



**HAL**  
open science

## De l'euthanasie au suicide assisté : aspects éthiques et philosophiques

Pierre Le Coz

► **To cite this version:**

Pierre Le Coz. De l'euthanasie au suicide assisté : aspects éthiques et philosophiques. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2022, 206 (5), pp.626-631. 10.1016/j.banm.2022.05.001 . hal-03843451

**HAL Id: hal-03843451**

**<https://hal.science/hal-03843451v1>**

Submitted on 22 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**De l'euthanasie au suicide assisté : aspects éthiques\***  
*From euthanasia to assisted suicide : ethical aspects*

Pierre Le Coz

Professeur de philosophie à la Faculté de médecine, Aix-Marseille Université, Laboratoire UMR ADES 7268-  
EFS-CNRS, 13005 Marseille, France

*Déclaration de liens d'intérêt : aucun lien*

\*Séance du 8/03/2022

**Résumé :**

Depuis de nombreuses années en France, le débat éthique relatif à la fin de vie se cristallise autour d'une opposition entre partisans du respect de la vie et défenseurs de l'euthanasie. Dans les faits cependant, c'est une voie intermédiaire qui tend à dessiner ses contours à l'échelle internationale : la dépénalisation du suicide assisté. On peut mettre au crédit de cette « troisième voie », le fait qu'elle évite la transgression de l'interdit de tuer puisque c'est le patient qui s'administre lui-même un produit létal. Il n'en demeure pas moins que le médecin continue à porter une lourde responsabilité. En tant que prescripteur, il lui incombe de poser le diagnostic et d'établir la recevabilité de la demande de suicide. Il en résulte un cas de conscience qui appelle une réflexion philosophique de fond sur les causes du suicide et la légitimité pour un tiers d'y apporter son concours.

**Abstract :**

For many years in France, the ethical debate on the end of life has centered on the opposition between supporters of respect for life and defenders of euthanasia. In practice, however, it is an intermediate way which tends to take shape on an international scale: the decriminalization of assisted suicide. We can credit this "third way" with the fact that it avoids transgressing the ban on killing since it is the patient who administers himself a lethal product. Nevertheless, the doctor continues to bear a heavy responsibility. As a prescriber, he or she is responsible for making the diagnosis and establishing the admissibility of the suicide request. The result is a matter of conscience that calls for a fundamental philosophical reflection on the causes of suicide and the legitimacy for a third party to contribute to it.

**Mots clés :** éthique, suicide, suicide assisté, euthanasie, cas de conscience, responsabilité

**KW :** ethics, suicide, assisted suicide, euthanasia, case of conscience, responsibility

## **Introduction**

Au cours des dernières décennies, les normes et les pratiques d'accompagnement en fin de vie ont connu une évolution lente et sporadique afin de mieux tenir compte des souhaits et des préférences des patients. Ces changements sont surtout perceptibles dans les démocraties occidentales, où la valeur de la sacralité de la vie se trouve mise en balance avec d'autres valeurs telles que la qualité de la vie ou l'autonomie de la volonté.

La dépénalisation de l'euthanasie demeure cependant un fait très rare puisqu'à ce jour seuls six pays au monde l'ont consacrée. L'inflexion libérale des législations s'opère plutôt dans le sens d'une dépénalisation du suicide assisté. Suivant l'Oregon (1997), quatre États des États-Unis l'ont dépénalisée au cours de la décennie écoulée (Washington, le Montana, le Vermont et la Californie). Cette tendance se laisse entrevoir en Europe puisque les Cours constitutionnelles de l'Allemagne [1] et de l'Italie [2] ont jugé inconstitutionnelle la pénalisation de l'aide au suicide. Le Parlement autrichien l'a autorisé en janvier 2022 [3], tandis que l'Espagne a dépénalisé et l'euthanasie et le suicide assisté en juin 2021. Il n'est pas exclu que cette évolution se poursuive, notamment dans les pays où la demande sociale d'aide à mourir est récurrente.

La faveur dont bénéficie l'assistance au suicide vient de ce qu'elle se présente comme une solution médiane, à équidistance entre le courant de pensée « pro-life » qui défend la protection de la vie et le courant « pro-choice » qui milite pour un droit à l'euthanasie. Dès lors que le patient réalise lui-même le geste létal, la charge morale du médecin s'en trouve amoindrie. La place de la médecine dans le processus conduisant à la mort du patient est moins ostensible que dans l'euthanasie. Le médecin n'assiste pas au suicide assisté, sinon de façon contingente.

Toutefois, si cette démedicalisation de l'aide à mourir aplanit les difficultés éthiques, il s'en faut qu'elle les fasse disparaître. Dans les États l'ayant dépénalisée, cette pratique est entourée d'un certain nombre de conditions parmi lesquelles figure quasiment toujours la validation médicale de la demande. Le médecin se trouve ainsi confronté à un cas de conscience qui appelle une réflexion philosophique.

## **Éléments de caractérisation du suicide assisté**

Le suicide est l'action de causer volontairement sa propre mort (du latin *sui* : « soi-même », *caedere* « frapper à mort »). Il doit être dissocié de la tentative de suicide, laquelle peut exprimer un appel de détresse plutôt qu'une ferme intention de mourir [4]. En pareil cas, il ne serait pas approprié de parler d'un « suicide raté ». Ce n'est pas parce qu'un sujet « rate » son suicide qu'il avait l'intention de le réussir. La tentative peut se révéler n'avoir été qu'une tentation.

Dans ses modalités pratiques, le suicide met en œuvre tantôt des moyens (arme à feu, corde, lame, etc.), tantôt des procédés (asphyxie, précipitation, noyade, etc.) ; mais il peut aussi combiner les deux (intoxication aux médicaments, empoisonnement aux pesticides, etc.). Dans leur versant psychique, les suicides peuvent être distingués en fonction de leur étiologie.

On peut schématiquement distinguer le suicide impulsif, le suicide prémédité, le suicide assisté [5]. Lors d'une tentative impulsive, il arrive que le suicidant réanimé en aval ne se souvienne plus de son geste. Il peine à l'assumer, et préfère le réinterpréter en tant qu'« accident » pour conjurer son malaise ou sa culpabilité [6]. Le suicide dit « impulsif » procède souvent d'une crise psychique aiguë que les psychiatres nomment *raptus* [7].

Par son aspect rationnellement organisé, le suicide *assisté* se présente comme un suicide éclairé qui se distingue nettement du suicide *impulsif* dont la source irrationnelle le dérobe à toute démarche de prévention ou d'anticipation. Fruit d'un projet mûrement réfléchi, le suicide assisté se distingue aussi du suicide *prémédité* par le fait que ses motivations sont explicitées, révélées au grand jour, connues de plusieurs tiers, à commencer par le prescripteur qui délivre une ordonnance de barbiturique (généralement du pentobarbital de sodium). Par principe, le suicide ne peut faire l'objet d'une assistance s'il émane d'une demande psychopathologique ou d'un état dépressif. Il repose sur deux motivations principales :

- En première intention, la demande est fondée sur une souffrance persistante due à une maladie grave et incurable ou un handicap sévère, générateur de maux vécus comme insupportables. En de plus rares cas, le suicide assisté vise à mettre fin à une vieillesse interminable et particulièrement éprouvante.

- En seconde intention, la demande du patient s'accompagne du désir d'éviter la démarche aléatoire que représente un suicide non accompagné. Lors des suicides ordinaires, il arrive que des proches ou des témoins alertent les secours. Les urgentistes dépêchés sur place sauvent le sujet suicidant et le confient aux équipes de réanimation qui lui appliquent un protocole standardisé en vue d'assurer sa survie. Bien sûr, on ne saurait faire grief aux médecins de déroger au respect de la volonté du suicidant dans la mesure où ils ne connaissent pas ses mobiles (il pourrait s'agir d'un suicide impulsif) ni la nature de l'acte (il pourrait s'agir d'une tentative de meurtre déguisée en suicide). Le risque est alors que la personne qui voulait se séparer de la vie y soit réintégrée de force, dans une condition de santé dégradée par de graves séquelles physiques ou neurologiques. La demande d'assistance au suicide est motivée par le souhait d'échapper à cette éventualité redoutée.

### **Les conditions d'éligibilité au suicide assisté**

Pour consolider les bases rationnelles de l'assistance au suicide, les dispositions légales des pays qui l'autorisent prévoient de l'assortir de conditions strictes. Ainsi, la demande ne doit pas être induite par une incitation provenant d'un tiers. Pour éviter toute ambiguïté, le prescripteur ne sera jamais l'héritier du patient. Le Code pénal suisse énonce que l'aide au suicide ne doit pas avoir pour ressort un mobile égoïste [8]. Hormis l'absence de conflit d'intérêts, on relève les critères suivants : le requérant doit avoir présentes à l'esprit toutes les conséquences de sa décision, et notamment avoir conscience que c'est lui qui devra se donner la mort, soit par ingestion, soit par intraveineuse. Sa demande d'aide à mourir doit être persévérante, réitérée, consignée dans une lettre manuscrite ou notariée. Le mal lié à l'affection qu'il subit doit être manifeste et reconnu comme objectif par des témoins extérieurs, dont le prescripteur. Le suicidant se sera préalablement entretenu et à plusieurs

reprises avec le médecin, ses proches et d'autres accompagnateurs. Des alternatives au suicide auront été envisagées avec lui dont le soutien psychologique ou les soins palliatifs. La décision de mourir aura été éprouvée par une durée de réflexion suffisamment longue pour être considérée comme authentique, volontaire et irréversible.

On relève que les conditions d'éligibilité sont analogues à celles que prévoient les législations des pays qui autorisent l'euthanasie [9]. Cette proximité critériologique n'en fait que mieux ressortir la différence de taille entre les deux démarches puisque dans un cas l'accomplissement du dernier geste est le fait du médecin, et dans l'autre celui du patient. Lors du suicide assisté, le médecin prescrit la substance, le pharmacien la fournit, les proches et bénévoles soutiennent le demandeur sur un plan matériel et moral jusqu'aux derniers instants. En tout ceci, l'implication des tiers est seulement indirecte, étant entendu que l'intéressé est l'agent de sa propre mort. Rapprocher le suicide assisté et l'euthanasie serait donc pécher par amalgame. C'est en effet tout autre chose que de fournir à un homme une prescription létale et la lui injecter directement dans les veines. Tandis que dans l'euthanasie, la personne convoque autrui en tant qu'agent de sa mort, dans le suicide assisté, elle assume ses responsabilités. À la différence du suicide ordinaire, les tiers sont présents, mais ils composent seulement l'environnement de l'action.

Sur un plan sociologique, le suicide exprime une forme d'autosuffisance qui paraît mieux correspondre à l'*ethos* individualiste de notre temps que l'euthanasie, s'il est vrai que, comme l'écrit Louis Dumont, « l'individualisme est l'affirmation au plan moral et politique de l'être humain particulier comme indépendant et se suffisant idéalement à lui-même » [10]. Davantage que l'euthanasie, le suicide assisté est compatible avec la culture nord-américaine du « self-made man » où il répugne à l'individu d'être redevable envers la société. Plus généralement, la demande de suicide assisté porte l'empreinte de l'esprit de notre temps, où la mort devient une question de libre choix autant qu'une affaire privée [11].

Sur un plan légal et symbolique, il paraît moins coûteux pour une société de dépénaliser le suicide assisté que l'euthanasie. Parce qu'elle est seulement indirecte, cette forme d'aide à mourir ne nécessite pas de déroger à l'interdiction de tuer qui est un pilier de l'édifice social. Le suicide assisté a une portée transgressive moindre que l'euthanasie où un homme acquiert l'inquiétant pouvoir de donner la mort à un autre homme. De longue date, par exemple, la Suisse autorise l'un mais proscrit l'autre [12]. Le philosophe helvétique Bernard Baertschi, lui-même membre de l'association Exit, accentue cette différence morale en qualifiant l'euthanasie de « meurtre sur demande » non punissable dans les pays qui l'autorisent [13]. En Allemagne, la Cour constitutionnelle se fonde sur le droit à l'autodétermination et à l'épanouissement de l'individu [1] pour juger licite la demande d'aide au suicide, mais elle bannit radicalement l'euthanasie à laquelle se rattachent les pages les plus sombres de l'histoire de ce pays.

L'euthanasie est donc située à un degré plus élevé sur l'échelle de gravité des transgressions morales et symboliques. De quoi témoigne le fait que là où l'euthanasie est autorisée (Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Espagne), le suicide assisté l'est aussi par inclusivité. Dès lors que la loi autorise l'euthanasie, *a fortiori* autorise-t-elle le suicide assisté. L'euthanasie

emporte le suicide assisté dans sa course alors que la dépénalisation de l'assistance au suicide n'implique nullement celle de l'euthanasie.

### **La contribution du médecin dans le suicide assisté**

Ayant une portée transgressive moindre que l'euthanasie, le suicide assisté pose *a priori* moins de problèmes éthiques aux médecins. Le praticien reste fidèle au Serment d'Hippocrate n'étant pas l'agent de la mort du patient. Alors que dans l'euthanasie, le médecin *met fin* à la souffrance du patient en mettant fin à sa vie, dans le suicide assisté, en revanche, il lui *ouvre une possibilité*. Il peut nourrir l'espoir qu'une fois rassuré par la possession de l'ordonnance, le patient se ravisera et renoncera à son projet de mourir.

Atténuée, la responsabilité du médecin n'en demeure pas moins lourde. En effet, soucieux de s'entourer de garde-fous le Législateur des États qui dépénalisent le suicide assisté se tourne naturellement du côté des médecins. L'expression « suicide assisté » est trompeuse à cet égard car elle dirige l'attention sur les tiers qui accompagnent le patient (proches, bénévoles) alors que le temps fort du processus légal, hormis le geste ultime, est celui de la décision médicale. C'est bien l'évaluation favorable de la demande par un praticien qui rend possible le suicide en amont ; c'est elle qui enclenche la démarche opérationnelle d'aide à mourir.

Ainsi, la médecine demeure la pierre angulaire d'un dispositif d'aide à mourir qui repose sur un examen clinique du patient et l'authentification de la nature exacte d'une demande qui n'est rien moins qu'indifférente. Bon gré, mal gré, le médecin se trouve engagé dans une réflexion de fond sur la frontière entre le normal et le pathologique. Lui incombe la tâche de poser les bonnes questions au patient, d'envisager avec lui de possibles alternatives pour éviter un suicide contingent ou lié à un état dépressif justiciable d'une prise en charge psychologique.

Dans son face-à-face avec un patient qui lui fait part de son désir d'en finir avec la vie, le médecin n'est pas requis uniquement en tant qu'expert ayant de solides compétences cliniques et scientifiques. Il est aussi convoqué en tant qu'être humain confronté à une demande poignante de détresse et de solitude. La force d'interpellation du visage éveille en lui ce que Levinas nomme la « responsabilité pour autrui » [14]. Comment concrétisera-t-il son devoir de bienfaisance en de telles circonstances ? Doit-il s'incliner face au choix du patient ou tenter de le dissuader de se résoudre à pareille extrémité ? C'est sa conception personnelle du suicide qui se trouve ici questionnée.

### **Les arguments moraux à l'encontre de l'assistance au suicide**

Il est digne de remarque que la Suisse, tout en tolérant son assistance dans certaines conditions, considère tout suicide comme une « mort violente » qui déclenche l'ouverture formelle d'une procédure pénale [15]. Manière de rappeler que la pratique du suicide assisté est un acte contraire aux normes sociales, sinon aux normes juridiques. Du reste, en Suisse,

sont requis sur place, sitôt après le décès, les agents de police et un légiste qui procède à l'examen de l'état externe du défunt et s'assure de l'absence de marques de contention sur son corps. Le médecin légiste représente « les yeux du ministère public » [15].

En Suisse comme ailleurs, le suicide suscite malaise et embarras. Bien que sa dépénalisation existe de longue date [16], il reste un acte « controversé » et « idéalement non souhaité » [15]. Autant qu'en France, par exemple, le vocable « suicide » comporte une connotation négative qui explique que certaines associations helvétiques lui préfèrent le terme d'« auto-délivrance » [17]. Cette tonalité dépréciative nous rappelle que le suicide, même assisté, représente un défi pour la société : il malmène des valeurs communément partagées telles que la solidarité et l'assistance aux personnes en détresse. Il ne saurait être banalisé sous peine de compromettre la pertinence de la politique de prévention du suicide et de jeter la confusion dans les esprits.

Sur un plan psychologique, le suicide assisté peut laisser un sentiment d'échec et de culpabilité au sein des proches, y compris après un suicide accepté par la famille comme peut l'être le suicide assisté [18]. Sur un plan philosophique, des réserves ont été émises de longue date à l'idée qu'un homme puisse librement disposer de sa vie. Même s'ils n'ont pas été diserts sur la question, Platon et Aristote semblent communier en une même conviction : exister est un bien. La vie reste toujours suffisamment intéressante pour être menée jusqu'à son terme. Le but de l'éducation morale est de perfectionner sa nature pour parvenir à une vie qui demeurera digne d'être vécue, quelles que soient les infortunes dont elle sera émaillée. Selon Aristote, parmi les vertus qui favorisent la réalisation de notre être figure le courage. Est courageux celui qui affronte la peur de la souffrance et de la mort, qui parvient à traverser les épreuves de l'existence avec dignité, en gardant toujours la tête haute : « Aucun de ceux qui fuient la souffrance, comme plusieurs le font, n'est courageux ; ainsi que le dit Agathon : "D'entre les mortels, les médiocres vaincus par la souffrance, désirent mourir" » [19].

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, cette réprobation morale du suicide se retrouve de façon plus explicite chez Kant aux yeux de qui la vie n'est pas un bien dont on puisse disposer à notre gré [20]. Se détruire soi-même comme on détruirait un objet, ce n'est pas faire honneur à sa dignité de sujet. Pour nous élever moralement, nous pouvons prendre exemple sur l'être humain qui respecte sa vie et son corps, mais certainement pas prendre modèle sur celui qui se suicide. L'homme doit contrôler sa vie par la raison, laquelle réclame que le principe de nos actions soit non-contradictoire et universalisable. Or, le fait est que le suicidant adopte une maxime qui n'est pas universalisable. Cette maxime pourrait se traduire ainsi : « à celui qui a perdu le goût de la vie, il est légitime de mettre fin à ses jours ». Nul ne peut vouloir qu'une telle maxime soit érigée en loi universelle. Si nous l'adoptons, nous finirions tous par nous suicider un jour ou l'autre car la vie est source de bien des peines.

*A contrario*, un homme fait preuve de mérite et de dignité en conservant sa vie alors même qu'il n'y est plus tellement attaché. Il montre jusqu'où peut aller l'homme lorsqu'il va aux limites de ses possibilités. Nombre de créateurs, d'artistes et d'écrivains nous donnent l'exemple d'individualités qui ont su sublimer la souffrance dans la réalisation de chefs d'œuvre laissés en héritage à la postérité.

En résumé, il existe un repère éthique non-négociable : quels que soient les revers de fortune, nous avons le devoir de toujours honorer l'humanité dont nous sommes porteurs par une conduite rationnelle et autonome [21]. L'acte suicidaire relève d'une autonomie apparente qui cache une réelle hétéronomie. Une conduite hétéronome procède de la partie sensible et passive de notre être. La volonté est soumise à la force obscure d'un penchant ou d'un désir morbide. Le moi du sujet suicidant est un moi rendu étranger à lui-même, ce qui est la définition même de l'aliénation.

### **L'apport des sciences humaines dans l'approche critique du suicide**

Cette interprétation du suicide à travers les catégories de l'hétéronomie et de l'aliénation servira de base aux travaux des sciences humaines et sociales qui aborderont le suicide au XIX<sup>e</sup> siècle en écartant les notions de « raison », d'« autonomie » et de « volonté » afin d'en mettre à jour les mécanismes inconscients. En sociologie, Emile Durkheim a inauguré une approche déterministe en établissant statistiquement l'exposition d'un individu au risque suicidogène sur la base de facteurs socioculturels (religion, statut familial, etc.) [22]. Selon la grille psychanalytique, même lorsqu'il est prémédité et échappe, de ce fait, à la pure impulsivité, le projet de se tuer exprime une « auto-agressivité » que Freud et ses continuateurs interprètent comme un retournement de la pulsion de mort [23, 24]. Dans une perspective anthropologique, certains auteurs suggèrent que les conduites auto-agressives des adolescents (tentatives de suicide, auto-mutilation, scarification, etc.) ne sont pas motivées par le désir de se détruire mais « seulement » de se faire du mal pour avoir moins mal [25, 26]. Au demeurant, les moyens auxquels ils recourent ne sont généralement pas suffisamment efficaces pour que leur acte ait des chances d'aboutir, ce qui témoigne de l'ambivalence de leur motivation.

Les sciences humaines et sociales, mais aussi la psychiatrie, ont renouvelé notre compréhension du suicide en l'éclairant à travers des déterminants psycho-sociaux qui échappent en partie à la conscience des individus. Elles nous ont conduit à penser cet acte en dehors des catégories de la moralité. Le désir de mort d'autrui appelle une attitude d'empathie et d'écoute, plutôt qu'une réprobation moralisatrice. Dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, Beccaria avait plaidé l'abandon des politiques répressives contre le suicide [27]. En homme des Lumières, il appela les autorités de son époque à passer de la répression à la prévention en s'attaquant à la racine du mal qui réside dans une intense frustration des désirs de bien-être et d'épanouissement. La société a sa part de responsabilité dans le désir de suicide de ses membres. Elle a le devoir de prévenir la souffrance liée à l'isolement, au sentiment d'inutilité, à la douleur physique non prise en charge. Selon Léon Bourgeois, fondateur du solidarisme, c'est avec raison que la devise républicaine a ajouté la fraternité aux droits à l'égalité et à la liberté proclamés par l'article 1<sup>er</sup> de la Déclaration des droits de l'Homme. Le désir de suicide exprime un désespoir qui appelle une réponse à la fois éthique et politique : « Le lien fraternel oblige tous les êtres humains les uns envers les autres, nous faisant un devoir d'assister ceux de nos semblables qui sont dans l'infortune » [28]. Le suicide d'un seul est l'affaire de tous. La visée éthique de la « vie bonne » demeurerait lettre morte sans l'étayage institutionnel garanti par les services publics de l'État. Pour le redire dans les termes de Paul Ricoeur,

l'éthique est la « recherche de la vie bonne avec et pour autrui, dans des institutions justes » [29].

### **L'approche utilitariste du suicide**

On peut objecter que si la société peut beaucoup, elle ne peut pas tout. Certains penseurs des Lumières comme Hume [30] ou Montesquieu [31] évoquent les cas-limites où la pénibilité des dernières années de la vie peut justifier le désir d'en précipiter le terme. Quand l'avenir ne promet rien d'autre que la persistance voire l'aggravation de la souffrance présente, n'est-il pas naturel et légitime de vouloir en finir ? Et puisque le suicide n'est ni une faute ni un délit, on ne devrait pas poursuivre le tiers qui fournit de l'aide à celui qui veut se suicider. Telle est du moins la perspective utilitariste soutenue aujourd'hui par Peter Singer. Le penseur australien considère que c'est seulement *prima facie* que la vie humaine vaut d'être protégée [32]. Selon lui, l'idée déclinée chacun à leur façon par Platon, Saint-Augustin et Kant selon laquelle on ne peut pas disposer de soi revient à *sacraliser* la vie. Or, la notion religieuse de « sacralité de la vie » ne devrait pas être utilisée dans les débats éthiques car elle élimine le problème du suicide au lieu de l'affronter loyalement.

Au rebours de la position « essentialiste » de Kant qui inscrit le suicide au rang des actes intrinsèquement mauvais, Peter Singer et les utilitaristes soutiennent que le suicide n'est en soi ni bon ni mauvais. La portée morale du suicide, assisté ou non, doit être appréciée au regard des conséquences probables qui en résulteront non seulement pour l'individu mais aussi pour son entourage. Le suicide relève d'une attitude qui force le respect lorsqu'il est motivé par le désir altruiste d'épargner à des proches de sacrifier leur vie à fournir des efforts de surcompensation, ce qui est le cas dans les situations de grande dépendance et de handicaps physiques lourds [33]. *A contrario*, l'aide au suicide ne devrait pas être autorisée s'il en résulte une importante souffrance pour l'entourage, dans la mesure où elle contribuerait à augmenter la souffrance dans le monde.

Outre l'apaisement de la souffrance de l'agent et de ses proches, l'assistance au suicide a pour conséquence positive d'éloigner les risques liés au suicide ordinaire, à savoir une mort violente pour le principal intéressé, à quoi s'ajoute le traumatisme psychologique des témoins de son décès (défenestration, pendaison, etc.). Le suicide assisté est une mort douce qui empêche la personne de se séparer de la vie de façon brutale et sans soutien moral.

Il se pourrait toutefois que le point de vue utilitariste minimise le risque de pente glissante dont Tom Beauchamp et James Childress estiment, quant à eux, qu'il mérite d'être pris au sérieux [34]. Ces deux auteurs rapportent le cas d'une Américaine ayant demandé le suicide assisté après avoir appris sa maladie d'Alzheimer sans qu'une expertise psychiatrique sérieuse ait pu être conduite. Selon eux, cette personne aurait encore pu profiter de quelques belles années avec sa famille. Ils soupçonnent le complice de ce suicide d'avoir agi « pour se faire de la publicité, pour faire connaître ses points de vue sociaux et faire parler de son livre qui allait sortir » [34]. Force est de reconnaître que les militants du suicide assisté, et de l'aide à mourir en général, font parfois preuve d'un prosélytisme zélé dans la défense de leur cause, cédant au dogmatisme qu'ils reprochent aux partisans de la sacralité de la vie. Les activistes

de certaines associations suisses telles que *Dignitas* se sont vu reprocher de mettre en œuvre un véritable « tourisme de la mort » [35].

Reste le cas des « situations tragiques » qui pourraient justifier une aide à mourir du point de vue même de Beauchamp et Childress. Si l'assistance au suicide devait être envisagée en ultime recours, elle ne devrait jamais devenir « un droit qui requiert de contraindre la conscience du médecin » [34]. Le risque de dérive devrait être prévenu par le respect de conditions strictes : le demandeur devrait avoir noué une relation de longue date avec le médecin. Il devrait bénéficier du regard extérieur d'un autre acteur médical (psychiatre, etc.), avoir été dûment informé d'alternatives et avoir persévéré dans son désir de mourir. L'entourage devrait également être partie prenante de la démarche et avoir pleinement accepté sa décision.

## **Conclusion**

La lente mais perceptible évolution des mœurs en faveur de la dépénalisation du suicide assisté peut s'interpréter comme une tentative de compromis que les autorités de certains pays occidentaux s'efforcent de dégager entre des sensibilités antagonistes. Cette forme spécifique d'aide à mourir se présente comme une alternative à l'euthanasie en ce qu'elle marginalise la médecine et met l'accent sur la responsabilité du malade dans la réalisation du geste létal.

Pour autant, dans la mesure où il établit le certificat médical, atteste de la capacité de discernement du requérant et prescrit la substance, le médecin-traitant se trouve fortement engagé sur un plan professionnel et humain. Une légitime inquiétude morale peut s'emparer de son esprit à l'idée que des patients pourraient vouloir mourir au motif qu'ils se sentent seuls, abandonnés ou inutiles.

Aussi, et quand bien même une loi l'y autoriserait, le médecin aura toujours pour devoir premier de s'assurer qu'il n'y a pas d'autre moyen que la mort pour apaiser les souffrances du patient. Il se souviendra de cette méditation de Pascal nous invitant à scruter les sources du désir de mort : « Tous les hommes recherchent d'être heureux (...) C'est le motif de toutes les actions de tous les hommes, jusqu'à ceux qui vont se pendre. » [36].

### *Déclaration des liens d'intérêts*

*L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêts.*

## Références

- [1] Horn R. The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: The German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide, *Journal of Medical Ethics*, 2020;46:416-7.
- [2] Delbon P, Maghin F, Conti A. “Medically assisted suicide in Italy: the recent judgment of the Constitutional Court”. *Clin Ter.*, 2021;172:193-6.
- [3] Chastand JB. « L’Autriche va autoriser le suicide assisté ». In *Le Monde*. Disponible sur : [www.lemonde.fr/international](http://www.lemonde.fr/international), 19 nov. 2021. (Consulté le 21/03/2022)
- [4] Courtet P. *Suicides et tentatives de suicide*. Paris : Flammarion médecine-sciences, Collection « Psychiatrie », 2010.
- [5] Fernandez-Zoila A. « Suicide » in Auroux S. (dir.). *Encyclopédie philosophique universelle. Les notions philosophiques : T. 2*, PUF, Paris, 1990, p. 2493.
- [6] Moron, P. *Suicide et médecine*. PUF, 7e éd., Paris, 2005, pp. 33-66.
- [7] Jovelet G. « L'acte en psychiatrie aujourd'hui ». *L'information psychiatrique* 2006;82 :105-20.
- [8] Wacker J. *Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse. Études sur la mort*, 2016 ;50(2):80.
- [9] Black I, Lewis P. « Adherence to the request criterion in jurisdictions where assisted dying is lawful? A Review of the criteria and evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon and Switzerland » *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2013;41(4):885- 98
- [10] Dumont L. *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris : Le Seuil, 1983, p. 69.
- [11] Le Coz P. *Le soin à l'épreuve de l'individualisme contemporain*, in : *Revue Laennec « santé, médecine, éthique »*, avril 2019 : pp. 6-19.
- [12] Hoffman S. « Euthanasia and Physician-Assisted Suicide : A Comparison of E.U. and U.S. Law », *Syracuse Law Review*, 2013;63(3):383-97.
- [13] Baertschi B. «Euthanasie», in : M. Kristanek (dir.), *l'Encyclopédie philosophique en ligne*, <https://encyclo-philos.fr>, 2021
- [14] Levinas E. *Éthique et infini*. Paris : Livre de Poche, 1984.
- [15] Berthod MA, et al. « L’assistance au suicide en Suisse : l’émergence d’un modèle d’inconduite », *Swiss, Journal of Sociology*, 2020 ;46 :1-17.
- [16] Mauron A. « L’assistance au suicide en Suisse : ses particularités éthiques et historiques », *Droit et cultures*, 2018 ;75 :127-39.
- [17] Moser F. « Euthanasie assistée ou auto-délivrance. Un dialogue avec Pierre Paroz », *Études théologiques et religieuses*, 2010 ;85(4) :539-52.
- [18] Roudaut K. *Ceux qui restent, une sociologie du deuil*. Rennes : PUR, 2012.
- [19] Aristote. *Éthique à Eudème*, trad. V. Décarie. Paris : Vrin, 1991, p. 125.
- [20] Kant E. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, trad. V. Delbos, Delagrave, Paris, 1957 [1785].
- [21] Battin MP. « Kant and Respect for Human Moral Life » : *Ethical Issues in Suicide*, pp. 120–127.
- [22] Durkheim E. *Le suicide*. Paris : PUF, 2007, [1897].

- [23] Freud S. Deuil et mélancolie, trad. A. Weill. Paris : Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2011 [1917].
- [24] Morel G., « Introduction. Actes réussis, actes ratés : lectures psychanalytiques du suicide », (Geneviève Morel éd.), Clinique du suicide, Ed. Érès, Toulouse, 2004, pp. 9-16.
- [25] Le Breton D. L'Adieu au corps. Paris : Edition Métailié, 2000.
- [26] Romano H. « Avoir mal, se faire mal et mourir ». Adolescence, 2007 ;254(4):879-91.
- [27] Delia L. « Un délit qui ne semble pas pouvoir admettre une peine. Beccaria et le suicide ». Dix-huitième siècle, 2021 ;53(1) :699-709.
- [28] Bourgeois L. Solidarité. Paris : Armand Colin, 1896.
- [29] Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris : Seuil, 1990, 7<sup>e</sup> étude.
- [30] Hume D. Of Suicide, 1784. In : P. Singer, Applied Ethics, Oxford, Oxford University Press, 1986, pp. 19-27.
- [31] Montesquieu. Lettres Persanes. Paris : Classiques Garnier, 2013 [1724], lettre n°76.
- [32] Singer P. Unsantifying human life, in : H Kuhse (éd.), Wiley-Blackwell, 2002, pp. 215-231.
- [33] Singer P. L'altruisme efficace (trad. L. Bury). Paris : Les Arènes, 2018, 267 p.
- [34] Beauchamp TL, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale, M Fishbach (trad.). Paris : Les belles lettres coll « Médecine et sciences humaines », 2008, pp. 218-226.
- [35] Mondal AP, Bhowmik P. « Physician Assisted Suicide Tourism A future Global Business Phenomenon », The Business and Management Review, 2018;10(1):35-43.
- [36] Pascal. Pensées. Paris : Folio-Classiques, éd. Michel Le Guern, 2004 [1670]. Pensée n°138.