

# La mort demandée ou proposée, le soignant et le malade

---

C'est le patient qui est, normalement, aux premières loges dans le débat sur l'euthanasie. Ce patient est celui qui nous fait éventuellement face, mais, dans l'esprit de beaucoup pour ne pas dire de chacun, il est surtout le patient qu'on pourrait être. Il est difficile de ne pas se projeter dans la maladie et la mort prochaine de l'autre. Cela dit, on ne peut suspecter toute attention aux personnes malades d'être simplement une pitié pour soi<sup>47</sup>, aujourd'hui, mais, surtout, pour l'homme que nous serons lorsque l'heure sera venue.

Dans nos sentiments face à l'agonie d'autrui, il faut dégager le bon grain de l'ivraie. Mais nous ne pourrions souvent pas le faire sur le moment sous peine de paralyser notre action. Il faudra faire ce tri lorsque viendra le temps. Et, encore, ne devra-t-on que brûler le mauvais pour ne retenir que le bon.

Essayons donc de mieux comprendre ce qui se joue entre les malades et les soignants, dans cette période de la fin de vie, et, aussi, de cerner comment ces derniers appréhendent l'euthanasie. Ils l'approchent par les débats de tous ordres, par les discussions en équipe, par l'expérience, par leur propre souffrance, par les lois, par les demandes, par les angoisses face à la mort et, il faut le dire aujourd'hui, face à l'obligation qu'on voudrait leur imposer...

---

47. Voir la notion de pitié chez Schopenhauer, pitié qui n'est qu'une anticipation de son besoin personnel et non un intérêt véritable pour la personne du bénéficiaire.

J'ai déjà dit que la mort ne concerne pas seulement le mourant, non plus que le « mort ». Sa portée s'étend à toute l'humanité. Ainsi en est-il également de la souffrance. La manière dont les autres sont concernés par la souffrance et la mort d'autrui est plutôt comprise, aujourd'hui, dans les cercles sociologiques, en convoquant l'organisation politique. C'est une manière juste et utile d'appréhender la part des autres dans la souffrance des uns. Car les moyens qui sont mobilisés par le politique ont une part non négligeable dans l'aide à fournir. Mais ce type d'investissement de la société est superficiel. En effet, chaque homme est appelé, en lui-même et par lui-même, au service de celui qui est dans le malheur, comme le dit Hans Jonas<sup>48</sup>, parce que la faiblesse d'autrui rend impérative l'action de chacun avant celle de la société. L'engagement personnel dans l'existence confronte chacun aux autres dans leur engagement propre. Ainsi, chaque homme est porté naturellement à venir au secours des personnes en difficulté. Il n'est pas comme les animaux qui passent sans exprimer la moindre affectation devant le spectacle de leurs congénères souffrants. Quelques rares expressions de partage entre animaux de même espèce en soulignent l'absence généralisée. Cet intérêt humain pour autrui, le fait de se sentir concerné par sa peine, impliqué, cette sollicitude sont des expériences mais aussi des dispositions premières de l'humanité de chacun. En effet, sans bienveillance *a priori*, sans ouverture à l'autre, il serait impossible d'entretenir quelque relation que ce soit. Aucune force ne pourrait vaincre l'enfermement sur soi, puisqu'il serait constitutif. Nous devons donc reconnaître l'intérêt des humains les uns pour les autres comme constitutifs de leur être. La personne humaine se définit effectivement partiellement mais essentiellement comme un être de relation.

Cette prédisposition à l'ouverture et à l'intérêt pour autrui devient le soin, à partir du moment où le vis-à-vis est en état de faiblesse et de besoin. On peut même dire que le souci de l'existence d'autrui est le soin, soin par le geste au profit d'autrui et soin par la méditation sur les

---

48. Jonas Hans, *Le principe responsabilité*, Paris, Flammarion, 1998(1979).

choses de la vie, en particulier les choses de ma propre vie comme de celle des autres. En effet, il faut s'être imprégné du drame que représente la vie pour recevoir humainement la souffrance des autres. Alors, on peut agir. Ainsi, le soin est relation de personne à personne, attention à la faiblesse de l'autre, préoccupation pour lui, action en sa faveur, prévenance, même. Le soin a d'emblée une dimension éthique de respect qui découle de l'ouverture à autrui.

On le voit, aussi, la préoccupation pour la faiblesse de l'autre pourrait d'emblée se construire sur un gradient du fort au souffrant, mais le souci est autant le mien que celui d'autrui, la faiblesse est également la mienne que la sienne. Il y a non pas égalité au sens arithmétique ou même démocratique du terme, mais partage d'une même condition qui efface le gradient. Et souvent cela s'exprime par le souci de l'aidé - malade, handicapé ou vieillard - pour l'aident, soignant ou non, sa famille, pour son temps, pour ses revenus...

Le soin a de nombreux contenus et de nombreuses expressions. Le simple fait de visiter une personne en difficulté est de l'ordre du soin. C'est un acte considéré comme banal, surtout aux yeux de professionnels, mais il est l'essence même du soin : se déranger pour être auprès d'autrui. Cet acte est essentiel du soin, d'autant qu'il échappe au savoir-faire professionnel. On peut donner une tangibilité au soin en apportant à manger à celui qui a faim, en faisant son ménage, en le pansant... Soigner autrui, lui porter secours est universel. C'est dans la famille que cet acte trouve sa première manifestation.

L'inflation des occupations des proches et le développement technique actuel évoluant sur fond d'oubli des rituels d'autrefois aidant, l'intervention de professionnels est devenue indispensable. L'acte naturel de s'occuper des siens et de ses proches, voire des personnes plus éloignées dans le besoin, est aujourd'hui largement délégué à des professionnels. Ces personnes sont des succédanés des proches et ont donc une relation privilégiée avec la personne en souffrance. Cela est particulièrement

manifeste dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et pour handicapés. Les plus proches de ceux qu'on veut à toute fin appeler les usagers ou les bénéficiaires sont des salariés de structures. Ils peuvent conserver une posture mercenaire, abandonnant les personnes à leur solitude. Une éventuelle augmentation du personnel et des moyens ne changera rien à leur sentiment d'insatisfaction. Mais l'expérience montre qu'une part importante du personnel au contact des personnes âgées ou handicapées s'investit, non seulement dans une profession, mais, également, dans la relation avec ceux qu'il soigne. Il assure une permanence d'humanité auprès de ces personnes en souffrance.

Le personnel de ces établissements est souvent très affecté par le décès d'une personne qu'il a soignée, parfois pendant un temps très long. Et il est impossible et surtout indécent de demander aux membres de l'équipe de fuir l'investissement personnel en considérant leurs affects et leurs éventuelles souffrances comme des erreurs ou des fautes ou en les négligeant. Ils sont de toute façon profondément affectés par le contact avec les personnes qu'ils soignent. Ce vécu soignant est l'exemple type de la relation d'une équipe soignante avec les malades. L'équipe à l'hôpital le vit à minima car l'objectif n'est pas la relation et la vie en commun, mais la réussite médicale et la moindre nuisance de la prise en charge, c'est-à-dire aujourd'hui tout particulièrement l'hygiène - d'autres dimensions apparaîtront probablement bientôt -. Une équipe de SSIAD ou d'HAD<sup>49</sup> est plus impliquée dans la vie quotidienne des patients à leur domicile et leurs relations avec le voisinage. Et le personnel d'un EHPAD<sup>50</sup> vit carrément avec les patients devenus des résidents. Il s'agit d'une donnée essentielle dont le management de ces établissements doit tenir compte. C'est sur ce qui se passe dans les EHPAD qu'on peut s'appuyer pour réfléchir les conséquences sur le personnel soignant de la phase finale, de la mort et des formes qu'on veut lui donner.

---

49. Service de Soins Infirmiers à Domicile, Hospitalisation À Domicile.

50. Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

On le comprend, la fin d'une personne touche le personnel médical et paramédical au plus profond. C'est vrai de façon exemplaire dans les EHPAD, mais c'est aussi vrai pour tous les autres lieux de soins, même les plus techniques et les moins tournés vers la relation. Dans le cas des établissements de vie, l'atteinte prend un tour plus affectif. En ce qui concerne les hôpitaux le retentissement se situera sur un plan plus conceptuel, c'est-à-dire infléchira la manière dont sont conçus les soins. La première approche qu'on fait, de nos jours, de la position de soignant repose sur la lutte à tout prix contre la mort. Les décès en hôpital sont toujours tragiques. Ils constituent l'échec très frappant d'une activité devenue technique à l'extrême. Longtemps les hôpitaux étaient des lieux destinés aux indigents qu'on accompagnait dans leur malheur, médical et social. Avec l'avènement de la médecine moderne dont les succès sont brillants au point d'en rendre insupportable la défaillance, la finalité de l'activité hospitalière se transforme. Les hôpitaux deviennent des lieux d'excellence où la maladie doit impérativement trouver sa défaite et où la mort devient incongrue. Tout décès est donc la remise en cause de la finalité reconnue des hôpitaux modernes et produit, donc, à terme, un changement des méthodes mises en œuvre, dans une sorte de course, devenant effrénée, parfois.

On peut donc reconnaître la mise en cause, notamment, de deux pôles de l'activité de soin par le décès : la vie affective et donc le comportement, d'un côté, et la finalité de l'action médicale et les techniques employées, de l'autre. Il y a d'autres implications du décès d'une personne par la médiation du corps soignant. On peut citer les comportements sociaux qui sont aujourd'hui presque totalement perdus, face à la mort. Ils sont pris en charge par des « professionnels » qui réinventent des « rituels » dont le sens, éventuellement compris par la seule psychologie, se dilue dans l'ignorance des uns et des autres à la faveur du désarroi des familles.

Les comportements sont de l'ordre de ce qu'on doit faire, des *us*, de l'*ethos*, donc de l'éthique. En latin on dira qu'ils sont de l'ordre des

mœurs et donc de la morale. La manière dont on organise la prise en charge technique en fonction d'un objectif, pour lequel nous avons vu qu'il existe un pseudo-consensus implicite, est de l'ordre de la bioéthique. La bioéthique est l'éthique appliquée à des questions de technique biomédicale moderne. Elle n'est pas une autre éthique.

Il y a, de l'une à l'autre de ces interrogations éthiques, une dimension ontologique qui les rejoint. Comment, en effet, bien traiter la personne du malade et notamment du mourant ? C'est-à-dire comment rendre à la personne humaine ce qui lui revient et qui fait advenir en elle et en nous-mêmes cette personne que nous sommes, elles et nous ? Plutôt que de se laisser mener par des affects, erratiques par nature, ou par une raison facilement abandonnée à l'illusion de sa puissance, il est utile, personnellement et ensemble, de s'interroger sur l'attitude juste découlant de la juste considération de l'être d'autrui, dans ce qu'il est, tout autant que de nous-mêmes. Car nos actions influencent notre raison qui voudra les justifier et elles atteignent notre affectivité. Accepter d'accomplir ou, même, simplement, que soient perpétrés certains actes sur la personne d'autrui aboutit donc à modifier notre idée sur l'homme en général, sur la personne de nos proches et sur nous, tout particulièrement. C'est introduire un clivage en l'homme.

Ainsi, nous pouvons entrevoir combien le fait de donner la mort ou d'encourager ou encore de faciliter le suicide d'une personne, quelle qu'en soit la raison, a des répercussions très profondes sur ceux qui en sont ou les acteurs ou les témoins immobiles. Expliquons cela en prenant un exemple. On est, en effet, surpris dans les récits de personnes ayant donné la mort, militaires ou non, par l'indifférence qui prend certains d'entre eux dans l'acte de tuer. On est, en même temps et parallèlement, bouleversé par l'ampleur des traumatismes de nombreux anciens combattants. La guerre et ses horreurs, auxquelles on est obligé de participer lorsque cela advient, les ont laissés marqués à vie, gueules cassées ontologiques. Comment ne pas penser qu'il en est de même pour les

soignants ? D'une part, comme les guerriers et les tueurs de tout poil, ils gagneront en dureté affective et d'autre part ils auront la gueule de leur être profond défoncée. Certains se muent alors en théoriciens de la cause, ayant définitivement fermé la porte de l'humanité derrière eux dans leur course folle à la maîtrise de toute chose ou dans la fuite de la réalité.

Comme pour les personnes auteurs de la mort d'autrui, il se fait, lorsque le soignant est le promoteur et *a fortiori* le réalisateur de l'administration de la mort comme un acte banal, qu'il change de statut tout comme le soin lui-même, d'ailleurs. Il n'est plus celui dont on attend le soulagement et encore moins celui qui procure une humaine consolation, mais celui qui prononce et exécute des sentences : tel vivra et sera l'objet de la technique médicale tendue vers le résultat quel qu'en soit le coût, tel se verra « proposer » la mort - ou se verra accepter sa demande, ce qui revient au même - par suicide ou par euthanasie, mort à laquelle il acquiescera par un mécanisme que je vais expliquer dans les lignes qui suivent.

Concrètement, quelles sont, pour les soignants, les répercussions les plus prévisibles et les plus courantes de l'acceptation de la mort donnée par euthanasie ou suicide assisté ? Il existe chez les soignants comme chez toutes les autres personnes une aversion de la mort et de la maladie, surtout dans sa phase terminale. Tous souhaitent, à un moment, lorsque le combat que mène la personne est trop pénible, que la vie s'arrête. Rappelons-nous que la souffrance appelle la mort. En tout cas, et c'est l'idée fondamentale, plutôt la mort que cette vie-là ! C'est valable autant pour la personne qui souffre que pour celle qui la soigne. L'idée de l'euthanasie vient régulièrement aux soignants. Cette idée est d'autant plus présente à leur esprit que les débats actuels, tout empreints de sensiblerie et d'une certaine forme d'arrangement avec la vérité, la promeuvent de manière récurrente. Céder à ces sirènes, sans même passer à l'acte - et nous vivons sous ce régime parce que la loi n'autorise pas actuellement l'euthanasie -, c'est placer les soignants dans une position d'un inconfort incommensurable. Le soin finit par se résumer à deux alternatives : une

médecine de l'immédiat où l'homme est résumé au discours de la technique et des protocoles et une gestion de ce qu'on considère de toute façon comme un échec et dont la sanction est la mort. Le reste de vie situé entre ce constat et la mort effective est alors totalement déprécié.

On recommandera, bien sûr, que la demande du patient soit, de règle commune, réitérée. Mais le patient est, dès lors que l'équipe soignante pose un diagnostic de vie indigne, promis à la mort programmée, attendue et donc encouragée. On veut promouvoir la décision collégiale, mais il est, effectivement, difficile d'énoncer un avis contraire à celui de ceux qui promeuvent l'euthanasie tant domine l'argument sensible. L'opposant passe dès lors pour un sans-cœur, qui plus est antidémocratique, quand ce n'est pas pour un conservateur forcément ringard. Les débats sont, en effet, entachés de considérations politiques parasites.

Actuellement, il est encore possible d'arrêter une discussion trop dirigée par ces considérations militantes car un simple rappel à la loi sur l'homicide volontaire et la peur qu'elle inspire exerce une force de répulsion salutaire. Faites une loi et il s'établira une sorte de consensus sur la mort. On ne discutera plus de la souffrance actuelle du patient ou de la souffrance des soignants, mais du moment où on le fera mourir et des moyens qu'on emploiera. On fera taire les craintes, les gênes et les oppositions, car on n'envisagera plus l'éventualité d'une mort programmée aussi librement. Il ne s'agira, plus précisément, de l'éventualité qu'on voulait instituer mais du passage obligé dont seules les modalités feront l'objet d'une discussion. Il est toujours possible de revenir en arrière tant que vous n'avez pas la possibilité de donner la mort. Cela n'est plus possible lorsque vous l'avez administrée. On entre dans l'inéluctable avec l'euthanasie, donc, dans l'irréparable et, donc, encore, dans l'impardonnable dès lors qu'on n'a plus les moyens de revenir sur son erreur ce qui est l'unique résultat.

J'ai évoqué, ici, les influences exercées sur les soignants. Elles conduisent, à terme, à des contraintes directes. Il y a fort à parier que l'euthanasie votée s'imposera, immédiatement ou plus tard, aux soignants et en particulier aux médecins. C'est un processus déjà vu. Cela prendra une tournure dramatique dans les établissements pour handicapés ou pour personnes âgées. L'incapacité du patient d'exprimer sa volonté ne sera pas une barrière. Des législations sont déjà en cours de préparation dans les pays ayant déjà légalisé l'euthanasie pour offrir ce « bienfait » aux malades souffrant de maladie démentielle du type de la maladie d'Alzheimer. Un jour, la maladie ne sera pas seulement celle qui conduit à la mort, mais un simple mal incurable. Je vous laisse penser ce que deviendront ces établissements qui ont encore, aujourd'hui, la vocation, au moins affichée, d'être des lieux de vie... Que penseront les patients qui entreront à l'hôpital, en EHPAD ou en MAS ? Que représenteront les soignants pour ces patients dès lors qu'ils auront pour fonction non subsidiaire de donner la mort ? Qui peut avoir confiance en qui dans un tel contexte ?

Les patients eux-mêmes subiront une pression vers la demande volontaire de la mort. On interprète souvent comme une confirmation du bien-fondé de la loi sur l'aide au suicide en Oregon, aux États-Unis, le relativement faible taux de recours au suicide des patients auxquels on a donné les moyens de se suicider<sup>51</sup>, sans penser que la demande n'est pas l'acte. C'est une chance que l'euthanasie n'y soit pas acceptée. On confondrait demande et action comme on veut le faire chez nous. Expliquons ce qui se passe. On peut demander le suicide assisté, sous la pression sociale,

---

51. Depuis 1998 que la loi existe dans cet état, 935 malades (chiffres de 2016) dont l'espérance de vie est inférieure à 6 mois ont reçu la prescription létale de la part d'un médecin à l'issue d'une procédure bien définie. Seulement 596 malades (plus de 63% tout de même !) ont décidé de l'utiliser. Les autres s'y sont refusés. Ils ont fini leur vie au terme de leur maladie. Certains sont décédés de mort naturelle avant la fin de la procédure légale.

car le souhait ou la volonté affichée n'engage finalement pas<sup>52</sup>. Qu'une part importante de ceux qui ont obtenu le kit de suicide n'y recoure pas n'est pas une bonne nouvelle comme veulent le faire croire certains. Qu'est-ce qui a changé dans la souffrance de la personne entre les deux temps que sont la volonté exprimée de mourir et la suspension de l'action ? La personne souffre-t-elle moins depuis qu'elle est en possession des médicaments de sa fin ? Non, probablement, d'autant que l'efficacité ou la qualité du traitement est modifiée par la volonté exprimée de mourir. Le revirement est la preuve, en l'occurrence, des pressions subies, car en l'état normal on ne demande pas le suicide. Si on n'accède pas à l'acte, c'est qu'on différencie la demande de l'exécution, ce qui n'est pas le cas dans l'euthanasie. Certains résistent alors qu'ils ont été reconnus éligibles à la mesure du suicide assisté. Devant la mise en œuvre de leur demande, ils reculent, retenus par leur liberté qui s'exerce, alors, pleinement. Il s'agit même d'un acte de résistance. Résistance contre la pression sociale, contre le laisser aller de l'opinion.

### **Place aux jeunes**

Une des grandes motivations des personnes âgées dans leurs choix, comme je l'ai déjà dit, est de ne pas gêner leurs enfants. Cette aspiration déborde d'ailleurs le grand-âge et pousse nombre de personnes à préparer leur retraite dans ce sens de ne pas peser sur la génération suivante. C'est un sentiment louable et naturel que celui de transmettre une situation favorable à ceux qui montent. Mais, avec l'introduction de l'euthanasie, on risque d'assister à l'élargissement de ce souci à la mort demandée. Il y a loin du désir de transmettre un environnement heureux à ses descendants à l'impression de devoir débarrasser le plancher pour faire de la place ! Mais cette distance est vite franchie, notamment par des personnes âgées qu'habite un sentiment d'inutilité ou de malades qui ont

---

52. Cette constatation questionne largement le recours aux directives anticipées.

perdu leur statut social. Ainsi, une question inquiétante monte à l'esprit : peut-on certifier que des personnes ne demanderaient pas la mort dans le but de ne pas être un poids pour les enfants ou la société dès lors qu'elles auront l'impression si fréquente d'être inutiles ou pesantes ou encore dès lors qu'elles auront perçu, à tort ou à raison, une lassitude dans l'entourage ? Le cœur du soin gériatrique peut être fortement remis en question. L'apparition d'une réflexion sur l'impact économique des soins donnés à des personnes qui pourraient faire le choix de mourir n'est pas, dès lors, improbable.

On a l'impression, par l'octroi du droit de demander à être euthanasié, de conquérir une plus grande liberté et la gouverne sur soi. C'est précisément alors qu'apparaît l'aliénation. Non seulement le droit des uns va-t-il s'imposer à d'autres - les soignants - mais il y a tout lieu de penser que le devoir de mourir va apparaître nécessaire aux « bénéficiaires » eux-mêmes. Ils seront conduits à demander la mort par la force, l'opinion sociale ou par nécessité d'état<sup>53</sup>. Les soignants ne pourront s'y opposer. Ils devront un jour en finir avec des personnes incapables de rien demander, encore moins la mort et, plus grave, de s'en défendre. Et encore n'ai-je pas prolongé trop loin le raisonnement car, dès qu'on a ouvert la boîte de pandore, on ne contrôle plus rien et moins encore les contraintes qui apparaissent de toute part. Nous avons des exemples que ne règlent que la peine et le sang !

## Deux attitudes et une incertitude

Deux attitudes médicales s'opposent à l'approche de la mort, bien que l'une d'elle ait la primeur parmi les médecins et les soignants d'aujourd'hui. Premièrement, une course sans frein à la médicalisation allant parfois jusqu'à employer des moyens hors de proportion avec le mal réel.

53. C'est une des questions soulevées brillamment par le film *Soilent Green (Soleil vert)* de Richard Fleischer sorti en 1973.

La sédation profonde et continue jusqu'au décès peut faire partie de ces moyens. C'est une manière de mécaniser la vie et de faire de l'homme un être pour la médecine. On voit ici poindre ce qu'on appelle dans les hôpitaux la « déshumanisation ». La seconde position est plus respectueuse du vécu de la personne. L'attitude thérapeutique n'est plus alors de masquer l'angoisse et de tenir dans l'illusion de la continuité par la technique, mais d'accompagner, d'être présent comme, justement, un témoin de la vie. La technique a, de toute façon, une place dans cette démarche, mais en tout cas pas celle de camoufler la réalité. Il ne s'agit pas non plus de confronter brutalement la personne à la vérité de sa vie, mais plutôt de vivre avec elle et de lui apporter le soulagement que réclame son état, sans exagération technique. On le comprend, les soins palliatifs s'accompagnent d'une démarche de vérité, dont on expliquera d'ailleurs qu'elle n'est pas univoque et que le médecin n'en est pas le seul fabricant ni détenteur. Faute d'une telle manière, on court après la consolation au risque de mettre en oeuvre des recours déshumanisants.

Avec justesse, les membres du CCNE<sup>54</sup> notent les acquis consensuels de la législation qui ne doivent pas « *conduire à perdre de vue que le « laisser-mourir » au sens de la loi Leonetti, ce n'est pas simplement laisser la nature faire son œuvre, c'est une notion complexe, aux frontières parfois peu évidentes, qui implique une tâche difficile, un accompagnement, qui mobilise beaucoup de moyens et qui demande de multiples arbitrages pour déterminer au plus juste ce qu'il faut arrêter ou ne pas arrêter, limiter ou ne pas entreprendre, administrer et à quelles doses.* ». De fait, il n'y a pas de facilité, lorsqu'on s'occupe de la fin de vie. Aucune simplification n'y a sa place. Ne pas se lancer dans l'acharnement thérapeutique est très engageant et conduit les soignants à une sorte de malaise né de la remise en cause de leur action.

---

54. CCNE, avis 121, deuxième partie, § 1-2

À ce sujet, on doit noter que le vrai garde-fou, en termes de fin de vie, est une incertitude inconfortable. La confrontation au réel de la mort est inconfortable pour le patient. Elle l'est aussi pour le personnel soignant, et c'est un signe de justesse dans la prise en charge. En effet, il faut s'adapter, au plus près, aux maux du patient, sur le plan médical, mais, surtout, il faut être présent avec lui et prêt à recevoir ses interrogations, ses angoisses. Il faut savoir entretenir les échanges dans leur intensité humaine propre, entre lui et sa famille, son entourage et l'équipe soignante. Toutes actions engageantes qui réclament un bon équilibre humain dans l'inconfort qu'elles génèrent. Il faut accepter de ne pas avoir de position de repli, d'aire de repos pour être constamment à l'écoute, pour recevoir l'humanité de l'autre dans son épaisseur. Les problèmes éthiques ne sont pas exempts lorsqu'on traite les événements dans ce sens. Ils ont même l'acuité qui leur est intrinsèque. Jusqu'où aller dans un traitement pour ne pas s'acharner ? Quand arrêter un traitement sans abandonner la personne à son destin ? Quels sont les actions médicales et chirurgicales utiles et justes ? Les demandes d'aide pour mourir, si elles diminuent par l'action d'une prise en charge judicieuse, ne sont pas forcément toutes gommées, appelant à une attention redoublée et à une action médicale plus adaptée. Ce qu'il faut intégrer, c'est que la réponse n'est pas seulement médicale. Elle est faite d'une exposition personnelle des accompagnants en sachant appeler d'autres compétences et d'autres savoir-être. Et ceux-ci ne restent pas indemnes dans cette fréquentation. C'est pourquoi, il faut un partage des tâches. C'est pourquoi, aussi, il convient d'être attentif à tous les acteurs, personnel soignant compris. Soigner une personne dans ce contexte ne se fait pas en négligeant la personne des proches mais aussi et surtout, peut-être, celle des soignants.