Éléments de réflexion pour une législation de l'euthanasie et du suicide assisté
(Philippe CHAZOT Février 2021)

Motifs :

Il y a des personnes qui demandent une aide à mourir par la possibilité de se procurer une potion létale - il s'agit alors d'un suicide assisté - ou d'une aide directement à mourir d'une mort douce ; il s'agit d'une euthanasie ou d'une sédation terminale si telle est la demande.

La philosophie qui sous-tend ce projet est que contrairement aux idées reçues , la vie n'est pas sacrée. Si nous étions immortels et que la seule façon de mourir était due à l'atteinte des hommes par eux mêmes alors renoncer à vivre serait sacrilège . Mais les tremblements de terre, les tsunamis, la maladie nous terrassent sans pitié ; comment croire après cela que la vie est sacrée ? La vie est ce qu'il y a de plus précieux. Il faut y tenir le plus longtemps possible ; il arrive que cela devienne impossible.

La référence éthique est d'une part l'article 4 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen qui dit ceci : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui », et d'autre part le fait qu'il y a toujours dans la vie en société deux libertés de conscience parce que nous sommes toujours en interaction les uns avec les autres et avons besoin les uns des autres, pour vivre et parfois pour mourir. Nous sommes en effet tour à tour une personne qui demande et une personne qui répond à une demande. Quand une personne demandera une information, une aide pour obtenir une potion létale, elle adressera sa demande à des membres de la société, qui devront se prononcer sur l'opportunité d'apporter une réponse positive ou négative à cette demande.

La question est donc de trouver les modalités juridiques à cette pratique.

Contexte :

il y a 550 000 décès en France par an ; cela veut dire 550 000 cas particuliers. Personne n'est venu à ce jour raconter son agonie. La seule personne habilitée à parler et à décider de sa fin de vie est donc la personne concernée.

Dans beaucoup de cas, les personnes se refusent à parler de leur fin de vie ou en parlent avec ambiguïté. Une ambiguïté renforcée par les lois françaises où il n'est question ni d'euthanasie ni de suicide assisté.

Pourtant, les statistiques sont formelles depuis 40 ans : peu de gens meurent de ce que l'on appelle une « mort naturelle » . La médecine raccourcit ou rallonge les durées de vie au gré des équipes médicales, des pathologies rencontrées , des proches, du patient etc...

Notre réflexion portera donc sur les personnes qui, dans leur état conscient, auront exprimé le souhait, soit d'un suicide assisté, d'une euthanasie, ou d'une sédation terminale, et qui auront établi des directives anticipées et nommé une personne de confiance .

Il faut donc trouver un protocole décisionnel qui englobe les diverses situations de fin de vie quel que soit le lieu et quel que soit l'état médical de ces personnes.

Deux protocoles possibles

Si l'on considère les multiples raisons qui poussent un individu à vouloir mourir, que l'on peut résumer en souffrance physique, psychique et sociétales, et qui souvent sont un mélange de ces trois raisons, il semble illusoire, dangereux et injuste qu'une quelconque autorité représentant la société puisse s'arroger le droit de décider de la validité d'une telle demande. Pourtant la société ne peut laisser sans contrôle la vente libre de potions létales. Il faut donc trouver un compromis où la liberté de l'individu sera préservée et dans tous les cas s'assurer du caractère libre de cette demande .

La question est difficile car la définition même de la liberté pose problème.

Pour beaucoup d'adversaires d'une législation de l'euthanasie et du suicide assisté, les malades sont par définition des personnes en état de faiblesse , la souffrance empêchant l'individu de s'exprimer en toute liberté.

On peut répondre à cela que si la réalité de la liberté humaine est difficilement évaluable, considérer a priori un malade comme un être privé de sa liberté n'a aucune justification médicale et encore moins philosophique.

Il y a d'autre part en France un consensus culturel qui considère qu'une collégialité de personnes est nécessaire pour répondre aux attentes des patients en fin de vie et a fortiori de ceux qui ne seraient pas médicalement en fin de vie. Cette collégialité de la réponse à une demande de sédation terminale par exemple est inscrite dans la loi Claeys-Leonetti, et elle est la pratique quotidienne des équipes hospitalières.

Cet aspect de la question est primordial ; c'est toute la différence d'approche qu'il y a entre la loi française et les lois belge, hollandaise , luxembourgeoise et maintenant québécoise . En effet, dans ces pays la législation prévoit que ce sont deux médecins qui décident de la réponse à donner à une demande d'euthanasie ou de suicide assisté.

La collégialité : une fausse bonne idée

Il y a une différence éthique fondamentale dans le fait qu'une collégialité de médecins, psychologues, juristes, infirmières, proches, ou je ne sais quels autres spécialistes décident d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, et le fait que cette décision soit prise dans le face-à-face d'un individu et de deux représentants de la société.

Dans le premier cas, il s’agit d’une réunion d’experts qui statuent sur le devenir d’une personne. Ils ont des avis divergents qui sont le fruit d’interprétations différentes sur l’état médical du patient et la justesse de sa demande. On peut se demander si la décision sera prise à l’unanimité ou à la majorité. Dans la réalité des décisions prises actuellement par les équipes médicales en matière de sédation terminale, c'est

l'unanimité qui prévaut; cela veut dire très clairement que bon nombre de demandeurs voient leur demande rejetée ou ajournée, car l'expérience montre que plus on est nombreux à décider, plus la décision est retardée. Et puis quelle indécence, quelle injustice de savoir que la réponse à sa demande de quitter ce monde est le fruit d'une réunion d'inconnus non choisis par celui qui demande à mourir ! De plus, la notion de responsabilité est diluée par le nombre des intervenants alors que s'agissant de vie ou de mort, elle devrait être au contraire pleine et entière.

Dans le deuxième cas le malade face aux deux représentants de la société devra les convaincre de la légitimité de sa demande, leur faire ressentir ses douleurs, sa souffrance de vivre, sa solitude , ou le risque qu'il court de mal mourir si on n'accède pas à sa demande. Il s'agira avant tout d'une adhésion des deux représentants de la société à la demande de l'individu, adhésion basée sur les réalités observées de la personne tant dans ses aspects médicaux que sociaux. La subjectivité de ces représentants sera assumée et leur responsabilité sera entière.

Critères de décision

A ce jour, en Belgique, Hollande,au Luxembourg et au Québec, ce sont deux médecins qui décident au nom de la société; cela provient du fait que la loi considère les demandes d'euthanasie et de suicide assisté uniquement dans le cadre d'une maladie incurable. Seuls les médecins sont habilités à nommer ce qu'est une maladie incurable. Et il est vrai que la majorité des demandeurs d'euthanasie ou de suicide assisté sont des personnes dans une situation médicale sans issue.

Néanmoins, il faut prendre en considération toute les demandes qui sont faites , car tout le monde , absolument tout le monde même les personnes qui n'ont pas toute leur intégrités physique ou mentale peuvent avoir le désir de mourir , avec simplement - si l'on va au bout du raisonnement - le fait que la personne interpellée par une demande d'aide à mourir a, elle aussi la liberté de refuser ou d'accepter la demande qui lui est faite.

Il faut ajouter que l'individu à qui l'on refuse une aide à mourir ce qui est la norme actuellement en France se voit souvent contraint de mourir dans des conditions tel que la pendaison ou d'autres moyens qui le renvoie quelquefois à une infirmité effroyable qu'il devra subir le reste de sa vie.

Dans le cadre de cette loi, le demandeur aurait toujours la possibilité de choisir un autre médecin ou une autre personne de confiance , si l'une de ces deux personnes refusait sa demande . C'est ce dernier aspect qui permettrait à chacun de voir sa liberté respectée.

L' expérience montre que les demandes d'aide à mourir sont liées à des notions telles que la souffrance physique, psychique et sociétale, et que l'interprétation de ces demandes va au-delà de notions médicales classiques … En effet, si tout le monde admet la nécessité, dans une société, du médecin qui soigne, vous informe de votre état médical et des probabilités quant à votre espérance de vie, sa vocation et sa formation

n'ont que peu à voir avec des compétences supposées en matière de suicide assisté ou d'euthanasie. Fondamentalement, il est impossible de définir des critères qui permettraient d'établir si une personne est apte à mourir. La question en elle même est incongrue. Personne ne peut prétendre sérieusement connaître « l'être » d'un individu dans sa globalité .(1)

Ainsi donc, quand deux représentants de la société devront répondre à une demande d'euthanasie ou de suicide assisté, leur subjectivité ne sera pas une entrave à leur décision, mais un élément reconnu de cette décision. Ils adhéreront ou n'adhéreront pas à la demande qui leur sera faite.

Pourquoi deux représentants de la société et qui seraient-ils ?

Le colloque singulier c'est-à-dire le face-à-face du malade et de son médecin est le protocole qui régit depuis toujours les relations entre le malade et son médecin .On peut tout dire à son médecin et c'est même recommandé. C'est dans ce cadre secret que bien des fins de vie se sont vues apaisées.

Le médecin paraît donc la personne apte à recevoir la demande de mourir car il est la personne qui soigne , qui explique au patient l'évolution de son état de santé ,qui signe les ordonnances, et celui qui pourra l'aider médicalement à mourir si une nécessité médicale l'exige . « il faut noter que au canada un infirmier peut avoir cette responsabilité. »l

La question se pose alors de la nécessité d'un deuxième représentant de la société.

Ce deuxième représentant est nécessaire, car la liberté de deux personnes dans un colloque singulier ne peut être réelle aux yeux de la société que par l'ajout d'une deuxième personne qui garantisse la liberté de chacun des membres du trio ainsi constitué.

Ce deuxième représentant de la société devrait être symboliquement celui qui représente l'expression la plus juste de la liberté du demandeur , c'est à dire la personne de confiance. De plus l'avantage de ce choix est que sa présence juridique existe déjà dans les textes de loi. Il faut simplement lui donner le pouvoir de ses nouvelles prérogatives.

Il faut noter que les demandes pour ce qui concerne la fin de vie peuvent être de différentes natures; ce peut être l'autorisation d'avoir en sa possession 'une potion létale, ce peut être une demande d'euthanasie ou une demande de sédation terminale .

Dans tous les cas le demandeur aura établi ses directives anticipées , et ce sont la personne de confiance et le médecin librement choisis par le demandeur qui décideront, libre à eux de consulter les avis de l'entourage médical, familial ou tout autre avis qu'ils jugeront nécessaire.

Le protocole sera le même dans le cas où après avoir été choisis par le demandeur en pleine possession de ses facultés mentales, le médecin et la personne de confiance se

verraient obligés de décider à la place du patient devenu inconscient, ou dont les facultés mentales ne seraient plus à même de lui permettre de se faire comprendre .

En cas de conflits entre la personne de confiance et le médecin, c'est évidement le demandeur qui arbitrera et changera de personne de confiance ou de médecin.

Dans le cas où le demandeur ne serait plus en état de se faire comprendre, et qu'un différend verrait le jour entre le médecin et la personne de confiance, c'est la personne de confiance qui aurait le pouvoir de nommer un autre médecin.

Philippe Chazot

(1)
S'il paraît impossible d'inscrire dans la loi les critères de décision , il est important que dans des textes non réglementaires on donne des pistes de réflexion au médecin et à la personne de confiance comme par exemple les notions:

- d'affection grave ou incurable, infligeant une souffrance physique ou psychique jugée insupportable et qui ne peut être apaisée l
- de dépendance estimée incompatible avec la dignité de la personne
- les polypathologies
- les risques de mort douloureuse
- les états mentaux instables ...

Il y a aussi ce que l'on peut rattacher au sociétal :

- avec l'âge la sensation d'être arrivé au terme de sa vie.
- avec l'âge , la solitude subie
- la responsabilité morale de chacun envers ces proches qui peut se traduire par exemple en une responsabilité affective inhérente au statut de père ou de mère vis à vis d'enfants ou d'adolescents . Elle peut amener le médecin et la personne de confiance à ne pas accepter la demande .