

Mort médicalement administrée : les pays chrétiens concernés

Medically administered death: Christian countries concerned

Pradines Bernard, praticien hospitalier honoraire au Centre Hospitalier d'Albi 81013 Albi Cedex

bpradines@aol.com

Conflit d'intérêts : aucun.

Résumé en français

L'essor rapide et inédit de lois légalisant l'aide médicale à mourir (AMM) dans les pays occidentaux d'héritage chrétien est sans précédent. Ces législations, qui incluent le suicide médicalement assisté (SMA) et l'euthanasie, se développent dans des sociétés marquées par une médecine performante mais souvent défaillante dans l'accompagnement de la fin de vie. Le suicide n'est pas un phénomène nouveau, mais sa légalisation médicale traduit une transformation culturelle inédite.

Plusieurs paradoxes se font jour : religieux (ces pays historiquement chrétiens choisissent la voie de l'AMM alors que les Églises y sont réticentes ou s'y opposent), politique (plutôt soutenue par la gauche alors que les plus défavorisés pourront voir ici une occasion d'échapper à leur condition) et psychologique (ambivalence des familles, pas seulement des patients). La tendance mondiale, portée par l'individualisme et la quête de maîtrise du temps, interroge la capacité des sociétés à maintenir le tabou trimillénaire du respect de la vie. Saurons-nous développer des soins palliatifs et une solidarité suffisante pour éviter de faire de la mort programmée une solution de facilité ?

Mots-clés : euthanasie, suicide médicalement assisté, christianisme, individualisme, respect de la vie

Résumé en anglais

The rapid and unprecedented rise of laws legalizing medical assistance in dying (MAiD) in Western countries of Christian heritage is unprecedented. These laws, which include physician-assisted suicide (PAS) and euthanasia, are developing in societies characterized by effective medical care that is often lacking in end-of-life support. Suicide is not a new phenomenon, but its medical legalization reflects an unprecedented cultural transformation.

Several paradoxes are emerging: religious (these historically Christian countries are choosing MAiD while the churches are reluctant or opposed to it), political (supported by the left, while the most disadvantaged may see it as an opportunity to escape their condition), and psychological (ambivalence among families, not just patients). This global trend, driven by individualism and the quest for control over time, calls into question the ability of societies to maintain the three-thousand-year-old taboo of respect for life. Will we be able to develop palliative care and sufficient solidarity to avoid making programmed death an easy solution?

Keywords: euthanasia, medically assisted suicide, Christianity, individualism, respect for life

Introduction

Une propagation rapide et inédite de lois relatives à la mort programmée survient dans le monde, avec recours à la décision et à la participation des soignants. Nos sociétés occidentales sont pourtant de fondation initiale chrétienne, marquées depuis un demi-siècle par le développement des soins, en particulier des soins palliatifs.

La question de la fin de vie est souvent posée de manière univoque, au singulier. Il s'agit davantage des fins des vies tant les situations sont hétérogènes : mourir à 3 ans ou à 95 ans... Les âges du décès ne sont qu'un aspect de cette diversité ; les pathologies sont variées et le recours aux soins palliatifs concerne la moitié de celles et ceux qui les nécessiteraient en France. Peu d'analogies entre un décès en réanimation avec arrêt des traitements actifs et celui qui suit un cancer invasif ; un autre survient sur la voie publique par accident ou par mort subite. Ou encore en Soins de Longue Durée au décours d'une longue pathologie neuroévolutive. La condition d'un patient en unité de soins palliatifs est différente de celle de l'isolement en milieu rural. Idem pour les possibilités des professionnels qui ont bénéficié ou non d'une formation adaptée, exerçant dans une structure dédiée ou bien en situation solitaire.

Ces lois, récemment apparues dans le monde occidental, dépénalisent et officialisent l'aide médicale à mourir (AMM), entendue comme l'acte volontaire du patient (Suicide Médicalement Assisté - SMA) ou d'un professionnel de santé sur demande du patient (euthanasie). Ces deux modalités sont désormais proposées dans la plupart des pays concernés.

Comme ancien professionnel, cette question m'est souvent posée : êtes-vous pour ou contre une nouvelle loi ? Je préfère répondre que je pèse les nombreux arguments pour et contre en envisageant les sommes respectives d'éléments favorables et défavorables. Cela dit, ma conclusion n'a rien d'original ; elle n'est pas indépendante de la dimension sociétale du débat actuel, de ma philosophie, de ma citoyenneté et de mon expérience de vie professionnelle et personnelle.

Cette question peut être abordée sous son angle moral. C'est l'approche habituelle. Elle peut l'être sous son aspect pragmatique. Moral avec la déontologie et l'éthique ou bien pragmatique avec l'état des ressources concrètes dans ce domaine à un temps t, dans une situation précise, devant une personne qui est toujours unique. Au pire, cette dernière considération peut nous renvoyer à des cas extrêmes comme ceux évoqués par Adina Blady Szwajger, pédiatre dans le ghetto de Varsovie, dans son ouvrage de témoignages [1]. Quarante-cinq ans après les faits, elle conte comment elle a épargné des horreurs à des enfants condamnés par les criminels nazis¹. Devant l'évolution de nombreuses législations occidentales, l'échec à soulager les patients en fin de vie ne peut être éludé, alors que les progrès de la médecine curative sont souvent appréciés de manière très positive. Une médecine orientée vers la guérison, c'est-à-dire vers le retour de la personne soignée à la production et à la consommation. Concrètement, il s'agit de pays où la médecine a progressé de manière encore plus tangible que dans d'autres régions du monde ; la déception quant à

¹ Adina Blady Szwajger administra à des jeunes patients des doses létales de morphine pour éviter des morts douloureuses et des tortures infligées par les Allemands et les Lituanians, comme être abattus dans des lits d'hôpital ou battus et fusillés dans la rue. Dans la salle des nourrissons, elle administra à chacun une dose mortelle à la petite cuillère. Référence de l'ouvrage en bas de texte.

l'accompagnement professionnel en fin de vie pourrait être à la mesure de l'espoir suscité. Ce d'autant que l'accès aux soins non urgents se fait de plus en plus difficile.

Une histoire ancienne

La fin de vie autoprovoquée est loin d'être nouvelle. Souvent présentée comme un progrès civilisationnel, il serait loisible d'oublier que le suicide plus ou moins volontaire, plus ou moins accepté par l'individu concerné, ne date pas d'aujourd'hui. Autant dire qu'il a de beaux jours derrière lui. Dès la Grèce Antique, ses indications étaient connues et reconnues [2]. A Ceios, l'usage voulait que les plus anciens bussent la ciguë afin de laisser à autrui la nourriture nécessaire. La liste serait longue des modalités ancestrales pour pourvoir à l'effacement de soi sous d'autres latitudes : forêt vierge, cocotier, banquise, etc. Cette tradition est retrouvée chez les Japonais dans la Ballade de Narayama².

Une histoire fulgurante

L'histoire s'est accélérée, certes avec la législation inaugurelle helvète tolérant le seul suicide assisté en 1942, en fait depuis 1997 avec celle de l'Oregon organisant le suicide médicalement assisté (SMA) [3] prescrit ; le praticien n'est présent au moment de l'acte léthal que dans 15,7 % des cas en 2024. Suivant cet exemple, ce sont très rapidement près de trente États qui ont légiféré sur une forme ou une autre de mort programmée dans le monde ; soit au rythme approximatif moyen d'un État par an si l'on compte séparément les États des USA et d'Australie. Les modalités en sont variables : critères d'éligibilité, suicide médicalement décidé et prescrit, éventuellement réalisé en présence d'un professionnel de santé, administré per os ou par voie veineuse, ou bien euthanasie par injection de substances médicamenteuses sédatives ou hypnotiques à doses variables suivies d'une drogue mortelle ou d'un cocktail léthal par voie veineuse ou par injecteur intra-osseux [4]. Le plus souvent, comme aux Pays-Bas, au Canada ou en Espagne, probablement bientôt en France, la possibilité de l'euthanasie est adjointe à celle du SMA.

L'euthanasie seule est pratiquée en Belgique depuis la loi de 2002 et de facto au Québec [4] depuis celle de 2015. Les termes employés pour ces procédés sont variables mais évitent généralement d'utiliser les qualificatifs historiques. Désormais, euthanasie et SMA sont regroupés sous l'acronyme générique d'AMM au Québec et vraisemblablement ainsi en France à l'avenir. Son équivalent aux USA est la Medical Aid in Dying (MAiD) parfois qualifiée aussi d'assistance dans le monde anglophone (Medical Assistance in Dying – MAiD) ou encore d'Assisted Dying. Ces expressions, englobantes, aspirent aussi à intégrer le rôle traditionnel des soins palliatifs dans l'AMM ; le débat demeure vif autour de la compatibilité ou non des deux démarches [5]. En tout cas, la tendance générale mondiale est à l'augmentation du nombre de pays ayant adopté une législation dédiée, du recours à l'AMM et des actes létaux effectués ainsi qu'à l'élargissement des critères d'éligibilité en vue de cette mort « hâtée »³.

² Film japonais de Shōhei Imamura sorti en 1983, adapté de la nouvelle de Shichirō Fukazawa, Palme d'or au festival de Cannes 1983. Ballade avec deux « l » car il ne s'agit pas d'une balade !

³ Dans le monde anglosaxon, c'est le mot « hâtée » qui est souvent retenu : « hastened death ». Cette expression recueille 1242 publications dans PubMed le 18 août 2025

Loin des idées reçues, les rapports annuels produits par l’Oregon, dont celui de 2024 [6], affichent les motifs invoqués très majoritairement par les suicidants médicalement assistés : ce ne sont pas les arguments habituels d’une souffrance réfractaire en toute fin de vie. Il s’agit d’abord, pour une large majorité d’entre eux, de défaut d’autonomie, d’accès impossible à une vie agréable, de perte de dignité, de perte des fonctions corporelles. Le fardeau pour la famille et les soignants vient ensuite. Sont bizarrement regroupés, pour 34% des suicidants, le contrôle incorrect de la douleur et... les craintes à ce propos ! Arrive enfin la difficulté croissante d'accès aux médicaments pour 9 % d'entre eux. Les données sur la religion des « bénéficiaires » de l’AMM et sur une motivation éventuelle à rejoindre une éventuelle vie éternelle font défaut.

Des pays ayant des points communs

Comme une trainée de poudre, l'exemple s'est répandu dans des pays se réclamant de la démocratie et du libéralisme économique. Ils possèdent les rapports PIB/habitant parmi les plus élevés au monde. Bien que n'étant pas les seules contrées à la promouvoir, la compétition sous toutes ses formes y est encouragée : échelle sociale, économie, concours, sport individuel et par équipe... Elles se réclament de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme [7] de 1948.

La baisse de la natalité est une autre caractéristique commune de ces pays. Dans au moins 21 États, le taux total de fertilité se situe en dessous du taux de remplacement [8]. La pyramide des âges ayant tendance à s'inverser, une menace sérieuse pèse sur les systèmes de solidarité entre générations.

Le développement de la médecine fondée sur la preuve s'y traduit par des recommandations récentes et de plus en plus nombreuses dans tous les domaines de la science médicale. Dans cette compétence, des agences sont très actives telles l’U.S. Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis ou la Haute Autorité en Santé (HAS) en France. Mais elles ne suffisent pas à rassurer l’usager en exigence de perfection. Il convient alors de contractualiser la relation médecin-malade par des lois : en France, par exemple la loi Kouchner du 4 mars 2002, la loi Leonetti du 22 avril 2005 et la loi Claeys-Leonetti de 2 février 2016. L'émergence de l'information sur Internet et la venue de l'Intelligence artificielle accélèrent une forme de vérification du diagnostic et de la prescription par le patient lui-même. Encore plus manifeste d'une défiance : l'explosion de médecines dites alternatives, qui sont le plus souvent promues par des thérapeutes autodésignés.

Si l'accès aux soins y est souvent problématique, y compris pour des médicaments essentiels, il s'agit aussi de pays où les soins palliatifs se sont développés de manière incomparable mais insuffisante, au point de servir de référence tel que le Royaume-Uni qui ne saurait tarder à légiférer, le Canada ou la France.

Une vie de plus en plus programmée : un monde empressé

L'occultation de la mort est palpable à l'échelle d'une à deux générations. Le deuil est désormais absent sur les habits et sur le domicile. Les pompes funèbres d'autan ont laissé la place au psychologue chargé d'accompagner le « travail de deuil ». L'impératif social commande la nécessité de surmonter rapidement la difficulté de la perte. Selon le sociologue et philosophe allemand Hartmut Rosa, théoricien de l'accélération, nos sociétés sont marquées

par l'accroissement récente de nos vitesses de mobilité ainsi que par nos communications devenues instantanées à l'échelle mondiale [9]. Le temps, c'est de l'argent. En corollaire, une programmation s'impose en regard d'un tel développement afin d'assumer nos vies pressées.

Les familles y sont de plus en plus dispersées géographiquement, émiettées selon le mot de Michel Billé [10], parfois à des distances incompatibles avec un déplacement inopiné ; assister aux derniers instants imprévisibles de son proche est souvent devenu un défi professionnel et familial inédit. Tout événement de survenue incertaine dans sa date et dans sa durée devient une surprise difficile à gérer dans nos agendas surchargés. Si nos proches sont de plus en plus lointains, notre fin de la vie peut devenir un événement indésirable, une interférence funeste pour nos activités professionnelles détestant l'imprévu. Il sera tentant de programmer cette situation importune pour permettre sa gestion en temps et en heure. Mieux, un tel planning offre la possibilité devenue rare de rassembler notre famille dispersée, par exemple en lui laissant le temps nécessaire pour la réservation des billets d'avion ou celle des chambres d'hôtel. Michel Billé nous le dit en développant les dimensions de maîtrise et de liberté : « La mort prend son temps, prend du temps. Et voilà qu'elle ne va pas assez vite, qu'elle ne va pas comme on veut. Il nous faut enfin mourir en temps réel, dans l'immédiateté de la décision de la mort. L'illusion de maîtrise donne une recherche de toute puissance : mourir quand je veux à défaut d'oser dire mourir si je veux... Mourir en temps réel, sans délai, ne pas attendre le moment venu. Décider du moment comme exercice de la « dernière liberté. » [10] C'est aussi ce que nous fait savoir Vladimir Jankélévitch dans « La Mort » : « Le mortel croit neutraliser sa mort quand il va au-devant de cette mort, quand il la prévient et la choisit. » [11]

La propagation des lois sur la mort hâtée étant rapide, il n'est pas interdit de parler de lame de fond mondiale tant le phénomène tend à se propager à une vitesse surprenante en regard des évolutions historiques moins véloques sur d'autres domaines de société intéressant de près ou de loin la médecine : mariage entre personnes de même sexe, répression des abus sexuels et qualification du viol sur mineurs, violences conjugales, interruption volontaire de grossesse (IVG), peine de mort médicalement assistée, etc.

La peine de mort par injection létale

Arrêtons-nous sur la dernière évolution sociétale évoquée ci-dessus. La peine de mort médicalement assistée mérite d'être envisagée séparément car elle présente des analogies techniques avec l'euthanasie [4,12]. Ces deux méthodes visent des objectifs radicalement différents : l'une est à visée punitive, l'autre se veut compassionnelle. Elles possèdent pourtant des points communs :

- La peine de mort utilise une injection composée d'un sédatif ou d'un anesthésique tel que le thiopental sodique ou le propofol, auquel peuvent être adjointes des substances létales : par exemple un curare [13] et/ou du chlorure de potassium. Si la composition pharmaceutique diffère, l'AMM utilise le même schéma « thérapeutique ».
- La peine de mort par injection et l'AMM préservent l'intégrité apparente du corps. Celui-ci sera de présentation socialement admissible après le décès, avant inhumation ou crémation.
- Les deux procédés visent à éviter des souffrances en faisant précédé l'injection mortelle par un sédatif puissant ou un anesthésique.

- La participation des médecins à ces deux dispositifs, quand ceux-ci sont légaux, fait l'objet d'un débat éthique persistant dans le monde, spécialement dans les pays où l'une ou l'autre de ces techniques est utilisée [14-17].

Le paradoxe religieux : une imprégnation chrétienne

De manière contraintive, les pays concernés sont imprégnés, de très longue date, par la culture religieuse chrétienne. Ils ont tous été fondés sur des valeurs communes qui ont pris des aspects différents selon les pays. Dieu a donné la vie et il est le seul à pouvoir la reprendre. Cet argument persiste dans les deux autres religions monothéistes mais s'est affaibli dans les pays chrétiens. Les pays d'inspiration islamique, juive, hindoue ou taoïste n'ont pas produit de loi en ce sens.

Avec les lois Leonetti du 22 avril 2005 et Claeys-Leonetti du 2 février 2016 en France, la distinction de principe porte sur l'intentionnalité : vouloir ou non donner délibérément la mort pour soulager son patient, c'est le fameux « double effet ». Cette différenciation est particulièrement prégnante dans le christianisme dans des domaines divers de la vie : vouloir ou non nuire à autrui ou bien le secourir.

Toutefois, il existe des différences notables entre les diverses confessions chrétiennes. La religion catholique, majoritaire parmi les chrétiens français, s'est toujours positionnée de manière explicite contre toute administration de substance létale, que ce soit par l'absorption volontaire par le patient ou surtout par l'euthanasie. Ainsi, parmi les nombreux textes allant dans ce sens, il n'est pas étonnant de trouver dans la déclaration de la Conférence des Evêques de France (CEF) à la suite du vote de l'Assemblée nationale française en date du 27 mai 2025 la phrase suivante [18] :

« Profondément inquiets des conséquences pour la société française et des perspectives alarmantes auxquels un « droit à mourir » exposerait en particulier les Français les plus vulnérables, les évêques réaffirment leur détermination à porter la voix d'une société juste et fraternelle, qui protège les plus vulnérables ; et redisent leur plein soutien à la loi Claeys-Leonetti de 2016 actuellement en vigueur mais encore très largement inappliquée, avec plus de 20% des départements français dépourvus de soins palliatifs (soit 1/5). »

Si l'on considère la religion réformée, elle n'est pas toujours aussi hostile aux nouvelles lois sur la fin de la vie. L'Eglise Protestante Unifiée de France (EPU)⁴ déclarait en 2013 « adhérer au principe d'une nouvelle loi qui autorise d'accélérer la survenue de la mort pour répondre à une situation exceptionnelle, concernant un adulte responsable, libre, conscient, atteint d'une maladie incurable en phase très évoluée voire terminale, qui en ferait la demande. Elle appellerait une réflexion approfondie sur ses conditions de réalisation (recueil du consentement ou expression de la volonté du patient, discussion collégiale, mode opérationnel précis). Elle assumerait l'exigence de répondre à la demande d'assistance du « plus petit de nos frères » soumis à l'épreuve d'une souffrance qui ne peut être apaisée par les soins palliatifs. »

⁴ https://acteurs.epudf.org/wp-content/uploads/sites/2/2023/05/1_fin-de-vie-guide-de-reflexion-999998.pdf

En 2024, devant la perspective imminente d'un nouveau projet ou d'une nouvelle proposition de loi, la position de la Fédération Protestante de France (FPF) [19] se distingue de celle qui est exposée ci-dessus par l'EPU :

« Au regard à la fois de l'insuffisance de l'offre en soins palliatifs et de la relative méconnaissance de la loi Claeys-Leonetti, et donc de sa faible application, le document estime inopportun de faire évoluer aujourd'hui le cadre législatif de l'accompagnement de la fin de vie. »

Dans ce dernier texte, la FPF note toutefois une dissonance interne sur ce sujet en faisant état de « différentes sensibilités théologiques qui existent au sein de la Fédération protestante de France. Si ces dernières opposent parfois les protestants luthéro-réformés et les protestants évangéliques, force est de reconnaître que ces différences traversent aussi les luthéro-réformés et les évangéliques eux-mêmes. » Ainsi, « pour les uns, les appréhensions liées à la vieillesse, la peur de connaître une situation de dépendance, de perdre la maîtrise de leur vie sont insupportables et font qu'ils sont d'avis que le choix du suicide assisté ou de l'euthanasie relève de la liberté et de l'autonomie de chaque personne qui fait son choix en toute lucidité et responsabilité. » Cependant, « pour les autres, réfractaires à un changement de la loi, la légalisation de l'assistance au suicide impliquerait la transgression de l'interdit biblique et social structurant « tu ne tueras pas » et contredirait le principe de la dignité intrinsèque et inviolable de toute personne humaine. Pour ces personnes une éthique de la vulnérabilité est essentielle à la vie aujourd'hui dans la société française. L'interdit du meurtre ne peut être réduit à une contrainte négative, il est à comprendre comme un commandement positif qui énonce l'impératif de prendre soin des uns des autres afin de s'entraider à vivre. »

Face à la proposition de loi Falorni [20], la FPF rejoint les autres principales religions dans la déclaration de la Conférence des responsables de culte en France (CRCF) – catholique, protestant, orthodoxe, juif, musulman et bouddhiste- le 15 mai 2025 intitulée « Fin de vie : les dangers d'une rupture anthropologique ». Elle est sans ambiguïté : « L'intégration de l'aide à mourir dans le Code de la santé publique constitue un dévoiement de la médecine. Elle heurte frontalement le serment d'Hippocrate et le principe fondamental du soin, qui vise à soulager, sans jamais tuer. » [21] Les réticences des responsables religieux sont toutefois démenties par les enquêtes d'opinions auprès des fidèles catholiques [22] et protestants [23], bien que la validité des sondages ait pu faire l'objet de débats [24].

Certains pays concernés sont historiquement à dominante catholique (Belgique, Espagne, Luxembourg, Portugal, Autriche, bientôt la France) ou de tradition protestante (Pays-Bas, Suisse, Australie, Nouvelle-Zélande) ; la séparation de la religion et de l'État y est revendiquée. Ils ont choisi de légiférer en privilégiant l'autonomie individuelle et la laïcité des lois.

La prééminence du christianisme est prégnante parmi les religions des pays qui se sont fortement développés grâce à l'économie de marché : USA, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Australie, Nouvelle-Zélande... Dans cette configuration économique, donc idéologique, le looser est logiquement destiné à disparaître, réellement encore davantage que symboliquement. Tout frein à la performance économique, à l'utilité, à la validité, à la puissance, doit être levé. A l'individu d'intérioriser l'impératif en sachant s'effacer quand il est concerné. En cela, les divers types de sociétés productivistes et consuméristes ne sont pas fondamentalement différents.

Des raisons théologiques pourraient toutefois être à l'œuvre dans la promotion actuelle de l'AMM. En prônant sans ambiguïté le dualisme esprit-corps, les religions chrétiennes, comme d'autres, peuvent entretenir l'idée que l'on peut se débarrasser de son corps devenu encombrant, dépendant, en conservant son âme. Ainsi, le monisme qui fait du corps et de l'esprit une seule et même entité, qui affirme l'indivisibilité de l'être, est-il toujours au défi philosophique dualiste. Si peu qu'une telle conception rencontre la société de consommation, ce corps qui trahit pourrait être délaissé, car il est devenu inutile, désagréable, pis un fardeau pour les proches et coûteux pour la société.

Une autre piste serait la déchristianisation croissante de la société au profit de l'individualisme triomphant.

Enfin, un trait d'union refait surface, souvent évoqué pour le désaveu de deux « évolutions sociétales » par les religions monothéistes : celui de l'interruption volontaire de grossesse et de l'euthanasie. Shane Clinton propose de dépasser cette confusion par le haut : il s'agira d'œuvrer à la construction d'une société qui permette aux personnes présentant divers handicaps d'exister et de s'épanouir, et qui aide les femmes enceintes, les personnes atteintes de maladies incapacitantes et incurables, ainsi que les responsables politiques et les acteurs sociaux à faire des choix éclairés [25].

Le paradoxe politique : la gauche pour et la droite contre

De manière générale, ce sont généralement les mouvements politiques classés « à gauche », « travaillistes » [26] au Royaume-Uni ou « démocrates » aux USA [27], qui sont davantage favorables à une évolution de la loi vers une nouvelle législation alors que ceux qui sont catalogués à droite ou à l'extrême droite de l'échiquier politique se montrent plus réticents voire opposés. En France, il convient d'adjoindre les écologistes et le centre à la gauche dans ce domaine. Les résultats du vote de la proposition de loi dite Falorni le 27 mai 2025 à l'Assemblé nationale laissent peu de part au doute⁵. Des personnes se réclamant de la gauche font pourtant valoir que la proposition de loi est plutôt un stigmate de la société capitaliste tendue vers le productivisme et le consumérisme [28]. Isabelle Marin et Sara Piazza [29] nous indiquent que « Le refus d'accorder au sujet le temps incertain, imprévisible et nécessaire parfois pour mourir sonne alors, à la suite de la pensée de Roland Gori, comme « l'étape ultime du capitalisme » où le sujet, ne pouvant plus s'auto-exploiter, ne sert plus à rien. Les auteurs s'interrogent dans ces termes : « S'agit-il alors vraiment d'un progrès sociétal ou ne cherche-t-on pas à rassurer les citoyens pour pouvoir continuer une médecine qui ne réfléchit pas assez à ce qu'elle produit ? » Et concluent ainsi : « L'euthanasie serait l'autre face de l'obstination déraisonnable : une médecine technique soumise aux lois du capitalisme (car l'obstination déraisonnable a aussi pour fondements les pressions des groupes pharmaceutiques et de l'industrie). »

La gauche étant censée défendre les faibles, les dominés, les exploités, il est surprenant de lui entendre clamer des thèmes que l'on attribue classiquement à la droite : liberté et détermination individuelles. La sensibilité aux inégalités sociales, les liens idéologiques entre les rapports socioéconomiques et les attentes des citoyens semblent les oubliés du moment.

⁵ La grande majorité des 305 voix favorables à la proposition de loi sont venues de la gauche et du centre, tandis que la droite et l'extrême droite ont été surreprésentées parmi les 199 votes contre le texte.

Source : France Info

De leur côté, la droite et l'extrême droite demeurent en grande partie influencées par des attaches confessionnelles qui peuvent par exemple se traduire par la défense de l'école libre ou des réticences devant l'IVG. Une levée de bouclier contre l'intégrisme islamique, surtout au chapitre moral, pourrait être à l'œuvre. Enfin, un certain conservatisme social et sociétal pourra compléter le tableau supposé des sentiments à droite.

Le paradoxe psychologique : l'ambivalence à l'œuvre

Les professionnels et les bénévoles qui accompagnent des personnes en fin de vie et leur entourage peuvent témoigner de l'ambivalence fréquente des proches dans cette situation. Sont souhaitées simultanément la prolongation de la vie et sa terminaison ; de manière triviale, un inavouable ou avoué : « je veux qu'il vive et je veux qu'il meure ». Ce conflit intrapsychique, intrapersonnel ou même interpersonnel peut aboutir à des incompréhensions entre soignants et familles : savons-nous vraiment « où en est la famille ou tel membre de celle-ci ? » par rapport à la situation du patient ? Ne sommes-nous pas surpris, tout professionnels expérimentés que nous soyons, par le décalage entre le discours et les convictions intimes chez les proches ?

Un discours pessimiste

Parallèlement se développe un discours pessimiste quant aux possibilités de nos pays dits développés pour affronter les immenses défis liés au vieillissement des populations. Une période de la vie qui est heureusement devenue très majoritairement celle de la fin de la vie.

Des perspectives peu enthousiasmantes s'offrent à nous, plus ou moins certaines et d'amplitude inconnue : réchauffement planétaire, dérèglements climatiques, pollutions multi-domaines, tensions sur les énergies, injustices sociales croissantes, chute de la natalité, migrations massives en provenance des pays pauvres, guerres nécessitant un réarmement imprévu, etc. Au point de douter de nos capacités à honorer économiquement la dignité des personnes vulnérables, dignité pourtant présentée philosophiquement comme intangible, ontologique, immanente. Quand on consulte le coût de la dernière année de vie pour la collectivité⁶, on comprend mieux ce facteur de tentation de légiférer [30].

Conclusion

Un sauve-qui-peut mortifère individuel et collectif apparaît comme une solution d'avenir à la faveur d'une perte d'autonomie tributaire de la subjectivité individuelle et de la pression normative censée définir la dignité. Le christianisme, religion dominante dans les pays qui légifèrent, est-il une variable indépendante de ces évolutions ? Ou bien un lien avec le dualisme âme-corps est-il pertinent ? L'opposition des responsables religieux aux nouvelles législations ne semble pas emporter l'assentiment de l'ensemble des fidèles, loin de là. Mourir dans une dignité redéfinie en termes d'autonomie et de liberté sera-t-il impossible sans programmer et provoquer la mort ? Notre société sera-t-elle capable de dépasser ses frayeurs, d'affronter l'adversité et de se doter des possibilités de l'accompagnement le plus optimal possible pour éviter de briser le tabou trimillénaire du respect de la vie ? Seules des recherches sociologiques ciblées et surtout l'avenir nous le diront au prorata de la mobilisation pour y parvenir.

⁶ De l'ordre de 10% des frais de l'Assurance Maladie. Sources diverses.

Références :

1. Adina Blady Szwajger, I Remember Nothing More: The Warsaw Children's Hospital and the Jewish Resistance. HarperCollins Publishers Ltd. Consulté le 18 août 2025 : <https://tinyurl.com/mwyk89hn>
2. Nadine Bernard, « Voyage en terres gérontocides : l'élimination des vieillards comme remède à la vieillesse ? », Cahiers des études anciennes [En ligne], LV | 2018, mis en ligne le 06 mai 2018. Consulté le 18 août 2025 : <https://lnkd.in/dZhuAkHb>
3. Oregon's Death with Dignity Act. Consulté le 18 août 2025 : <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/index.aspx>
4. Elaina Plott Calabro. Canada is killing itself. The Atlantic. Consulté le 18 août 2025 : <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2025/09/canada-euthanasia-demand-maid-policy/683562/>
5. Dorman JD, Raffin Bouchal DS, Wasylewko E, Sinclair S. The Discourse of Medical Assistance in Dying and Its Relationship With Hospice Palliative Care in Canada: An Integrative Literature Review. J Adv Nurs. 2025 May 15. doi: 10.1111/jan.17025.
6. Oregon's Death with Dignity Act. Report 2024. Consulté le 18 août 2025 : <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year27.pdf>
7. La Déclaration universelle des droits de l'homme. Nations Unies. Consulté le 18 août 2025 : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
8. Louise Perry. The Perverse Economics of Assisted Suicide. GUEST ESSAY. The New York Time. 22 Juillet 2025. Consulté le 18 août 2025 : <https://www.nytimes.com/2025/07/22/opinion/assisted-suicide-economics.html>
9. Rosa Hartmut. Accélération : Une critique sociale du temps. Ed. La Découverte. 2013.
10. Michel Billé. Discours au congrès 2024 de la SFAP.
11. Jankélévitch, Vladimir. La mort (p. 459). Flammarion. Édition du Kindle.
12. Rockoff MA, Van Cleve W, Van Norman GA. Anesthesiologists and Capital Punishment. Anesthesiol Clin. 2024 Dec;42(4):715-732. doi: 10.1016/j.anclin.2024.02.007.
13. Curfman GD, Morrissey S, Drazen JM. Physicians and execution. N Engl J Med. 2008 Jan 24;358(4):403-4. doi: 10.1056/NEJM0800032.
14. Rockoff MA, Van Cleve W, Van Norman GA. Anesthesiologists and Capital Punishment. Anesthesiol Clin. 2024 Dec;42(4):715-732. doi: 10.1016/j.anclin.2024.02.007.
15. Editors T. The Death Penalty Must Be Abolished: Whether using nitrogen gas, lethal injection or any other means, the death penalty is state-sanctioned human experimentation. Sci Am. 2024 Apr 1;330(4):66. doi: 10.1038/scientificamerican0424-66.
16. Pradines B. Peine de mort et anesthésie générale. In Cahier Médical, La chronique d'Amnesty International, 13, III IV, 1987.
17. Gupta V, Goel A, Bhoi S. Opposing the death penalty. Lancet. 2007 Mar 24;369(9566):991. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60491-7.

18. Communiqué de presse de la Conférence des Evêques de France le 27 mai 2025.
Consulté le 18 août 2025 : <https://eglise.catholique.fr/espace-presse/communiques-de-presse/564181-fin-de-vie-reaction-de-la-cef-aux-votes-a-lassemblee-nationale-de-ce-mardi-27-mai-2025/>
19. Fédération Protestante de France. Projet de loi légalisant une aide à mourir.
Contribution de la FPF (22 mai 2024). Consulté le 18 août 2025 :
https://www.protestants.org/wp-content/uploads/2024/05/Projet-de-loi-aide-a-mourir_V2-3.pdf
20. Proposition de loi relative à la fin de vie, n° 1100, déposée le mardi 11 mars 2025.
Consulté le 18 août 2025 : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1100_proposition-loi
21. Fin de vie : les dangers d'une rupture anthropologique. Tribune de la Conférence des responsables de culte en France (CRCF) sur la fin de vie. Consulté le 18 août 2025 :
<https://catholiques17.fr/fin-de-vie-les-dangers-dune-rupture-anthropologique/>
22. Qui doit décider de la fin de vie ? Réforme. Consulté le 18 août 2025 :
<https://www.reforme.net/opinions/qui-doit-decider-de-la-fin-de-vie/>
23. Cathy Gerig. Une enquête Ifop sonde les mutations des protestants français. 23 janvier 2025. Réforme. Consulté le 18 août 2025 : <https://www.reforme.net/religion/une-enquete-ifop-explore-les-mutations-des-protestants-francais/>
24. Antoine d'Abbundo. La Croix. 11 novembre 2022. Fin de vie : du bon usage des sondages. Consulté le 18 août 2025 : <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Fin-vie-bon-usage-sondages-2022-11-11-1201241661>
25. Clifton S. Disability and the Complexity of Choice in the Ethics of Abortion and Voluntary Euthanasia. J Med Philos. 2021 Jul 22;46(4):431-450. doi: 10.1093/jmp/jhab008.
26. Burki T. UK House of Commons passes assisted dying bill. Lancet Oncol. 2025 Jun 26:S1470-2045(25)00405-X. doi: 10.1016/S1470-2045(25)00405-X.
27. Beyond Politics: The Growing Consensus on Medical Aid in Dying. 29 mars 2024. Consulté le 18 août 2025 : <https://compassionandchoices.org/news/beyond-politics-the-growing-consensus-on-medical-aid-in-dying/>
28. Jusqu'au bout solidaires (JABS). Consulté le 18 août 2025 : <https://collectif-jabs.fr manifesto.html>
29. Euthanasie : un progrès social ? Isabelle Marin et Sara Piazza. Editions Feedback, Format Kindle, 2023
30. Davis MA, Nallamothu BK, Banerjee M, Bynum JP. Identification Of Four Unique Spending Patterns Among Older Adults In The Last Year Of Life Challenges Standard Assumptions. Health Aff (Millwood). 2016 Jul 1;35(7):1316-23. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1419.