

Réponses de la Sfar au « Débat sur l'euthanasie » ouvert sur le site Internet du Ministère de la justice

Ce document comporte, d'une part le texte et les questions posées sur le site du Ministère de la justice, d'autre part les réponses apportées par la Sfar, qui figurent dans les encadrés. Il a été élaboré par le Groupe de réflexion éthique et approuvé par le Conseil d'administration de la Sfar du 12 mars 2004.

<http://www.justice.gouv.fr/euthanasie/formulaire.html>

Espace de débat sur l'Euthanasie Participez au débat autour de 6 grands thèmes

Le guide suivant a pour objectif de nous permettre de disposer d'éléments de réflexion et de nous éclairer sur les enjeux du débat. Vos remarques, vos suggestions et vos avis nous seront utiles.

Le droit à la vie est une valeur essentielle de notre société. Le fait de donner volontairement la mort est dans notre droit actuel qualifié de crime ou d'assassinat, selon les cas.

La notion d'euthanasie est susceptible de recouvrir des réalités très différentes :

- l'arrêt des soins en fin de vie
- l'abstention volontaire par le corps médical de mettre en place des traitements dont la lourdeur paraît disproportionnée par rapport aux résultats qu'on peut en attendre.
- le « suicide assisté ». Un tiers, à la « demande » de l'intéressé et pour soulager ses souffrances, provoque la mort du malade.
- le droit à l'interruption de vie. Une personne en bonne santé anticipe les conditions dans lesquelles elle souhaite qu'il soit mis fin à sa vie (par exemple en cas de maladie très grave).

En préambule, la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) exprime combien, tant l'imprécision entourant la notion proposée d'euthanasie, que l'orientation imposée par les questions qui suivent, sont une entrave à la réflexion. Le parti pris nous semble critiquable à de nombreux égards, le débat proposé ne revêtant aucune des formes d'une réflexion de qualité, qu'elle soit « éthique » ou « juridique ». Bien au contraire, la forme choisie apparaît être le reflet direct du rendu « médiatique », dont les effets pervers sont pourtant clairement apparus dans la situation douloureuse rencontrée par la famille HUMBERT et ses médecins. Il était plutôt attendu du ministère de la justice une proposition de débat plus « juridique ». Il nous semble préférable d'établir une distinction entre l'exploitation d'une émotion

par les médias et l'expression d'un mouvement social profond. Pour prendre un exemple historique, la mobilisation sociale avait été forte lors de la demande d'autorisation légale de certaines interruptions de grossesse, mobilisation relayée par une grande partie du corps médical, soucieuse de réduire des décès évitables. A l'inverse, le débat sur l'euthanasie apparaît principalement médiatique, sans réelle réponse de la part des personnes dont c'est la vocation que d'expliquer les enjeux sous-jacents pour notre société. Cette absence de réorientation du débat par le ministère de la justice nous semble préjudiciable car il conviendrait, bien au contraire, de clarifier le rôle que chacun est amené à jouer dans la société.

Toutefois, après avoir pris le temps de la réflexion, la Sfar estime qu'il est conforme à ses objectifs d'apporter sa contribution au débat, même si celui-ci lui apparaît délibérément biaisé.

Le premier travail consiste à préciser la notion d'euthanasie.

L'absence, malheureusement assez fréquente, de définition claire de l'euthanasie favorise en effet la manipulation de certains résultats d'enquête, notamment par les médias. L'amalgame entre des actes parfaitement licites (abstention de thérapeutiques dénuées d'espoir raisonnable, parfois dénommée abusivement « euthanasie passive ») et des actes qui ne le sont pas, tend à accréditer l'idée que l'euthanasie serait répandue, alors qu'il est impossible de quantifier un phénomène non préalablement défini avec précision.

La première proposition (*l'arrêt des soins en fin de vie*) ne correspond pas à l'euthanasie et ne nécessite pas de disposition législative particulière. On peut simplement noter que « les soins » sont probablement compris dans un sens étroit (celui de thérapeutiques actives prolongeant la vie), alors que, dans leur sens habituel et large, les soins sont poursuivis jusqu'à la fin (soins d'accompagnement, de prise en charge de la douleur, de l'anxiété voire de la dépression, d'hygiène et de confort de vie). L'arrêt de traitements curatifs ou de suppléance n'est en effet pas synonyme d'abandon médical, mais de changement d'orientation de l'activité, vers des soins palliatifs. Plus généralement, il nous semble que le problème de la fin de vie ne peut être déconnecté d'une réflexion sur les soins palliatifs et d'un développement de ceux-ci. L'absence de toute référence à cette problématique de l'accompagnement dans le cadre d'une réflexion sur la « fin de vie » nous paraît ainsi particulièrement malheureuse.

De même, la seconde proposition (*l'abstention volontaire par le corps médical de mettre en place des traitements dont la lourdeur paraît disproportionnée par rapport aux résultats qu'on peut en attendre*) n'est pas non plus de l'euthanasie, mais plutôt une prescription de l'article 37 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale, son non-respect pouvant s'apparenter à de « l'acharnement thérapeutique » ou à de « l'obstination déraisonnable ». Il est regrettable de ne pas faire référence à cette obligation déontologique, car c'est prendre le risque d'une confusion délétère. C'est l'acharnement thérapeutique que le

public rejette. Mais c'est en fait l'euthanasie, telle qu'elle sera définie plus loin, que certains tentent d'imposer.

La dernière proposition comporte en réalité deux parties. La première (« *le droit à l'interruption de la vie* ») apparaît beaucoup trop large pour pouvoir contribuer à une définition. Il est en effet difficile d'imaginer que, même les plus chauds partisans de l'euthanasie, ne proposent pas de limites à ce que serait cet hypothétique droit à l'homicide volontaire : ce sont ces limites elles-mêmes qui peuvent aider à cerner une définition. Nous n'envisagerons donc que la seconde partie de la proposition (« *une personne en bonne santé anticipe les conditions dans lesquelles elle souhaite qu'il soit mis fin à sa vie* »). Ce point sera développé dans la réponse à la première question du premier thème, à l'alinéa : « lorsqu'on est en bonne santé ».

Schématiquement, une telle demande ne saurait lier quiconque, l'expression d'une telle volonté n'ayant de sens que lorsqu'elle est exprimée dans des circonstances où elle pourrait prendre effet rapidement. Il est habituel de constater que la maladie ou le handicap puissent apparaître insupportables à celui qui n'en est pas atteint puis, lorsque le sort les lui impose, comme une difficulté à laquelle il doit faire face, dès lors qu'un soutien convenable lui est apporté. A titre d'exemple, les enquêtes sur le sujet « accompagnement et fin de vie » montrent que plus des trois quarts des personnes interrogées se disent favorables à l'euthanasie, mais que la demande de mort s'effondre vers 1-2 % après une prise en charge de la douleur et un accompagnement corrects. L'anticipation proposée ne saurait en conséquence être considérée comme une définition de l'euthanasie.

La définition retenue de l'euthanasie est donc la troisième proposition : *Un tiers, à la « demande » de l'intéressé et pour soulager ses souffrances, provoque la mort du malade.*

Il conviendrait de compléter cette phrase par : directement ou indirectement, de façon à inclure les moyens fournis pour permettre le suicide. Il est à noter que cette définition ne précise pas qui est le tiers et notamment qu'il s'agirait d'un médecin, ce qui est important. Mais une telle proposition pose la question de savoir qui, dans la société, serait investi de cette nouvelle mission de donner la mort, le « monopole de la violence légitime » restant celui de l'État. Ce débat n'est en effet pas médical, mais « sociétal ». Quelle que soit la décision du législateur, il importe qu'il ait conscience que la fonction du médecin dans la société ne saurait être de donner la mort. Il accompagne la personne malade, mais en aucune circonstance ne se substitue à celle-ci ou à une personne de confiance. **Il est essentiel qu'aucun doute ne puisse s'instaurer dans la société à l'égard de la fonction du médecin ou du personnel soignant.**

En effet, si le médecin devait être consacré par une hypothétique loi comme ce tiers, cela entraînerait une redéfinition profonde de sa fonction sociale et de sa vocation originelle : il ne serait plus celui qui cherche à soigner mais, aussi, celui qui aurait comme devoir de satisfaire à la « demande de mort ». Car, enfin, la consécration par

une telle loi d'un droit à bénéficier d'une euthanasie, consacrerait symétriquement un **devoir** pour le médecin de satisfaire cette demande !

1er thème - Le consentement de l'intéressé et les façons dont on pourrait s'assurer qu'il est libre et éclairé.

Le consentement pourrait être exprimé à différents moments de la vie : lorsqu'on est en bonne santé, lorsqu'on est atteint d'une maladie grave... et sous différentes formes : par écrit, devant un notaire ou une autre autorité. Le consentement pourrait être exprimé en une seule fois ou renouvelé, par exemple dans la situation où ce consentement aurait été donné alors que la personne était en bonne santé longtemps avant d'être atteinte d'une maladie grave. La famille pourrait être impliquée dans la démarche ou l'ignorer.

Dès lors que le consentement serait exprimé dans des conditions qui paraissent crédibles, pourrait-il être pris en compte pour admettre l'euthanasie ?

La notion de « consentement » renvoie à l'article 16-3 du Code civil, qui dispose :
« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Ainsi, la « nécessité médicale » est-elle première, le « consentement » ne pouvant intervenir que dans un second temps. Le fait que la première question posée mette en avant le consentement pose plusieurs problèmes.

Le premier est qu'il n'est possible de consentir qu'à une proposition. Or il n'est pas indiqué qui ferait une telle proposition : un proche, un médecin ? En réalité, il s'agirait plutôt d'une demande de l'intéressé, ce qui est très différent d'un consentement.

Le second problème est que cet article du code civil ne crée d'exception qu'à l'égard des médecins (sous certaines conditions) en matière d'atteinte à l'intégrité du corps humain, dont l'expression maximale est la mort. Le fait d'admettre l'exception proposée aurait deux conséquences : d'une part, autoriser une atteinte majeure à l'intégrité du corps humain à d'autres personnes que les médecins (et, par délégation, le personnel soignant) ; d'autre part, autoriser aux médecins une atteinte majeure à l'intégrité du corps humain du seul fait de la demande de la personne, annulant ainsi le premier alinéa de cet article du code civil (*Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne*).

Au demeurant, il n'apparaît pas inutile de relever que les adjectifs « libre et éclairé » renvoient aux qualificatifs généralement utilisés pour le consentement à une intervention médicale (Nuremberg, Helsinki, Tokyo), donnant l'impression qu'il s'agit d'une question essentiellement médicale – ce qui est problématique –, ayant déjà trouvé des solutions qu'il n'y aurait dès lors plus qu'à étendre, ce qui est faux.

Pour permettre la poursuite du débat, on peut simplement retenir que la question à poser devrait être : Dès lors que la demande en serait exprimée dans des conditions

qui paraissent crédibles, pourrait-elle être prise en compte pour admettre l'euthanasie ?

Ceci ne signifie pas que, sous certaines conditions, une telle demande pourrait être recevable, mais que le débat présuppose d'accepter que la question soit posée ainsi. Cette précision ayant été apportée, les différents éléments proposés dans l'introduction peuvent être repris.

« lorsqu'on est en bonne santé »

L'expérience montre que les demandes, écrites ou verbales, faites lorsqu'elles ne risquent pas d'être rapidement suivies d'effet, sont généralement remises en cause lorsque la question se pose réellement. Il s'agit plutôt d'une demande d'engagement solidaire à un proche qui pourrait être résumée ainsi : « *si tu me vois dans tel état, sache que je considère que la vie ne vaut plus d'être vécue : tu feras pour moi comme s'il s'agissait de toi* ». Si la personne n'est ensuite plus en état de faire connaître sa volonté (parce qu'elle est dans le coma par exemple), la demande antérieure ne peut, à elle seule, être considérée comme appropriée à la situation présente, mais mérite d'être prise en compte, notamment dans les décisions médicales. Elle n'ouvre pas un droit mais est une information sur une conception de la vie qu'avait exprimée la personne. Cette information peut s'avérer utile lorsque des décisions, notamment médicales, doivent être prises, mais elle ne s'impose pas. Il importe en particulier de tenir compte des circonstances dans lesquelles cette demande a pu être formulée et du délai qui a pu s'écouler depuis cette formulation. Envisager les conditions dans lesquelles on souhaite mourir est un élément, plus ou moins frivole, de la conversation et de la réflexion humaine, qui ne saurait avoir le même sens selon qu'on est jeune ou âgé, croyant ou incroyant, régulièrement malade ou « bien portant », dépressif ou non. L'anticipation sur « sa » mort est, qu'on le veuille ou non, une fiction, un jeu intellectuel, rien de véritablement « rationnel » et, donc, ne saurait contractuellement engager un tiers (que ce tiers soit médecin ou non important peu ici).

« lorsqu'on est atteint d'une maladie grave »

Là encore, le rôle du temps est essentiel. A l'annonce d'une maladie grave, nombre de personnes expriment un tel souhait à leurs proches ou à leur médecin. L'expérience montre que les réponses à apporter sont du domaine du soutien psychologique (« *je ne te laisserai jamais seul dans les moments difficiles* », ou : « *nous ne vous laisserons pas seul* »), de la lutte contre l'inconfort et la douleur, tant physique que morale (la demande est : « *ne me laissez pas souffrir* » et la réponse est un engagement à y répondre). Lorsque la maladie évolue, la demande peut persister, mais c'est généralement à titre de réassurance de cet engagement des proches et de l'équipe soignante, l'échéance étant régulièrement repoussée. Seule a de la valeur

l'expression de la volonté de la personne capable de l'exprimer, au moment où la mort pourrait être provoquée prochainement.

Il est en tout cas paradoxal de voir utiliser l'euphémisme du soulagement de la douleur pour justifier l'euthanasie, précisément à l'époque où les moyens de lutter efficacement contre la douleur existent. La Sfar tient à réaffirmer que les termes « soulager la douleur » impliquent un fort investissement médical, radicalement distinct de l'euthanasie. A titre d'exemple, il lui semble important d'éviter d'appliquer la théorie du « double effet » (le but est le soulagement mais l'effet est la mort) à l'action de la morphine ou de ses dérivés. Sans s'arrêter à des considérations morales critiquant sa possible hypocrisie, la Sfar rappelle que les études scientifiques ont montré tant l'absence de fondement de cette théorie en la matière que sa nocivité : les doses éventuellement fortes n'entraînent pas la mort lorsqu'elles sont proportionnées au niveau de douleur, cependant que cette crainte, par le patient ou par son médecin, prive de nombreuses personnes d'un traitement efficace. La lutte contre la douleur, qui est un objectif de la Sfar, passe par la levée de telles ambiguïtés.

« par écrit, devant un notaire ou une autre autorité. Le consentement pourrait être exprimé en une seule fois ou renouvelé, par exemple dans la situation où ce consentement aurait été donné alors que la personne était en bonne santé longtemps avant d'être atteinte d'une maladie grave »

Comme indiqué précédemment, un tel document n'aurait de sens que s'il était rédigé, ou en tout cas actualisé, dans les circonstances où l'acte demandé aurait à être réalisé dans un court délai. Sinon, il s'agit d'une simple information. Le cas de l'annonce d'une maladie grave a été également évoqué précédemment.

« La famille pourrait être impliquée dans la démarche ou l'ignorer »

Il est indispensable de préciser préalablement les éventuelles responsabilités juridiques des tiers ainsi « impliqués », dont il conviendrait d'avoir recueilli le « consentement libre et éclairé ». A moins que, à défaut, il soit demandé à l'État d'exécuter le contrat.

En conclusion sur ce point, les arguments développés révèlent d'insurmontables réserves à l'égard de la question posée.

A ce stade du débat, la question reformulée est celle de la réponse à apporter à une demande d'euthanasie, explicite, circonstanciée, réitérée, d'une personne capable de l'exprimer en toute liberté, en pleine possession de ses moyens, ayant connaissance de ce qui lui reste d'avenir.

Le consentement devrait-il être validé par un tiers, par exemple par le corps médical ?

Les remarques précédentes relatives à l'inadéquation du terme « consentement » interdisent de répondre formellement à la question. Toutefois l'éventualité d'une demande explicite, circonstanciée, réitérée, mérite qu'on s'y arrête.

Une telle demande ne saurait être « validée ». En revanche, il y a lieu de rechercher les garanties qui pourraient être exigées dans l'hypothèse où l'on souhaiterait répondre à cette demande. Deux types de fonctions sociales méritent d'être abordées. La première fonction est d'établir un pronostic, d'indiquer quels sont les espoirs que peut raisonnablement entretenir la personne à l'égard de son corps. Ces questions sont essentielles et c'est une fonction du médecin que de tenter d'y répondre. Toutefois, celui-ci ne saurait exprimer une « validation » ou une « autorisation ». Si la personne malade lui fait une telle demande, le médecin ne peut que décrire ses constatations, écrire les propos qui lui ont été tenus par le patient, établir un pronostic. L'autre fonction est celle de représenter la société. S'agissant d'un acte aussi grave que de donner la mort, il est difficile d'envisager que le juge ne soit pas le garant de la liberté de la personne qui s'exprime. Ceci est un élément important de la tolérance sociale à une éventuelle autorisation de l'euthanasie, car la mort n'est pas seulement une « affaire privée », elle implique la société. Dès lors qu'elle est provoquée, la mort est une affaire publique. Mais c'est aussi un argument fort contre une telle autorisation légale d'euthanasie. Dans cette hypothèse, que nous n'abordons que dans un souci de développement d'une argumentation, la mise en œuvre pratique devrait obéir à un contrôle strict, abordé dans le sixième thème. En tout état de cause, ce contrôle ne pourrait être exercé que par la Société elle-même, fonction qui reviendrait logiquement à un juge. L'implication du corps médical dans un tel contrôle pose des interrogations considérables et ne nous paraît pas souhaitable en raison de la confusion des rôles qu'elle pourrait engendrer. Il pourrait en effet en résulter une suspicion de la personne malade à l'égard de son médecin, dont elle serait en droit de se demander s'il réalise des soins ou prépare la mort. Les questions ainsi posées sont de nature à gêner l'accompagnement médical des personnes en fin de vie, en nuisant à la relation de confiance entre la personne malade et son médecin, particulièrement nécessaire dans ces moments difficiles.

2ème thème - Les personnes hors d'état de manifester leur consentement, par exemple les personnes dont les capacités physiques ou mentales ne leur permettent plus d'exprimer leur avis (coma...).

Pourrait-on envisager l'euthanasie pour ces personnes ?

L'autorisation légale de donner la mort à un tiers qui ne serait pas en état de s'exprimer signifierait que la loi cesserait de protéger les personnes particulièrement vulnérables dans une circonstance littéralement vitale. Cette éventualité entrant en totale contradiction avec l'esprit des lois régissant notre société, une telle dérogation à des principes aussi fondamentaux nous semble inenvisageable.

Le cas de personnes physiquement très handicapées (tels des tétraplégiques) mérite qu'on s'y arrête spécifiquement, l'arrière-pensée étant qu'elles n'auraient pas la capacité physique de mettre fin à leurs jours. Toutefois le maintien en vie de ces personnes nécessite des soins et l'expérience montre que, lorsque ces personnes les refusent, il n'est pas possible de les maintenir en vie. Or, une personne pouvant exprimer une demande d'euthanasie peut exprimer un refus de soins. Un tel refus étant inscrit à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, mieux vaudrait travailler sur l'application de la loi existante, en commençant par sa pédagogie, plutôt que d'en ajouter une. Sur un plan médical, une personne capable de décider de mourir pourrait ainsi choisir de le faire, sans avoir à déléguer cet acte à un tiers. La suspension des soins refusés peut entraîner un inconfort, auquel il convient de chercher un remède, discuté avec la personne, ce que permet le dispositif légal et réglementaire actuel, mais mériterait d'être approfondi par les professionnels et des représentants des patients.

Qui pourrait prendre la décision ?

La précédente réponse devrait suffire. Toutefois, il est difficile de ne pas voir dans cette question un appel à la définition du rôle de la « personne de confiance » instaurée par la loi du 4 mars 2002. Cette personne est en effet destinataire de certaines informations et est amenée à donner son avis sur certaines décisions médicales, en présentant le point de vue de la personne se trouvant hors d'état d'exprimer sa volonté. Toutefois, en matière d'atteinte à l'intégrité du corps humain, représenter quelqu'un ne signifie pas prendre sa place. Une telle clarification mériterait d'être apportée, ne serait-ce que pour éviter d'éventuels litiges entre la personne malade qui récupérerait certaines fonctions et la personne de confiance qui se verrait reprocher de ne pas avoir provoqué la mort.

3ème thème - Les mineurs atteints de graves pathologies incurables et les personnes vulnérables ou psychologiquement fragiles.

Pourrait-on envisager l'euthanasie pour ces mineurs et qui pourrait prendre la décision?

S'agissant des mineurs, généralement ce sont les parents qui prennent en commun les décisions en matière de santé, **dans l'intérêt de leurs enfants**. La loi protège les mineurs en prévoyant de retirer leur autorité parentale aux parents n'agissant dans le sens de l'intérêt de la personne mineure. La reconnaissance de fait aux parents d'un droit de vie ou de mort sur leurs enfants, telle que la suppose la question posée, entre en contradiction avec cette protection. Ajoutons que d'un point de vue moral et symbolique, cette dévolution aux parents d'une décision aussi lourde et douloureuse serait extrêmement préoccupante : outre qu'elle consacrerait une toute-puissance des

parents sur l'enfant, elle ferait assumer à ceux-ci une responsabilité écrasante aux effets psychologiques potentiellement désastreux, quel que soit leur choix.

En l'absence de parents jouissant de leur autorité en la matière, le tuteur légal se voit confier les intérêts de la personne mineure (Article L. 450 du Code civil) : le raisonnement est donc le même. Les mêmes règles s'appliquent au tuteur légal d'une personne majeure placée sous ce régime judiciaire (Article L. 495 du Code civil).

Comment pourrait-on éviter que des personnes psychologiquement fragiles utilisent l'euthanasie pour exprimer des tentations suicidaires ?

Peut-être conviendrait-il de mieux définir préalablement ce qu'est le suicide. En effet, une personne demandant qu'il soit mis fin à ses jours n'exprime-t-elle pas, de fait, une tentation suicidaire, même si elle est en phase terminale d'une « longue et douloureuse maladie » ? Il nous semble particulièrement hypocrite de vouloir dissimuler que la « demande d'euthanasie » soit substantiellement une demande de suicide assisté. La seule façon de disjoindre euthanasie et suicide c'est de considérer, comme indiqué précédemment, que la « demande d'euthanasie » est souvent bien plutôt une demande de soutien, de diminution de la souffrance, d'accompagnement. Plus généralement, il nous semble que « tentation suicidaire » est la meilleure manière de définir le type de demande d'euthanasie précédemment décrit. Il est vrai qu'on voit mal la loi reconnaître un droit à la « tentation suicidaire » - c'est bien le cœur du problème et le danger d'un vocable ambigu comme celui d'euthanasie.

Eviter que des personnes psychologiquement fragiles utilisent l'euthanasie pour exprimer des tentations suicidaires peut être du ressort du psychiatre (mais la difficulté de cette question fait courir un risque d'hétérogénéité des avis), ou de la mise en œuvre de moyens d'accompagnement.

4ème thème - Le problème des personnes qui souhaitent être aidées à mourir.

Pourrait-on admettre qu'un tiers puisse être habilité à « aider » une personne à mourir ?

L'intérêt du débat est de préciser certaines notions, « l'hypocrisie » de certains propos ou de certaines attitudes étant fréquemment dénoncée. La locution « aider à mourir » fait incontestablement partie des euphémismes à bannir. Deux positions sont à envisager : donner la mort et « accompagner » le mourant sans lui donner la mort. L'accompagnement est certainement l'action la plus nécessaire, aussi est-il important de ne pas la laisser dans l'ambiguïté. En revanche, s'agissant de questions juridiques, un tel accompagnement par des tiers est susceptible d'exposer ceux-ci aux peines prévues par l'article 223-6 du Code pénal, du fait de l'abstention volontaire à porter assistance à une personne en péril. Si le ministère de la justice souhaitait favoriser l'accompagnement de la personne ayant choisi de mourir, il pourrait apporter des précisions utiles sur les conditions qui feraient que l'accompagnement de ce choix par des tiers pourrait ne pas être pénalement répréhensible.

5ème thème - Les risques de dérives.

Pourrait-on éviter que d'autres considérations, notamment économiques (par exemple le coût des soins), influencent la prise de décision ?

Les contraintes existent, tout comme le risque de dérives. Au niveau des institutions, les ressources sont nécessairement limitées, notamment le nombre de lits d'hospitalisation. Il est en conséquence indispensable qu'aucune ambiguïté ne puisse exister quant aux moyens permettant de disposer d'une place. Les proches peuvent également avoir des aspirations complexes, au sein desquelles il peut être difficile de distinguer ce qui revient à l'empathie de ce qui relève d'un souhait – conscient ou inconscient – de faire disparaître quelqu'un, voire de profiter de ses biens. Plutôt que d'imaginer pouvoir démêler les contradictions des êtres humains avant de décider d'une éventuelle euthanasie, le réalisme suggère de s'en tenir à des règles simples, dont fait partie l'interdit de donner la mort. En toute hypothèse, cette réelle complexité ne pourrait être abordée que par des praticiens, de la médecine et de la justice, dotés d'une exceptionnelle compétence. L'hétérogénéité des compétences dans le monde réel est une autre incitation à s'en tenir à des règles simples, tel l'interdit de donner la mort. Au-delà des compétences, les motivations des personnes souhaitant prendre de telles décisions méritent d'être prises en compte : la tentation de toute-puissance, le sentiment d'être investi d'une tâche extraordinaire peuvent faire partie de ces motivations. Enfin, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe en permanence au sein de la société des tendances à l'eugénisme et des discours visant à limiter les dépenses de santé aux personnes pouvant contribuer activement à l'économie nationale. La légalisation de l'euthanasie pourrait faciliter, le jour venu, la mise en œuvre de politiques d'élimination de ceux que le pouvoir

définirait alors comme indésirables, sous couvert d'une justification médicale. Il serait naïf d'imaginer que nous sommes définitivement débarrassés du spectre de la mise en application de telles tendances, dont l'histoire de l'Europe du XX^e siècle ne manque pas d'exemples. Même en restant dans la perspective d'une réelle démocratie, l'exemple des Pays-Bas montre les limites de l'idée selon laquelle des stricts contrôles seraient un rempart efficace contre les dérives : un cinquième des euthanasies y ont été réalisées sans la mise en œuvre des conditions d'application prescrites par la loi les autorisant, c'est-à-dire, en clair, sans l'accord explicite des patients.

En tout cas, l'association faite entre le handicap lourd et l'euthanasie est à la fois préoccupante et en contradiction avec le mouvement actuel d'intégration du handicap et des handicapés à la société. Une des sources de souffrances du handicapé est le sentiment de charge qu'il représente pour ses proches. L'ouverture d'un droit à l'euthanasie aurait comme conséquence d'augmenter ce sentiment de culpabilité de la part des personnes n'ayant pas demandé à en « bénéficier ». L'accroissement général de cette douleur morale ne saurait être négligé.

6ème thème- Le contrôle du recours à l'euthanasie.

Ce contrôle devrait-il être judiciaire ? A priori ou A posteriori ?

Comme pour les précédentes, la réponse à cette question présuppose qu'il serait répondu favorablement à la demande d'euthanasie, ce qui est tout sauf une évidence. Toutefois, pour poursuivre le débat, il sera tenté de répondre à cette hypothèse d'école. A l'évidence, l'éventualité du trouble à l'ordre social provoqué par une mort donnée volontairement nécessite un contrôle judiciaire. L'idée qu'il puisse ne s'exercer qu'a posteriori apparaît absurde, car l'irréversibilité de la mort fait qu'il serait à l'évidence trop tard. Un tel contrôle n'aurait de sens qu'a priori. Il resterait à préciser **qui** serait le juge de la décision d'euthanasie.

Le contrôle a posteriori existe de fait déjà, sous la forme de procédures judiciaires. Il devrait être possible au ministère de la justice d'en établir le relevé. Un tel travail, qui semble pouvoir relever de ses attributions, apparaît un préalable nécessaire.

Si on admettait l'euthanasie dans certains cas, faudrait-il modifier la définition de l'assassinat (donner volontairement la mort avec préméditation) figurant dans le code pénal ?

Il s'agit d'une réelle difficulté, car c'est l'ensemble du dispositif pénal qu'il conviendrait de reprendre. Cette requalification de certains cas d'homicide volontaire signifierait un changement des bases sur lesquelles est fondée la vie en société.

Il nous apparaît essentiel de distinguer la réflexion « éthique » qui porte sur le comportement personnel à l'égard de l'autre, de la réflexion « juridique » qui porte sur les lois générales nécessaires à la régulation de la vie en société.

La qualification comme « crime » d'un acte visant à soulager des souffrances peut cependant sembler hors de proportion avec le trouble créé à l'ordre social dans

certains cas. Ce sentiment d'inadéquation a pu amener à la proposition d'une qualification juridique spécifique de l'euthanasie, assortie d'une moindre peine. La qualification juridique de l'euthanasie n'est cependant pas une mince difficulté et n'apparaît pas, à la réflexion, comme une solution appropriée. D'une part, une telle modification de la loi ne ferait que déplacer la problématique, l'éventualité d'un procès persistant, alors que c'est ce qui choque le plus les partisans d'une légalisation de l'euthanasie. D'autre part, la brèche ainsi ouverte dans l'édifice juridique actuel serait susceptible de le fragiliser de façon préjudiciable.

En conclusion, il nous semble que deux notions méritent d'être distinguées. D'une part, la nécessité de lois claires, permettant de régir de façon générale les rapports entre individus au sein de la société : c'est le champ « juridique ». D'autre part, l'aide que chacun peut apporter à « l'autre », personne unique, différente par essence et ce de façon irréductible : c'est le champ « éthique ». La mise en évidence d'une tension entre ces deux champs appelle, non pas une confusion des genres, mais bien au contraire une clarification des possibilités d'action de chaque acteur dans la société. De ce point de vue, le ministère de la justice peut aider à clarifier de nombreux points susceptibles d'améliorer le sort des personnes souhaitant qu'il soit mis fin à leurs jours : en assurant une pédagogie de la loi du 4 mars 2002, en particulier pour ce qui concerne le refus de certains traitements ; en précisant les éventuelles responsabilités (ou l'éventuelle absence de responsabilités) des « personnes de confiance » ; en analysant les conditions dans lesquelles les personnes accompagnant un malade ne désirant plus vivre seraient ou non poursuivies pour ne pas avoir apporté leur secours à une personne en péril ; en fournissant des données chiffrées sur les faits portés à la connaissance de l'appareil judiciaire qui pourraient se rapporter à la notion d'euthanasie. De façon très pragmatique, ces actions nous sembleraient plus fructueuses qu'un débat spécifiquement orienté sur l'euthanasie. D'un autre côté, les professionnels de santé ont à réfléchir, si possible avec l'aide du ministère de la santé, sur les pratiques qu'il serait souhaitable de mettre en regard des demandes d'euthanasie. L'objectif serait de sortir d'un paternalisme traditionnel voire d'un refus d'écoute au motif de convictions personnelles, afin de faciliter la réponse à la demande de ne pas souffrir, sans tomber dans le piège de la facilité à donner la mort, interdit fondamental de la société, que la Sfar ne souhaite pas voir remis en question.