

Le suicide médicalement assisté

Si l'euthanasie se définit comme un meurtre intentionnel par compassion, elle se rapproche du suicide médicalement assisté, l'aide délibérée apportée par un médecin au suicide d'un patient qui désire mettre fin à sa vie. C'est un homicide intentionnel, à une petite différence près. Le médecin fournit les moyens – les drogues, l'équipement et la connaissance technique – il explique ce qu'il faut faire et comment le faire, mais ce n'est pas lui qui accomplit l'acte décisif. Il revient au malade de prendre les cachets, de poser le sac sur sa tête, ou d'actionner l'interrupteur. Ne soyons pas trop étonnés de ce que cet acte, à l'instar de tous les autres domaines de la médecine, fasse depuis peu appel à la technologie moderne. Il est possible aujourd'hui de pratiquer le suicide médicalement assisté plus proprement.

Un médecin australien, le docteur Philip Nitschke, a conçu un équipement commandé par ordinateur capable d'administrer des drogues mortelles. Le médecin met en place une aiguille intraveineuse chez le patient et branche l'appareillage, qui va administrer trois produits dans un ordre soigneusement établi. Le phénobarbital et le thiopental (barbituriques) provoquent l'inconscience et sont suivis en l'espace de quelques secondes par l'altracurium (curare), qui paralyse les muscles respiratoires et provoque une mort rapide par manque d'oxygène. Une fois que le malade est branché, on lui demande de répondre à trois questions simples sur l'ordinateur portable. La dernière question est la suivante : « Dans 15 secondes, vous recevrez une injection létale. Voulez-vous passer à cette étape? Répondez par oui ou par non. »

Le suicide médicalement assisté, que ce soit sous sa forme technologique moderne ou selon la vieille méthode qui consistait à laisser un mélange de cachets mortels à portée de main du malade est, tout comme l'euthanasie, pratiqué dans l'intention claire de tuer. En novembre 1996, le docteur Nitschke utilisa cette machine pour tuer Bob Dent, atteint d'un carcinome de la prostate. Le docteur Nitschke avait décidé que M. Dent devait mourir. Ce fut dans ce seul but qu'il choisit et brancha les trois produits. Mais il ne participa pas à l'acte final. Bien que le docteur Nitschke puisse affirmer qu'il n'est pas un assassin au sens propre du terme et qu'il a les mains propres, d'un point de vue moral et éthique, son acte ne diffère guère de l'euthanasie volontaire. L'euthanasie, comme le suicide assisté, tombent tous deux sous le coup de quasiment tous les systèmes juridiques. Quoique pratiqués depuis l'Antiquité, ils sont interdits par tous les codes de déontologie.

Le Serment d'Hippocrate, dont l'origine remonte à plusieurs siècles avant Jésus-Christ, écarte explicitement à la fois l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et injustice. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion¹... »

En dépit de plus de deux mille années de tradition médicale, la pression internationale se fait toujours plus forte pour que soient modifiés à la fois la loi et les codes officiels de la pratique médicale. Le suicide médicalement assisté semble plus acceptable aux yeux de l'opinion publique que l'euthanasie et fait actuellement l'objet d'une étude pour une législation totalement novatrice dans plusieurs pays. Le Territoire du Nord, en Australie, vota en mai 1995 une loi sur le droit des malades en phase terminale, qui autorise le suicide médicalement assisté. Quatre personnes, dont Bob Dent, moururent sous les dispositions de cette loi, avant qu'elle ne soit abrogée de justesse par les instances nationales. Le premier cas de suicide légal médicalement assisté rapporté aux États-Unis fut celui d'une dame âgée, morte en mars 1998. Au contraire de la pratique australienne, la technologie n'y eut aucune part. Un médecin avait prescrit des drogues que la patiente, atteinte d'un cancer du sein à un stade avancé, avala avec un verre de cognac (*The Guardian*, 27 mars 1998). La mort eut lieu sous la juridiction d'une loi de l'Oregon, fraîchement promulguée, qui autorise les malades en phase terminale à mettre fin à leurs jours avec l'aide d'un médecin, à condition qu'ils soient sains d'esprit et que leur espérance de vie ne dépasse pas six mois. Selon le *Guardian*, les instances de l'État auraient édité un livre de 91 pages fixant des directives strictes pour la profession médicale. Le diagnostic doit être confirmé par deux médecins; par ailleurs, si le docteur a le droit de prescrire la dose fatale, il n'a en revanche pas celui d'administrer, ni même de tendre les médicaments au malade. Aux États-Unis, le débat sur la légalité du suicide médicalement assisté a été porté devant la Cour suprême. La question était de savoir si la Constitution américaine accordait au citoyen « la liberté de choisir le moment et les modalités de sa mort ».

Au Royaume-Uni, la Voluntary Euthanasia Society continue à faire campagne pour la légalisation de l'euthanasie, affirmant que nombre de médecins britanniques la pratiquent en secret au domicile des malades.

1. O. TEMKIN, *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1991, p. 21 (trad. fr. d'Émile Littré).

Michael Irwin, le président de la Voluntary Euthanasia Society, confia au *Sunday Times* en juillet 1997, que dans sa carrière de médecin généraliste, il avait aidé environ cinquante patients à mourir. Il considère comme une hypocrisie de permettre aux médecins d'administrer des doses considérables de morphine dans le dessein établi de soulager la souffrance, et de leur interdire de prescrire des médicaments dont le but est clairement de tuer. Irwin s'est plaint dans un débat public de l'usage du mot « tuer » par les opposants de l'euthanasie. « L'emploi de ce mot est impropre lorsque quelqu'un vous demande une libération. Ce que nous faisons, c'est soulager la souffrance. C'est le rôle du médecin compatissant. Nous rendons un service compassionnel à la communauté. »

Le docteur Louis Weinstein, de l'Université de l'Arizona, a proposé une version « améliorée » du Serment d'Hippocrate, à l'usage des médecins partisans de l'euthanasie. Il y figure la phrase suivante : « J'aurai en toutes circonstances le plus grand respect pour la vie humaine et je me souviendrai que mettre fin à la vie est interdit dans certaines circonstances, acceptable dans d'autres, et que, dans d'autres encore, c'est un acte d'amour suprême » (lettre au *Journal of the American Medical Association*, 1991, n° 265, p. 2484).

À la une du journal France-Soir du 12 janvier 1999, 132 personnalités ont lancé un « appel pour la désobéissance civique » débutant ainsi : « Nous déclarons avoir aidé une personne à mourir ou être prêt à le faire. Nous considérons que la liberté de choisir l'heure de sa mort est un droit imprescriptible de la personne, inhérent à la Déclaration des Droits de l'Homme... » Parmi elles, le sénateur Henri Caillavet, qui a longtemps présidé l'ADMD [cf. rajout p. 230-231]. Cette association milite depuis 1980 pour obtenir la dépénalisation de l'euthanasie volontaire. Elle regroupe 30000 membres environ, tous signataires d'une « déclaration de mourir dans la dignité », non reconnue légalement, qui exprime un refus d'acharnement thérapeutique, une demande de soulagement de la douleur et un souhait d'euthanasie active si nécessaire.

La mort, mode d'emploi

Pour pallier la réticence de la plupart des médecins à participer au suicide de leurs patients, toute une série de manuels de modes d'emploi a vu le jour

sur ce sujet. Derek Humphry, directeur exécutif de la société Hemlock pour la défense de l'euthanasie volontaire, installée dans l'Oregon, a publié en juillet 1991 un livre intitulé *Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*². On peut lire en page de couverture : « *Final Exit* est destiné à être lu par l'adulte mûr qui souffre d'une maladie incurable et envisage de mettre fin à ses jours lorsque ses souffrances deviendront insupportables. Cet ouvrage fournit aussi des indications utiles à ceux qui l'y aideront peut-être. » Ce livre s'est retrouvé en tête de la liste des meilleures ventes du *New York Times*, sous la rubrique « Modes d'emploi, conseils pratiques et divers », devant les manuels sur le sexe et les ouvrages de poche sur les moyens de faire fortune rapidement. Imprimé en gros caractères pour faciliter la lecture des personnes âgées et leur permettre d'en suivre les directives, le livre comporte une table de dosage des drogues mortelles, des indications pour les obtenir et les conserver, et des conseils pour éviter les poursuites légales. Dans un entretien accordé au *Sunday Express* de Londres, Humphry se révéla d'une candeur désarmante : « Cet ouvrage vous explique comment, où et quand vous tuer ou tuer quelqu'un d'autre. Il renverse le dernier tabou. Grâce à mes instructions, vous obtiendrez une mort parfaite, sans ennuis et sans autopsie³. »

Le livre s'est vendu à des centaines de milliers d'exemplaires et s'est maintenu en tête des meilleures ventes pendant plusieurs semaines. Malgré les quelques phrases que Humphry avait écrites pour avertir ses lecteurs que le simple fait d'être « malheureux » ou de ne plus pouvoir « faire face à la vie » n'était pas une raison suffisante de se tuer, on ne tarda pas à enregistrer des cas de suicide d'après ses méthodes. Beaucoup de ceux qui s'étaient donné la mort n'étaient pas en phase terminale, et certains n'étaient âgés que d'une vingtaine ou une trentaine d'années⁴.

L'épidémie de sida a accru l'intérêt porté par l'opinion publique au suicide. On a assisté à un phénomène inconnu jusqu'alors : un nombre important de jeunes hommes instruits, cultivés et indépendants, se voyant atteints d'une maladie dégénérative et incurable, se disposant à une telle issue. Brian Smith, responsable d'un programme de suivi psychologique pour les malades atteints du sida à San Francisco, déclare que la plupart d'entre eux envi-

2. *Exit final. Pour une mort dans la dignité*, trad. de l'anglais par Élise de Bellefeuille et Michel Saint-Germain, Montréal, Le Jour, 1991.

3. Cité par R. MARKER, *Deadly Compassion*, Londres, Harper-Collins, 1994, p. 200.

4. *Ibid.*, p. 204.

sagent de mettre fin à leurs jours. Beaucoup commencent à faire des réserves de comprimés potentiellement mortels dès l'annonce du diagnostic⁵.

Le cœur du débat

Quelles sont les forces à l'œuvre derrière toute cette publicité, ces manifestations, cette propagande bruyante en faveur de la légalisation de l'euthanasie? J'aimerais dire que le principal moteur n'est pas la *compassion*, mais la *peur*. Il y a quelques années, j'eus l'occasion de participer à un débat public qui m'opposait à un défenseur bien connu et respecté de la légalisation de l'euthanasie. Je fus frappé par ce qu'il dit : « Au fond de moi, j'ai peur. Ce n'est pas tant de la mort en elle-même que du processus de mourir que j'ai peur. » Il me semble qu'il y a trois types de peurs au cœur de ce débat.

La peur de souffrir

Je ne veux pas seulement parler de la douleur physique, mais de ce que les spécialistes des soins palliatifs appellent la *souffrance totale*. C'est une notion qui recouvre la souffrance physique, mais aussi affective, relationnelle et spirituelle. Elle est difficile à définir. C'est une détresse qui revêt des aspects multiples. Prenons le cas d'un vieillard qui meurt d'un cancer. Il connaît la détresse physique, parce que sa maladie s'est étendue aux os et que cela fait très mal. Sa peur de ce que lui réserve l'avenir le plonge également dans la détresse psychologique. La douleur augmentera-t-elle jusqu'à devenir intolérable? Devra-t-il quitter sa maison pour être hospitalisé? Il est dans une profonde détresse relationnelle parce que sa famille essaie d'être courageuse et refuse d'admettre la réalité. Il se trouve enfin dans une détresse spirituelle parce qu'il est confronté à la réalité froide de la mort, sans aucune espérance. À quoi a servi sa vie? En quoi peut-il espérer? Voilà une souffrance totale.

Notre société a perdu la notion que la souffrance puisse avoir un aspect positif. La douleur est inutile, vaine, destructrice, incompréhensible, terrifiante. Pour beaucoup, le but de l'existence est d'être le plus heureux possible, ou du moins d'essayer d'anesthésier la douleur. L'agonie de Lillian Boyes

5. Cité par DWORKIN, *Lifés Dominion*, p. 183.

nous trouble profondément. Nigel Cox nous paraît avoir fait preuve de compassion; il a au moins mis fin à la douleur.

La peur de perdre sa dignité

La plupart des personnes meurent sans souffrir énormément. Mais mourir avec un tuyau dans chaque orifice, mourir avec une alèse dans notre lit parce que nous sommes redevenus comme des petits enfants, ne pas même pouvoir nous raser ou nous coiffer seuls, ce n'est pas ce que nous appelons vivre. Où est la dignité? La vie d'un patient en état végétatif persistant, comme Tony Bland, nous trouble et nous bouleverse. Pour ce que nous en savons, une telle personne ne souffre pas. Pas dans le sens habituel du terme. Et pourtant nous avons l'impression que sa vie a perdu toute dignité.

Voici ce qu'écrivit Ludovic Kennedy, un défenseur actif de l'euthanasie, à l'époque du procès de Nigel Cox : « Pour beaucoup d'entre nous, la crainte d'être emporté avant l'heure a cédé la place à celle, plus profonde, de devoir subir une agonie douloureuse et interminable, lorsque tout espoir de réveil a disparu et que l'on est maintenu en vie tout en se dégradant inexorablement. Ce n'est pas la mort que les gens craignent le plus, mais la perte de leur dignité dans le processus de mourir » (*Evening Standard*, novembre 1992).

J'ai été frappé par la terminologie d'une directive (appelée parfois testament de vie) largement diffusée par la Voluntary Euthanasia Society. « [...] J'aimerais que l'on comprenne que je crains la dégénérescence et la perte de la dignité beaucoup plus que la mort. Je demande à mes médecins de ne pas l'oublier lorsqu'ils se demanderont ce que j'aurais souhaité dans une situation incertaine, quelle qu'elle soit. » L'homme moderne éprouve une angoisse profonde devant le vieillissement et l'infirmité : c'est la peur de « la dégénérescence et de la perte de la dignité ».

Il y a enfin la peur la plus profondément ancrée de toutes, celle de devenir dépendants des autres et des machines pour nos fonctions et nos besoins de base.

La peur de la dépendance

Voici les paroles de Friedrich Nietzsche, dont l'influence sur la société postmoderne fut parmi les plus déterminantes : « Arrivé à un certain état, il est inconvenant de vivre plus longtemps. L'obstination à végéter lâchement, esclave des médecins et des pratiques médicales, après que l'on a perdu le

sens de la vie, le *droit* à la vie, devrait entraîner, de la part de la Société, un mépris profond. [...] Mourir fièrement lorsqu'il n'est plus possible de vivre fièrement⁶. »

Ronald Dworkin, le philosophe spécialiste du droit, estime que tout homme devrait avoir une mort en accord avec la façon dont il a vécu. Faute de quoi, une mauvaise mort risque de gâcher toute l'histoire de la vie, tout comme un mauvais dénouement peut gâcher tout le roman. Si ma vie a été marquée par l'exercice de choix personnels, un sens des responsabilités, une autonomie, je dois aussi être libre de la terminer comme je l'entends, d'une manière qui soit en harmonie avec mon vécu. « Le pouvoir de la mort lui vient de ce qu'elle est non seulement le début de rien, mais la fin de tout; notre façon de penser à la mort et d'en parler – l'importance que revêt pour nous la "dignité" dans ce domaine – montre combien il est important que la vie se termine de manière *appropriée*, que la mort concorde avec la manière dont nous voulons avoir vécu⁷. » Il affirme que si nous avons tellement peur de perdre notre dignité dans la mort, c'est parce que la dernière scène de la vie influe sur la valeur de l'existence dans son ensemble, « de la même manière que nous pouvons nous soucier de l'effet de la dernière scène d'une pièce ou de la dernière strophe d'un poème sur l'œuvre dans sa totalité ». « Les idées qui ont guidé les hommes dans leur vie les guideront également quand sera venu le moment de mourir. [...] Il ne fait aucun doute que la modalité de leur mort revêt pour la plupart des êtres une importance particulière, symbolique : ils veulent que leur mort exprime et [...] confirme dans la mesure du possible les valeurs qui ont gouverné leur vie [...]. Nul ne souhaite une mort qui contredise ce qu'a été sa vie⁸. »

Ceux qui ont fait preuve de responsabilité et d'indépendance durant toute leur vie sont horrifiés à l'idée que le processus de leur mort puisse les amener au contraire à devenir dépendants des autres. Ils veulent à l'inverse être libres de mourir comme ils le souhaitent, même si cette mort doit aller à l'encontre de ce que voudraient les autres.

6. Cité par DWORKIN, *Lifés Dominion*, p. 212 (« Flâneries inactuelles », § 36 [Morale pour médecins], dans *Le Crépuscule des idoles*, trad. de l'allemand par Henri Albert, Paris, Flammarion, 1985, p. 151).

7. DWORKIN, *op. cit.*, p. 199.

8. *Ibid.*, p. 211-212.

« Les personnes qui souhaitent une mort prématurée, paisible, pour eux-mêmes ou les membres de leur famille, ne rejettent ni ne dénigrent le caractère sacré de la vie; elles estiment au contraire qu'une mort plus rapide est un plus grand signe de respect envers la vie qu'un processus de mourir qui n'en finit pas. » Même si nous avons l'impression, explique Dworkin, que le mépris qu'une autre personne affiche pour sa vie fait courir un risque à notre propre dignité, « une appréciation juste de ce qu'est la dignité fait clairement pencher dans la direction opposée – pour la liberté individuelle et non la contrainte, pour une loi et une attitude qui encourage chacun de nous à prendre lui-même ces décisions cruciales. La liberté est la condition essentielle, absolue du respect de soi : celui pour qui la vie a la moindre importance intrinsèque et objective tient également à gérer cette vie lui-même, libre de toute directive extérieure⁹ ».

John Harris tire une conclusion similaire. « Ce n'est que par l'exercice de l'autonomie, du libre arbitre et de la liberté de choix entre des conceptions opposées du pourquoi et du comment de la vie, que notre existence nous appartient vraiment. La valeur de notre vie est celle que nous lui donnons¹⁰. »

C'est là une conviction profondément ancrée chez beaucoup d'entre nous, particulièrement les plus jeunes dont la pensée a été imprégnée par les concepts postmodernes de l'individualisme radical. « C'est moi qui décide de mon destin. Je suis le seul maître à bord de ma vie. Peu importe si les autres ne sont pas d'accord, je fais ce que je veux. » C'est une idée fascinante que celle de pouvoir écrire soi-même le scénario de sa vie. Je ne crois pas que ce soit par hasard qu'une des associations en faveur de l'euthanasie ait choisi de s'appeler Exit. C'est un terme qui vient du théâtre. À la fin de la représentation, lorsque nous arriverons au bas de la dernière page, nous dirons : « Merci beaucoup, les amis, au revoir et bonne nuit. » *Prière de quitter la scène correctement.*

La réalité de la condition humaine et le monde dans lequel nous vivons représentent bien entendu un défi constant pour le concept existentialiste de l'auto-réalisation. La revendication arrogante de l'autodétermination peut paraître quelque peu creuse à la lumière de la réalité, comme le montre cette inscription postmoderne :

9. *Ibid.*, p. 239.

10. J. HARRIS, « Euthanasia and the value of life », dans J. KEOWN (éd.), *Euthanasia Examined*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, p. 11.

Dieu est mort : mais l'espèce humaine est ainsi faite qu'il y aura peut-être encore durant des millénaires des cavernes au fond desquelles on montrera son ombre¹¹.

Friedrich Nietzsche, 1882

Nietzsche est mort.

Dieu, 1900

Comment l'homme moderne fait-il face aux peurs profondes liées à la mort ? Il espère que la mort le prendra rapidement et par surprise. Il est intéressant de remarquer que, alors que pour beaucoup de générations passées une mort soudaine était ce qu'il y avait de pire, elle est devenue aujourd'hui la manière de mourir la plus enviable. Nos ancêtres redoutaient par-dessus tout d'être catapultés dans l'éternité à l'improviste, sans avoir la chance de se repentir, sans pouvoir dire au revoir. Pour certains, une mort soudaine représentait la preuve du jugement de Dieu sur une vie impie. Mais aux yeux de l'homme moderne, c'est la mort idéale. L'accident, l'explosion, l'arrêt cardiaque subit... : « Au moins, il est parti rapidement ; on peut dire qu'il a eu de la chance, il n'a même pas eu le temps de comprendre ce qui lui arrivait. J'aimerais pouvoir mourir ainsi. »

Mais si nous ne partons pas rapidement, si nous devons affronter l'horreur ultime d'une mort lente, interminable, nous réclamons l'euthanasie. Ainsi, il n'y a pas lieu d'avoir peur. Nous pouvons nous détendre. À condition de pouvoir recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté, nous pouvons envisager la mort avec sérénité. Quelqu'un sera là pour nous aider. L'euthanasie est la réponse à nos peurs les plus profondes. C'est ce que nous pensons.

Si la peur est la principale force à l'œuvre dans le débat sur l'euthanasie, il en est d'autres plus inquiétantes, rarement reconnues en public.

Les pressions sociales en faveur de l'euthanasie

Il y a premièrement l'effondrement des structures familiales traditionnelles, associé à l'augmentation constante de l'espérance de vie. Cela signifie que les sociétés modernes comptent de plus en plus de personnes âgées, dont beaucoup se retrouvent isolées et abandonnées par leur famille ou leurs enfants. Comment gérer les problèmes cruciaux de l'isolement et de l'ostracisme sociaux ? Certains sociologues prédisent un avenir cauchemardesque, où des nombres élevés de vieillards abandonnés sont maintenus en vie grâce

11. *Le gai savoir*, III, 108 (« Nouveaux combats »), trad. de l'allemand par Patrick Wotling, Paris, Flammarion, 2^e éd. corrigée, 2000.

aux progrès de la médecine et condamnés à une existence vaine et avilissante. Une politique libérale dans le domaine de l'euthanasie et du suicide assisté ne permettrait-elle pas de remédier dans une certaine mesure à cette situation horrible? Un médecin a dit à propos des malades dont la médecine a considérablement prolongé la vie : « Ceux qui ont vécu une vie contre nature doivent être prêts à accepter une mort contre nature. »

Deuxièmement, il y a la ponction sans cesse grandissante exercée sur les budgets de santé. On assiste dans chaque pays développé à une spirale ascendante des coûts de la santé, qui semble échapper à tout contrôle. Chaque progrès en matière de médecine apporte dans son sillage un traitement nouveau et plus coûteux. Comment les administrateurs peuvent-ils arriver à gérer leurs folles dépenses? La vérité est que les soins pluridisciplinaires et pointus que nécessitent les personnes atteintes d'une maladie incurable et les handicapés chroniques sont extrêmement coûteux, alors que l'euthanasie est remarquablement bon marché.

Troisièmement, il convient de considérer l'épidémie actuelle de la maladie d'Alzheimer dans notre société. Selon une étude effectuée en 1990 par la Alzheimer Disease Society, le nombre de personnes à être atteintes par cette maladie au Royaume-Uni s'élèverait à environ un demi-million. Ce chiffre risque d'atteindre trois quarts de million d'ici 2030. Le pourcentage de personnes atteintes passe de 16 % entre soixante-quinze et quatre-vingt-cinq ans, à 47 % au-delà de quatre-vingt-cinq ans¹². La recherche d'un traitement approprié pour les malades représente un défi majeur et non résolu pour tous les professionnels de la santé [*En France, on estime que le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se situe entre 220000 et 350000, et qu'il s'élèvera à 600000 environ en 2020 (revue Dialogue, n° 11, INSERM, été 1999)*]. Peut-être la solution viendra-t-elle de l'euthanasie?

Quatrièmement, il faut parler du manque crucial d'organes pour la transplantation. Les progrès des méthodes chirurgicales en matière de transplantation d'organes permettent de guérir un éventail de plus en plus large de maladies graves. Mais en même temps, au grand désespoir des spécialistes comme des malades, le nombre d'organes disponibles, provenant principalement de victimes d'accidents, n'a cessé de diminuer. La plupart des morts naturelles se situent dans un espace de temps trop long pour permettre d'utiliser les organes pour la transplantation. Mais la mort par injection létale

12. DWORKIN, *Lifés Dominion*, p. 219.