



## Peut-on revendiquer un droit à la mort ?

**La loi Leonetti permet l'arrêt des traitements mais ne consacre pas le droit à la mort qui irait au-delà du droit de mourir. Point sur les conséquences qu'aurait un droit au suicide assisté...**

**Pierre-Yves Quiviger**

Professeur de philosophie, université de Nice Sophia-Antipolis, membre du bureau de l'Espace éthique azuréen (EEA)

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « loi Leonetti » et ses décrets d'application (6 février 2006) sont souvent mal compris : d'où la demande récurrente d'une « nouvelle loi », plus « humaine », plus « digne » (adjectifs derrière lesquels chacun peut entendre ce qui l'arrange). Évidemment, cette loi ne saurait régler tous les cas – parce que, comme toute loi, elle se caractérise par sa généralité, d'objet comme de sujet. La promulgation d'une loi ne peut pas résoudre directement des cas particuliers, elle se contente de leur fixer un cadre. Quel que soit le contenu de la loi, ce sont les individus qui la mettent en œuvre et, ensuite, ce sont les magistrats qui évaluent la conformité ou la non-conformité aux dispositions législatives. Reprocher à cette loi de ne pas répondre à certaines situations – surtout quand elles sont très rares – n'est pas tenable, puisque sa généralité lui permet de tout encadrer, quitte à laisser la parole au juge en cas de silence de la loi (selon l'article 4 du Code civil). Il est alors faux de dire, comme on l'entend parfois, qu'il y a un vide juridique, un complément à apporter, un manque à combler.

Pour commencer, il convient de rappeler une distinction très importante, celle du soin et du traitement : on parle encore parfois, à tort, de « refus de soin », alors qu'il s'agit de « limitation » ou « d'arrêt de traitement ». Les soins, normalement, ne s'arrêtent jamais. D'ailleurs, la loi du 22 avril 2005 organise à la fois les conditions d'une limitation ou d'un arrêt de traitement et la nécessité de développer les soins palliatifs. Il ne faut pas arrêter les soins auprès du patient dont on limite le traitement.

Pour la limitation de traitement, il faut

distinguer deux situations : celle du patient qui demande une limitation de traitement et celle du patient qui *est l'objet* d'une décision de limitation de traitement.

Pour le patient qui demande une limitation de traitement, le reproche le plus fort adressé à cette loi peut se formuler ainsi : la loi « Leonetti » prévoit un *laisser mourir* mais ne consacre pas un *droit de mourir*. Il est vrai que cette loi ne consacre pas un droit « opposable » à la mort, à la manière d'un droit « opposable » au logement. Mais elle reconnaît néanmoins au patient un droit essentiel, celui de l'arrêt de tout traitement (y compris l'alimentation artificielle), si le patient en exprime la volonté.

### **Droits créances et droits libertés**

Pour bien comprendre les enjeux, on peut s'appuyer sur la distinction entre les droits créances et les droits libertés.

Les premiers attribuent à chaque citoyen un droit « à » quelque chose. En anglais, on parle de *claim*, soit la possibilité de revendiquer une chose, si on ne peut pas l'obtenir par soi-même. Les droits libertés, eux, consacrent une capacité à jouir de quelque chose que l'on possède déjà, comme la liberté d'aller et venir, qui est liée au fait que j'ai la possibilité de me déplacer. Ce sont des droits « de » faire quelque chose.

Si l'on pose la question de la limitation des traitements en termes de droit « de » mourir, c'est-à-dire de droit liberté, cela signifie qu'il s'agit de permettre à une personne de mettre fin à ses jours si elle le souhaite. Cette faculté, tout le monde l'a déjà, dans la mesure où on ne sanctionne pas le fait de chercher à se suicider. Néanmoins, cette faculté n'est pas exactement un droit, puisque non seulement on ne favorise

pas l'accès aux moyens du suicide, mais on pénalise la provocation au suicide et la non-assistance à personne en péril, ce qui rend complexe toute démarche de « suicide assisté ». D'ailleurs, si d'aventure le législateur souhaitait rendre possible le suicide assisté, il serait difficile de réserver ce droit aux seuls malades en fin de vie, car on voit mal comment alors justifier le respect de certaines volontés de mourir seulement. À cette difficulté en amont, s'ajouterait aussi une difficulté en aval, puisque si l'on constitue le suicide en une vraie liberté d'agir reconnue par le système juridique, deviennent alors difficilement acceptables les décisions, actuellement systématiques, de réanimer les personnes ayant fait une tentative de suicide, ayant ainsi manifesté clairement leur volonté de mourir et d'user de cette liberté. Indépendamment de la question du suicide, il faut reconnaître que la pratique n'est pas toujours conforme à la loi. Si on se reporte à la loi du 4 mars 2002, on constate qu'aucun patient ne peut recevoir un traitement contre sa volonté, s'il est en état de l'exprimer. Un cas problématique bien connu est celui des refus de transfusions sanguines par les témoins de Jéhovah – en s'appuyant sur le principe d'urgence vitale et de proportionnalité des soins, la jurisprudence française a considéré que les décisions de transfusion contre la volonté de ces patients ne constituaient pas une faute grave. Cela signifie qu'il faut se méfier d'une interprétation littérale de la loi : même quand celle-ci m'accorde le droit de refuser un traitement, je ne peux pas toujours me plaindre de l'avoir subi. C'est une leçon à méditer quand on veut changer la loi – même en la changeant, parfois il ne se passe rien !

Pour revenir à l'approche en termes de droits libertés, celle-ci rencontre une limite, que l'hypothèse d'une reconnaissance du suicide assisté ne réglerait pas : la situation de celui qui veut mourir mais ne peut pas, ou ne veut pas, mettre fin à ses jours de lui-même. Il faut alors passer au droit créance, et donc à un « droit à la mort » qui irait au-delà du « droit de mourir ». Cette situation est plus difficile, car elle entraîne une obligation pour autrui, le médecin. En effet, on n'est vraiment titulaire d'un droit créance que si l'on peut identifier un « débiteur » : l'État, une personne privée, un service public, etc. Consacrer un droit créance sans consacrer l'obligation symétrique paralyse l'effectivité de ce droit. Il conviendrait donc pour obtenir un véritable droit créance « à la mort » de constituer une forme de « service public de l'euthanasie », avec obligation pour chaque établissement de santé de recruter des

praticiens spécialisés dans cette pratique, afin que le « droit à la mort » ne soit pas une coquille vide. Une solution intermédiaire serait, sans constituer ce « droit à la mort », de rendre licite le geste actif d'empoisonnement, en considérant qu'il reviendrait au même de respecter la volonté du patient d'interrompre le traitement et de respecter sa volonté de faire l'objet d'une injection létale. On étendrait ainsi le champ du fait justificatif au sens de l'article 122-4, alinéa 1 du Code pénal. Autrement dit : je ne pourrais pas exiger l'injection létale, puisqu'il n'y a pas de droit créance, mais si un médecin souhaitait accéder à ma demande, il en aurait la faculté, sans mise en jeu de sa responsabilité pénale.

Cette dernière solution serait néanmoins source de graves difficultés. Premièrement, un problème de déontologie médicale : quel statut pour le personnel de santé ? Quelle confiance le patient pourrait-il avoir face à des professionnels que la loi reconnaîtrait comme capables de tuer sans responsabilité pénale ? Deuxièmement, un problème de preuve : comment établir sans doute possible l'expression de la volonté ? Souhaite-t-on faire remplir aux patients des documents attestant leur demande de mort ? Authentifiés par un notaire ou un huissier ? Troisièmement, dès lors que cette faculté serait ouverte, et dès lors qu'il est psychologiquement un peu plus facile de demander à un médecin de procéder à une euthanasie que de mettre fin à ses jours par sa propre action, n'y a-t-il pas un risque de pression dangereuse sur celui qui ne voudrait pas mourir ainsi ? N'aura-t-on pas envie de faire comprendre, à telle ou telle personne en fin de vie, à mots couverts, qu'il serait peut-être plus sage, plus digne, plus agréable pour tout le monde, et par ailleurs plus « économique » pour les finances publiques, d'user de cette faculté offerte de mourir ?

Il n'est pas évident que la mort rapide ait le monopole de la « dignité » et il est assez étrange qu'on puisse vouloir décrire comme objectivement « indigne » une quelconque manière de vivre (subjectivement, tout est possible, évidemment). Plutôt que de chercher à mettre en place un droit à la mort, il vaudrait peut-être mieux développer encore les soins palliatifs : ce serait l'occasion de diminuer la peur, sinon de la mort, tout du moins celle de la fin, c'est-à-dire d'un événement qui comprend une certaine durée, à l'inverse de la mort, qui est un instant. La transgression du tabou de l'homicide est toujours problématique, quand bien même elle se présente sous les traits, trop séduisants pour être honnêtes, d'une progression de nos droits.

Quitter le subjectif, c'est aussi aborder le problème sous l'autre aspect que j'ai annoncé, à savoir le patient *faisant l'objet* d'une décision de limitation de traitement. Je dois dire que j'ai été surpris qu'aucune polémique ne se développe autour de ces dispositions de la loi de 2005 et des décrets de 2006. Est-ce dû au luxe de précautions pris par le législateur ? À la confiance merveilleuse que les patients ont pour les professionnels de santé ? Sûrement un peu des deux. Il n'en demeure pas moins que ces textes prévoient, sans que le patient ait eu nécessairement à manifester sa volonté, une réflexion collégiale qui aboutit à une décision de limitation de traitement. Il convient ici d'insister sur le cadre qui permet une telle décision. Tout d'abord, on parle uniquement de patients en fin de vie. Autant la loi du 4 mars 2002 trouve-t-elle aussi à s'appliquer quand on discute d'une *demande* de limitation de traitement, autant on n'envisage absolument pas, et heureusement, de permettre qu'un tel dispositif s'applique pour d'autres patients, qui ne seraient pas en fin de vie. On pourrait imaginer que des contraintes économiques conduisent à de telles décisions, qui s'appuieraient sur l'efficacité de telle ou telle thérapeutique, son coût, etc. Songeons aussi à des situations de gestion de la pénurie, comme dans le cas des greffes. La loi ne discute pas cela. Deuxième élément important : si le patient est simplement l'objet de la décision, il n'est pas non plus radicalement étranger à cette décision, grâce à l'information et aux avis qui doivent être recueillis : directives anticipées du patient lui-même, dialogue avec la personne de confiance si elle existe, consultation des proches et de la famille. Il ne faut pas perdre de vue que, selon le principe général que fixe la loi du 4 mars 2002, et qu'on a trop tendance à oublier, en particulier dans le cadre d'un certain paternalisme médical qui survit, c'est le patient lui-même qui prend les décisions concernant sa santé. En l'espèce, quand le patient n'est plus là pour décider, il faut que l'équipe soit à même de faire comme si la volonté du patient était « disponible » – et il ne faut donc jamais agir en ayant une autre finalité que l'intérêt *objectif et subjectif* du patient. Autrement dit, seule *l'obstination déraisonnable*, et la faute professionnelle et déontologique qu'elle constitue, justifie la limitation de traitement. En réalité, dans ces situations, ne pas limiter le traitement serait constitutif d'une action fautive. L'obstination déraisonnable joue dans ce schéma le même rôle que le non-respect de la volonté du patient quand celui-ci peut s'exprimer. 🐾