

**EN QUOI LA LEGISLATION DE L'EUTHANASIE ACTIVE EN FRANCE
SERAIT-ELLE UNE AVANCEE HUMANISTE ?**

Le texte de la question est très précis : il s'agit de l'euthanasie active. La tentation sera grande de dérives sémantiques, il nous faudra être vigilants.

Il nous semble cependant nécessaire de faire le point pour situer le débat.

Le terme euthanasie n'est pas récent puisque nous le devons au philosophe anglais Francis Bacon au 16^{ème} siècle. Ce mot vient du Grec « eu » qui signifie bien et de « Thanatos » la mort. L'euthanasie est donc la belle mort ou la bonne mort.

En France, aujourd'hui, le mot semble connoté différemment et peut faire peur, justifiant un débat le plus large possible. En effet le Comité Consultatif National d'Ethique définit l'euthanasie seulement dans le cas particulier d'une « personne atteinte d'une maladie grave » alors que la loi Léonardi (en construction) dans son premier paragraphe précise « nous manquons d'outils juridiques qui pourraient permettre à TOUT UN CHACUN DE CHOISIR SA FIN DE VIE. Ce n'est qu'ensuite que la loi se restreint à la fin de vie des malades.

Dans un premier temps nous resterons dans le cadre de cette proposition de loi.

Il faut très directement savoir que l'euthanasie active n'est pas légalisée en France. Nous aurons donc à faire le point sur la situation actuelle puis nous devrons envisager les pistes possibles.

Que dit la loi ?

Actuellement nous devons nous référer essentiellement à deux lois : la loi Léonetti de 2005 et la loi Clayes-Léonetti de 2016.

Très grossièrement, la première tente à privilégier les soins palliatifs et à soulager les patients en phase terminale de vie.

La seconde loi reste dans l'esprit de la première mais la complète en donnant plus d'importance à la dignité du patient mais ne légalise pas l'euthanasie. Elle autorise la sédation terminale, c'est-à-dire la sédation profonde et continue jusqu'au décès du patient. Ce que d'aucuns traduisent par le droit de mourir légalement de soif et de faim.

Il faut préciser que si le patient peut demander le recours à la sédation, le médecin peut opposer un refus au nom de sa conscience.

Notons que ces deux lois tolèrent la pratique de l'euthanasie passive suite à un commun accord entre le médecin et le patient.

En premier lieu, soulignons la notion de « directives anticipées » et la désignation de « la personne de confiance » avec la possibilité à tout moment de changer l'un et l'autre. Cette loi pose aussi le cadre de « la procédure collégiale » de la décision médicale ce qui constitue une protection légale pour le corps médical. Ainsi, ces trois piliers cités attestent du partage humain de la fin de vie des patients et de la réversibilité des choix à tout moment.

Les deux lois se placent dans un cadre médical pour des malades au terme de leur vie quand la science ne peut plus espérer les soigner et parfois peine à les maintenir en vie. C'est ce que l'on nomme l'euthanasie passive.

Ces lois de 2005 et 2016 sont une avancée humaniste au regard des valeurs du GODF, par le dialogue et la confiance qu'elles induisent, y compris dans l'acte de mourir, qui est un soin. De l'état d'esprit humaniste à son application réelle partout en France depuis, avec des professionnels de santé formés, il y a des disparités soulignées dans l'exposé des motifs de la Falorni (clause de conscience du médecin, maintenue dans tous les textes, disparité des territoires, modules de formation des médecins trop courts...).

La question qui nous est posée, en 2021-2022, concerne l'euthanasie active, il nous faut voir en quoi elle consiste.

Nous avons pour cela plusieurs références : la Suisse, la Belgique, le Canada et surtout un projet de loi dont la Commission Nationale de Santé Publique et de Bioéthique du Grand Orient fait état dans sa lettre mensuelle n°6.

En Belgique.

La demande se fait auprès d'un tiers professionnel de la santé. Le patient peut se donner la mort volontairement. La loi dépénalise le praticien sous de nombreuses conditions. Il faut savoir que la Belgique a donné le droit d'euthanasie aux mineurs à condition qu'ils aient « une capacité de discernement ». Cela laisse place à de très larges interprétations.

Ces lois s'adressent essentiellement aux résidents belges mais nous savons qu'elles peuvent s'appliquer aux étrangers.

En Suisse.

Peut-être avez-vous en mémoire le cas du scientifique australien David Goodall qui à 104 ans avait quitté son continent pour venir mourir

avec dignité en Suisse. Cette possibilité d'accueil pour les étrangers a fait dire qu'il s'agissait de « tourisme de la mort ».

La différence entre l'euthanasie active et le suicide assisté est que, dans le premier cas, le médecin administre le produit quand dans le second, le patient se le procure (généralement par le biais d'associations), et se l'administre. Ainsi, des personnes loin de leur fin de vie telle que définie médicalement peuvent y avoir recours, y compris dans le cadre de souffrances psychiques et en l'absence de contrôle médical. D'ailleurs, dans ce pays, le nombre de suicides simples est moindre en proportion que dans les autres.

Le Canada.

En 2016 la fédération a légalisé « l'aide médicale à mourir » que le Québec appliquait depuis 2015.

Les exemples cités montrent que la frontière est mince entre l'euthanasie active et le suicide médicalement assisté, dans le débat mais pas dans la réalité. En effet, la frontière entre l'euthanasie active et le suicide médicalement assisté réside dans la situation médicale de la personne, malade et condamnée dans le premier cas mais pas dans le second.

Avant de poursuivre nous nous devons de faire quelques remarques.

1/ il y a une très grande hypocrisie entre ce que les textes autorisent et la réalité du vécu.

Nous savons tous que dans de nombreux cas, et avec un accord explicite du patient et de sa famille, les équipes soignantes franchissent parfois ce que certains considèrent comme une ligne blanche continue. Dans de nombreux cas les équipes en sont remerciées par les familles mais restent exposées à des dénonciations malveillantes. A contrario, de nombreux témoignages de proches rapportent que la fin de vie *a été difficile*, ce qui en pays de Caux notamment atteste de la souffrance constatée du patient mourant et d'une écoute aléatoire du personnel soignant.

Retenons que la décision collégiale est un point positif.

2/ comment expliquer le décalage entre pays voisins et de même culture ?

En France le lobbying de l'extrême droite catholique est très actif, les manifestations contre le mariage pour tous l'ont montré. Pourtant l'Espagne ~~pays de culture intégriste s'il en est~~, se trouve en avance sur la France à ce sujet. Les sondages montrent que les positions officielles de la hiérarchie catholique ne sont pas en phase avec les souhaits des fidèles.

Nous nous trouvons dans une situation analogue à celle qui a précédé les lois Neuwirth et Weil : ceux qui ont des moyens financiers ont la possibilité de mourir dignement s'ils le souhaitent les autres non.

Cette réflexion doit nous amener sur le sens d'une loi, et en particulier sur la proposition de loi Falorni, mais avant quelques mises au point. Il semble que l'on puisse distinguer :

Une loi qui donne une nouvelle liberté (exemple la loi Weil) et qui n'enlève rien à qui que ce soit et par contre ouvre un nouvel espace à qui le souhaite

D'une loi liberticide (ou qui peut être considérée par certains comme telle) qui contraint chacun dans l'intérêt de tous. La loi Falorni est une loi qui donne de nouvelles Libertés.

Avant d'aborder une loi encore à l'étude dite loi Falorni rappelons qu'il existe deux circuits pour présenter une loi :

Un circuit court qui émane du Gouvernement (projet de loi) et dispose automatiquement après son passage en Conseil des ministres d'un créneau d'examen à l'Assemblée

Un circuit plus long (proposition de loi), qui émane du Parlement et qui ne s'intègre que dans les rares créneaux appelés les "niches parlementaires".

Le Gouvernement aurait pu choisir d'enrichir le projet sur la bioéthique, qui a été voté, avec des dispositions sur la fin de vie, ce qui aurait permis leur adoption et évité le dépôt de nombreux amendements dans l'intention d'une obstruction parlementaire plutôt que d'aborder ce sujet si crucial par une proposition de loi.

Nous n'allons pas étudier la loi article par article ce qui serait fastidieux mais nous en tenir à l'exposé des motifs qui doivent contenir l'esprit de la loi.

Voici quelques extraits de ce texte :

« Nous manquons d'outils juridiques qui pourraient permettre à tout à chacun de choisir sa fin de vie »

« Nous avons en France le plus haut taux de suicide chez nos aînés d'Europe »

« Dès lors que le constat de fin de vie est posé il est possible de mettre en place le protocole ... »

« Il existe encore des cas d'acharnement thérapeutiques... »

« ...tous les territoires n'ont pas accès à ces services, certains n'en possédant d'ailleurs aucun » (à propos des soins palliatifs)

« Depuis la loi hôpital santé ...de 2009.le patient (est) l'acteur principal de sa santé »

« Depuis l'instauration de ces lois de 2002 en Belgique (loi d'euthanasie active), seulement 4% des décès annuels résultent d'une aide active à mourir »

et en conclusion de l'exposé des motifs :

« Nous devons imaginer ainsi un cadre juridique précis, qui n'incite pas à cette pratique mais qui fait passer par-dessus tout ce qui devrait toujours primer dans ce domaine de la santé : la volonté du patient ».

Ainsi la proposition de loi d'Olivier Falorni est selon le Député de la Rochelle qualifiée *de loi de l'ultime liberté* (mais toujours) *dans le cadre restrictif du malade en fin de vie.*

Au plan maçonnique, et en réponse au questionnement sur l'avancée humaniste, il convient d'interroger à la fois le sujet du patient mais également du médecin.

Côté patient : l'euthanasie active permet de mieux anticiper sa fin de vie, dans des conditions plus douces, lorsque le diagnostic vital est confirmé par la communauté médicale. Ce qui suppose collégialité de la décision et adhésion du malade et de ses proches. La réserve étant que les progrès de la médecine peuvent parfois déjouer les pronostics et que l'humanisme se fonde aussi sur les progrès de la science (parfois rapides – cf. vaccins ARN COVID) contrairement aux religions.

Côté médecin : le médecin est formé à soigner et non à faire mourir, lorsque le palliatif se substitue au curatif. On peut donc questionner l'avancée humaniste pour le corps médical qui se voit contraint de décider d'une fin de vie, qu'il est engagé structurellement à repousser.

Enfin, sur les directives anticipées, ajouter qu'il est difficile, pour un malade non médecin, d'anticiper ce qui va se passer et donc d'édicter précisément ce qu'il souhaite. Personne n'en étant revenu, pas simple d'envisager la mort. Le témoignage précis de la personne concernée nous prive d'un savoir qui pourrait modifier ou non l'approche de cette mort.

Pour autant, il est indéniable que la rencontre effective patient en fin de vie- famille-proches-amis-soignants nécessite beaucoup de parole et d'empathie partagée. Quand elle a lieu et qu'elle a été anticipée tout se passe bien ou mieux pour tous.

Cette proposition de loi devrait recueillir l'unanimité de l'Atelier.

Elle constitue une avancée vers la dignité du malade en fin de vie.

L'interrogation de notre commission est la suivante et c'est à vous de trancher ce soir afin que nous puissions vous présenter

les conclusions qui seront adressées au Congrès des Loges de l'Ouest.

Nous constatons que déjà au début de notre ère dans sa lettre à Lucilius, Sénèque le jeune se préoccupait du problème ne disait-il pas « ...ce n'est pas de vivre qui est désirable, , c'est de vivre bien...or bien mourir c'est nous soustraire au danger du mal vivre » et encore « on doit compte de sa vie aux autres, de sa mort à soi seul » et toujours « il est plus noble à l'Homme d'apprendre à mourir qu'à tuer »

Si l'on ajoute la notion de liberté à travers une loi de nouvelle liberté telle que définie plus haut n'avons nous pas là les références humanistes qui nous permettent de demander

- Que pour compenser les déserts privés de soins palliatifs un numéro national de téléphone soit créé afin que chacun soit assuré d'une réponse.
- Ces nouvelles prestations seraient prise en charge par la SS.
- que la loi soit étendue à tous les citoyens et pas seulement à ceux constatés en fin de vie afin que chacun puisse mourir dans la dignité selon ses choix.
- que des protocoles analogues à ceux de nos pays voisins soient mis en place afin d'exercer une tentative de prévention avant un passage à l'acte irréversible
- par exemple :
cela ne concernerait que les citoyens dotés de capacité de discernement
cela impliquerait que la demande soit réfléchie et répétée
mais aussi qu'un délai de réflexion soit nécessaire entre la demande et la mise en œuvre
qu'une assistance psychologique soit assurée pendant ce délai
etc....

POUR LA COMMISSION .