

CHAPITRE III

Une injustice ultime

Dans le contexte de la magnification de la mort à l'œuvre dans nos sociétés, l'immixtion d'un tiers dans la réalisation d'une décision de suicide est très inquiétante parce qu'elle fait douter de la fermeté du désir de mourir et pourrait former le prélude à une régression lourde de conséquences potentielles, dès lors que l'on met en regard une telle légalisation avec les inégalités existantes en termes d'espérance de vie. Pareillement, l'acceptation de la légalisation de l'euthanasie dans certaines situations de fin de vie viendrait interroger les moyens de s'y opposer dans d'autres situations qui provoquent aussi d'immenses souffrances, même si leur origine est différente.

La question la plus dérangeante et la plus lourde d'enjeux soulevée par l'euthanasie est de savoir pourquoi il faudrait qu'une personne soit assistée pour mourir prématurément alors qu'elle est en mesure de se suicider toute seule ? L'enjeu de fond du débat ne réside pas dans la modalité de réponse à apporter à une demande de mort mais dans la raison pour laquelle cette demande de mort devrait être exprimée à autrui dès lors que le désir de mourir peut-être individuellement satisfait. En quoi l'immixtion d'un tiers est-elle nécessaire dans une décision à ce point personnelle ? Pourquoi aurait-on besoin de se faire aider pour mourir ? Il y a problème dès l'instant qu'une personne demande à ce qu'on mette fin à ses jours alors qu'elle peut le faire par elle-même et qu'une ou plusieurs

autres personnes sont chargées de la mise en œuvre de cette requête. La présence du tiers dans l'acte euthanasique ne peut pas être interprétée comme la suspicion d'un manque de fermeté dans la volonté de mourir ; elle est d'autant plus préoccupante que le contexte porteur de la magnification forme une justification anticipée à son intervention comme accompagnateur ou dispensateur de la mort.

L'immixtion d'un tiers : une volonté de mourir insuffisamment ferme ?

Les partisans de l'euthanasie dénoncent l'hypocrisie qui, selon eux, consiste à accepter l'interruption de traitements ou la prescription de médicaments à double effet dont l'issue peut être fatale et, dans le même temps, à refuser l'inoculation volontaire de produits qui aboutissent au même résultat mais dans des conditions moins pénibles pour le patient. Ils avancent que c'est pourtant cette solution qui est adoptée et déjà mise en œuvre dans l'euthanasie du nouveau-né, pour laquelle le recours à un produit létal est souvent préféré à la mort naturelle provoquée par l'arrêt de toute réanimation, qui ne conduit pas nécessairement au décès. La comparaison n'est pas valide : s'agissant de la fin prématurée d'un adulte, le recours à un tiers ne se justifie pas par les conditions pratiques de mise en œuvre du décès et vient plutôt buter sur la question de la robustesse de la volonté de mourir qui pourrait s'exprimer tout aussi bien par le suicide – au moins dans l'immense majorité des cas. L'euthanasie est parfois présentée comme un suicide par personne interposée, mais la question qui vient immédiatement à l'esprit à l'énoncé de cette formulation est de savoir pourquoi une personne aurait-elle besoin d'autrui pour se suicider ; dit autrement, s'il y a recours à un tiers, s'agit-il toujours d'un suicide ? La question est de savoir, au fond, s'il est légitime d'aider les gens à en finir avec la vie. Une personne à même de mettre fin à ses jours et qui n'a pas le « courage » de le faire par elle-même désire-elle vraiment cesser de vivre ? Pourquoi devrait-on donner la mort à quelqu'un qui peut se l'infliger tout seul ? L'expression « aide active au suicide » comporte en elle-même une contradiction et une

incohérence majeures. Le suicide est le fait de se tuer, de causer volontairement sa propre mort : on ne voit pas dans ces conditions en quoi une aide active serait nécessaire. L'origine étymologique du mot « suicide » est d'ailleurs assez éclairante en la matière. Fondé sur les termes latins *sui* (de soi) et *caedes* (meurtre), l'acte de mettre fin à ses propres jours a, pendant des siècles, été qualifié de « meurtre volontaire contre soi-même » ou de « meurtre de soi » avant que le mot « suicide » ne soit forgé au XVII^e siècle.

L'existence d'une pulsion de mort fait consensus. Freud a avancé que tout individu a tendance à ne pas croire à sa propre mort, à même être inconsciemment persuadé de son immortalité. La psychanalyse oppose les pulsions de vie à la pulsion de mort, cette dernière invitant à un retour à un état antérieur à la vie, à l'inanimé. Elle oriente vers le repos, la paix, elle incline à l'abandon des excitations issues des pulsions de vie. La pulsion de mort s'exprime ainsi sous la forme d'une tendance à la destruction qui peut se tourner soit vers l'individu lui-même soit vers son environnement. Tournée vers l'extérieur, l'aspiration à la destruction née de la pulsion de mort s'exprime sous forme d'agressivité, de sadisme, de haine et de cruauté ; appliquée à l'individu, elle est à l'œuvre dans les mécanismes de masochisme, de culpabilité, de besoin de punition et d'autodestruction – l'anorexie constituant l'exemple type de ce comportement qui s'exprime dans une infliction lente de la mort à soi-même sous le regard des autres, et ce, dans une conjugaison de souffrances auto-infligées et administrées à autrui. Ainsi que l'exprime Freud : « *Chaque pulsion cherche à s'imposer en donnant vie aux représentations conformes à ses buts*¹. » C'est en cela que la présence d'un tiers est si préoccupante : valider extérieurement les éléments qui structurent la pulsion de mort chez un individu renforce son attrait pour la fin, là où – peut-être – une réflexion solitaire le conduirait à dominer cette pulsion et à en écarter les conséquences. La vie est un équilibre instable entre pulsions de vie et pulsion de mort.

Par-delà l'interrogation quant à la robustesse du désir de mort, s'interroger sur la nécessité qu'il y aurait de donner la mort à quelqu'un qui est en mesure de se la donner conduit à mettre en lu-

¹ Sigmund Freud, *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses universitaires de France, 1981, p. 170.

mière l'existence d'un désir d'être tué qui outrepasserait la dimension sacrificielle du suicide par autrui pour inclure une aspiration à la punition et à la pénitence déterminée par un sentiment de culpabilité ou une propension au masochisme. Le désir d'être tué devrait dès lors être envisagé comme une extension du désir de tuer, dont la frustration s'incarne – selon l'interprétation freudienne – dans le désir de se tuer. Vouloir être tué, c'est peut-être désirer mourir avant l'heure sans être capable de mettre son projet à exécution, de subir une mort par autrui comme substitut au suicide : ne pas être en mesure de franchir le pas mais être habité par un désir de mort qui s'exprime alors dans une demande délivrée à l'Autre. La première interprétation incarne le questionnement quant à l'existence d'une faille dans cette volonté de mourir. Il y en a une autre fondée sur le ressort profond de l'acte suicidaire, la haine : haine pour soi et haine pour autrui, Freud ayant avancé que le désir de se tuer était un transfert sur soi-même du désir de tuer autrui. Ne pourrait-on pousser plus avant ce raisonnement en suggérant que le désir d'être tué est également animé par la haine ? Désirer être tué par autrui, ce pourrait être une manière de vérifier l'attachement que l'Autre a pour la personne qui lui demande la mort *via* sa capacité de résister à une telle sollicitation ou, inversement, la révélation à soi-même ou à l'Autre de la haine que ce dernier éprouve envers le demandeur de mort qui le conduit à répondre favorablement à sa demande ou tout au moins à l'appuyer. Demander à l'autre qu'il tue ce serait alors vérifier jusqu'où sa haine peut le porter. Le désir d'être tué de l'un conduirait donc l'autre à mettre en œuvre la haine qu'il porte à la personne demandeuse ou que cette dernière porte à la personne à qui l'acte euthanasique est demandé et qui la conduit à tenter d'instiller ainsi une culpabilité chez cette dernière par le débat ainsi provoqué – culpabilité peut-être plus profonde si le débat est tranché dans le sens d'une réponse favorable apportée à la demande de mort.

Derrière le souci charitable de répondre au désir profond des personnes, comme il l'est souvent affirmé à l'appui de la revendication d'une légalisation de la mort dispensée par autrui, il convient de s'interroger sur ce que recouvre véritablement ce souhait et, surtout, sur la capacité qu'ont les récipiendaires de la demande de mort de bien l'interpréter, sur la base tout particulièrement du décalage qu'il y a fréquemment chez les êtres humains

entre l'expression claire et lucide d'un désir et la complexité de ses motivations et de leur expression. La présence d'un tiers dans le recours à une mort anticipée est d'autant plus préoccupante qu'elle s'inscrit dans des mécanismes extrêmement ambigus de rapport à la mort, aux autres, à ceux qu'on aime et aussi à ceux que l'on déteste – le plus souvent les mêmes personnes étant à la fois aimées et haïes. En d'autres termes, quelle valeur a vraiment l'avis des intéressés quand ils demandent qu'on les tue ? On peut aussi ajouter que le recours à un tiers facilite la décision d'en finir avec la vie en l'externalisant et, par là, en cessant d'en faire un objet de préoccupation pour la personne intéressée : une fois la décision prise, le poids de l'accomplissement, la réflexion prolongée quant à son opportunité, n'est plus de mise en tant qu'elle relève désormais de l'Autre. Par conséquent, l'intensité du passage à l'acte forme sans nul doute un élément d'appréciation – le plus souvent inhibant – aux yeux mêmes du suicidé potentiel alors que le recours à un tiers prive l'intéressé de cette confrontation indispensable qui permet d'étalonner le degré du désir d'en finir avec la vie.

L'incertitude concernant la fermeté du souhait de mourir n'est pas nouvelle, loin de là. Alors que nombre d'historiens, tel Philippe Ariès², présentent le passé comme l'ère de la mort familière et apprivoisée, de vieillards l'attendant paisiblement entourés des leurs, les fables de La Fontaine (écrites à fin du XVII^e siècle, époque de la mort censément familière) attestent au contraire du décalage existant entre le souhait revendiqué d'une mort « théorique » censée apporter un soulagement aux maux de l'existence et l'attitude ambivalente du solliciteur quand la mort se fait imminente : « *Un Malheureux appelait tous les jours/La mort à son secours./O mort, lui disait-il, que tu me sembles belle !/Viens vite, viens finir ma fortune cruelle.* ». Et puis, la mort se présentant : « *La Mort crut, en venant, l'obliger en effet./Elle frappe à sa porte, elle entre, elle se montre./Que vois-je ! cria-t-il, ôtez-moi cet objet ;/Qu'il est hideux ! que sa rencontre/Me cause d'horreur et d'effroi !/N'approche pas, ô mort ; ô mort, retire-toi.*³ »

² Philippe Ariès, *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-âge à nos jours*, Paris, Éditions du Seuil, 1975.

³ Jean de La Fontaine, « La mort et le malheureux », *Fables*, Livre I, Fable XV, Paris, Garnier-Flammarion, 1966, p. 64.

Contexte porteur et légitimation par anticipation

La déresponsabilisation de la personne intéressée introduite par l'externalisation de l'infliction de la mort que l'euthanasie instituerait est d'autant plus inquiétante qu'elle se conjugue avec la déculpabilisation de l'aidant au suicide sous l'effet d'un contexte porteur qui légitimerait son acte par avance, l'excuserait ou même le glorifierait. Le suicide charrie toujours une double violence : violence contre soi-même et violence à l'égard des autres. L'effet particulier de l'euthanasie, présentée de façon atténuée comme une assistance au suicide, est en effet de déculpabiliser les parties prenantes au suicide en expurgeant ce dernier de la violence à l'égard des proches et de la famille, et ce, grâce – si l'on ose dire – à l'introduction d'un tiers neutre dans l'acte, une personne non-partie prenante à la vie des uns ou des autres. Le dédouanement culturel et social qui porte la revendication euthanasique conduit au final à laisser accroire que cette dernière est accomplie pour le plus grand intérêt du « bénéficiaire ». La présence d'un intercesseur extérieur au cadre familial et relationnel stérilise ainsi toute velléité de remords qui pourrait autrement affecter les survivants d'un décès prématuré totalement volontaire et accompli solitairement. Souhaiter sa mort anticipée, la suggérer directement ou indirectement aux soignants, aux médecins, ne suscite pas la même culpabilité suivant que l'euthanasie est validée/légalisée socialement ou qu'elle continue de faire l'objet d'une condamnation et, plus important encore, d'une illégitimité. D'ores et déjà, en dépit de l'interdiction toujours maintenue de cette pratique, son acceptation par l'opinion – tout au moins telle qu'elle s'exprime dans les sondages – participe d'un contexte porteur pour la mort anticipée infligée par autrui, et d'une déculpabilisation pour ses instigateurs et ses auteurs.

Cet effet de déculpabilisation sociale lié à une éventuelle légalisation de l'euthanasie ne pourrait pas non plus ne pas produire ses effets dans les services de soins. On l'a vu précédemment, les modalités de financement de l'activité hospitalière ne peuvent en aucune manière fonder les décisions qui concernent la poursuite ou l'interruption de soins, notamment en réanimation et en soins palliatifs. On ne peut en revanche écarter l'hypothèse que ces considérations finissent par former un environnement, un « bruit de fond » à l'activité de soins qui, en cas de situations tangentielles, dédoua-

nerait par avance des choix thérapeutiques toujours stigmatisés aujourd'hui. C'est une forme de déresponsabilisation du soignant qui interviendrait dès lors que la décision finale quant à la poursuite ou à l'interruption des soins ne relèverait plus seulement d'un arbitrage médical arrêté en accord avec la volonté du patient mais aussi d'un consensus social portant sur la limite raisonnable de la vie et de la mort. Or l'acte de soigner relève d'un « colloque singulier » entre le patient et son médecin, ainsi que le prescrit le Code de déontologie médicale : « *L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.* » Pourtant, c'est bien l'argument économique qui focalise l'attention, cependant que l'influence culturelle n'est pas évoquée.

Faire le bien à autrui presque malgré lui est un comportement qui porte en lui-même ses dérives, d'autant plus redoutables que les candidats *Mercy Killers*, les tueurs de miséricorde comme on dénomme parfois ceux qui dispensent l'euthanasie, seraient confortés par avance quant à la légitimité de leur geste. Convaincre que certaines vies ne valent plus d'être vécues, c'est s'exposer au risque que certains se croient vertueux à « soulager » les affligés de ces vies indignes en raison de l'apaisement que la mort serait censée incarner en regard de la vie dépréciée : « *Mais voici que la mort reparait sous l'aspect aussi insolite du grabataire hérissé de tubes et d'aiguilles, condamné à des mois et des années d'une vie inférieure* », prévient Philippe Ariès⁴. Sans même s'arrêter à la violence extrême du terme « *inférieure* » pour qualifier une vie qui – venant pourtant d'un auteur encensé – ne peut manquer d'être rapprochée de la terminologie des pires penseurs de l'eugénisme, le jugement quant à la qualité de la vie est ici externalisé et ne ressortit plus à l'appréciation personnelle de l'intéressé. Le caractère glaçant de cette appréciation ne peut donc être détaché des terribles connotations qu'elle recèle.

La conviction d'agir par fraternité, par amour, par solidarité, ou suivant tout autre sentiment de bienveillance à l'égard de son prochain, sous-tend ainsi les pratiques d'euthanasie clandestines... parfois même aux yeux des principaux intéressés puisqu'il arrive que la précipitation du décès de patients se fasse sans les avoir préalablement informés du « bon geste ». L'histoire récente de

⁴ *Op. cit.*, p. 215.

l'euthanasie est ainsi marquée par les dérives « d'aidants anonymes » qui se croient fondés à infliger la mort à des malades pour leur rendre service sans que ces derniers n'en aient réellement conscience, au motif que ce n'est pas vraiment donner la mort à quelqu'un qui est déjà presque mort ou qui porte la mort en lui. C'est tout particulièrement ce qui a été reproché à Christine Malèvre, infirmière affectée au service de pneumologie de l'hôpital de Mantes-la-Jolie, condamnée en appel à douze ans de réclusion criminelle pour avoir administré des substances létales à des patients qu'elle soupçonnait désirer mourir. La nature « compassionnelle » de ses actes euthanasiques a été fortement remise en cause durant ses procès : certains des patients ayant « bénéficié » de sa commisération n'ayant jamais semble-t-il exprimé la moindre pulsion suicidaire, encore moins à son endroit. Cette affaire emblématique n'épuise malheureusement pas la question des euthanasies pratiquées sans l'accord des intéressés, alors qu'il fait consensus (y compris chez les partisans de la légalisation) que les euthanasies pratiquées à l'insu du patient et/ou de sa famille sont tout bonnement des assassinats avec préméditation : il est à craindre que l'euthanasie clandestine concerne bien plus de patients que ce qu'en révèle l'actualité médiatique.

Les actes euthanasiques sont toujours pratiqués au nom de la charité, de la compassion et de la nécessité de protéger la dignité des personnes, de leur assurer une fin heureuse, une bonne mort en somme, y compris ceux qui ont donné lieu à poursuite et à condamnation pénale. Aucun « euthanasieur » n'a jamais revendiqué son geste en vertu d'arguments odieux ou infamants. Dans tous les cas, l'action est revendiquée au nom de l'intérêt de la personne qui « bénéficie » du geste. Or n'oublions pas que l'euthanasie planifiée de certaines franges de la population s'est faite en vertu d'actes de pitié vis-à-vis de malades ou de personnes « spirituellement mortes », le décès devenant un soulagement et ceux qui le dispense des êtres attentionnés à l'autre. En cas de légalisation de l'abrègement de l'existence, les *Mercy Killers* se verraient confortés dans leur tâche puisque la dimension meurtrière de leur geste serait par avance effacée au bénéfice de la grâce qu'ils seraient censés dispenser. Vider de sa substance la notion d'homicide, atténuer sa gravité au motif qu'il a été commis au nom de la compassion ou qu'il est réclamé par la personne à qui la mort est dispensée

recèle un risque légal extrêmement important. À cette aune, si la légalité est respectée, l'honneur sauvé, la bonne action validée, il ne faudrait pas beaucoup pousser le raisonnement pour s'interroger quant à la nécessité de recueillir l'approbation pleine et entière des intéressés, dès lors que leur refus passerait pour de l'égoïsme, pour un mépris de l'intérêt général et des règles usuelles de la vie en société, une façon en somme de rompre le lien social reprochée à ceux qui s'obstineraient à vouloir vivre.

Le contexte porteur incitant la personne concernée par la possibilité d'une mort anticipée à donner son accord permettrait d'introduire un évitement légal, l'accord recueilli étant censé purger l'acte euthanasique de toute suspicion d'assassinat, ce qui – en l'état actuel de la législation – n'est pas le cas. L'approbation recueillie permettrait d'argumenter plus aisément en faveur d'une légalisation des gestes euthanasiques, ou tout au moins de leur dépénalisation. Les incitateurs à une mort anticipée et les acteurs de sa dispensation seraient dédouanés par avance de leur influence et/ou de leur geste dès lors que l'infliction volontariste du décès avant le terme naturel de la mort aurait été validée socialement et légalement au nom d'impératifs « humanitaires » ; dans un tel contexte, il faudrait être bien vertueux pour s'astreindre à une réflexion et à un recul que la loi rendrait superflus. Symétriquement, convaincre les intéressés serait bien plus aisé. En dépit d'une situation où partisans et détracteurs de l'euthanasie s'affrontent, où cette dernière est formellement interdite sauf à encourir l'accusation d'assassinat avec préméditation, l'influence incitatrice exercée sur les patients *via* le sentiment de culpabilité et le doute qui les traversent quant à la légitimité de leur lutte pour l'existence est d'ores et déjà à l'œuvre. Qu'en serait-il si l'euthanasie était légalisée ? Qui pourrait résister à la formidable pression « charitable » qui s'exercerait sur tout un chacun abordant les marches de la vie et de la mort ? Quelle serait l'autonomie laissée réellement aux intéressés ? Dès lors qu'un des principes fondateurs de nos sociétés – l'interdiction de tuer – serait levé, comment serait-il possible à un malade, faible, désemparé et vulnérable de s'élever contre une incitation à mourir édictée au surplus au nom de sa dignité, de son bien-être et même de son humanité ?

Par conséquent, le point d'achoppement sur lequel bute fondamentalement toute tentative de comparaison entre suicide et eutha-

nasie – dont les expressions de « suicide assisté » ou « d'aide au suicide » forment l'expression ambiguë – est le dédoublement qu'il y a entre « perpétrateur » et victime de l'acte. Dans le cas du suicide, il y a identité entre celui qui commet l'acte et celui qui le subit ; dans l'euthanasie, il s'agit de deux personnes... au moins. Se suicider, c'est se tuer soi-même, en anglais c'est l'expression *to commit suicide* qui est utilisée, « commettre un suicide » à l'instar de commettre un meurtre, la différence étant que le décès du « coupable » au moment du « forfait » purge l'acte commis de son caractère criminel. Dès lors qu'un tiers viendrait s'interposer dans cette action meurtrière contre soi-même, la mécanique de décriminalisation du suicide serait effacée au motif que l'auteur de l'acte ne disparaîtrait pas en tant qu'il en serait également la victime. La présence d'un tiers dans l'euthanasie porte en elle-même toutes les possibilités de dérives et rien dans les arguments avancés par les partisans du suicide « assisté » quant à la prévention de ces dernières n'est vraiment convaincant. Accepter socialement qu'il puisse être mis fin à des vies dès lors qu'elles seraient jugées indignes d'être vécues ne nous ferait pas seulement changer d'organisation sociale, c'est tout le rapport à la question de l'allongement de la durée de la vie qui serait interrogé, de même qu'à celle des frontières à tracer vis-à-vis des demandes de mort anticipée réclamée au nom d'autres motifs.

L'accroissement de l'inégalité devant la mort

L'un des arguments à l'appui des demandes de légalisation de l'euthanasie est que l'essor de la médecine serait à l'origine de la « *production de vieillards grabataires et prostrés*⁵ » et que l'allongement de l'espérance de vie aurait donc comme corollaire des fins de vie dégradées et indignes. Cette affirmation est non seulement choquante mais erronée. On va le voir ci-dessous, tous les travaux consacrés à cette question montrent au contraire que l'accroissement de la durée de l'existence est concomitant du maintien en bonne santé des populations concernées : en d'autres

⁵ Bruno Cadart, *En fin de vie : répondre aux désirs profonds des personnes*, Paris, Éditions du Centurion, 1998, p. 177.

termes, le vieillissement de la population est de plus en plus un vieillissement en bonne santé. De même, l'utilisation de l'argument de vies dégradées par leur longévité trop importante et la nécessité proclamée d'interrompre les existences qui aurait trop duré dès lors qu'un certain nombre de critères « objectifs » de qualité ne seraient plus réunis remet en cause l'idée même du progrès médical.

Jusqu'à récemment, les hommes n'étaient pas égaux à l'aune de la durée de leur existence, mais ils l'étaient devant la mort – quand bien même les modalités de leur inhumation et les conditions de leur sépulture différaient en fonction de leur statut social. La mort est affreusement banale, cruelle, mais égalisatrice : toutes ces passions, ces années, ces envies, la multitude d'événements qui forment une vie, qui attestent de son importance aux yeux de celui qui la vit, toute cette richesse renvoyée inéluctablement au néant. Riche ou pauvre, fort ou faible, démuné ou puissant, tout le monde est indifféremment balayé par le trépas : « *Tous égaux devant la mort, par défi à l'ordre inégalitaire de la naissance, de la richesse, du pouvoir* » notait Jean Baudrillard⁶. L'échéance de la mort était globalement une donnée exogène, mis à part la marginalité du suicide. On peut craindre désormais que les inégalités en viennent à se nichier dans la capacité d'anticiper sur la fin naturelle de l'existence, la promotion et la magnification de la mort risquant d'inciter plus ou moins à l'abrégement de la vie suivant le statut social. La promotion et la légalisation de la mort anticipée par autrui pourraient apparaître comme le moyen de distinguer une vie d'une autre. Mais, contrairement à ce qui est abondamment affirmé, la bonne mort serait celle réservée à ceux capables de faire durer leur existence : aux pauvres l'injection du cocktail lytique présenté comme le moyen d'accéder à la distinction sociale ; aux riches, le bénéfice jusqu'à la fin de soins palliatifs de plus en plus sophistiqués. L'idée de la bonne mort choisie serait alors une façon d'effacer l'égalitarisme séculaire devant la mort et de faire se perpétuer l'inégalité durant la vie, jusque-là insupportablement abolie par le trépas.

Or l'allongement spectaculaire de la durée de l'existence est fortement inégalitaire. L'INSEE recensait 20 000 centenaires en France en 2008 et prévoit que leur nombre pourrait passer à 46 000

⁶ *L'échange symbolique et la mort*, Paris, Gallimard, 1976, p. 223.

en 2030 et à 165 000 en 2050 ; les projections de l'INED sont moindres avec 30 000 centenaires en 2030 et 60 000 en 2050. La part des plus de 60 ans dans la population totale passerait de 20 % en 2000 à 32 % en 2050. Mais, d'ores et déjà, les Français les plus diplômés peuvent espérer vivre 20 % plus longtemps que les non-diplômés. De même, l'espérance de vie varie significativement suivant la catégorie professionnelle : la surmortalité des ouvriers relativement aux cadres et aux professions intellectuelles supérieures ne commence à diminuer qu'à partir de 92 ans. L'INSEE a récemment rappelé que ce sont toujours les ouvriers qui décèdent le plus tôt et que les cadres et professions intellectuelles supérieures bénéficient de la vie la plus longue – cette tendance étant moins marquée chez les femmes⁷. La bonne santé est donc corrélée à la classe sociale : les professions les plus qualifiées et les ménages les plus aisés sont ceux qui bénéficient de l'espérance de vie la plus longue.

Ces inégalités s'accroissent encore s'agissant de la durée de vie sans incapacité : non seulement les catégories sociales les moins favorisées vivent moins longtemps mais elles vivent aussi moins longtemps en bonne santé. C'est ce qu'a démontré une étude de l'INED⁸ : non seulement les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres mais ils passent aussi plus de temps que ces derniers avec des incapacités et des handicaps. Les cadres vivent davantage sans incapacités que les ouvriers, surtout pour les formes les plus courantes de ces dernières telles les limitations fonctionnelles⁹ ; les différences sont moins marquées pour les incapacités les plus sévères, à ceci près que chez les ouvriers, les incapacités ont davantage tendance à s'aggraver. L'INED rappelle que, globalement, plus l'espérance de vie est longue, plus le temps de vie passé avec des incapacités est réduit.

⁷ Christian Monteil, Isabelle Robert-Bobée, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes et stables chez les femmes », *INSEE Première*, n° 1025, juin 2005.

⁸ Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde, Jean-Marie Robine, « La "double peine des ouvriers" : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et Sociétés*, n° 441, janvier 2008.

⁹ Incapacités dites de type I : difficulté à voir de près, à entendre, à marcher, à se pencher ou à utiliser ses mains et ses doigts.

Aux inégalités sociales en termes de santé, d'espérance de vie et de durée de vie sans incapacités, viennent se surajouter des inégalités territoriales. Si l'espérance de vie en France métropolitaine¹⁰ est de 76,8 ans pour les hommes et de 83,8 ans pour les femmes¹¹, cette moyenne masque des écarts extrêmement importants suivant les régions. Ainsi, en Île-de-France, les hommes gagnent presque deux années de vie (78,5 ans) par rapport à la moyenne nationale, et les femmes un peu moins d'un an (84,5 ans). À l'opposé, dans le Nord-Pas-de-Calais, les hommes perdent plus de trois ans (73,6 ans) par rapport à la moyenne nationale, et les femmes y ont une espérance de vie réduite de plus de deux ans (81,6 ans). De même, les taux d'équipement en établissements d'accueil pour personnes âgées sont très différents suivant les départements. La Cour des comptes¹² a ainsi observé qu'ils variaient entre 56 et 269 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Il en est également ainsi des taux d'équipement en places de services de soins infirmiers à domicile.

L'inégalité devant la durée de l'existence a donc comme corollaire l'inégalité dans la qualité de la vie : les classes les moins favorisées bénéficient d'une espérance de vie moins longue, d'un temps plus court d'existence sans incapacités, et se verraient mécaniquement davantage exposés à l'euthanasie. Mais il y a pire encore, cette propension à être exposé à une mort prématurée volontairement infligée par autrui se transmettrait de génération en génération : une étude¹³ démontre l'influence de la profession des parents et de leur état de santé sur celui de leurs descendants à l'âge adulte. L'état de santé des descendants est dépendant du niveau socioéconomique de la mère, celui du père ayant une influence indirecte *via* la détermination du statut social de l'enfant ; de même, la longévité du père influence positivement la santé des enfants à l'âge adulte. Ainsi, on ne peut que s'élever contre les arguments déployés par les partisans de la légalisation de

¹⁰ Les chiffres comprenant les départements d'outre-mer ne varient que d'un mois.

¹¹ Catherine Beaumel, Mauricette Vatan, « La situation démographique en 2006 », *INSEE Résultats*, n° 84, série société, août 2008.

¹² *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport public particulier, novembre 2005.

¹³ Marion Devaux, Florence Jusot, Alain Trannoy, Sandy Tubeuf, « La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents », *Économie et Statistique*, n° 411, septembre 2008, p. 25-46.

l'euthanasie qui affirment que sa prohibition fait de la mort volontaire par autrui un privilège de nantis, réservé à une élite, ceux notamment ayant un médecin dans leur réseau relationnel capable de fournir les produits nécessaires à une mort jugée satisfaisante, alors que le reste de la population – tout particulièrement les plus modestes – serait exposé sans défense à une mort douloureuse : « *Des personnes qui n'ont à leur disposition aucun réseau d'influence, qui ne peuvent que se plaindre et supplier.*¹⁴ »

Non seulement la légalisation de l'euthanasie ne conduirait pas à placer faibles et forts, riches et pauvres, sur un pied d'égalité devant la mort, mais l'inégalité devant la fin de l'existence – statistiquement démontrée – permettrait aux plus nantis d'échapper à une fin de vie prématurée cependant que les plus vulnérables ne disposeraient pas du réseau, de l'information, de l'entregent nécessaires pour échapper à « l'évidence » d'un départ prématuré imposé par l'appréciation de la dégradation de leur état de santé. D'ailleurs, l'exemple des pays ayant légalisé l'euthanasie est là pour le démontrer : s'expatrier des Pays-Bas vers des maisons de retraite en Allemagne, où le risque d'être euthanasié est exclu, est le privilège de Néerlandais âgés dont les moyens financiers leur permettent cet investissement, les moins démunis n'en étant pas capables quand bien même ils pourraient également souhaiter bénéficier d'une fin de vie non menacée par une mort prématurée, comme semblent le craindre ceux qui quittent leur pays. À l'opposé de ce qui est ainsi avancé sur le soi-disant caractère égalitaire de l'euthanasie, la magnification de la mort à l'œuvre dans nos sociétés mettrait sous pression la majorité silencieuse de ceux qui ne peuvent s'opposer à un discours dominant, tandis que les « privilégiés », justement, disposeraient seuls des moyens culturels et sociaux de s'en affranchir. Les moins armés socialement, les plus démunis, se verraient davantage exposés que les plus favorisés à l'incitation à une mort prématurée, incitation qui s'exercerait par le biais ambigu d'une promotion de la mort.

Le piège de la magnification de la mort est, en effet, de faire croire à l'avènement d'un égalitarisme devant la notoriété : tous nous pourrions ainsi accéder à une dimension supérieure de nos existences en faisant de notre mort un événement qui prenne sens.

¹⁴ François de Closets, *La dernière liberté*, Paris, Fayard, 2001, p. 84.

S'offrir une bonne mort donnerait l'accès à une élite. Baudrillard, qui avait prophétisé que « *L'immortalité se démocratise et passe du privilège de quelques-uns au droit virtuel de tous*¹⁵ », soulignait la dimension religieuse d'une telle extension, l'immortalité de l'âme – fondement du christianisme – formant une aspiration égalitariste, « (...) *comme démocratie de l'au-delà face à l'inégalité mondaine devant la mort.*¹⁶ » La tentation serait donc forte de s'approprier les marqueurs sociaux de la bonne mort, au premier rang desquels viendrait la possibilité de choisir le moment de son accomplissement : mourir « avec du sens » reviendrait à élever au final sa condition pour assimiler sa vie à celle de ceux qui font l'histoire... ou contribuent à l'air du temps.

De même que des gens modestes finissaient au bout d'une vie d'efforts acharnés à se faire ériger un monument funéraire les plaçant au-dessus de leur condition, les titulaires d'une vie ordinaire, souvent les moins armés socialement pour prendre du recul vis-à-vis d'une imprégnation culturelle alimentée par des leaders d'opinion, pourraient être tentés de s'approprier l'aspiration à une mort exemplaire leur assurant le quart d'heure de célébrité promis par Andy Warhol à chacun d'entre nous au moins une fois dans sa vie. Aussi éphémère, sujette à caution et critiquable que cette « gloire » puisse apparaître, il se peut qu'elle devienne très attractive pour beaucoup d'entre nous, familiarisés à suivre le mouvement des idées et des comportements. En ce sens, les mécanismes de l'imitation, sur lesquels on va se pencher dans le dernier chapitre, concourent au premier chef à ce phénomène de captation de l'exemplarité d'une élite sociale. Une éventuelle légalisation/dépénalisation de l'euthanasie risquerait donc d'entraîner dans son sillage une régression collective, un accroissement des inégalités, en soumettant les moins armés socialement à une pression à l'abrègement de leur existence cependant que les plus nantis s'offriraient une vie prolongée. Les plus modestes en viendraient à se persuader qu'en souscrivant à la nécessité de l'euthanasie – présentée comme un attrait – ils s'offriraient le suicide de Sénèque et s'élèveraient ainsi à la condition de ceux à qui l'ont veu ressembler.

¹⁵ *Op. cit.*, p. 198.

¹⁶ *Ibidem*, p. 199.

On serait alors les témoins d'un renversement de l'histoire : à l'époque où les hommes étaient égaux devant la mort, frappant indifféremment en raison de l'incurie de la médecine et les carences dans l'hygiène de vie, il y avait une inégalité devant le suicide – ce droit étant *de facto* toléré et excusé pour le clergé et la noblesse, mais proscrit et pourchassé pour le reste de la population¹⁷. Aujourd'hui, on assisterait à la construction d'un privilège de vie prolongée pour les puissants et d'incitation forte à la vie abrégée chez les autres. Désormais désireux d'imiter la fin glorieuse des élites, les plus modestes et les plus vulnérables en viendraient à « choisir » une mort anticipée, quand dans le même temps, le privilège d'une vie de plus en plus longue serait réservé à ces mêmes élites. L'envie suscitée par les pratiques supposées d'une classe, le désir de s'y assimiler en l'imitant, établiraient un nouveau marqueur de distinction sociale, le plus terrible d'entre tous puisque fondé sur la pérennité de l'existence elle-même. Ainsi que l'avait constaté Gabriel de Tarde : « *L'invention peut partir des plus bas rangs du peuple ; mais, pour la répandre, il faut une cime sociale en haut-relief, sort de château d'eau social d'où la cascade continue de l'imitation doit descendre.*¹⁸ »

Une remise en cause des fondements du progrès médical

La légalisation de l'euthanasie viendrait aussi questionner l'utilité de la recherche médicale. S'interroger sur l'opportunité de maintenir ou non en vie un cancéreux en phase terminale au motif que les efforts consentis n'aboutiraient qu'à prolonger sa vie de quelques semaines ou de quelques mois, serait tourner le dos aux fondements de la recherche pharmaceutique, dont le bénéfice escompté en termes d'espérance de vie n'est guère éloigné de ces ordres de grandeur. Le gain de vie apporté par des nouvelles molécules très innovantes n'est souvent que de quelques mois au moment de leur mise sur le marché, sans préjudice d'un accroissement dû aux progrès dans son usage ou dans l'association avec d'autres

¹⁷ Georges Minois, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Paris, Fayard, 1995.

¹⁸ Gabriel de Tarde, *Les lois de l'imitation*, Paris, Éditions Kimé, 1993, p. 240.

produits ou d'autres pratiques thérapeutiques. Faudrait-il renoncer à ce progrès technique au nom de la modeste durée de vie initialement obtenue ? Ce serait là saper l'un des ressorts d'une des industries les plus profitables de la Nation. En poussant le raisonnement à l'absurde, sur la base d'un gain estimé en espérance de vie, on limiterait à des groupes cibles le bénéfice d'interventions chirurgicales, de soins dentaires, de prothèses articulaires, avec à la clé une stagnation voire une réduction du produit intérieur brut et la mise au chômage de centaines de milliers d'actifs. En effet, contrairement à ce qu'on entend souvent, la prise en charge des personnes âgées, des malades, de ceux réputés les moins productifs et les plus coûteux socialement, est une source de richesse et de croissance économique exceptionnelle.

De même, quelle justification donner aux greffes d'organes ? La courbe d'apprentissage des médecins transplantateurs faisant passer le gain de vie des patients greffés de quelques semaines à quelques années, faudrait-il alors geler tout nouveau progrès ? Décider que les greffes pratiquées en routine qui font gagner des années de vie aux malades peuvent continuer d'être pratiquées, et celles en phase d'amélioration interrompues ? Mais alors, il faudrait aussi prendre en compte le coût des traitements anti-rejet, la qualité de vie des patients et, incidemment, le coût que leurs problèmes de santé provoquent dans les établissements de soins. En effet, à mesure que s'améliorent les techniques de transplantation et de prise en charge des patients transplantés s'accroît le nombre de ceux qui ont bénéficié d'une greffe par le simple fait qu'ils survivent plus longtemps. Or le traitement des complications post-transplantations est presque aussi coûteux que les greffes elles-mêmes. Par conséquent, plus l'espérance de vie des greffés s'accroît, plus ils coûtent cher à la société. Faudrait-il alors poursuivre le raisonnement coût/avantage des fins de vie, l'étendre aussi aux bénéficiaires de transplantations et se demander si le gain en années de vie supplémentaires induit par la greffe est suffisant pour justifier la dépense sociale ainsi engagée ? Et, dans ce cas, sur la base de quel indicateur objectif d'espérance de vie prévisionnelle ? Est-il nécessaire de poursuivre pour démontrer plus avant l'absurdité du raisonnement fondé sur le rapport entre coût et qualité de vie ? Rappelons que l'idée de soigner les patients en fonction du gain relatif que la prise en charge leur apporte est le fondement

de la médecine de guerre, repris par la médecine humanitaire : l'ordre de prise en charge des patients n'est pas déterminé en fonction de la gravité des cas, mais selon le gain escompté pour le patient. Entre une coupure au bras et un traumatisme crânien, ce sera le cas le moins grave qui sera prioritairement traité au motif que le patient concerné bénéficiera du gain potentiel le plus élevé en termes de durée et de qualité de vie. Faut-il que la pratique thérapeutique courante dans nos sociétés se rapproche de celles mises en œuvre durant les conflits, les grandes épidémies ou dans les pays les moins développés ?

Les progrès de la médecine, les développements des technologies interventionnelles et l'accroissement du champ de la pharmacopée ont tendu – et tendent encore fort heureusement – à allonger le délai entre l'apparition d'une maladie mortelle et son issue fatale, et à repousser sans cesse le seuil de létalité des affections qui autrefois emportaient rapidement. Faut-il le regretter ? Rappelons que les vaccinations courantes que nous subissons au début de notre existence nous protègent de maladies mortelles et souvent atroces – variole, tétanos, diphtérie, poliomyélite, tuberculose – qui ont inspiré la terreur durant des siècles. On ne peut s'empêcher d'observer à ce propos que l'acuité des débats sur l'euthanasie est concomitante du questionnement dont sont l'objet les fondements même de l'allongement de la durée de la vie – l'hygiène et la vaccination – supposées être à l'origine des maux désormais endurés par l'homme moderne : affaiblissement de la constitution, allergie, sensibilité exacerbée aux modifications de son environnement.

On voit qu'il serait difficile de circonscrire la réflexion au seul champ de la fin de l'existence, et au nom de quoi le ferait-on ? En filigrane de la demande d'une dépénalisation de la mort anticipée par autrui on trouve une interrogation quant à la fin naturelle de l'existence. Or les personnes âgées ne sont pas les seules concernées, même si la mort intervient toujours plus fréquemment aux âges avancés. Les progrès fulgurants de la médecine ont repoussé la mort à quelque âge que ce soit : c'est donc à n'importe quel moment de l'existence que la question de l'anticipation et de la facilitation de la mort se pose. C'est ainsi l'enjeu même de l'allongement de la vie qui est interrogé : les progrès de l'hygiène, de la nutrition, de la technique et de la pratique médicales, l'amélioration des conditions de l'existence, conduisent à un vieil-

lissement global de la population et à l'accroissement spectaculaire du nombre de personnes atteignant ou dépassant cent ans, ou ayant potentiellement la possibilité de vivre jusqu'à cet âge avancé. Il est curieux qu'à l'époque où la science s'interroge sur les limites réelles de la durée de l'existence – la barrière des cent vingt ans commençant à être remise en cause en tant que frontière indépassable – les conséquences du vieillissement soient de plus en plus décrites comme invalidant la qualité de vie des personnes concernées. Plus l'on vieillit, plus l'on est susceptible d'être affecté par des maladies chroniques plus ou moins graves ; faut-il dès lors considérer que la perte de vitalité, d'autonomie, de jeunesse en somme, forment autant de critères pour décider qu'il est temps d'en finir avec la vie ?

La vie insuffisamment digne

Dès lors que l'euthanasie serait légalisée, on imagine mal comment son application pourrait être circonscrite à une certaine partie de la population. Une fois les mineurs et les majeurs protégés exclus du bénéfice de cette « liberté » nouvelle, on ne voit pas comment il serait possible d'établir une graduation dans la souffrance ressentie ouvrant droit à une mort anticipée délivrée par un tiers. Qui déciderait, et au nom de quelle norme objectivée, qu'à tel ou tel moment, dans telle ou telle situation, la vie serait devenue pire que la mort ? Pourtant, nombreux sont ceux ou celles qui pourraient demander à « bénéficier » d'une mort anticipée, sans être ni malade ni en fin de vie, en raison d'une vie jugée insuffisamment digne ou d'un mal-être.

L'un des enjeux fondamentaux soulevés par la légalisation de l'euthanasie – totale, ou partielle sous la forme d'une « exception » – est l'ouverture d'une fenêtre légale d'opportunité qui rendrait extrêmement difficile de s'opposer à des demandes similaires. Pour justifier son combat, l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, l'une des associations les plus représentatives de cette revendication, considère qu'il existera toujours : « ... *des douleurs que l'on ne peut apaiser, des dégradations physiques, des pertes de fonction, des souffrances existentielles, des angoisses qui rendent à*

*certaines leur fin de vie intolérable.*¹⁹ » Le problème est que cette description ne s'applique pas exclusivement aux personnes en fin de vie mais à de nombreuses situations que l'être humain peut affronter tout au long de son existence. Ce n'est pas la vieillesse en elle-même qui est dévalorisante quand la perte de dignité est invoquée mais la dégradation physique, la détérioration de l'image : celle des autres sur soi et celle que chacun porte sur lui-même. Or cette dégradation n'est pas le propre des personnes âgées. Si l'on prend comme base de réflexion la définition de l'Organisation mondiale de la santé – « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou d'infirmité* » –, au nom de quel argument objectif pourrait-on refuser d'être euthanasiée à une personne affectée de « *souffrances existentielles* » ou « *d'angoisses* », pour reprendre les termes de l'ADMD, dès lors que cette possibilité serait offerte aux personnes en fin de vie ? Qui serait légitime pour établir une hiérarchie dans les souffrances ?

On peut voir ainsi poindre la barbarie sociale derrière des suggestions pourtant fondées sur des sentiments d'humanité et de charité, la frontière étant ténue entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Dans de nombreuses circonstances, des personnes pourraient être conduites à solliciter l'abrègement de leur vie par autrui. La justification sociale, l'encouragement culturel à la bonne mort, pourrait former une incitation puissante pour tous ceux qui endureraient des conditions d'existence – objectives ou subjectives – qui ne correspondraient pas à ce qui est unanimement considéré comme une vie digne d'être vécue. L'attraction de la mort anticipée se renforcerait de la détresse psychologique provoquée par ces états chez des personnes dont les souffrances, l'angoisse, le désarroi, atténuent fortement l'autonomie de la décision. Qui pourrait juger – et au nom de quels arguments ? – que la demande de tel tétraplégique demandant qu'on mette fin à ses jours serait davantage recevable que celle d'un schizophrène ou d'un dépressif mélancolique ? Les uns sont décrits comme étant en prison dans leur propre corps ; les autres, pourrait-on rétorquer, sont en prison dans

¹⁹ Dans sa brochure intitulée « Fin de vie. Une nouvelle loi est indispensable », téléchargeable sur le site Internet de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs : <http://www.sfap.org>.

leur propre cerveau. Cette réflexion ne relève pas que de l'hypothèse. L'analyse des pratiques dans les pays qui ont procédé, sous une forme ou sous une autre, à une dépénalisation de l'euthanasie – fréquemment cités comme exemples à suivre – montre que la logique même de la légalisation conduit à étendre la réflexion à d'autres cas, ainsi que l'a rappelé le rapport de la mission parlementaire dirigée par Jean Leonetti²⁰. Aux Pays-Bas, par exemple, le ministère de la Santé s'est interrogé sur l'opportunité d'intégrer dans le champ de la loi sur l'euthanasie les situations des nouveaux-nés souffrant de malformations graves, ainsi que les patients atteints de maladie psychiatrique ou de la maladie d'Alzheimer ; en Belgique, la souffrance psychique est considérée de façon croissante comme un motif légitime de recours à la fin anticipée de l'existence par un tiers.

Au risque de choquer, de blesser peut-être, il faut pourtant s'astreindre à pousser la logique de l'argument de la vie valant ou non d'être vécue en l'étendant aux populations dont la description objective répond en tous points à celle des patients dont on considère que leur état est incompatible avec leur dignité d'être humain : la vie d'une personne handicapée vaut-elle ainsi d'être vécue ? Pourtant, au sein même de la souffrance générée par des vies qui ne correspondent pas – parfois loin s'en faut – à ce qu'on considère communément comme les standards minimaux d'une existence heureuse, au sein de ces vies-là on peut éprouver et faire éprouver un immense appétit de vivre. Les personnes fréquentant des handicapés ne peuvent être qu'indignées par l'abjection d'une telle question tant au quotidien elles éprouvent la saveur de l'existence ressentie par ses personnes et, par-delà les difficultés, le plaisir de vivre à leur côtés. Pourquoi n'en irait-il pas de même pour des patients, des malades, des personnes en fin de vie – quand bien même leur existence présente ne serait plus la même que leur vie passée ? Pourquoi ne pourraient-ils pas encore éprouver une réelle joie de vivre, même différente, même circonscrite dans son champ et dans sa durée ?

²⁰ *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*, Assemblée nationale, n° 1287.

À l'extrême de ce raisonnement se trouve la controverse juridique née de l'affaire Perruche²¹ et de celle, moins médiatisée, de l'affaire Quarez²² qui ont provoqué une polémique intense quant au fait de savoir si le seul fait de vivre pouvait être à ce point dégradant qu'il faille indemniser la « victime » d'une telle existence. Dans les deux cas, un enfant était né gravement handicapé parce que son handicap – prévisible – n'avait pas été diagnostiqué comme cela était pourtant possible et couramment pratiqué. La question principale était de savoir qui il fallait indemniser, et pour quelle raison. Donner une compensation aux parents pour la faute commise permettait de reconnaître cette dernière et d'apporter un soutien financier pour l'éducation nécessairement plus coûteuse d'un enfant handicapé, sans porter de jugement ni d'appréciation sur la vie de ce dernier. En revanche, indemniser l'enfant pour la faute de diagnostic qui avait conduit à ne pas procéder à un avortement thérapeutique revenait à considérer que le seul fait de vivre était un préjudice qui devait connaître réparation, et qu'il y avait un droit de ne pas naître et donc de ne pas vivre. En ce cas, il y aurait eu une forme d'obligation morale à avorter dès lors que la vie à venir aurait été considérée comme insuffisamment digne et ne correspondant pas à des critères standards de qualité. Les arguments des juristes ayant eu à connaître de ce dossier ont donc tout naturellement inclus la question de la suppression éventuelle d'une existence au motif de son insuffisance de dignité : comment admettre, fusse au nom des motifs les plus louables et les plus charitables – éviter à un enfant une vie de handicapé –, que l'inexistence est préférable à l'existence²³.

La solution juridique dégagée a consisté à affirmer que l'enfant a le droit de bénéficier d'une indemnisation pour compenser le préjudice créé par son handicap, mais aucunement en réparation d'une erreur qui a conduit à ce qu'il vive, et ce, pour éviter toute indemnisation du fait de la naissance. Saisi de la question, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE)²⁴ s'est opposé à la mise

²¹ Arrêt de la Cour de cassation, assemblée plénière, du 17 novembre 2000.

²² Avis du Conseil d'État du 14 février 1997.

²³ Notons toutefois que ce débat continue d'être tranché au jour le jour dans les services de soins de néonatalogie s'agissant des grands prématurés ou d'enfants viables très lourdement handicapés.

²⁴ Avis n° 28, « Handicaps congénitaux et préjudice », 29 mai 2001.

en œuvre d'un nouveau droit reconnu aux enfants, celui de ne pas être handicapé. Pointant le risque d'une pression normative qui pourrait, en cas contraire, s'exercer sur les professionnels et les parents, le CCNE rappelait que de nombreuses personnes – bien qu'aucunement handicapées – ne se supportent pas telles qu'elles se voient et sont ainsi conduites à avoir recours à la chirurgie esthétique, éventuellement au changement de sexe ou, pire, au suicide. La définition sociale de critères d'appréciation de la « bonne naissance » ne pourrait être qualifiée, selon le CCNE, que d'eugéniste. Historiquement l'euthanasie a, en effet, été mise en œuvre par l'Allemagne nazie « au bénéfice » des handicapés mentaux. Binding et Hoche, les premiers théoriciens des politiques euthanasiques et eugénistes, parlant de ceux qu'ils qualifiaient « *d'imbéciles incurables* » en disaient : « *Ils sont l'affreuse image inversée d'un être humain authentique ; ils suscitent l'horreur auprès de presque tous ceux qui les rencontrent.*²⁵ »

Une loi a répondu au débat né des affaires Perruche et Quarez en posant que « *Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance*²⁶. » Ainsi, à l'instar de la souffrance et de la définition de critères objectifs pour la graduer, la reconnaissance d'un droit à ne pas naître est-elle impossible à cerner. Accepter que le constat d'une vie insuffisamment digne ouvre le droit à une mort administrée par autrui ne pourrait en aucune façon s'adosser à des critères objectifs discriminants permettant d'étalonner le niveau de dignité et la souffrance induite par son éventuelle carence. Henri Caillavet – membre du CCNE et ancien président de l'Association pour le droit à mourir dans la dignité – a exprimé une position dissidente par rapport à l'orientation de l'avis n° 28 du CCNE : il a considéré qu'est valide, et d'ores et déjà reconnu par le *corpus* juridique français, le droit d'une personne de ne pas naître handicapée, et même que permettre à un enfant handicapé de venir au monde est une faute parentale. Le concept de dignité de la personne humaine, qui fonde la revendication pour la légalisation de l'euthanasie, est ici appliqué à la prévention de la naissance.

²⁵ Klaudia Schank et Michel Schooyans, *Le dossier Binding & Hoche*, Paris, Le Sarmant, 2002, p, 86.

²⁶ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner ».

D'autres groupes de personnes pourraient également réclamer qu'on mette fin à leurs jours au motif que leur existence est insuffisamment digne et/ou qu'elle provoque en elles des souffrances qu'elles ne peuvent plus supporter. On pense là aux individus atteints de maladies graves et invalidantes, par exemple les maladies neuro-dégénératives : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, scléroses en plaques, maladie de Huntington. Que dire encore des traumatisés crâniens, des personnes défigurées ou handicapées à la suite d'un accident, portant le deuil d'une vie autrefois normale ? Faudrait-il leur accorder ce « droit » à mourir par la main d'un autre ? Au nom de quoi considérer que leur souffrance, physique ou psychique, est moins intense que celle d'un malade en phase terminale ? Sur la base de quels critères objectifs ? Ces réflexions ne sont pas de pures spéculations : la législation en vigueur en Belgique exige que pour valider une demande d'euthanasie le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et qu'il endure une souffrance physique ou psychique constante, insupportable, qui ne peut être apaisée, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Cette définition ne se circonscrit pas aux personnes en fin de vie mais répond à la situation de personnes souffrant de pathologies mentales graves et incurables, tels les autistes et les schizophrènes. À telle enseigne que la loi belge de 2002 qui fonde cette nouvelle possibilité précise que le patient éligible à l'euthanasie ne doit pas forcément se trouver en phase terminale de sa maladie.

Si l'on poursuit ce raisonnement plus avant encore, et qu'on se place dans un contexte où l'euthanasie aurait été légalisée, il faut aussi réfléchir à la réponse qu'il conviendrait d'apporter à des détenus condamnés à de lourdes peines. La perspective de passer vingt ou trente années en prison, voire sa vie entière, ne provoque-t-elle pas une souffrance psychologique et une dégradation de la dignité à ce point intolérables qu'elles justifieraient une réponse positive apportée à une demande de mort anticipée par autrui ? On pourrait objecter que l'extension du champ de l'euthanasie tel qu'il est suggéré ici ne correspond à aucune des revendications des partisans de sa légalisation. Certes, mais dès lors qu'une possibilité serait accordée à une certaine partie de la population sur la base de critères, comment pourrait-on la refuser à d'autres dont la demande s'établirait sur des critères identiques – *a fortiori* puisque ces critè-

res sont éminemment subjectifs ? La Cour européenne des droits de l'homme a jugé que, dans certaines conditions, des détenus pouvaient être alimentés de force si leur refus de nourriture était susceptible de les placer en danger de mort. Elle a de même estimé que l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme²⁷ pouvait légitimement conduire les autorités publiques à protéger une personne suicidaire contre elle-même. Il est donc établi que non seulement les autorités étatiques ont l'interdiction de mettre fin ou de menacer inutilement la vie des individus mais qu'il est à leur charge de protéger leur vie. Qu'en serait-il si la capacité à demander que soit mis fin à ses jours par autrui était légalisée ? Encore une fois comment pourrait-on hiérarchiser des souffrances physiques ? Comment reconnaître à un être humain le droit d'être euthanasié au motif que sa vie a perdu de sa dignité en raison des dégradations physiques provoquées par sa maladie, et le refuser à un autre quand bien même il considérerait que sa vie n'a plus aucun sens parce que promise à se dérouler en prison durant plusieurs décennies ou même sa vie entière ?

Là aussi, la réflexion n'est pas purement spéculative : aux États-Unis, des prisonniers condamnés à des peines excédant la durée probable de leur existence ont demandé à subir la peine de mort ; de même, on peut se demander si le taux de suicide en prison n'est pas au fond la conséquence tirée par certains prisonniers de l'effacement de toute dignité de leur existence et leur réponse spontanément apportée à cet état de fait. On peut spéculer à partir de l'hypothèse d'une euthanasie légalisée qui les aurait conduits à demander une mort anticipée et paisible par autrui et leur aurait évité une fin sordide et douloureuse. Là encore, sans forcer le trait, on pourrait solliciter les arguments invoqués par les partisans de l'euthanasie : n'est-il pas intolérable de laisser des êtres humains, décidés à mourir, mettre fin à leurs jours dans des conditions barbares ? Et ne vaudrait-il pas mieux, ne serait-ce pas plus conforme à nos idéaux sociaux, de leur dispenser une mort douce et convenable dès lors que le souhait de mourir serait affirmé et réitéré ?

²⁷ « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...) ».

Le mal-être

De même, dès lors que l'euthanasie serait légalisée au motif d'une vie insuffisamment digne et de la libre disposition de chacun sur son existence, il serait bien difficile de trouver des arguments – moraux, déontologiques et surtout légaux – pour refuser à des personnes ne supportant plus leur vie le « bénéfice » d'une mort dispensée par un tiers. Le mal-être, intense, envahissant, installé durablement dans l'existence, sans perspective d'amélioration de l'état ou même de rémission, ne s'assimile-t-il pas à une souffrance insoutenable ? N'ouvrirait-il pas le droit aussi au soulagement d'une mort prématurée délivrée par autrui ? Pour apporter une réponse négative à une telle question, encore faudrait-il qu'elle soit étayée par des arguments objectifs qui font défaut tant l'argumentaire des défenseurs de la légalisation de l'euthanasie s'ajuste aux différentes situations de mal-être. Ce n'est pas d'états de souffrance psychologique adossée à des situations de déprime passagère auquel il est fait référence ici, de dépit amoureux ou de désarrois existentiels, c'est-à-dire des aspérités naturelles de la vie, mais bien d'afflictions répétitives, récurrentes, invalidantes, dont la personne a conscience et dont cette conscience contribue à rendre intolérable la souffrance ressentie. Ce peut être, par exemple, le cas d'existences bouleversées par des troubles délirants schizophréniques, par l'amnésie, des troubles bipolaires, des manies, des phobies, l'autisme, des obsessions paranoïaques, des troubles de l'identité sexuelle, de troubles obsessionnels compulsifs, de l'anorexie, de la boulimie, de la dépression mélancolique. À quoi pourrait-on adosser le refus d'une demande d'euthanasie émanant d'un individu dont l'existence est ainsi gâchée – depuis si longtemps et de manière si intense – par de telles manifestations, aiguës, rares, et extrêmement invalidantes ? Toute argumentation qui justifierait une mort anticipée administrée légalement à partir de la souffrance éprouvée et/ou de la liberté de chacun de disposer de son corps rendrait ces situations objectivement éligibles à l'euthanasie.

De même, la question serait posée du type de réponse sociale à apporter au suicide, considéré – à juste titre – comme un problème majeur de Santé publique : quoi de plus poignant que des êtres pleins de vigueur et de promesses, tenter et parfois réussir à mettre

fin à leur existence ? Dès lors que l'on considérerait que le libre exercice de l'autonomie peut conduire à mettre fin à ses jours, que l'abrègement de l'existence relève d'une liberté fondamentale, d'un droit même, au nom de quoi refuserait-on cette « avancée sociale » aux plus jeunes ? On pourrait, certes, imaginer que les mineurs demeurant sous l'autorité de leurs parents devraient être exclus d'une telle disposition, leur vie ressortissant – comme celle des nouveau-nés – à l'appréciation de ceux qui les ont mis au monde ; mais qu'en serait-il alors des mineurs malades en phase terminale d'une maladie mortelle ? Serait-ce aux parents de recommander que leur enfant soit euthanasié au nom de la dignité perdue de son existence en raison des conséquences physiques de la maladie dont il souffre ? Disposeraient-ils du droit de refuser qu'on accède à la demande de mort prématurée exprimée par leur enfant souffrant ? De même, quelle démarcation faudrait-il établir entre les différentes aspirations au suicide, dont il est souvent avancé qu'il est un acte pathologique en tant qu'il exclut toute possibilité de s'adapter à la réalité ou de modifier cette dernière ?

Sur la base de cette définition, l'enjeu de la prévention du suicide, notamment celui des jeunes, serait soulevé. Quels sont les arguments objectifs, les règles de droit, qui permettraient d'estimer la validité d'un argument par rapport à un autre à l'appui du souhait de mourir ? Les arguments de bon sens ne manquent certes pas : dans un cas, une personne âgée, éventuellement gravement malade ; dans un autre, un être au commencement de son existence, habité par le souffle vital de la jeunesse et dépositaire d'espérances infinies. Mais d'un point de vue légal, quels seraient les critères objectivés permettant de hiérarchiser une souffrance par rapport à une autre ? Dirait-on que la souffrance psychique du jeune est susceptible de s'estomper et le goût pour la vie reprendre le dessus ? Mais on objecterait alors qu'il en est également ainsi de personnes en fin de vie, parfois hospitalisées dans des unités de soins palliatifs, un jour baissant les bras, le lendemain resplendissant du bonheur d'exister, aussi bref fût-il. Serait-ce alors le temps qu'il reste à vivre ? Dans la première situation, des décennies potentielles ; dans l'autre, quelques jours, quelques semaines, quelques mois tout au plus.

On voit bien l'absurdité – et l'inanité légale – de telles discriminations entre situations. Surtout, si l'on admet qu'il existe un

socle de demandes irréductibles d'euthanasie fondées sur des aspirations existentielles exprimées à l'issue d'une réflexion approfondie, on ne distingue pas la raison pour laquelle un tel argument ne pourrait pas – pour une part certes plus ténue – être étendu. Pourquoi, par exemple, le suicide d'un adolescent ne pourrait-il pas être parfois le fruit d'une demande existentielle, d'une réflexion approfondie ? Si l'on admet socialement la liberté accordée à tout un chacun de mettre fin à ses jours, et surtout que d'autres puissent y procéder, quelle serait la justification pour poursuivre des campagnes de prévention du suicide et de sa récurrence ? Incidemment, on devrait se demander s'il faut cesser de prévenir les conduites à risque au motif qu'elles relèvent du libre arbitre de chacun alors qu'elles peuvent constituer des équivalents suicidaires ? Ce n'est pas nouveau, quand le suicide était réprouvé par l'Église, le mode de vie de l'aristocratie combattante offrait des exutoires aux envies de meurtre sur soi-même : tournois, duels, jugement de Dieu, et surtout la guerre qui constituait une activité substitutive au suicide direct²⁸.

C'est à la lumière de ces ambiguïtés qu'il faut revenir un moment sur la polémique qui a entouré l'édition de l'ouvrage *Suicide. Mode d'emploi*²⁹, dont la teneur – il faut le rappeler – était identique à une brochure éditée à la même époque par l'Association pour le droit à mourir dans la dignité et intitulée *Auto-délivrance*. Cet ouvrage faisait suite à la publication de livres consacrés à ce thème aux États-Unis et en Grande-Bretagne, détaillant les différentes méthodes pour mettre fin paisiblement à ses jours³⁰. Sa publication en France a rendu plus aisé le recours au suicide en indiquant aux personnes désireuses de mourir les méthodes et les produits censés faire passer de vie à trépas sans heurt, sans souffrance et sans angoisse. Les réactions ont été nombreuses et vives, en particulier parce que des exemplaires de l'ouvrage ont été retrouvés auprès de corps sans vie, témoignant par là même de son utilisation, pour ne pas dire de son utilité. Le reproche adressé à ce livre était de cons-

²⁸ Georges Minois, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Paris, Fayard, 1995.

²⁹ Claude Guillon, Yves Le Bonniec, *Suicide, mode d'emploi : histoire, technique, actualité*, Paris, A. Moreau, 1982.

³⁰ Notamment Derek Humphry, *Final Exit : The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, New York, Delta Trade Paperback, 2002.

tituer un instrument pratique d'incitation au suicide pour les personnes vulnérables et fragiles, de faciliter le passage à l'acte suicidaire, tout particulièrement chez les plus jeunes. Il a été interdit et la polémique qui a accompagné sa publication a trouvé son expression dans un débat parlementaire qui, en 1987, a conduit au vote d'une loi³¹ réprimant la provocation au suicide et ayant comme objectif revendiqué la réduction du nombre de morts volontaires.

Voilà donc une société qui exprime son rejet du suicide, parfois sa condamnation morale, interdit un livre donnant les recettes d'une fin d'existence volontaire, met en œuvre des politiques de Santé publique destinées à prévenir le suicide des plus jeunes, et qui – vingt ans plus tard, alors que la loi en question est toujours en vigueur – est traversée par un questionnement de fond quant à l'autorisation qui devrait être donnée, en contradiction avec tous ses préceptes moraux et légaux fondateurs, de mettre fin à l'existence d'autrui en raison, notamment, du fait que le recours au suicide est entravé par le caractère barbare des moyens de sa réalisation. D'un côté, on empêche la diffusion d'une information permettant de se suicider sans souffrance et, de l'autre, on s'interroge sur l'opportunité d'autoriser tout un chacun à obtenir que d'autres mettent fin à son existence afin de lui assurer une mort paisible et sans douleur.

*

La question de la légalisation ou de la décriminalisation de l'euthanasie ne peut donc pas se circonscrire à la question des fins de vie des patients atteints de maladies incurables. Il est impossible de décider collectivement que dans certains cas la vie mérite d'être vécue, et que ce ne serait pas le cas dans d'autres situations – quand bien même les critères d'appréciation et les arguments justificatifs seraient strictement identiques. Penser l'euthanasie, c'est envisager globalement le rapport social à la mort anticipée, décider collectivement d'une attitude cohérente et généralisée quant à cette question fondamentale de l'existence. La mort, en effet, n'est pas un phénomène strictement individuel qui ressortirait exclusivement au rapport de l'individu avec sa propre intimité ou se circonscrirait

³¹ Loi du 31 décembre 1987 tendant à réprimer la provocation au suicide.

au cercle restreint de ses proches. La mort est aussi un phénomène social et c'est la raison pour laquelle elle ne peut être pensée que dans sa double dimension, individuelle et collective.