

Demande sociétale, loi et soin : quel juste rapport à la loi pour les cliniciens ?

Donatien Mallet

Sfap, mai 2026

Éléments contextuels

- Une demande sociétale croissante engendrant une traduction, par les responsables politiques, en lois
- Une juridicisation (recours accru au droit dans les interactions ordinaires des relations de travail) avec l'apparition de normes à respecter
- Une judiciarisation (recours accru à l'institution judiciaire pour régler des conflits) réelle, projetée ou imaginaire
- Un rapport singulier, psychique et éthique, de chaque soignant vis-à-vis de la loi
- Une perte de sens, voire la crainte de devoir appliquer une loi contraire à son éthique

I. Quelle demande sociétale ?

- Une demande durable, constante et homogène (Jury citoyen 2012 , Convention citoyenne 2023)
 1. Avoir l'assurance de pouvoir bénéficier de soins palliatifs
 2. Être soulagé de toute souffrance
 3. Ne pas vivre une souffrance potentielle à venir
 4. Avoir l'assurance que sa volonté, quelle qu'elle soit, soit réalisée
- Une prudence nécessaire

II. Quels modelages des pratiques soignantes par les différentes lois ?

- Loi sur le « droit à l'accès aux soins palliatifs », 1999 : un droit avec une application limitée
- Loi « Kouchner » sur le consentement et le refus de traitement, 2002 : un cadre imposé pour une rencontre
 - Des droits (du patient) qui impliquent des devoirs (du soignant)
 - Un contenu encadré par la loi
 - Une liberté communicationnelle et relationnelle

- Loi « Léonetti » 2005 sur LAT : une délibération partiellement encadrée dans sa forme
 - Un collectif élargi, défini par la loi
 - Une procédure collégiale imposée, balisée par 2 interdicts (éthique procédurale)
 - Une liberté du contenu, de la temporalité, de la forme de la délibération
 - Une liberté de mise en œuvre de la décision
- Loi « Claeys-Léonetti » 2016 sur le droit à la sédation : une délibération encadrée dans sa forme, son contenu, ses conséquences
 - Un collectif élargi, défini par la loi
 - Une vérification de l'adéquation à des critères pré-définis
 - Un soin modélisé par la loi

- Loi sur « l'aide à mourir » : un composite hétérogène
 - Un collectif réduit
 - Un droit, mais sans obligation d'y participer
 - Une vérification de l'adéquation à des critères pré-définis
 - Un bornage de la délibération et de l'acte dans le temps
 - Une mise en œuvre de l'acte définie par la loi
 - Une solitude du décideur ?

	Modelage de la relation	Formatage de la forme de la délibération	Préfiguration du contenu de la délibération	Mise en œuvre du soin ou de l'acte
Loi Kouchner 2002 (consentement et refus de traitement)	Information du patient Recueil d'une volonté	Pas de délibération Application d'un droit impliquant des devoirs	Pas de délibération	Définie sur le fond Créativité possible sur la forme
Loi Léonetti 2005 (LAT)		Procédure collégiale à insérer dans la délibération	Libre	Libre
Loi Claeys-Léonetti 2016 (SPCMDC)	Recueil d'une volonté	Procédure collégiale	Vérification de l'adéquation à des critères	Définie Sédation + antalgie + arrêt des traitements prolongeant l'existence
Loi sur l'aide à mourir	Information du patient Recueil d'une volonté	Procédure pluriprofessionnelle	Vérification de l'adéquation à des critères	Définie Prescription et délivrance du produit létal Présence au moment de l'acte suicidaire Intervention si problème

III. Quelques questions transversales

Quels rapports à la responsabilité ?

« De quoi suis-je responsable ? Quelle limites à ma responsabilité ? »

- Qui est responsable ? (Ex de la loi sur l'aide à mourir)
 - Le patient qui se suicide
 - Le médecin qui choisit de ne pas faire appel à sa clause de conscience
 - Les membres du collège pluriprofessionnel
 - Celui qui est présent au moment de l'acte
 - Le pharmacien, l'équipe, le médecin chef,
- Prudence sur le vécu par le soignant « d'un excès de responsabilité » (B Cadoré)
 - Entre attention légitime au vulnérable, culpabilité et fantasme de toute puissance
- Si dissensus ou tension, quelle fonction pour la hiérarchie ?

Quels rapports à la transgression ?

- Une variété de qualification de l'aide à mourir
 - Transgression systématique / suicide comme pas de côté / absence de transgression
- Une variété de fondements – psychique, moral, éthique - du respect de l'interdit de l'homicide
 - Un héritage transgénérationnel / Un interdit divin / Une éthique du visage / Une éthique du corps vivant / Une réflexion sur la violence...
- Une variété d'affects
 - Anxiété, angoisse, faute, culpabilité / Jouissance et affirmation de sa puissance / Sérénité de fond / Neutralité émotionnelle
- La question du consensus
 - La transgression est-elle maintenue si « tout le monde est d'accord » ?

Quelles répercussions sur les dynamiques d'équipe ?

- Un pilier des soins palliatifs :
 - L'imaginaire - plus ou moins incarné - d'une délibération ouverte et d'une mise en œuvre d'un soin élaborées par un collectif
- Une fonction contenante du collectif
- Une crainte de mise à mal de ces implicites
 - Pratique semi solitaire, simple vérification de critères, temporalité bornée
 - Peur d'une « explosion » d'équipes déjà fragilisées

IV. Recherche de repères pratiques, organisationnels et éthiques

a) Maintenir un espace d'intériorité

- Veiller à son espace de liberté (Falques, Bougon, 2009)
 - Intériorité – réflexivité – liberté - responsabilité
- Délimiter sa propre responsabilité



b) Connaitre avec rigueur le cadre légal

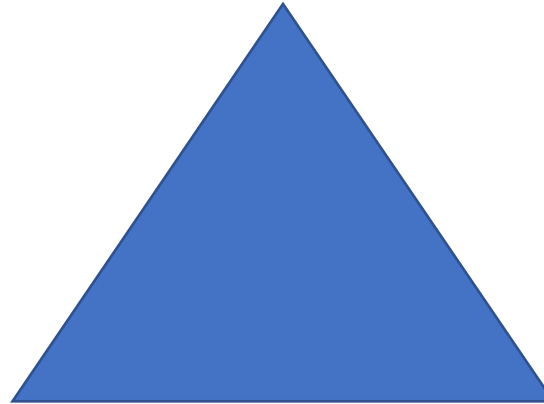
- Ne pas amplifier la loi dans un imaginaire de toute puissance ou un vécu de crainte
- Si cela est possible, réflexion épistémologique sur le droit
 - Circonscrire une juste place à la loi par un travail de la pensée



c) Articuler les niveaux prudentiel, déontologique et réflexif (P Ricoeur)

Prudentiel :

Clinique de la singularité



Déontologique :

Recommandations scientifiques
Déontologie, Morale
Loi

Réflexif :

SHS,
Philosophie,
Spiritualités

d) Contenir le prisme juridique en faisant vivre une dimension clinique

- Créer une rencontre
- Tenter de rendre compte de la situation par une richesse et diversité de langages

e) Contenir le prisme juridique en faisant vivre une dimension éthique

- Ouvrir à un langage qui ne se réduise pas au médico-juridique
- Introduire des tiers (EMSP, psy, cellule éthique, USP...)



f) Positionner et médiatiser un cadre d'intervention (Focus sur les EMSP ou USP)

- Médiatiser un cadre général
 - La demande d'aide à mourir relève d'abord de la responsabilité du médecin référent
 - Fonctions des équipes de soins palliatifs :
 - Expertise clinique si le patient l'accepte
 - Délibération éthique si le patient ou les professionnels de santé l'acceptent
 - Accompagnement des proches si impossible localement
- En situation singulière, être attentif et rendre explicite la fonction de tiers
 - « Paternel »
 - Médecin consultant
 - Expert juridique
 - Expert éthique
 - Maïeuticien
 - Compagnon d'un praticien
 - Médiateur
 - Accompagnateur d'un groupe...



g) Veiller sur son élasticité éthique et la vie en équipe

- Être ouvert à autrui
- Veiller à son « élasticité » éthique (Jacquemin, 2015)
- Construire des dispositifs collectifs pour faire vivre l'interrogation, la discussion, le dissensus
- Vivre un apprentissage, relire et dégager une « *sagesse pratique* »
- « *Si tu le fais, fais le bien* » (Desmet, 2017)



En guise de conclusion

- Une résistance :
 - Entre le « tout scientifique », le « tout juridique », le « tout organisationnel », maintenir une responsabilité soignante attentive à la clinique et à l'éthique
- Une responsabilité sociétale :
 - Donner à voir en paroles, en actes, en comportements un soin et un accompagnement solidaires sans prétendre combler l'énigme du vivant

Annexes

Quelles conceptions du soin convergentes ou divergentes avec la mise en œuvre d'une « aide à mourir » ?

a) Une éthique de l'autodétermination

- Grandeur de l'être humain : liberté et dignité
- Fonction de la société : « *Donner aux malades en fin de vie la libre disposition de leur corps, et, c'est essentiel, de leur destin* » (J.-L. Touraine)
- Fonction du soignant : Vérifier des critères et appliquer un droit



b) Une éthique de la solidarité

- Accompagner jusqu'au terme sans rupture relationnelle
 - Un devoir : « *Un devoir d'accompagnement* » (M Spranzi, 2023)
 - Un droit : « *Reconnaissance des droits des patients et de leur liberté dans un cadre solidaire* » (P. Beuriat, 2024)
 - Une qualité de relation : « *Continuer le dialogue ainsi que les soins, et en préparant le moment de l'acte avec toute l'attention et la vigilance requise* » (C. Vaysse Van Oost, 2024)
- Mais
 - Prudence relationnelle
 - Vigilance éthique : un souci de justice





c) Une éthique du « corps vivant »

- Une position soignante fondatrice : soutenir la vie humaine quelle que soit sa présentation
- Un axe du soin : prendre soin et assurer un compagnonnage solidaire qui ne clôt pas l'énigme de l'existence humaine
- Si souhait de mourir durable :
 - Pour certains, pas de transgression possible
 - Pour d'autres, une transgression possible pour une situation singulière :
 - « *Faire exister le caractère transgressif de l'action au cœur même d'un agir qui justifie et assume cette même transgression* » M. Grassin