

**9h - 12h**

**Mathinée spéciale sur**

**La question de la fin de vie**

**avec**



**Faroudja Hocini,  
psychiatre, psychanalyste.**

**Bruno Dallaporta,  
médecin hospitalier, néphrologue  
Président de la commission Éthique de la  
Société nationale de néphrologie, dialyse et transplantation.**

**Discutants**

**Stéphane Thibierge,  
psychanalyste, membre de l'ALI**

Samedi 30 septembre 2023

**Virginia Hasenbalg-Corabianu** : Bonjour à tous, aux présents et à ceux qui sont connectés. Vous allez vous demander pourquoi faire une Mathinée sur ce sujet ?

Parce il y a une proposition de loi est en préparation autour du « libre choix de la fin de vie. » Faroudja Hocini et Bruno Dallaporta m'ont permis d'avoir un aperçu sur cette question brûlante et sur les échanges actuels là-dessus.

Il m'a semblé donc nécessaire que les Mathinées leur offre l'espace d'une matinée pour en débattre, parce que la question est beaucoup plus complexe qu'elle n'en a l'air.

Je vais introduire le débat ainsi qu' Henri.

Pour ma part, je dirais qu'il n'est pas facile de parler de la mort, encore moins quand c'est de la sienne dont il est question. Ou celle de nos proches.

Dans le passé on vivait plus proche de la mort. Et il faut dire aussi que l'épidémie du Covid nous a réveillé brutalement à l'existence de la mort propre comme très probable, et vérifiée par de décès inattendus des proches.

C'est encore moins facile de parler de ce que la langue française permet d'énoncer comme *Donner la mort*. (Elle n'existe pas à ma connaissance dans d'autres langues). Alors, de quel don étrange s'agit-il ?

Ça répond à une demande ? Laquelle ?

La demande de mettre une limite, un point d'arrêt à un scénario imaginé ou réel de souffrance.

Certes ce n'est pas tout le monde qui a la force de caractère de Stephen Hawking, passionné de sciences jusqu'à la dernière minute malgré sa maladie très invalidante...

Pas tout le monde a sa force de caractère. Et si vous ne l'avez pas, ce courage de vivre envers et contre tout, votre fragilité sera une cible pour des invitations pleines de bonnes intentions à vous soulager d'une vie si pénible. Cela a déjà lieu, comme on a pu le voir dans les documentaires à la télévision sur le sujet. Cela veut dire, qu'il est probable que la Sécurité Sociale vous informe au moment donné, que selon la loi vous avez le droit de demander à mourir dans la dignité, et que ce sera pris en charge à 100%, comme les lunettes ou les prothèses auditives...

Ça fait partie des dérives qui existent déjà au pays où la loi a été votée. Le juridique établira la norme du normal, et si vous n'êtes pas au top, comme Stephen Hawking, on jugera que votre état est vulnérable. Dès lors, et dans les meilleures intentions on vous fera savoir que votre cas rentre dans le « protocole du choix de fin de vie ».

Les vieux, les handicapés, les déprimés, les psychotiques du fait de leur souffrance *attribuée* vont se voir informés de leur droit à être euthanasiés.

Pour la psychanalyse, la mort est un réel qu'on ne peut pas symboliser. Il faut apprendre à vivre avec, avec l'incapacité de maîtriser le réel de la mort. Autrement dit, la vie est un continu qui va vers sa limite. Mais quand on vous dit : « vous allez mourir tel jour à telle heure », ça peut donner le sentiment de se rendre maître de sa propre mort.

La proposition de loi dit que « la loi de 2019 a mis fin au paternalisme médical ». Mais c'est la société qui a mis fin au *pater* tout court. Et maintenant on va demander aux médecins, qui depuis l'antiquité représentent une autorité du savoir pour la vie, de prescrire la dose létale d'un médicament. C'est d'une violence inouïe de demander à un médecin de prescrire la mort.

Voilà mes réflexions pour démarrer.  
Je passe la parole à Henri.

**Henri Cesbron Lavau** : Bonjour, je suis très heureux que nous ayons aujourd'hui un sujet hors de nos habitudes, pas de mathématiques et pourtant qui nous renvoie au fait de ce qui se passe de façon sous-jacente à l'exercice des mathématiques. On n'exerce pas des mathématiques sans se poser la question de la mort. Il suffit de lire les biographies des mathématiciens ou de parler avec des mathématiciens contemporains. Notamment Alain Connes a un passage tout à fait emblématique sur cette question sur ce qu'il se passe au moment de la mort. Lorsque j'ai pris connaissance du sujet que nous abordons ce matin, sujet d'actualité mais qui n'avait pas tellement attiré spécialement mon attention, mais grâce à nos invités, à leur mobilisation, ce sujet a pris beaucoup d'importance. J'ai tout de suite ressenti des doutes par rapport aux intentions d'une telle loi. Et j'ai regardé les choses du côté législatif parce avoir des éléments utiles pour la discussion et sur les éventuelles suites à donner.

Que fait le parlementaire, sénateur ou député, quand il ne prononce pas des discours ou participe à des inaugurations ? Eh bien il fait des lois. C'est pour ça que nous les avons élus et c'est une noble tâche. Pour autant, est-ce qu'à chaque

problème qui leur est soumis, ils sont censés répondre par des lois ? Notamment à propos de la question de la vie, c'est une évidence, si on est arrivé dans la vie, il n'y a pas eu de loi pour nous donner la vie ! Les lois viennent après. Est-ce que la loi doit intervenir de façon aussi précise sur la vie ?

Petit clin d'œil mathématique tout de même. Nous avons dans notre topologie ce que nous appelons des espaces ouverts, c'est-à-dire des espaces dont on ne connaît pas la limite. On est dedans mais la limite est inatteignable bien que pas infini. Il est évident que notre arrivée dans le monde se produit dans un espace qui est ouvert. Ce n'est pas un délire, on n'a pas la conscience de ce qui est tout au début. Doit-on avoir nécessairement conscience de ce qui est en fin de vie ? Est-ce qu'il n'y a pas là un mystère qu'il serait peut-être bien de respecter. Je dis ça parce qu'à chaque fois qu'on veut fermer les espaces et notamment au niveau du développement mondial, on voit bien ce que ça donne.

La loi est réglée dans notre pays par une Constitution qui nous dit, qui rappelle en tout cas 1789 : « les citoyens naissent libres et égaux etc. ». Ce qui aujourd'hui en arrive à cette propension de vouloir tout clore jusqu'à promulguer le libre choix de la fin de vie et à assurer l'accès universel aux soins palliatifs en France. Vous voyez qu'on mêle deux choses : le choix de la fin de vie et l'accès universel aux soins palliatifs en France. On verra que la Cour des comptes, parce que tout ça, ça se compte, est plus prudente sur le sujet.

Qui a présenté cette loi : 24 députés de la législature précédente. Qui sont ces députés ? Sur les 24, il y a 15 républicains, 4 démocrates, 3 Renaissance, 1 Écologiste (Nupes, ça fait partie du même groupe) et 1 Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires.

Sur les 24, 14 ne font plus partie de l'Assemblée actuelle, soit parce qu'ils ne se sont pas représentés, soit parce qu'ils n'ont pas été réélus. Donc nous restent

comme signataires présents dans l'hémicycle 6 Républicains, 1 Renaissance, 1 Modem et 1 Libertés Outre-mer. Ce sont eux qui vont porter cette proposition de loi au sein de l'Assemblée Nationale.

Avec quels motifs exposés

« Aujourd'hui nous mourrons mal en France », la crise du Covid, etc. « il serait injuste de ne pas souligner toutes les avancées qui ont été faites en la matière depuis plusieurs années grâce aux lois Leonetti de 2005 et Claeys-Leonetti de 2016 » Nos invités vont parler aussi de cette loi. Malgré cette loi interdisant l'obstination déraisonnable [ce qui est le cas aujourd'hui] il existe encore des cas d'acharnement thérapeutique. Voilà, donc on veut protéger le médecin contre sa propension à l'acharnement thérapeutique ! La loi actuelle ne permet pas la communication du dossier médical du patient en fin de vie à la personne de confiance, etc. Alors la personne de confiance est un lien important notamment en cas de maladie mentale où la personne n'a plus ses moyens. Il est prévu une personne de confiance, à qui l'on va demander son avis. C'est généralement un proche. Vous vous rendez compte du poids sur les épaules de la personne de confiance qui sera celle qui va ordonner la mort. De même que le poids que l'on va mettre sur les épaules des médecins, c'est-à-dire de les mettre en place de bourreaux. De par la loi qui procède de ce qu'on observe depuis des années : une banalisation du Symbolique. On fait tomber progressivement tous les repères du Symbolique. Heureusement encore aujourd'hui le médecin est quelqu'un à qui on apporte sa confiance concernant sa propre vie. Là, je fais cette remarque, c'est que si on fait tomber ce repère-là, quelque chose dont nos chers sénateurs, sénatrices et députés n'ont peut-être pas pris la mesure, c'est que la prochaine étape de la banalisation du Symbolique, c'est sur eux qu'elle se produira, si ce n'est déjà le cas. Le sujet que nous abordons existe depuis des années en France et elle arrive maintenant à la discussion parlementaire. Elle est appuyée en juillet

2023, il y a seulement 2 mois, par un rapport de la Cour des comptes sur les soins palliatifs. Ce rapport est intéressant dans son introduction par ce qu'il nous dit : il nous rappelle quelques étapes. « Dans le rapport qu'elle a remis au Président de la République le 2 avril 2023, la convention citoyenne sur la fin de vie s'est prononcée en faveur du développement des soins palliatifs et de l'ouverture sous conditions du suicide assisté et de l'euthanasie. » Autrement dit la Cour des comptes emploie les mots justes : suicide assisté et euthanasie. Le Président de la République a alors annoncé un projet de loi à ce sujet. Puis, dans ce même rapport, cette phrase que je trouve tout à fait intéressante :

« La Cour a limité dans le présent rapport son analyse aux conditions d'accès aux soins palliatifs, et à l'organisation générale de la fin de vie, mais ne se prononcera pas sur le suicide assisté, pour l'heure illégal en France. Le suicide assisté est une décision qui intervient à la fin de la vie, il ne relève pas, pour cette raison-là, des soins palliatifs régis par la loi Claeys-Léonetti »

La problématique de l'accès aux soins palliatifs est donc liée aux débats actuels sur le suicide assisté, lequel ne relève cependant pas du champ de la compétence de la Cour. Voilà, c'est une phrase qui permet de remettre les choses à leur place, c'est-à-dire :

de distinguer l'accès aux soins palliatifs et le débat sur le suicide assisté.

On imagine facilement que, je dirais presque de bonne volonté, en tout cas de la leur, que les députés se disent qu'il faut qu'on améliore nos soins palliatifs : la Cour des comptes a évalué en effet que 50 % des personnes qui auraient droit aux soins palliatifs n'y accèdent pas faute de moyens, etc.

C'est une intention bonne mais on les imagine assez facilement se laissant emporter sur le ligne d'améliorer les soins palliatifs en allant jusqu'à faire en sorte que la personne soit heureuse jusqu'au bout et que au moment où elle ne l'est plus, elle puisse se décider à mourir – ça elle peut le décider – mais qu'elle

puisse se décider à mourir en faisant appel à l'État. Pourquoi d'ailleurs faire appel au médecin. Une vaccination ça peut se faire en pharmacie, je force le trait mais pourquoi mettre la pique finale sur les épaules du médecin ? C'est-à-dire pourquoi vouloir peser plus lourdement et s'appuyer, faussement à mon sens, sur la position symbolique importante du médecin rappelée d'ailleurs par le serment d'Hippocrate qu'il a prononcé devant ses collègues :

« Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. **Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.**

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. »  
Donc c'est très clair aujourd'hui dans l'engagement du médecin et ça fait partie de sa position symbolique et du respect, de la confiance que nous lui portons qu'en aucun cas il n'engage la mort du patient.

Pour terminer, je vous donnerai cette petite phrase du poète, du prophète Khalil Gibran : « Vous voudriez connaître le secret de la mort mais comment le trouverez-vous sinon en le cherchant dans le cœur de la vie ».

Je vous remercie de votre attention.

**Virginia Hasenbalg-Corabianu** : Merci beaucoup Henri. On t'a écouté avec attention et tes propos ont intéressé nos invités à qui je ne tarde pas de passer la parole tout en disant que donc nous sommes avec Faroudja Hocini qui est psychiatre et psychanalyste et Bruno Dallaporta qui est médecin néphrologue et Président de la commission Éthique de la Société nationale de néphrologie.

**Bruno Dallaporta** [*qui souhaite d'abord dire un mot de présentation*] : Sur le sujet de l'intervention dans la cité, Faroudja Hocini est psychanalyste-psychiatre mais elle connaît très bien la philosophie donc elle a une compétence philosophique. Moi je suis médecin néphrologue donc c'est plutôt le soin somatique, je connais

bien la philosophie mais ce n'est pas la même que la sienne, elle c'est de la philosophie très universitaire, d'en haut, c'est une philosophe d'en haut, moi je suis un philosophe d'en bas, sur le terrain, dans les cafés philo, à l'hôpital, etc. Faroudja est dans le soin psychique, moi le soin somatique ; elle fait de la philosophie universitaire dont elle est technicienne, moi de la philosophie vivante dans la cité. Voilà c'était juste pour la situer. Effectivement je suis responsable de l'éthique dans la société française de néphrologie, une société savante...

Une dernière chose, en fait, on fait de la philosophie contemporaine autour de ça.

**Faroudja Hocini** : Bonjour à tous. Je ne vais pas parler beaucoup car je suis un peu souffrante aujourd'hui. Juste d'abord pour vous remercier, et particulièrement Virginia, remercier également l'École d'accueillir ce débat, d'accueillir cette question. Je vous avoue que nous ne sommes absolument pas ni activistes, ni militants. Dans la cité, quand vous commencez à prendre la parole sur ce sujet, vous recevez un monceau de réactions très particulières, où l'on vous taxe de cathos réacs, de je ne sais quoi, etc. Nous, pour le coup, on a vraiment une position philosophique et donc on s'intéresse à la philosophie contemporaine. On a créé un Séminaire à Sainte-Anne sur l'imagination et notre idée est plutôt justement de repérer dans la société les anciens paradigmes comme ça de la modernité ou du modernisme plus exactement, qui ont conduit à la destructivité du monde, du vivant en particulier, et puis de repérer les nouveaux signes dans les territoires, dans les pratiques des corps, qui pourraient être le signe d'un nouveau paradigme. Donc c'est plutôt ça qui nous intéresse. Quand on s'est intéressé à ce symptôme sociétal qui est cette demande de mort, qui n'est quand même pas rien dans l'Histoire de l'Humanité... de demander ça



collectivement à un État, eh bien, on s'est demandé philosophiquement : est-ce un symptôme de l'ancien monde, du modernisme, ou est-ce une proposition innovante d'un monde en devenir ? Notre proposition était vraiment philosophique et métaphysique et donc on a rédigé cette tribune au Nouvel Obs il y a quelques mois qui s'appelle « L'appel des psys ». On a sollicité des collègues psychiatres, psychanalystes, etc. Et puis on a quand même été très étonné par les réactions individuelles des uns et des autres... avec des freins énormes à s'engager dans cette question. Si vous regardez la tribune, elle n'a absolument rien d'exceptionnel, elle dit simplement, elle rappelle quelques éléments de base sur la question de la demande, sur la question du paradoxe ou celle de l'ambivalence. Des choses tout à fait banales de la psychopathologie humaine. Donc les réactions furent très mitigées et ce qu'on a retenu c'est que les collègues n'étaient vraiment pas du tout informés. C'est-à-dire qu'il y a des confusions considérables, qui étaient les miennes avant de m'intéresser à ces questions et aux travaux de Bruno. Donc une confusion considérable entre les 5 cas qui unissent l'acte médical et la mort. Ça c'est la première chose, les gens confondent ces 5 cas. Bruno va nous les rappeler. [Bruno « chez les psys »] oui, je vous parle de personnes que j'ai contactées en direct, de gens qui sont des lecteurs, qui...

**Bruno Dallaporta** : Pour faire l'appel des psys on a envoyé 500 mails à des psys...

**Faroudja Hocini** : 500 mails personnalisés ! À des gens qui sont dans les Écoles, qui parlent au micro, enfin je veux dire des gens qui publient etc. Les gens étaient vraiment dans une confusion, avec aussi une participation très émotionnelle, affective « Ah ! j'ai ma tante Ursule qui a ceci... Mon bon copain qui a une SLA » [Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA ou maladie de Charcot)]. C'est-à-dire qu'immédiatement comme ça il y a la part affective expérientielle qui vient empêcher la pensée... sur aussi un sujet, mais ça vous le rappelez tout à l'heure entre nous quand on parlait du réel, du sexe, de la folie et de la mort. C'est vrai

qu'entre nous, on est quand même beaucoup plus prompt à parler du sexe et de la folie que de la mort ! Il y a quand même ce tabou que tu évoquais et qui fait partie effectivement de la question. Donc cette grande confusion, on s'est dit qu'il fallait la clarifier. Et puis deuxièmement, en effet l'idée que le débat n'était pas ouvert. Il faut savoir que le débat n'est pas récent : ça fait quelques années déjà que ça travaille. Ça travaille une société qui effectivement est dans la maîtrise, qui est dans cette pulsion de mort qui traverse tout notre siècle et en ce sens il peut que le XXe siècle ne soit pas encore terminé et qu'on soit encore dans cette grande destructivité. Mais là effectivement les Écoles commencent à bouger. La SPP nous a dit : « Ah ! quand même effectivement on a été un peu sourd à tout ça, mais on va s'y mettre. » Et vraiment je vous remercie beaucoup de participer à ces discussions. Bien voilà, on va commencer et puis on interviendra tout à l'heure dans la discussion. Je laisse la parole, à Bruno !

**Bruno Dallaporta** : Bonjour à tous, merci beaucoup, merci Virginia pour l'invitation. Pour moi c'est extrêmement intéressant d'avoir ce point de vue psychanalytique, parce qu'il s'agit quand même de la mise à mort d'un sujet. Je ne suis pas compétent en psychanalyse mais je pense que là il y a quelque chose d'extrêmement fort en termes paradigmatiques parce que ce n'est pas pareil qu'un corps qui va mourir du fait de la nature et de la maladie, là c'est quand même autre chose, que nous pensons fondamental. Voilà. Donc j'attaque. Combien de temps veux-tu qu'on parle ?

Virginia Hasenbalg-Corabianu : On fait comme on le sent. Chacun pose ses questions. On est dans un débat.

Bruno Dallaporta : D'accord, donc moi je suis néphrologue. Je ne suis pas psychanalyste mais je pense que j'avais beaucoup à apprendre et c'était très

intéressant les deux interventions, car il y a déjà des éclairages qu'on n'a pas entendus et qui sont extrêmement...

Virginia Hasenbalg-Corabianu : Je t'interromps pour ajouter quelque chose sur Bruno. Bruno est venu nous parler il y a deux ou trois ans à notre réunion de psychiatres sur l'acharnement thérapeutique et ce qui m'a frappé c'était la pertinence avec laquelle tu nous avais fait réfléchir sur cette question de l'acharnement thérapeutique. Depuis les choses se sont un peu éclaircies, mais à partir de ton expérience avec les patients, dans la clinique des patients graves, la question de « est-ce qu'on va continuer à traiter ou pas » se pose.

Et c'est cette façon très intéressante de poser les choses qui m'a donné envie de vous inviter.

Bruno Dallaporta : Merci beaucoup. Alors oui effectivement, je vais reprendre cette histoire-là de l'euthanasie de façon philosophique en fait (je ne suis pas la bibliographie) On y va.

En l'année 2000 il y a eu cinq pays qui ont dépénalisé. Mettons qu'il y ait une quarantaine de démocraties, il y a eu l'Oregon aux États-Unis, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Belgique, la Suisse. Et à cette époque-là on s'est demandé est-ce que c'est une atypie, une anomalie ? On ne savait pas quoi en penser.

C'était quand même très bizarre. Et puis finalement depuis 20 ans ça n'a fait que progresser. Il y a eu ensuite la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada, l'Autriche, l'Espagne, un 11e pays très récemment qui est le Portugal, et puis la France qui se pose la question « Est-ce qu'on y va, est-ce qu'on n'y va pas ? Est-ce qu'on ouvre la porte ? », 12e pays. On est quand même 40 démocraties à peu près, on va dire : c'est pas rien ! Donc la question qui se pose aujourd'hui, c'est : est-ce que c'est le sens de l'Histoire, est-ce que c'est un progrès ou est-ce que c'est une dérégulation profonde de notre société ? Est-ce que c'est, pour le dire d'une façon cash, l'entrée dans la barbarie ou la pulsion de mort dont parlait

Freud dans *Malaise dans la civilisation*. Est-ce que c'est une pulsion de mort qui travaille en plus ? Ça c'est la question qu'on va se poser et la question que je vais vous poser c'est : Peut-on faire tomber l'interdit de donner la mort et quelles conséquences pour une société, pour une civilisation, quelles conséquences pour les vulnérabilités ? Donc je vais donner des points d'appui comme ça philosophiques et assez généralistes, ça nous permettra de discuter plus finement sur la demande de mort, le réel, la symbolisation. Là je fais un panorama plus collectiviste on va dire.

Premier flash info, premier abstract : **Le grand âge, le très grand âge.**

Je vais faire un raisonnement aux extrêmes, un peu caricatural, mais pour qu'on se comprenne sur le mouvement de fond qui traverse la société. Vous savez qu'on déporte toutes les complications aux âges extrêmes de la vie maintenant et qu'on a une maladie chronique ou une polyopathie qui va crescendo après 60 ans.

Et donc on a en fait une société qui est en train de créer un très grand âge, qui est nouveau dans l'histoire de l'humanité et finalement pour être accepté dans la société il faut être dans les valeurs du marché et dans les valeurs de la performance. Pour être accepté il faut produire et consommer, valeurs du marché, pour la performance il faut être jeune rapide, culte de l'hygiénisme, etc. Et puis, quand on vieillit on va essayer de rester le plus intégré à la société, donc on va faire du sport, maintenant on voit des vieux qui courent dans les bois, on va remonter tout ce qu'on peut avec la chirurgie, parce qu'on ne veut pas être rayé. Puis, en fait, arrive le moment du très grand âge. Le troisième âge et le quatrième âge, si on est en bonne santé et si on a une retraite correcte la vie est assez belle. Mais arrive le moment où on a le très grand âge, et ce grand âge a énormément augmenté. En 2030 on en aura deux millions cinq cents et en 2050 cinq millions, ça va doubler en France.

Il y a un très grand âge qui arrive. Et ce 5<sup>ème</sup> âge, en fait, c'est une contre valeur totale pour notre société. Le très grand âge ne répond pas aux valeurs du marché, il ne produit pas, il ne consomme pas et il ne répond pas aux valeurs de la performance. Le grand âge, il est lent, il se prend les pieds dans le tapis, il n'est pas du tout sportif, etc.

Donc on a une société qui a fait des progrès énormes et qui a construit cet objet dont elle ne veut pas, c'est-à-dire qu'elle a construit un objet qui ne correspond pas du tout à ses valeurs. Et donc cette population-là elle est en fait une contre valeur parce qu'elle est vulnérable. Par exemple, je travaille en néphrologie où c'est plutôt la dialyse ou la greffe. On dialyse une population très âgée et qui coûte 80 mille euros par an. C'est-à-dire que c'est trois fois le salaire d'une personne qui a 25 ans. Donc la question c'est que c'est une contre valeur. En termes de valeur de marché c'est extrêmement couteux pour la société qui donne des sous en même temps qu'elle démissionne de son engagement. Elle déporte d'une gravité à l'hôpital, et puis il y a moins de moyens, moins d'infirmiers. Elle n'est pas du tout intéressée parce que la valeur de la performance n'est pas la valeur de la vulnérabilité. Puis ça peut s'étendre aux situations d'handicap ou à la psychiatrie. Finalement, il y a un truc à voir, depuis 300 000 mille ans : l'humanité a augmenté l'âge de vie de deux à trois décennies et d'un coup à la deuxième moitié de XXe siècle d'un coup on passe à la création de cet objet qui est le grand âge. C'est quelque chose de tout à fait extrêmement fort. Et donc on voit bien aux élections personne n'en parle, c'est un tabou cette histoire du très grand âge couteux et contre valeur. 2012, 2017, 2022 aucun candidat n'a évoqué ce problème alors que c'est un truc majeur. Et il est probable qu'il y a une corrélation entre, comme disent les mathématiciens, corrélation n'est pas causalité, entre la progression du très grand âge et la poussée euthanasique. C'est quelque chose qui est corrélé, cela ne veut pas dire

qu'il y ait un lien causal, mais c'est quand même comme ça. Simone de Beauvoir a écrit un livre qui s'appelle « La vieillesse », où elle dit que notre civilisation maudit la vieillesse. Et donc c'est comme ça, on est en train de construire un objet qui est énorme, extrêmement coûteux, et on se dit, si on est logique, et si on reste dans les valeurs de l'illusion de la toute-puissance, le plus logique ce serait de détruire cet objet à la hache. Je pousse aux valeurs extrêmes pour vous dire que la valeur de la vulnérabilité n'est pas une valeur mise en avance et que notre modernité progressiste en fait n'est pas très intéressée par cette population. C'est juste un peu caricatural mais c'est juste pour vous faire sentir qu'il y a un enjeu sur cette vulnérabilité. Quel environnement, quel accompagnement, quelles valeurs elles ont, à cette partie de la société ?

Ceci est un premier point pour vous parler de ça. Ensuite un deuxième point, comme disait Faroudja, il y a beaucoup de confusion et en fait les bases sont mal posées.

Il y a cinq cas de figure qui relie le médecin et la mort. Je vais les dire de façon assez simple.

- 1- Premièrement, il y a l'abstention. Vous avez une personne qui a 90 ans, vous ne la transférez pas parce qu'en réalité vous savez que sur le ventre elle ne va pas tenir, vous allez hâter la mort par abstention.
- 2- Deuxièmement il y a l'analgésie. Une personne a des métastases osseuses hyperalgiques ou un OAP pénible vous prescrivez un traitement pour soulager en sachant que vous allez peut-être accélérer la mort par analgésie.
- 3- Troisièmement, il y a ce qu'on appelle la limitation et arrêt des traitements. Dans ces cas-là c'est une personne qui a un traitement vital et vous considérez que c'est disproportionné, que c'est inutile. C'est ce qu'on appelle l'acharnement thérapeutique mais qu'on appelle aussi

obstination déraisonnable. Dans ce cas-là vous arrêtez le traitement. Dans ces cas-là c'est une personne qui a un traitement vital et vous considérez que c'est disproportionné, inutile. C'est ce qu'on appelle l'acharnement thérapeutique mais qu'on appelle aussi obstination déraisonnable. Dans cas-là vous arrêtez le traitement. En dialyse la semaine dernière, une personne a dit « je veux arrêter la dialyse, c'est trop lourd » On arrête la dialyse, on sait que cela va hâter la mort, mais elle y a droit. Ça s'est donc les limitations et l'arrêt de traitement.

- 4- Quatrième stade, c'est le suicide assisté, comme disait Henri, où l'on met à disposition d'une personne, un poison qu'elle va absorber elle-même.
- 5- Cinquième cas de figure, c'est l'euthanasie. Dans ce cas-là, un tiers, un médecin, provoque délibérément la mort en injectant une substance létale.

Donc on s'aperçoit qu'il y a cinq cas de figures et qu'il y a deux situations possibles : soit le patient est en état d'exprimer sa volonté, soit il est hors d'état d'exprimer sa volonté.

S'il est en état d'exprimer sa volonté, pour le cas 1, 2, et 3, c'est lui qui fait une demande et le médecin accède à son consentement. C'est la loi qui respecte l'autonomie de la personne, la loi Kouchner. Donc, s'il est en état d'exprimer sa volonté, c'est lui qui le fait.

S'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, par exemple, pour l'arrêt de traitement comme le cas que je viens de poser, dans ce cas-là il faut recueillir des substituts de l'autonomie de la personne, c'est -à-dire, la personne de confiance et les directives anticipées. Il faut que les médecins réunissent toute l'équipe, ça s'appelle une procédure collégiale, qu'ils fassent délibérer tout le monde et qu'il fasse venir un médecin extérieur. Le médecin extérieur est là pour vérifier qu'il

n'y a pas de décrochage moral. Et puis ensuite c'est le médecin et lui seul qui prend la décision d'arrêter ou pas le traitement. En fait c'est le médecin responsable qui prend la décision, ce n'est pas le chef de service, ce n'est pas l'équipe, parce qu'on n'a pas voulu qu'il y ait dilution de responsabilité. On a voulu que toute l'équipe fasse comme dans le concile romain, donc il faut qu'il y ait une personne qui porte la charge.

Virginia Hasenbalg : Ce sont des cas où il n'y a pas de directives anticipées, ou alors le patient n'a pas désigné une personne de confiance ?

Bruno Dallaporta : Là c'est un autre débat, c'est le débat sur l'obstination déraisonnable. On peut rentrer là-dedans... Dans ce cas-là, qu'est-ce qui se passe ? En fait, dans ce cas-là... J'ouvre une parenthèse. En fait une personne a une volonté du moment de sa naissance au moment de sa mort. On suppose que la personne a une unité de conscience, une unité de temps du moment de sa naissance et du moment de sa mort. Si elle est en état d'exprimer sa volonté, c'est elle qui s'exprime. Si elle ne l'est pas, on considère qu'il lui faut des substituts d'autonomie : la personne de confiance et les directives anticipées. Si jamais elle n'est pas en état d'exprimer sa volonté, en fait c'est une situation très délicate. Est-ce qu'on arrête ? mais si on arrête, est-ce qu'on n'est pas dans un homicide ? Et si on continue, est-ce qu'on est en pouvoir parce qu'on est médecin et qu'on a beaucoup de puissance de continuer ? C'est une situation très compliquée. Et puis il se trouve que sur l'iPhone on n'a pas d'application directe avec le ciel pour avoir la réponse si on arrête ou pas. Qu'est-ce qui se passe ?

Le plus important ce sont les directives anticipées qui sont maintenant contraignantes, qui s'imposent au médecin, mais, on ne va pas en parler, les directives anticipées, c'est un outil pourri, parce que comme tu le disais tout à l'heure, la mort n'est pas symbolisable et à distance de sa mort ce qu'on raconte n'a pas beaucoup de valeur.



Jean Leonetti ne l'a même pas remplie, moi je connais ça, je ne vais pas les remplir.

VH : Dis deux mots sur Leonetti.

BD : Jean Leonetti, cardiologue, c'est la personne qui étant député a porté la loi du 22 avril 2005 qui s'appelle la loi Léonetti. C'est un grand bonhomme, c'est un homme engagé qui parle vraiment bien et qui a tenu pendant 20 ans pour faire de sorte que l'interdit de donner la mort ne tombe pas. Il a mené un combat incroyable. C'est une personne vraiment remarquable.

Question de la salle :

FH : On pose la question de la temporalité quand on arrête la machine et, tu vas nous le dire, la personne n'a que quelques jours. Alors que la question en cancérologie, la temporalité est bien sûr beaucoup plus longue et la volonté s'interroge bien sûr différemment en termes de demande, de désir.

FH : On pose de la salle la question de la temporalité quand on arrête la machine et, tu vas nous le dire, la personne n'a que quelques jours. Alors que la question en cancérologie, la temporalité est bien sûr beaucoup plus longue et la volonté s'interroge bien sûr différemment en termes de demande, de désir., etc, c'était ça

BD : Alors là, on était parti sur l'euthanasie et le suicide assisté, qui est un périmètre de discussion, et là, on est en train de partir sur l'obstination déraisonnable, qui est un autre sujet, qui n'est pas celui de la loi, qui est un sujet qui est totalement clarifié, donc je dirais qu'on est en train de partir sur d'autres sujets que ce qui nous occupe. Donc effectivement, en dialyse, on a une temporalité aussi, on y va tous les jours. En dialyse, on a une seule caractéristique commune avec la psychanalyse, c'est qu'on les voit allongés trois fois par semaine pendant dix ans. Donc on a le temps de discuter aussi.

En réalité, le problème de la volonté, c'est le problème du discernement aussi, et puis en philosophie, considérer qu'on est autonome, qu'on est libre, qu'on est à droite ou à gauche, c'est qu'on sait vraiment ce qu'on veut dans son choix, là où j'imagine que la psychanalyse envisage la volonté, la liberté de façon différente parce qu'il y a des mobiles cachés, il y a l'inconscient, donc il y a deux points de vue sans doute qui s'opposent, entre le point de vue kantien et le point de vue psychanalytique, on en parlera peut-être tout à l'heure. Et là votre question, elle concerne le cas numéro 3. C'est à dire : « est-ce qu'on arrête ou pas ? », c'est à dire qu'elle concerne l'obstination déraisonnable, et pas les cas 4 et 5.

FH Mais voyez, votre question, en fait, c'est l'idée que dans ces 5 cas, les trois premiers sont déjà légiférés, sont travaillés, effectivement posent des problèmes, mais sont déjà au travail, sont tout à fait dans un cadre légal, etc et sont très complexes, en effet, là où les deux derniers, effectivement, il y a une vraie coupure d'un point de vue moral, quoi.

VH : On reparlera après du fait que ce soit légiféré.

BD : Pour suivre ce que dit Faroudja, effectivement, il y a cinq cas : abstention, analgésie, arrêt de traitement, suicide assisté, euthanasie. Alors ce qu'il faut repérer là-dedans, c'est qu'il y a un crescendo moral en termes de gravité, à la fois quantitatif et qualitatif. Je m'explique, le cas 1 est moins grave que le 2 et le 3, le 4, suicide assisté, est moins grave que l'euthanasie. Il y a un crescendo quantitatif entre les 5 cas de figure, je veux dire par là que pour un médecin, son intégrité morale est moins attaquée lorsqu'il s'abstient de passer un malade en réanimation que quand il provoque délibérément la mort. Il y a un crescendo quantitatif du moins grave au plus grave.

Question de la salle sur l'étymologie du mot euthanasie : une sorte de belle mort ?

BD : Chez les grecs, je crois que ça veut dire « mort douce », l'étymologie, mort douce. Et aujourd'hui, ça veut dire mort provoquée par un tiers, délibérément, en injectant une substance létale, c'est à dire qu'il y a un tiers, en fait. C'est le médecin habituellement.

FH : On parlait de la temporalité, vous injectez, en quelques secondes, c'est terminé, quoi, il n'y a plus personne. C'est ça aussi, c'est à dire que faire une sédation, c'est l'imprévisibilité du moment de la mort, voilà, il y a des morts physiques, il y a des produits, et puis vous maîtrisez certaines choses, mais effectivement, le réel de la mort s'invite quand il s'invite. Avec un accompagnement, avec tout ça, l'euthanasie, c'est, en effet, l'injection d'un produit mortel qui, en 5 secondes, entraîne la mort. Donc il y a aussi cette question de la maîtrise technique, et de la maîtrise temporelle à la minute près. Donc c'est quand même quelque chose qui crée une différence

BD : Voilà, donc il y a un crescendo moral. Après, il y a un truc très important c'est que le 1, 2, 3, n'est pas pareil que le 4,5. Le 1,2,3, en fait, la personne va mourir du fait de la maladie, du fait du réel de la vie, et l'humain n'y est pour rien. C'est à dire que si on arrête, on prend l'exemple de la cancérologie, si on ne fait pas une quatrième séance de chimiothérapie, parce que ça va gagner un jour, eh bien en fait, la personne va décéder, et l'intégrité morale du professionnel de santé n'est pas très attaquée. C'est à dire on peut être triste le soir, ou affecté, mais on va dormir correctement, et dix ans après, on n'est quand même pas perturbé.

VH : Alors Bruno, si je comprends bien, tu fais une distinction entre ce qui serait toujours médical, dans le cadre de la loi Léonetti, c'est à dire on arrête la douleur, on fait tout pour que le patient ne souffre pas, et on laisse la vie s'éteindre.

Ou alors, en cas de maladie, tu t'abstiens de continuer à soigner quelqu'un dont les jours sont comptés, mais tu ne vas pas t'entêter à continuer une vie que tu entretiens, parce que c'est quelqu'un qui est voué à la mort, c'est le traitement qui lui permet de rester en vie, sinon la nature l'emporterait avant. Le troisième cas, donc, tu arrêtes le traitement, mais c'est un peu comme l'abstention, non ?

**Stéphane Thibierge :** Merci de votre venue et de vos éclairages qui sont remarquables. Je n'ai évidemment pas la prétention avant cette pause de tirer des sortes de conclusions, juste quelques remarques, puisque je découvre de façon plus précise grâce à vous l'actualité de ces problèmes.

Ce que j'aurais donc envie de dire c'est d'abord, que pour la psychanalyse — nous allons nous servir d'un apport de Lacan qui était déjà dans Freud — le corps humain, le corps parlant, le corps affecté par le langage, il a le statut de ce que Lacan appelait l'objet a.

Cela veut dire que le corps est un réel, et on l'a dit tout à l'heure, ce réel se manifeste essentiellement sous l'espèce du sexe — que l'on ne maîtrise pas, mais dont on peut chercher toutes sortes de moyens pharmacologiques, etc. pour tenter de le maîtriser — et sous l'espèce ou dans le fait de la mort, qu'on ne maîtrise pas plus, mais que l'on peut essayer de traiter comme quelque chose qui serait contrôlable économiquement et « humainement ».

Ici, je souhaite vous proposer une autre remarque concernant ce corps comme objet, objet que nous recevons, avec lequel nous faisons comme nous pouvons. C'est ce qui fait la trame d'une vie humaine : qu'est-ce que nous faisons de notre corps, quels sont les actes que nous serons, à partir de ce corps, en mesure de poser. Le courage par exemple, consiste en une certaine capacité effective à poser des actes à partir de ce que nous ne maîtrisons jamais complètement, c'est-à-dire notre corps.

Justement à propos d'acte, il me semblait en vous écoutant — je ne sais pas si vous serez d'accord — que la mort certes n'est pas un acte à proprement parler — sauf dans le cas où l'on se suicide — mais elle en a quand même un certain nombre de caractéristiques, c'est-à-dire que l'on vit plus ou moins sa mort. On ne l'agit pas mais on la réalise, on y est présent dans une certaine mesure, disons, ce qui n'est pas loin de poser un acte. Ce n'est pas loin de ce qui est en jeu dans un acte. Il y a quelque chose de l'acte là, et comme dans tout acte, on ne sait pas exactement ce qu'on y fait, ce qui s'y passe. On ne sait bien sûr pas exactement ce qui nous arrive quand on meurt. Mais on pourra parler par exemple de la façon dont tel ou tel est mort. Il y a des morts courageuses et des morts qui le sont moins : on meurt comme on peut.

En tout cas, la dimension de l'acte n'est pas ici tout à fait absente.

Or à travers tout ce que vous évoquez, on entend très bien la façon dont la mort petit à petit va être considérée comme relevant non de notre expérience, de ce qui fait l'horizon de notre expérience et de nos actes, mais plutôt d'une sorte de dysfonctionnement. Et si le corps arrête de bien fonctionner, eh bien mon dieu, autant s'en débarrasser le plus vite possible. C'est dans la même ligne de ce qu'on observe sur le « corps augmenté », c'est-à-dire ce fantasme qu'en ajoutant au corps un certain nombre de prothèses ici et là, on arriverait à faire qu'il ne soit plus un réel, plus du ressort de l'objet, mais que ce soit quelque chose de maîtrisé et de maîtrisable.

Je crois que la mort comme dysfonctionnement, et la mort comme acte ou comme proche de l'acte, ça mérite d'être distingué. Nous sommes appelés à réaliser la mort. Freud disait : « Si tu veux vivre, prépare ta mort. » Les gens qui ont une trop grande appréhension de la mort sont des gens qui ne veulent pas

vivre, ou qui vivent mal, disait Freud. Pour vivre effectivement, il faut être prêt de temps en temps à risquer sa vie, pas de façon inconsidérée, mais quelqu'un qui veut toujours tout sauver, il ne vivra pas.

Ça, c'était le premier point.

Le deuxième point concerne ce que vous évoquiez aussi — vous n'avez pas prononcé le mot — mais il me venait en vous écoutant cette sorte de prévalence, dans tous les domaines, des prétextes qui s'avancent toujours au titre de la bienveillance. Les psychanalystes, quand ils ont affaire à la bienveillance, à juste titre, ils sont un peu circonspects : quelqu'un qui veut mon bien, j'hésite à le laisser rentrer chez moi. Donc au nom de la bienveillance et de tout le bien que l'on prétend apporter à notre prochain, on est dans le *care*. Nous sommes dans le soin, autrement dit. Et au nom de ce *care*, on risque de voir arriver de la part de la sécurité sociale des lettres vous disant que vous pouvez être pris en charge pour mourir.

L'exemple que vous avez donné est très parlant : cette sportive qui avait réalisé des efforts formidables pour récupérer son corps, ses actes, sa vie, et à qui on dit « Si vous voulez mourir, ce sera pris en charge à cent pour cent par la sécurité sociale, vous y avez droit ».

A propos du *care*, du soin, porté à un degré encore jamais atteint, je voudrais simplement rappeler — ce que les psychanalystes savent évidemment fort bien et qui fait le charme de notre travail — c'est que l'être humain est animé par une agressivité fondamentale, elle est au ressort élémentaire de notre rapport à l'autre, et de notre rapport à nous-même.

Ça se joue très tôt avec ce que Lacan a très bien isolé comme le stade du miroir.

Cette agressivité fondamentale, dans les situations que vous évoquiez, elle se conforte d'une manière vraiment formidable. On ne peut pas rêver mieux : on peut tuer son prochain avec toutes les qualifications de la plus grande bienveillance. Il faudrait que nos politiques puissent être un tout petit peu mis au courant de cette agressivité fondamentale.

Et enfin, dernier point à propos de cette prévalence du *care*, je voulais dire que moins nous sommes en mesure de symboliser ce qui nous arrive, plus nous sommes dans la dimension du passage à l'acte. Ça a été évoqué tout au début par Henri : dans l'activité législative avec des législateurs qui font des lois, on constate de plus en plus que ces lois, au lieu d'être réfléchies, tempérées, aménagées par tout le discours juridique — pendant un temps la plupart des parlementaires étaient des avocats et c'était plutôt pas mal pour la rédaction des lois, puisqu'ils connaissaient toutes les nuances, toute l'articulation du discours juridique, et ils ne faisaient pas n'importe quoi. Alors que de plus en plus les lois sont des passages à l'acte, pas tout à fait conscients sans doute de la part de ceux qui les font. Autant la loi de 2005 que vous avez évoquée était une loi pesée, mûrement réfléchie et finalement assez salutaire, autant là nous sommes partis dans quelque chose qui relève de ce que j'évoquais à l'instant.



(Remarque dans le public sur la loi morale)

Réponse de Stépahne Thibierge : Ce que vous appelez la loi morale, c'est en partie du côté de ce que nous appelons en psychanalyse la loi du désir, la loi symbolique. Lacan disait que les dix commandements, ce sont les commandements qui commandent notre désir. Quand la loi dit de ne pas convoiter la femme du voisin, eh bien c'est précisément ce qu'on passe notre temps à faire. La loi morale, contrairement au protocole contemporain, permet le désir. Alors que le protocole vient froidement— c'est Marx qui parlait des « eaux glacées du calcul égoïste » — le protocole vient dire : ça va coûter moins cher, on va abréger vos souffrances, et on s'occupe de tout.

C'est glaçant effectivement.