

Le suicide assisté

Texte de Michel Geoffroy, docteur en médecine et en philosophie, précisé par Michel le Pillouer

Définition

Le suicide assisté, pour ceux qui en défendent le principe et sa dépénalisation, se conçoit comme une alternative bénigne à l'euthanasie. Celle-ci serait en effet plus dramatique et plus radicale parce qu'elle laisserait toujours un doute – quelles que soient les déclarations antérieures, les directives anticipées, etc. – sur les véritables intentions du malade en fin de vie incapable d'exprimer à ce moment son ultime volonté. Elle serait praticable sans la participation active du malade incapable de mettre fin à ses jours et laisserait toujours, de ce fait, place au doute quant à sa licéité morale. Le suicide assisté, au contraire, se situerait en amont de l'agonie du patient et nécessiterait la collaboration agissante de celui-ci ce qui, du coup, exonérerait l'« aidant » d'une partie de sa responsabilité morale et éventuellement juridique. L'euthanasie serait un homicide direct (avec préméditation) commis sur un mourant préalablement consentant, tandis que le suicide, tout assisté qu'il soit, resterait un auto-homicide. [ou euthanasie volontaire ; cf. l'australien qui s'est lui-même fait la piqûre létale] En fait, les deux solutions proposées comme susceptibles d'atténuer la tragédie d'un mourir angoissant – euthanasie, suicide assisté – se réfèrent aux mêmes principes : la maîtrise de sa propre fin de vie, sa dignité et l'autonomie qui doit y présider.

Justifications philosophiques et morales du suicide en général et sa contestation philosophique

La justification du suicide comme acte moral peut se prévaloir de la grande tradition stoïcienne pour qui il représente une manifestation de la liberté du sujet débarrassé de toute contingence psychologique ou affective. Le suicide, dernière manifestation de sa puissance sur le monde et de maîtrise de soi-même, permettrait d'avoir une fin de vie conforme à l'image que l'on a de soi ou que l'on souhaite donner de soi. Il est l'ultime manifestation d'une autonomie revendiquée comme constitutive de la dignité humaine.

Pourtant, le reste de la tradition philosophique pour qui le suicide est le problème le plus sérieux (Camus) le condamne aux motifs que l'on peut résumer à la position de Kant : il n'est pas universalisable. Et, pour Socrate, nous sommes des sentinelles et une sentinelle ne déserte pas (cf. le beau roman policier d'A Christie « *L'heure zéro* »).

Quant à l'Eglise, sa condamnation de principe était et reste sans appel : le suicide est un homicide et contrevient au sixième Commandement : « Tu ne tueras pas (même pas toi-même) ».

Toutefois l'horizon sur lequel se profile la question du suicide a été radicalement modifié pour ses défenseurs comme pour ses opposants. A la question philosophique classique qui concernait un sujet rationnel, pur de toute influence extérieure, a priori en bonne santé, a été substitué par les circonstances de survenue, notamment médicales, un problème qui ne pouvait être connu des auteurs classiques : les progrès thérapeutiques, en même temps qu'ils reculaient la survenue de la mort, étaient parfois à l'origine d'un mourir très long, voire d'une agonie interminable durant lesquels le malade, trouvant le temps et la souffrance insupportables, demandait qu'on y mît fin en l'assistant dans son suicide. Cette demande trouverait sa justification dans deux raisons : 1. La dignité du malade n'est pas respectée ou même est abolie dans les circonstances concrètes du mourir (douleurs, démence, état grabataire, incontinences, troubles trophiques, etc.) 2. L'autonomie et le respect de la volonté du malade doit dicter la loi à tous et notamment aux soignants.

L'invocation de ces deux raisons – dignité, autonomie – mérite analyse et critique.

La question de la dignité

La dignité de la fin de vie, invoquée par les partisans et les adversaires de l'euthanasie et du suicide assisté à l'appui de leurs thèses respectives, n'implique pas les mêmes fondements : pour les

premiers, il s'agit d'une dignité-décence que l'on peut perdre après l'avoir acquise (où est la dignité, disent-ils, de qui a perdu la plupart de ses facultés cognitives, qui est éventuellement grabataire, incontinent, etc. ?) ; pour les seconds, la dignité est ontologique, nécessaire (« qui ne cesse ni ne cède »), indépendante des attributs sociaux, physiques, intellectuels, affectifs... de l'homme et, s'ils sont religieux, consécutive à leur qualité d'enfants de Dieu et de « temple vivant de l'Esprit ». Pour ceux-là, les conditions concrètes du mourir peuvent faire perdre la dignité du malade ; pour ceux-ci, le mourant, quel que soit son état physique, psychologique, spirituel..., conserve intacte une dignité intrinsèque à sa condition humaine (cf. aussi la demande de Jacqueline Jencquel. Mais que faire alors pour les malades mentaux ?)

L'autonomie en question

La revendication sociale actuelle à la valeur absolue de la liberté individuelle et à l'autonomie qui doit prévaloir en fin de vie trouve son origine dans un processus social d'individuation et d'individualisme qui ne prend pas toujours en compte – quoiqu'il affirme – les conditions concrètes du mourir.

1. Contrairement au sujet pur, omnipotent et qui se résume à une rationalité désincarnée, l'homme et encore plus le malade en fin de vie est doté, parfois surchargé, d'un corps qui pèse son poids. Le « sujet » est en réalité une personne qui, ni ange ni bête, raisonnablement rationnelle, est également raisonnablement autonome. Qui, alors qu'il a une migraine, dit souhaiter la mort (et en rira lorsqu'il sera soulagé), ne demandera pas qu'on le « suicide » quand des douleurs épouvantables marqueront sa fin de vie ? Le plus urgent n'est-il pas de calmer et de lui faire retrouver les conditions corporelles d'une réelle autonomie ? Les soignants de la douleur ou ceux qui travaillent dans une unité de soins palliatifs connaissent bien cette disparition de la demande d'euthanasie dans la plus grande part des situations dans lesquelles la douleur est soulagée. Ce qui est vrai en matière de souffrances physiques l'est évidemment encore plus en cas de troubles psychiatriques ou seulement psychologiques. Le grand nombre de dépressions, manifestes ou masquées, qui marquent notre siècle de grisaille rend aléatoire l'autonomie des personnes atteintes qui réagissent sous l'empire de la couleur du temps.
2. Les personnes ne sont pas seules : elles sont en relation avec les autres ; elles sont relation. Comme telles, elles sont soumises à des influences diverses d'autant plus prégnantes qu'elles sont inconscientes ; elles sont éminemment sensibles à l'opinion. Celle-ci nous présente l'homme idéal comme présentant une esthétique hollywoodienne, insensible aux ravages du temps, aux mensurations canoniques. Bien entendu, il est en parfaite santé¹... et il y va de sa dignité de le rester. Comment ce vieillard devenant grabataire et réalisant dans le regard des autres l'écart entre sa triste réalité et l'idéal idéologiquement partagé, n'envisagerait-il pas de mettre fin à cette comédie constituée par la poursuite de sa propre vie ? Comment, alors qu'on ne cesse de répéter que les pensions de retraite sont menacées par l'augmentation du nombre des personnes âgées, alors que la dépendance des personnes en fin de vie représente pour la nation un coût important, alors que les économistes ont calculé que la moitié des dépenses de santé était engagée dans la dernière année de vie, pourrait-il se désolidariser du discours étroitement économique qui le persuade que son acharnement à continuer de vivre mettrait en péril l'équilibre financier de ses petits enfants ? Là encore, n'oublie-t-on pas le chômage pour les personnels des EHPADS et des hôpitaux si on les vidait de ces personnes dépendantes ?

¹ L'Organisation Mondiale de la Santé elle-même donne de la santé la définition suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Dès lors, on peut poser la question : Qui peut se croire en bonne santé ?

3. Surtout enfin (mais ce n'est pas le moins important), la personne est perméable au désir de mort de son entourage. Parfois, en fin de vie, le désir de la mort de la personne malade prend le pas, parmi ses proches, sur la douleur anticipée de la perte. Parfois timidement balbutié par l'entourage qui souffre de la souffrance du malade, ce désir est très fréquemment ressenti (et exprimé en équipe si la parole est libre et métabolisée) par les soignants qui eux aussi, dès que dure indéfiniment le mourir de leur patient, souhaitent pour lui – et pour eux-mêmes – une issue rapide. Tout se passe parfois comme si la mort apportait avec elle une résolution cathartique de la tension qui rôde autour des lits mortuaires. L'expérience clinique reconnaît dans ces situations de fin de vie un parfum mortifère auquel les malades sont sensibles et qu'ils reprennent à leur compte. Dira-t-on de ceux-ci, qui demanderont éventuellement qu'on les assiste dans leur suicide, qu'ils réfléchissent, sollicitent et agissent en toute liberté, en toute autonomie ? (cf. Éric Fourneret : sommes-nous libres de vouloir mourir ?

Les pays qui ont légalisé le suicide assisté n'ont pas assez pensé cette perte de l'autonomie (laquelle fonde pourtant l'argument principal des défenseurs de cette pratique). L'autonomie est toujours présumée (en se contentant éventuellement d'une réitération de la demande) alors que la simple observation apprend, dans les conditions économiques sociales et psychologiques qui viennent d'être décrites, qu'elle est le plus souvent gravement diminuée. Devant l'importance de l'enjeu moral et anthropologique que représente l'assistance par un tiers au suicide d'un être humain, ces pays ne seraient-ils pas plus conséquents en inversant la charge de la preuve ? Ne faudrait-il pas prouver – autant que faire se peut – sa liberté de choix pour pouvoir justifier sa demande ? Or l'on sait que dans les pays qui ont dépénalisé l'euthanasie (et / ou le suicide assisté) les indications de ces pratiques sont de plus en plus larges, ce qui entraîne de la part de la société des exigences de plus en plus pressantes vis-à-vis du pouvoir législatif en le sommant de justifier après coup l'évolution des mentalités. Les mineurs, un moment préservés, les psychotiques... sont en danger d'être euthanasiés en toute légalité, sans égard à leur faible capacité d'autonomie.(cf. les parents belges qui ont demandé d'euthanasier leur enfant de trois ans parce qu'ils ne supportaient plus d'attendre l'efficacité éventuelle des traitements et de voir parfois souffrir cet enfant)

Le suicide assisté... par qui ?

Sous l'expression « suicide assisté » nos contemporains entendent en fait « suicide *médicalement* assisté ». L'adverbe est si présent dans les esprits et s'impose avec une telle évidence qu'il n'est pas nécessaire de le prononcer. Il est vrai que l'intervention médicale est au minimum techniquement nécessaire pour prescrire les drogues létales. Mais c'est la dimension scientifique de la technique du suicide qui rend nécessaire l'intervention du médecin : la science purifie tout ce qu'elle touche et paraît la garante du désintéressement de l'« aide ». Il est vrai également qu'il n'est pas nécessaire qu'un professionnel de santé préside à l'administration des « médicaments » prescrits : un « bénévole » peut y suffire. Mais c'est la médecine qui, symboliquement, après avoir soigné, fait mourir. Quand on observe à quel point il est difficile à certains médecins et à certains professionnels de santé de repérer dans leur pratique le moment où commence éventuellement un acharnement déraisonnable, ou bien le moment où la médecine doit renoncer à guérir mais continuer à soigner (par les soins palliatifs, par exemple), il n'est pas sûr que tous fassent facilement la claire distinction entre leur rôle de soignant et celui de pourvoyeur de mort. Les médecins n'oublient-ils pas alors le serment d'Hippocrate, du moins en France ? Pour d'autres au contraire, cette réquisition et au minimum cette instrumentalisation de la médecine au profit de ce qui leur paraît à juste titre l'inverse de leur déontologie habituelle et de leur inlassable patience peuvent sembler manipulateur et exorbitante. Ces derniers seraient fondés à juger que dans certains cas, ce n'est pas le suicide qui est moralement condamnable mais la demande d'assistance qui est abusive : on a vu que dans certaines affaires très médiatisées, la personne demandeuse pouvait fort bien se suicider par ses propres moyens sans requérir l'aide de quiconque. Quelle signification avait cette demande d'assistance ou bien quelle

détresse particulière manifestait-elle ? N'est-ce pas cette détresse qu'il faut entendre et si possible prévenir plutôt que s'en tenir à la simple satisfaction de la demande ? Quant aux « bénévoles » qui « assistent » le futur mourant, même si les associations qui les regroupent surveillent leur pratique et leurs motivations, on peut légitimement se poser la question de leur formation psychologique et surtout morale. Est-il certain qu'ils soient au clair avec les sentiments qui les font mouvoir : est-ce que les émotions (compassion, pitié...) ne représentent pas une partie trop importante de leurs motivations ? Surtout, est-il certain qu'ils ont évacué toute volonté de puissance qui trouverait dans leur activité ou leur militantisme un épanouissement pervers ? (cf. Michel Houellebecq « *La carte et le territoire* » (J'ai lu, p 362-365))

Une prévention est-elle possible ?

Une grande partie des demandes de suicide assisté dans les situations de maladie grave et de fin de vie pourrait être prévenue par l'équipe soignante en repérant – chez le malade, dans son entourage ou au sein de l'équipe soignante elle-même – certains signes qui devraient donner l'alerte :

- * Perte par un ou plusieurs soignants du sens du soin : celui-ci ne semble plus comporter d'espérance d'obtenir le but préalablement souhaité (qualité de vie, apaisement du mourir...). Plus grave encore, le soin qui est prodigué peut sembler en contradiction avec les objectifs habituellement recherchés et la morale professionnelle.
- * Le temps vécu par les uns ou les autres semble en contradiction avec le temps chronologique : impression d'une accélération que l'on ne peut suivre ou au contraire d'un temps qui se traîne interminablement.
- * Apparition d'un désaccord sur la finalité, les causes ou même la technique du soin.
- * Apparition d'un conflit de valeurs qui ne se manifestent plus qu'en termes binaires et radicalement opposés.
- * Les positions éthiques tranchées se traduisent par des mots excessifs et/ou incontrôlés.
- * Un ou plusieurs soignants, un ou plusieurs membres de la famille ou bien le malade lui-même s'enferment dans le silence.
- * Le malade lui-même perçoit un désaccord entre les différents acteurs.
- * Des exigences relevant de l' « obstination thérapeutique déraisonnable » sont formulées par le malade, par les proches, par des membres de l'équipe...
- * Des demandes d'euthanasie, parfois réitérées, sont formulées par les proches, par des soignants...
- * Une culpabilité grandissante naît au sein de l'équipe, parfois liée au sentiment d'une faute initiale, entraînant un désir de réparation et de résolution rapide.

Quel que soit le porteur d'un ou plusieurs de ces symptômes, le malade, au sein de ce groupe en interaction que représentent à ces ultimes moments le malade lui-même, ses proches, sa famille, l'équipe soignante, ressent les tensions et les enjeux et peut réagir en demandant une aide au suicide ou une euthanasie. Dans ces cas, l'analyse et la recherche de solutions à ces tensions ne peut être le fait d'une seule personne, fût-elle très qualifiée : seule une équipe préalablement formée et ayant acquis une culture et des principes communs est capable de repérer les symptômes et de mettre en œuvre l'accompagnement nécessaire.

Vers une modification de la loi ?

La dignité de l'homme n'est nullement entamée par la perte de ses dignités. Seule l'idéologie dominante dans la société contemporaine friande de performances peut laisser croire le contraire. Il importe de lutter par tous moyens utiles contre cette barbarie que représente la pression sociale. (cf. l'ouvrage d'Éric Fournier et en particulier les différences entre les pratiques suisses et celles de l'État de l'Oregon (USA). Comment expliquer aussi l'absence des philosophes dans les études médicales en

France ? alors qu'on veut enseigner la philosophie depuis la maternelle ? Cette tyrannie peut conduire à l'élimination, avec leur consentement, des personnes les plus fragiles et parmi elles les personnes en fin de vie. Pour ces raisons, le suicide assisté, pas plus que l'euthanasie, ne peut faire l'objet d'une permission légale ou même d'une « exception d'euthanasie » ou d'« exception de complicité d'homicide ». Ces mesures légales permissives finissent toujours par un élargissement de leur domaine d'application et *in fine* déresponsabilisent les équipes de soin. En effet cette déresponsabilisation juridique devient à la longue une déresponsabilisation morale tant le passage de la permission légale à la permission morale est rapide. Quand survient dans un parcours thérapeutique une telle demande, plutôt que de la satisfaire trop rapidement, il convient de s'interroger en profondeur et avec sincérité en requérant l'aide de tiers compétents (psychologues, philosophes...) extérieurs à l'équipe. A-t-on noué avec la personne malade une relation de qualité suffisante ? La souffrance – physique, psychologique, sociale, spirituelle – a-t-elle été suffisamment prise en compte ? N'a-t-on pas oublié que le malade faisait partie d'une famille, d'un groupe social, qu'il en était bien souvent le symptôme ou même le bouc émissaire ?

La transgression

Restent les cas difficiles, extrêmes, extrêmement rares, voire même exceptionnels où survient une transgression. Il peut arriver en effet que, dans certaines circonstances, la défense d'aider au meurtre (de soi) – sans être oubliée, puisse être violée alors que l'autonomie du malade a paru réelle et persistante, alors que toute souffrance a pu être entendue et prise en compte, alors qu'une relation de haute qualité a pu être nouée avec lui. Dans ces rares cas, alors qu'aucune référence transcendante et notamment religieuse n'a pu être mobilisée, alors que l'avenir se présente pour le malade comme un vide dénué de tout sens, il peut arriver que les équipes et premièrement leur responsable se laissent aller à satisfaire le désir exprimé du malade. Transgression majeure, que nul texte législatif ne peut permettre et que nulle « exception juridique » ne peut admettre : la loi morale, rappelée par la loi civile choisit toujours l'être contre le non-être. Sauf dans l'état de guerre, la loi civile, à l'instar de la loi morale, ne peut pas, à l'évidence, organiser sa propre transgression. L'aide au suicide représente donc une transgression majeure que seules des circonstances réellement exceptionnelles peuvent sinon justifier du moins favoriser et peut-être expliquer. Le caractère exceptionnel de ces circonstances est gagé par l'engagement de la responsabilité des « aidants ». Or, toute permission légale au passage à l'acte mortifère est en fait un déni de responsabilité qui dégage, en pratique, en même temps que la responsabilité légale, la responsabilité morale des acteurs, lesquels auront dès lors une interprétation de plus en plus laxiste de l'exception. Il n'est donc pas question que les « aidants » en question cherchent à se départir a priori de leur responsabilité, en particulier juridique, en arguant par exemple d'une « exception d'aide au suicide » comme il était et reste proposé « une exception d'euthanasie » pour éviter les poursuites judiciaires. Il est nécessaire au contraire qu'ils se soumettent à la loi commune et qu'ils en répondent au cours d'un procès qui rendra publics les faits et les motivations, établira les responsabilités et contribuera ainsi à rétablir de l'humanité dans une situation tragique et inhumaine.

Enfin comment lutter contre le suicide des jeunes si l'on admet le suicide des gens âgés ?

Distinguer aussi soins et traitements ; cf. aussi le problème de la sédation profonde.

Le droit de mourir est soigneusement distingué du suicide assisté, de l'euthanasie par le philosophe allemand Hans Jonas (cf. les pratiques nazies).

Ouvrages recommandés :

- *Sommes-nous libres de mourir ?* Éric Fournier (Ed Albin Michel)
- *Le droit de mourir* Hans Jonas. Ed Rivages Poche / Petite bibliothèque

