en situation de handicaps graves ou les malades d'Alzheimer. Ainsi depuis 2014 en Belgique, les malades d'Alzheimer et les enfants sans limites d'âges sont aussi admissibles à la procédure d'euthanasie. On comprend que les dérives sont si fréquentes car les contrôles de la commission ont lieu *a posteriori* et que les médecins qui ont pratiqué ces actes en font partie ! D'ailleurs, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné par deux fois, à dix ans d'écart, le modèle belge du fait de l'impartialité de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie donc de dérives condamnables [26]. Dans ce contexte, notons également que trois études menées par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), la Fondation Roi Baudouin et l'Institut national d'assurance maladie invalidité (Inami) ont révélé que 40 % des Belges sont pour l'arrêt des soins pour les plus de 85 ans [27].

Le suicide assisté en Suisse n'est pas exempt non plus de dérives ; s'y exercent des pressions croissantes depuis plusieurs années pour accorder le suicide assisté avec pour seul motif un âge avancé. D'ailleurs, un sondage réalisé en septembre 2014 [28] montrait que 68 % des personnes interrogées étaient favorables au suicide assisté des personnes âgées. L'association Exit a mis en place, en juin 2017, un groupe de travail pour débattre de la question de l'accès à l'aide au suicide pour des personnes âgées mais en bonne santé [29]. Les experts doivent également traiter des aspects juridiques, éthiques et politiques d'une telle pratique. En mai 2018, l'association *Eternal Spirit* a ainsi permis à David Goodall, un Australien de 104 ans qui ne souffrait d'aucune pathologie mais estimait que sa qualité de vie était insuffisante, d'avoir recours à un suicide assisté en Suisse [30].

Il est bien inquiétant que ces deux « modèles » d'aide active à mourir ne nous fassent pas réfléchir et débattre au-delà des clivages « pour » ou « contre », alors qu'on se prive d'une véritable politique publique de prévention du vieillissement avec handicap et de déployer une culture palliative des soins curatifs quand ceux-ci deviennent inutiles voire douloureux. Qui va prendre en charge nos patients âgés dépressifs qui sont nombreux en institution gériatrique (43 %) et, s'ils ne sont pas bien pris en charge, se suicident ? Nous savons que 30 % des 9200 décès annuels par suicide en France concernent des personnes de plus de 65 ans [31].

Quelles injonctions à disparaître en toute discrétion va-t-on collectivement envoyer à nos grands vieillards institutionalisés ? Légiférer sur un sujet si délicat, intime et singulier n'est évidemment pas sans risque pour les vulnérables.

Des arguments en faveur d'une nouvelle loi

Les arguments en faveur de ces nouvelles lois ne manquent pas. La liberté individuelle est fortement mise en avant, dont celle de ne pas souffrir physiquement et psychiquement. Sont incluses, au-delà des troubles de l'humeur, l'angoisse existentielle à la perspective de la disparition. S'y adjoint l'idée forte que l'individu doit être maître de son corps et de sa destinée, donc sans dépendance. Qu'il

connaît mieux que quiconque sa pathologie et les moyens pour y remédier. Fini le médecin tout sachant, place au patient expert de lui-même. Ces situations sont évidemment à relativiser quand il s'agit de nos patients gériatriques. Le principe d'autonomie est affirmé de manière prépondérante, voire en concurrence avec celui de solidarité. Personne ne doit être en mesure d'imposer ses volontés au patient ou même à la personne vieillie avec handicaps physiques, psychiques, cognitifs ou sociaux, y compris le corps soignant. Un principe affirmé en France dans la loi déjà citée du 4 mars 2002 [17].

Pourquoi maintenant ?

L'évolution législative promise pour la fin de 2023 par l'autorité politique française survient dans un moment de crise du système sanitaire après une longue période pluriannuelle de controverses sur le thème de la fin de vie. Elle succède à une phase d'espoir dans les progrès fulgurants de la médecine lors de l'après-guerre. Le désenchantement est perceptible. Le système de santé, fondé initialement sur la solidarité collective, s'émiette aussi bien à domicile qu'en établissements de soins ou médicosociaux. La pandémie de COVID-19 a précipité une défiance croissante dans l'institution sanitaire. Survint alors le déni de la gravité de la pandémie puis une violente campagne antivaccination. Parallèlement, les médecines alternatives et complémentaires se sont généralisées. Il s'agit de pratiques qui n'ont pas démontré leur efficacité selon les critères de la médecine fondée sur la preuve. S'y ajoute pour certains l'espoir insensé dans un transhumanisme qui nous délivrerait de la mort. Autant dire que le désaveu de la médecine dite conventionnelle est devenu banal. Il est à la mesure des espoirs qu'elle avait suscités, y compris lors de la fin de vie.

Des conséquences prévisibles dramatiques

Engorgeant les hôpitaux, ne trouvant plus les places et les soignants indispensables à leurs soins, il arrive désormais fréquemment aux aînés de mourir aux urgences. Selon le syndicat Samu-Urgences de France [32], ce risque serait de 50 % plus élevé en cas d'attente après une nuit sur un brancard. Ils deviennent des « encombrants » et malgré le « dévouement arithmétique » des *bed managers*, il n'y a pas de place pour ces personnes âgées au sein des hôpitaux ; elles sont devenues une charge… dont on ne sait quoi faire. Les « lits d'aval », ceux qui sont censés prolonger le séjour au-delà des urgences, se sont évaporés à coup de mesures restrictives [33]. La volonté politique de se tourner vers un virage ambulatoire s'est effectuée sans s'en donner véritablement les moyens. Rappelons que le nombre de personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant est passé de 510 000 en 2018 à 714 000 en 2022, et pourrait atteindre 800 000 fin 2023 [34]. Selon la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), 35 % des unités gériatriques sont touchées par des fermetures de lits en France [35]. C'est toute la filière gériatrique qui est impactée avec, par exemple, les Unités de soins de longue durée (USLD) qui ont vu le nombre de leurs places diminuer des deux tiers en vingt ans. Elles sont désormais 30 580 en 2020 [36]. Au-delà de ces constats inquiétants, les ambivalences de notre société se révèlent vis-à-vis du grand âge dépendant quant aux choix utilitaristes prioritaires. Il s'agit avant tout de maximiser le bonheur individuel pour le plus grand nombre [37] ; cette option fait le lit de situations indignes de prise en charge jusqu'à la fin de nos aînés devenus dépendants. Comme si la valeur culte d'autonomie, se donner à soi-même sa propre loi, prenait le pas sur les valeurs humanistes de sollicitude, de bienveillance, de non-malfaisance, de justice et d'équité [38] que nous devons déployer auprès des personnes âgées dont nous avons la charge en gériatrie, précisément du fait de leurs dépendances. Mais ni la dépendance, ni le grand âge, fût-il pathologique, ne font perdre à quiconque son humanité ni sa dignité. Rappelons que ce sont précisément les conditions parfois indignes de prise en charges de ces personnes très âgées et polypathologiques, qui pourtant ne représentent que 5 à 10 % des plus de 80 ans [39], qui font émerger cette pression sociétale à maîtriser sa mort ; voire comme le réclamait Jacqueline Jencquel [40], avoir un droit à une interruption volontaire de vieillesse (IVV).

Conclusion

Confrontée à celles et à ceux, âgés et vulnérables, qui requièrent des lieux de vie et de soins, notre collectivité fait face à des impératifs budgétaires de plus en plus pressants qui ont pour corollaire une déshumanisation du soin et la désaffection pour les métiers du grand âge. Devenue inutile et se vivant comme une charge indue, la tentation d'en finir, déjà présente à l'ordinaire, se développera inévitablement à l'avenir avec l'onction légale de l'euthanasie ou du suicide assisté. Les professionnels seront inévitablement divisés face à ces demandes. Une clause de conscience n'éliminera pas l'obligation de trouver des lieux adéquats, s'ils existent.

Légiférer, ce sera envoyer un signal fort aux personnes âgées vulnérables qui estiment qu'elles sont une source de souffrance pour leur famille et, selon le joli mot de nos évaluations des proches aidants, un fardeau [41] pour la société quand la famille ne peut plus subvenir à la dépendance pour les actes de la vie quotidienne.

Comment ne pas s'inquiéter de la promulgation d'une nouvelle loi sur la fin de vie survenant dans une période historique où les personnes âgées dépendantes n'ont jamais eu autant de mal à accéder aux soins ? Comment ne pas reprendre les interrogations de Simone de Beauvoir [42] ainsi formulées il y a plus de cinquante ans : « les vieillards sont-ils des hommes ? À voir la manière dont notre société les traite, il est permis d'en douter ».

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Évolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans. Données provisoires 2022, janvier 2023.

https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/. Consulté le 26 juillet 2023.
[2] Causes de décès des personnes âgées. Données annuelles de 1990 à 2020, juillet 2023. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386247#tableau-figure1_radio1. Consulté le 26 juillet 2023.
[3] BVA. Les Français et la fin de vie, décembre 2022. https://www.bva-group.com/sondages/les-francais-et-la-fin-de-vie-2/. Consulté le 26 juillet 2023.
[4] Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France. Mourir chez soi, février 2015. https://tinyurl.com/yn3kj7sk. Consulté le 26 juillet 2023.
[5] Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. 3e ed; 2023 [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/atlas-2023.pdf. Consulté le 26 juillet 2023].
[6] Bagein G, Costemalle V, Deroyon T, et al. L'état de santé de la population en France. Les dossiers de la DREES, septembre 2022, nº 102. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/DD102MAJ200323.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[7] Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. 2e ed; 2020 [https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2020/10/atlas_2020.pdf. Consulté le 26 juillet 2023].
[8] Cour des comptes. Les soins palliatifs. Une offre de soins à renforcer. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juillet 2023. https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-07/20230705-soins-palliatifs.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[9] Ricard M. Le gouvernement enterre définitivement la loi « grand âge et autonomie », septembre 2021. https://www.ash.tm.fr/autonomie/le-gouvernement-enterre-definitivement-la-loi-grand-age-et-autonomie-676088.php. Consulté le 26 juillet 2023.
[10] FNADEPA. Encore une loi relative au grand âge repoussée ! La FNADEPA exaspérée, juillet 2023. https://www.fnadepa.com/article/encore-une-loi-relative-au-grand-age-repoussee-la-fnadepa-exasperee. Consulté le 26 juillet 2023.
[11] Castanet V. Les fossoyeurs. Paris: Fayard; 2022.
[12] Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20(6):649—55.
[13] CCNE. Avis 139. Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité, septembre 2022. https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-09/Avis%20139 %20Enjeux%20 %C3 %A9thiques%20relatifs%20aux%20situations%20de%20fin%20de%20vie%20-%20autonomie%20et%20solidarit%C3 %A9.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[14] CESE. Rapport de la convention citoyenne sur la fin de vie, avril 2023. https://www.lecese.fr/sites/default/files/documents/CCFV/Conventioncitoyenne_findevie_Rapportfinal.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[15] Académie nationale de médecine. Avis « Favoriser une fin de vie digne et apaisée : répondre à la souffrance inhumaine et protéger les personnes les plus vulnérables », juin 2023. https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/07/Avis-Fin-de-vie.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[16] Loi nº 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000212121. Consulté le 26 juillet 2023.
[17] Loi française nº 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/. Consulté le 26 juillet 2023.
[18] Loi nº 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/. Consulté le 26 juillet 2023.
[19] Loi nº 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253/.
[20] Preston R. Death on demand? An analysis of physician-administered euthanasia in The Netherlands. Br Med Bull 2018;125(1):145—215.
[21] Saad TC. Euthanasia in Belgium: legal, historical and political review. Issues Law Med 2017;32(2):183—204.
[22] Sante.lu. Euthanasie : assistance au suicide, mars 2023. https://sante.public.lu/fr/espace-citoyen/dossiers-thematiques/e/euthanasie-soins-palliatifs/euthanasie.html. Consulté le 26 juillet 2023.
[23] Wikipedia. Euthanasia in Switzerland, July 2023. https://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_Switzerland. Consulté le 26 juillet 2023.
[24] BOE. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, BOE-A-2021-4628. https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-4628-consolidado.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[25] Public Health Division, Center for Health Statistics Oregon. Oregon death with dignity act data summary 2022, March 2023. https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year25.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[26] Généthique magazine. Euthanasie : une première condamnation de la Belgique par une juridiction internationale, octobre 2022. https://www.genethique.org/euthanasie-une-premiere-condamnation-de-la-belgique-par-une-juridiction-internationale/. Consulté le 26 juillet 2023.
[27] Le Soir. Santé : 40 % des Belges sont pour l'arrêt des soins pour les plus de 85 ans, mars 2019. https://www.lesoir.be/213111/article/2019-03-19/sante-40-des-belges-sont-pour-larret-des-soins-pour-les-plus-de-85-ans. Consulté le 26 juillet 2023.
[28] Tribune de Genève. La raison de l'âge invoquée pour l'aide au suicide, septembre 2014. https://www.tdg.ch/la-raison-de-l-age-invoquee-pour-l-aide-au-suicide-362768116682. Consulté le 26 juillet 2023.
[29] Tribune de Genève. Exit envisage une aide au suicide élargie, juin 2017. https://www.tdg.ch/exit-envisage-une-aide-au-suicide-elargie-291349788797. Consulté le 26 juillet 2023.
[30] Le Monde. Un scientifique australien de 104 ans s'est donné la mort en Suisse, mai 2018. https://www.lemonde.fr/international/article/2018/05/11/un-scientifique-australien-de-104-ans-s-est-donne-la-mort-en-suisse_5297673_3210.html. Consulté le 26 juillet 2023.
[31] DREES. Observatoire national du suicide, septembre 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide. Consulté le 26 juillet 2023.
[32] SUdF. No dead ! Recensement des morts inattendues, janvier 2023. https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/no-dead-br-recensement-des-morts-inattendues/art_id/1086. Consulté le 26 juillet 2023.
[33] Nicolas G. Gestion de la carence de lits d'aval pour les patients hospitalisés depuis un service d'urgences. Thèse de médecine, avril 2022. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03641306/document. Consulté le 26 juillet 2023.

[34] CNAM. Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'action est lancé, mars 2023. https://www.ameli.fr/medecin/actualites. Consulté le 26 juillet 2023.
[35] SFGG. Soins gériatriques : La débandade — 35 % des unités gériatriques touchées par des fermetures de lits en France (chiffres de l'enquête SFGG 2023), février 2023. https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse. Consulté le 26 juillet 2023.
[36] DREES. Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile. Études et Résultats, septembre 2021, nº 1208. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1208.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[37] Mill JS. L'Utilitarisme. Paris: PUF; 1998.
[38] Beauchamp T, Childress J. Les Principes de l'éthique biomédicale. Paris: Les Belles Lettre; 2020.
[39] ONDPS. Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ? Décembre 2019. https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/Personnes%20 %C3 %A2g%C3 %A9es%20poly-pathologiques %20-%20quels%20enjeux%20de%20d%C3 %A9mographie%20m %C3 %A9dicale%20_0.pdf. Consulté le 26 juillet 2023.
[40] Jencquel J. Terminer en beauté. Lausanne: Éditions Favre; 2020.
[41] Barben J, Billa O, Collot J, et al. Quality of life and perceived burden of the primary caregiver of patients aged 70 and over with cancer 5 years after initial treatment. Support Care Cancer 2023;31(2):147.
[42] de Beauvoir S. La vieillesse. Paris: Gallimard; 1970.

V. Lefebvre des Noëttes[a,*], B. Pradines[b]
[a] *Service du Dr. O. Henry, CH Emile-Roux, AP—HP, 1, avenue de Verdun, 94450 Limeil-Brevannes, France*
[b] *54, rue Louis-Blériot, 81000 Albi, France*

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : veronique.lefebvre-des-noettes@aphp.fr (V. Lefebvre des Noëttes), bpradines@aol.com (B. Pradines)