

CHAPITRE IV

La mort, un phénomène social

La question de la légalisation ou de la prohibition légale d'une mort anticipée administrée par autrui renvoie directement au débat fondamental quant au caractère individuel ou collectif de la mort : cette dernière relève-t-elle exclusivement d'une décision individuelle ou bien concerne-t-elle aussi la communauté d'appartenance de la personne concernée ? Tout l'enjeu au fond se résume dans l'articulation, l'opposition souvent, entre « ma » mort et « la » mort, entre une appréhension strictement individuelle du décès et la dimension collective que recèle – ou pas, suivant les avis – chaque décès individuel.

À l'instar de l'abolition de la peine de mort, de la dépénalisation de l'avortement, la revendication en faveur de la légalisation de l'euthanasie relève-t-elle d'une « privatisation » de la mort¹ ? Cette dernière aurait-elle quitté le domaine du collectif pour celui de l'individuel ? Ou bien est-ce l'inverse, ne serait-il pas temps de placer la mort au rang d'un phénomène également collectif tandis que, spontanément, on aurait tendance à la limiter au champ de l'intimité de la personne ? Plus précisément, s'agissant du thème qui nous intéresse, la question est de savoir si la mort appartient

¹ Stéphanie Hennette-Vauchez, *Disposer de soi ?*, Paris, L'Harmattan, 2004.

éminemment à la sphère individuelle ou bien si elle relève aussi du domaine collectif, afin de trancher quant au niveau auquel cet enjeu doit être débattu : individuel, familial ou social.

Le reproche souvent fait à la situation actuelle est que le patient serait dépossédé du droit élémentaire de disposer de sa vie, et donc de sa mort. Le « droit » de mourir serait capté par le corps médical qui en userait en fonction de critères collectifs. La voie de la liberté passerait dès lors par la « privatisation » de la décision de continuer à vivre ou non. Mais comment imaginer que la mort puisse être un événement exclusivement individuel, affectant des vies pourtant jusque-là empreintes de sociabilité, inscrites dans des réseaux divers tissés avec autrui, dans une imbrication étroite entre l'individuel et le collectif inaugurée dès la naissance et telle qu'exprimée légalement par l'état civil ?

Avant que de voir en quoi le retour au concept d'intérêt général permettrait de cerner la frontière entre dimension individuelle et dimension collective de la mort, essayons d'abord de définir le rôle que peut ou que doit tenir l'État dans le rapport de l'individu avec la fin de l'existence et les dérives auxquelles cette implication a pu donner lieu par le passé. On se penchera ensuite sur le rapport ancestral entre suicide et collectivité, pour voir en quoi il éclaire la question de la mort anticipée par autrui.

La mort, événement individuel et enjeu social

La mort est de nos jours envisagée comme un événement éminemment, pour ne pas dire exclusivement, individuel – c'est là d'ailleurs l'un des arguments fondateurs pour les partisans la décriminalisation de la mort dispensée par autrui. La mort collective ne s'entend communément que comme une mort de masse dont les catastrophes forment l'exemple type, en période de paix tout du moins. Le caractère collectif de la mort était pour l'essentiel associé aux morts collectives en temps de guerre : massacres, crimes de guerre, génocides, crimes contre l'humanité, même si la mort « plurielle » habite pourtant notre espace collectif par le biais des épidémies, des catastrophes, des suicides collectifs, parfois des

attentats. Ainsi que l'a montré Gaëlle Clavandier², la mort collective ne se caractérise pas uniquement par la concomitance de plusieurs décès mais par leur cristallisation en un événement qui requiert un traitement spécifique ritualisé – notamment du point de vue médiatique – et la création d'une mémoire. Les accidents automobiles, par exemple, soulignent que toutes les morts plurielles ne forment pas une mort collective : les décès intervenus sur la route demeurent une agrégation de malheurs individuels qui marquent le quotidien sans affecter la mémoire collective sauf quand ils s'incarnent dans un événement considéré comme une catastrophe de la route.

À la lumière de cette observation, devrait-on considérer l'euthanasie comme une forme de suicide collectif parce qu'elle serait institutionnalisée ? Ou bien le suicide serait-il une question éminemment collective dans certains cas et individuelle dans d'autres ? Il est ainsi difficile de suivre le Comité consultatif national d'éthique³ quand il affirme que le problème éthique de l'euthanasie s'articule autour d'exigences légitimes et contradictoires : la volonté, les choix, la liberté, l'indépendance et l'autonomie de la personne, d'une part ; la défense des valeurs sur lesquelles se fonde notre organisation sociale, d'autre part. La question de la fin de l'existence et le jugement qu'on peut porter sur la légitimité de la mort donnée par autrui se fondent bien, au contraire, sur le caractère atypique du décès : à la fois vicissitude personnelle et phénomène social. Le caractère collectif de la mort est pourtant attesté par les débats qui entourent le coût du vieillissement de la population, tout particulièrement durant la dernière année de vie. C'est d'ailleurs là l'un des arguments parfois soulevés à l'appui de la demande de légalisation de l'euthanasie... pas seulement dans ce cadre, il faut bien le reconnaître : la réflexion sur l'arbitrage entre coût du soin et gain escompté n'est pas le privilège – loin de là – des partisans de l'euthanasie, mais anime aussi le débat académique en économie de la santé, et sous-tend parfois les recommandations de certains gestionnaires de systèmes de protection sociale.

² Gaëlle Clavandier, *La mort collective. Pour une sociologie des catastrophes*, Paris, CNRS Éditions, 2004, p. 187.

³ Avis n° 63 (27 janvier 2000) : « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie ».

Or non seulement le coût additionnel du soin en fin de vie est très souvent surestimé mais l'impact économique du vieillissement de la population est fréquemment confondu avec le coût supplémentaire provoqué par l'accroissement de la prise en charge médicalisée des personnes âgées et/ou en fin de vie. Une étude épidémiologique⁴ a démontré, au contraire, que l'effet mécanique de l'allongement de la vie sur les comptes sociaux était modéré et que, de plus, il ressortissait davantage à une corrélation entre la dépense et la proximité du décès qu'à un lien entre la dépense et l'âge. En d'autres termes, c'est la lourdeur de la prise en charge médicalisée qui explique le surcoût, et ce, quel que soit l'âge. L'autre élément à prendre en compte dans cette réflexion menée sur le prix du soin est le caractère de plus en plus capitalistique de la pratique médicale et l'essor du coût des produits et des matériels. Vu sous cet angle, c'est davantage le recours plus marqué des personnes âgées au soin comparativement au reste de la population qui détermine le lien établi entre vieillissement et coût de la prise en charge : c'est surtout la consommation médicale globale des personnes âgées en bonne santé qui pèse et pas les dépenses thérapeutiques spécifiquement engagées pour les personnes âgées en mauvaise santé. Faudrait-il le déplorer ?

L'impact financier du vieillissement n'est bien évidemment pas mécanique, il relève aussi de l'intensité des pratiques de soins dispensées aux plus âgés. S'interroger sur l'opportunité de tel ou tel nouveau médicament ou de telle ou telle technique médicale innovante, en rapportant le coût induit au gain escompté ou bien, inversement, ne décider qu'en fonction du gain thérapeutique apporté, quel que soit le coût, est – une nouvelle fois – un choix collectif, d'ores et déjà différemment arbitré suivant les pays. Dans certains, on considère qu'un traitement coûteux ne doit être dispensé qu'à condition que le gain thérapeutique escompté réponde à certains critères d'efficience ; d'autres pays jugent que le gain thérapeutique se justifie en lui-même et qu'il n'a pas à être pondéré, par des critères de mois de vie gagnés par exemple.

⁴ Dominique Polton, Catherine Sermet, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 5-6, 2006, p. 49-52.

Par ailleurs, ne raisonner qu'en mettant en regard l'allongement de la durée de l'existence et l'élévation de la consommation de soins conduit à omettre deux éléments déterminants : la production de richesse liée au vieillissement de la population et à ses conséquences économiques et sociales, ainsi que la « qualité » du vieillissement. Bien évidemment, l'impact financier du vieillissement – pour ne parler que de cet aspect de la question – n'est pas le même suivant que l'allongement de la vie se produit en bonne ou en mauvaise santé. Ce thème est à l'origine d'une confusion délétère. Les partisans de la légalisation disent craindre que la pression économique dans les établissements de santé ne conduise à des euthanasies « sous le manteau », réalisées sans l'accord du patient ou des familles, et avancent que la dépénalisation apporterait en la matière une transparence salutaire.

L'un des arguments à l'appui de cette revendication est le coût de l'acharnement thérapeutique. André Compte-Sponville, membre du comité de parrainage de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, rappelle ainsi sur le site Internet de cette dernière que : « *La moitié de ce que dans notre existence, nous allons coûter à la Sécurité sociale, nous le lui coûterons dans les six derniers mois de notre vie.* » Cette affirmation est non seulement glaçante mais erronée. Glaçante, parce qu'elle fait écho aux arguments utilitaristes qui ont justifié les politiques euthanasiques menées en Allemagne dans les années 1930 ; ainsi, Binding et Hoche, dont l'ouvrage a largement influencé ces dernières, affirmaient : « *Il ne fait aucun doute qu'il existe des êtres humains vivants pour qui la mort est une délivrance, comme elle l'est d'ailleurs pour la société et l'État, ainsi libérés d'une charge inutile*⁵. » Ils pensaient là tout particulièrement à ceux qu'ils appelaient les « *imbéciles totaux* », précisant que : « *L'élimination des personnes totalement mortes mentalement ne constitue ni un crime ni un acte immoral ni une marque de rudesse sentimentale mais un acte permis et utile*⁶. » Le contexte dans lequel ces affirmations ont pu prendre forme est celui d'un pays, l'Allemagne, dont la législation sociale – tout particulièrement celle relative aux malades et aux personnes inaptes

⁵ Klaudia Schank et Michel Schooyans, *Le dossier Binding & Hoche*, Paris, Le Sarmant, 2002, p. 82.

⁶ *Ibidem*, p. 109.

au travail – était très en avance sur celles des autres pays européens. Dit autrement, c'est dans une situation de forte protection sociale que ce type « d'arguments » a pu voir le jour.

Par ailleurs, le lien suggéré entre la précipitation du décès des personnes en fin de vie et un hypothétique gain financier obtenu par la collectivité est erroné : l'allongement de la vie est – et va l'être encore davantage dans les années qui viennent – à l'origine d'une production massive de richesse, notamment (mais pas exclusivement) par le biais du développement d'une économie de services à la personne. L'impact financier de l'allongement de la durée de l'existence doit mettre en regard les coûts induits par le soin et la protection sociale et les bénéfices générés, ces derniers s'articulant autour de trois composantes : le maintien de la capacité productive par le biais de l'élévation concomitante de l'âge de départ en retraite ; la capacité de consommation ainsi préservée ; la création de richesses liées aux emplois dans le secteur de la santé, à la production de biens et de services médicaux, et à la création de structures professionnelles d'accueil et de prise en charge. De même, l'allongement de la durée de l'existence va accroître les besoins en équipements et en services sportifs, socioculturels, commerciaux et urbains, destinés plus spécifiquement aux personnes âgées, et ce qu'elles choisissent de demeurer à leur domicile ou de vivre en institutions spécialisées.

D'ores et déjà, en France, une projection des résultats de l'enquête HID⁷ montre que le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait davantage que celui des personnes âgées. Entre 2000 et 2040, selon l'hypothèse centrale de la projection, le nombre de personnes dépendantes⁸ passerait de 800 000 à 1,3 million ; celui des personnes dépendantes psychologiquement ou

⁷Enquête Handicap-incapacités-dépendance menée de 1998 à 2001 par l'INSEE sur les conséquences des problèmes de santé sur la vie quotidienne des personnes âgées qui vivent à leur domicile ou en institution. Projection faite par Olivier Bontout, Christel Colin, Roselyne Kerjosse, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Études et Résultats*, n° 160, février 2002.

⁸ GIR 1 à 4 sur la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources). Cette grille détermine 6 niveaux d'autonomie, le niveau 1 étant celui de l'autonomie la plus faible.

lourdemment dépendantes physiquement⁹ s'élèverait de 850 000 à 1,4 million. Cette hausse du nombre de personnes dépendantes est de surcroît concentrée sur les personnes de 80 ans et plus. Or, l'accompagnement de cette population dépendante relève la plupart du temps de leur entourage, et les projections montrent que le nombre d'aidants s'accroîtra moins que celui des personnes concernées. Tout montre que les besoins professionnalisés en services d'aide ménagère ou de soins infirmiers à domicile vont connaître un accroissement massif, quelles que soient les modalités de résidence des personnes âgées dépendantes – à leur domicile aussi bien qu'en institution. Cette tendance devrait en outre être accentuée par la poursuite d'évolutions sociologiques déjà à l'œuvre : l'élévation de l'activité féminine, l'éloignement des enfants du domicile de leurs parents, l'augmentation des séparations et des recompositions familiales.

La Cour des comptes¹⁰ a certes estimé que les dépenses publiques consacrées aux personnes âgées dépendantes se montent à 15 milliards d'euros par an mais, en regard de ce coût, comment ne pas voir une source importante de production de richesses dans le développement de l'offre de services de soins, d'accompagnement, d'accueil, d'échange et de soutien, d'adaptation des logements, d'amélioration de l'accès aux espaces et aux équipements publics, dans la réduction des inégalités territoriales, dans la mise sur pied de réseaux gérontologiques de prise en charge, d'hospitalisation à domicile, de soins palliatifs hors hôpital ? Le Conseil d'analyse économique¹¹ a ainsi noté que l'offre totale d'hébergement pour personnes âgées dépendantes¹² s'élevait à 740 000 places et que, compte tenu des estimations du nombre de personnes dépendantes d'ici à 2020 (870 000 selon l'INSEE et 980 000 pour la DREES¹³),

⁹ Groupes EHPA 11 à 22. L'indicateur EHPA, du nom de l'enquête réalisée auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, s'étalonne de 11 à 24 ; le groupe 11 est celui de la dépendance la plus importante.

¹⁰ Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport public particulier, novembre 2005.

¹¹ Michel Godet, Marc Mousli, *Le vieillissement, une bonne nouvelle ?*, Paris, La Documentation française, 2008, p. 111-112.

¹² Unités de soins de longue durée, foyers, établissements d'hébergement temporaire ou permanent, services à domicile.

¹³ Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du ministère de la Santé.

l'augmentation du nombre de places nécessaires s'établirait entre 8 500 et 16 000 par an. C'est là un marché considérable qui se crée, avec une progression annuelle estimée entre 1,1 % et 1,9 % par an, tous types d'hébergements confondus, et qui concerne au premier chef le secteur privé marchand constitué actuellement de 1 600 établissements sur un total de 2 000 établissements du secteur privé. Le Conseil d'analyse économique ajoute qu'en maintenant inchangé le taux d'encadrement des personnes âgées au sein de ces établissements, la progression du nombre de places d'accueil rendrait nécessaire la création de 20 000 emplois d'ici à 2020. Ajoutons que le maintien à domicile des personnes âgées – orientation qui fait désormais consensus – devra s'accompagner de l'adaptation des logements à leurs besoins, sans même évoquer la création d'immeubles, de quartiers, pourquoi pas de villages et de villes destinés exclusivement aux personnes du troisième âge, comme le mouvement se dessine déjà dans d'autres pays. C'est donc une source considérable de croissance économique qui réside dans ces perspectives. Si l'on raisonne, enfin, en termes de comparaison entre territoires, non seulement la présence d'une plus forte proportion de personnes âgées ne semble pas entraîner un coût additionnel mais semble davantage être corrélée à un développement économique plus marqué.

Le raisonnement économique quant à l'impact du vieillissement et de la dépendance devrait également prendre en compte le financement des régimes de retraite, le rapport entre actifs, cotisants et bénéficiaires, mais aussi le maintien d'une capacité de consommation qui doit s'envisager *via* le recul programmé de l'âge de la cessation d'activité. Le Conseil d'analyse économique¹⁴ a rappelé que si le niveau de vie des retraités demeure inférieur à celui des actifs et qu'il progresse moins lentement, il continue néanmoins de s'élever. On peut même imaginer que des modifications législatives pourraient encore accroître les capacités de consommation des personnes âgées, par exemple en autorisant le prêt viager hypothécaire qui permettrait aux personnes concernées de se procurer des ressources complémentaires en hypothéquant leur logement auprès d'un établissement financier¹⁵.

¹⁴ *Op. cit.*, p. 119.

¹⁵ *Ibidem*, p. 141-148.

Quant à la « qualité » du vieillissement, l'accroissement de la durée de vie en bonne santé est désormais un fait démographique attesté dont l'impact économique massif en termes de croissance et d'élévation de la richesse n'est que partiellement entamé par le coût lié à la prise en charge sanitaire des personnes en fin de vie qui, au demeurant, est aussi à l'origine d'une création de valeur. Les projections de l'INSEE sur la période 2005-2050¹⁶ montrent, certes, que la part des personnes de 60 ans et plus va passer de 21 % à 35 % de la population, celle des 75 ans et plus de 8 % à 18 %, et celle des 85 ans et plus de 1,8 % à 7,5 %. Mais, dans le même temps, l'analyse détaillée de plusieurs enquêtes¹⁷ démontre que l'espérance de vie sans incapacité a fortement augmenté. De 1991 à 2003, elle s'est ainsi accrue de 2,5 % par an à l'âge de 65 ans pour les deux sexes ; pour les seuls hommes, sur la même période, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance a augmenté de 5,5 ans (3,4 ans à l'âge de 65 ans), soit plus du double des gains obtenus entre 1981 et 1991.

En d'autres termes, l'allongement de la durée de l'existence va évidemment conduire à l'augmentation concomitante des situations de dépendance, mais ce coût va être très largement compensé par l'augmentation d'activité, d'emploi, de dépenses et donc de recettes, en raison même de ce mouvement démographique. C'est notamment l'une des raisons pour lesquelles la mise en œuvre d'indicateurs permettant d'estimer l'opportunité des dépenses de soins en fonction de l'état du patient et de ses années de survie potentielle – les QALYs¹⁸ par exemple – voit son sens s'estomper. Non seulement ils heurtent des principes déontologiques fondateurs de nos sociétés en établissent une discrimination entre personnes suivant un critère supposé « objectif » de qualité de vie – à tel point que leurs plus fervents partisans ont recommandé de donner un poids différent au critère de qualité de vie en fonction de ce qu'en pensent les groupes ou les personnes considérés –, mais ils

¹⁶ Rapportées par Joëlle Gaymu, « Aspects démographiques du vieillissement », *Bulletin épidémiologique quotidien*, n° 5-6, 2006, p. 38-39.

¹⁷ Quatre enquêtes sur la santé, les soins, la protection sociale, le handicap, analysées par Emmanuelle Camois, Aurore Clavel et Jean-Marie Robine dans : « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Solidarité et Santé*, n° 2, 2006, p. 7-22.

¹⁸ *Quality-adjusted life year*.

contreviennent à un mouvement économique de fond, considérant désormais que la santé est moins un coût qu'une source de richesse. Si l'on peut réfléchir sur le gain thérapeutique de telle ou telle pratique, en revanche l'attitude consistant à réfléchir à son opportunité en fonction de l'âge, de l'état de la personne ou en regard de critères généraux, porte en elle-même des risques majeurs de dérive et de remise en cause de nos modèles sociaux. Incidemment, la question demeure de savoir si un raisonnement ainsi adossé à un bilan coût/gain – s'il devait prospérer et conduire à des évolutions sociales, notamment sur la question de l'anticipation de la fin de l'existence – ne risquerait pas de s'étendre à d'autres couches de la population dont la « productivité » viendrait un jour à être interrogée.

Il n'est pas question ici de soulever de nouveau le débat quant au caractère nécessairement borné ou non des dépenses de santé, la question de l'arbitrage entre efficacité économique des politiques de santé et éthique a été largement parcourue, notamment par le Comité consultatif national d'éthique¹⁹. Il n'existe pas de formule permettant de résoudre le conflit entre une demande de soin potentiellement illimité et un effort de la Nation pour la santé nécessairement limité, puisque ce dernier vient en concurrence avec les autres dépenses sociales dans un environnement financier strictement déterminé par l'évolution de la richesse nationale. Il n'en reste pas moins qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre critères d'efficacité économique et critères éthiques : l'utilisation adéquate des ressources médicales – par définition limitée en vertu du principe de rareté – répond à l'impératif éthique d'emploi fondé sur le coût d'opportunité²⁰ : il faut sans cesse vérifier que ces ressources ne sont pas employées en vain ou de façon inadéquate alors qu'elles pourraient être utilisées à d'autres fins, notamment pour répondre à des demandes de soins pressantes. Il y a donc une imbrication totale entre principes éthiques et critères d'efficacité économique.

¹⁹ Avis n° 57, *Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs*, 20 mars 1998.

²⁰ Coût lié à l'emploi d'une ressource quant on le compare à l'économie qui aurait pu être réalisée par un autre emploi de cette même ressource ou à la plus grande utilité de ce dernier.

Autrement dit, penser le coût du soin relativement à l'absence de soin contrevient à la logique qui préside à notre système de protection sociale et remet en cause plus spécifiquement notre organisation sanitaire : à court terme, il serait bien évidemment plus économique de ne plus poser de *pace makers*, de cesser toutes greffes d'organe ou de mettre un terme à la prise en charge thérapeutique des maladies chroniques. En réalité, le rapport coût/avantage d'une telle interruption serait extrêmement dégradé par rapport à l'amélioration de la prise en charge sanitaire de la population et à son impact économique.

On ne peut donc pas à la fois affirmer que la mort est un phénomène strictement individuel et, à l'appui de cette revendication, prendre comme argument le coût collectif – jugé excessif – de la prise en charge socialisée du vieillissement. La mort est à la fois un événement individuel et un phénomène collectif qui doit aussi être pensé à ce niveau, tout particulièrement s'agissant du rapport à une mort volontaire dispensée par autrui, qui serait éventuellement tolérée ou légalisée par le corps social.

Le droit à la vie, norme suprême

Le droit à la vie est communément reconnu par tous les pays européens mais cette reconnaissance n'épuise pas la question d'un droit parallèle à demander et/ou à donner la mort. L'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme stipule que « *Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi* », en ajoutant que « *La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...)* ». Il est toutefois précisé, dans le même article, que la mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article quand elle résulte d'une sentence capitale prononcée en regard d'un délit que la loi punit de cette peine, ou bien dans les cas où un recours à la force s'avère absolument nécessaire pour : assurer la défense de toute personne contre la violence illégale ; effectuer une arrestation régulière ou empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue ; réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection. En revanche, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui spécifie dans son article 2 que « *Toute*

personne a droit à la vie », précise que « *Nul ne peut être condamné à la peine de mort, ni exécuté* ». Mais aucune référence n'y est faite à une quelconque interdiction de donner la mort en dehors de l'infliction de la peine capitale²¹. La Cour européenne des droits de l'homme, quant à elle, a estimé que le droit à la vie ne s'étendait pas jusqu'au droit de ne pas vivre. Ses décisions juridiques ont toutefois conduit à considérer que les lois nationales sont suffisamment souples pour admettre que dans certains cas la mort soit donnée intentionnellement, alors même que cette pratique demeure interdite. Au surplus, elle constate que les peines encourues en cas d'assistance au suicide sont généralement peu sévères.

Le Conseil de l'Europe, lui, s'est prononcé très clairement contre l'euthanasie, considérant que le droit à la vie ne peut souffrir d'autres dérogations que celles mentionnées à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme²². En dehors de ces cas spécifiques, le Conseil considère que la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement. Il précise que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en aucun cas constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers, et que ce désir ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort. Cette position renvoie aux exigences de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme – « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* » – qui soumet les États à des obligations impératives : les enfants et les autres personnes vulnérables, tout particulièrement, ont droit à la protection de l'État sous la forme d'une prévention efficace qui les met à l'abri des formes les plus graves d'atteintes à l'intégrité de leur personne.

Le dispositif juridique français de protection de la vie est puissamment empreint par les règles qui viennent d'être décrites. Ayant aboli la peine de mort, la France n'est certes plus concernée par l'exception au principe de vie que constitue l'application du châtiment suprême comme sanction pénale ; elle demeure toutefois

²¹ Bertrand Mathieu, *Le droit à la vie dans les jurisprudences constitutionnelles et conventionnelles européennes*, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2005.

²² Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants.

soumise à la nécessité de restreindre les recours aux violences légitimes par la force publique qui sont susceptibles de provoquer la mort. Hormis cette dérogation, la question du droit à la vie porte désormais sur plusieurs points : la capacité de refuser des soins ; la condamnation de l'acharnement thérapeutique ; la légitimité d'une demande de mort par autrui ; la légalité de l'infliction de la mort par un tiers. C'est à l'intérieur de ce faisceau d'enjeux que s'inscrit le dispositif français, tel qu'il a été défini par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti.

Les dérives de la mort institutionnalisée

Le caractère collectif du rapport à la mort est paradoxalement reconnu par les partisans de la légalisation de l'euthanasie eux-mêmes qui fondent pourtant leur revendication sur le caractère éminemment individuel du décès selon eux. Alors qu'ils professent que l'attitude envers la vie et la mort relève de la sphère privée, ils vont bien au-delà d'une demande de légalisation de l'euthanasie en exigeant que la faculté de réclamer et d'obtenir la mort par autrui devienne un droit opposable inscrit dans le *corpus* des libertés publiques, c'est-à-dire défini par la loi : en d'autres termes, présentée comme relevant de la seule sphère privée, l'aspiration à bénéficier d'une mort par autrui doit faire l'objet d'une protection collective sous la forme d'un droit nouveau, et pas seulement la levée d'une interdiction.

La mort anticipée, quelle que soit sa modalité, relève-t-elle exclusivement d'une question individuelle ou bien la précipitation du décès d'un seul être humain affecte-t-elle le fonctionnement social dans sa globalité ? La légalisation de l'euthanasie ne serait-elle qu'une nouvelle évolution de « *La ligne de partage des pouvoirs sur la vie entre l'individu et l'État*²³ » ? Le caractère public du rapport à la mort volontaire est d'ailleurs attesté par la mise en œuvre de politiques de prévention du suicide et des conduites à risque : l'immixtion des autorités sanitaires dans ce qui est décrit

²³ Stéphanie Henneute-Vauchez, *Disposer de soi ?*, Paris, L'Harmattan, 2004, p. 275.

comme un rapport strictement individuel à la fin de l'existence démontre, au contraire, que ce rapport possède une dimension intrinsèquement publique et socialisée. C'est là tout le paradoxe du suicide et des circonstances qui l'entourent : cet acte est à la fois éminemment individuel mais tout autant collectif. Si se suicider concerne la société dans son ensemble, la compromission de l'équilibre social est encore davantage marquée dès lors que l'anticipation de la fin naturelle de l'existence recèle une dimension sacrificielle : le suicide affecte le fonctionnement social ; le sacrifice le compromet.

Le pouvoir dévolu à l'État ou à la puissance publique de décider de la poursuite ou de l'interruption de l'existence des citoyens qui en relève est à l'origine des pires dérives et, à ce titre, continue de charrier les relents les plus délétères que les partisans de la légalisation d'une mort par autrui socialement autorisée s'appliquent à dissiper. Le souci d'écarter le pouvoir de mort des attributions de la justice est un des arguments qui ont été invoqués – et l'est encore dans les pays où elle est toujours en vigueur – contre la peine de mort. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur une situation où la peine de mort aurait été bannie de l'échelle des peines à infliger à un criminel – c'est-à-dire l'abrègement par la puissance publique de la vie d'un des membres du groupe social – et où, dans le même temps, on pourrait confier à une commission *ad hoc* le pouvoir de décider si telle demande d'euthanasie est robuste et légitime ou, pire encore, apprécier *a posteriori* si telle ou telle euthanasie a été réalisée conformément à des règles censées encadrer cette pratique.

Hormis l'infliction d'une peine judiciaire, l'intervention de l'État dans la dispensation de la mort – mise ponctuellement en pratique dans l'Allemagne nazie – est une recommandation récurrente qui se retrouve dans de nombreux écrits de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle. Ainsi, le docteur Binet-Sanglé²⁴ recommandait-il la création « d'Instituts de l'euthanasie » rattachés à l'Assistance publique. Considérant que l'État, par ses manquements, est responsable de la douleur provoquée notamment par « *les mariages des mauvais géniteurs* » qui conduisent à « *la multiplication des dégénérés* », ou par la prise d'alcool ou la diffusion

²⁴ Charles Binet-Sanglé, *L'art de mourir. Défense et technique du suicide secondé*, Paris, Albin Michel, 1919.

des maladies transmissibles, il lui incombe de mettre fin à cette douleur : « *Si elle est curable, par la thérapeutique, si elle est incurable, par l'euthanasie.* » Il précisait que les propositions d'euthanasie devraient être examinées par un collège de spécialistes – pathologistes, psychologues, thérapeutes – chargés d'explorer les éventuelles solutions alternatives à l'abrègement de l'existence et, à défaut, de valider la demande et de la mettre en oeuvre.

De même, dans leur ouvrage controversé qui formalisa les justifications théoriques aux pratiques eugénistes et euthanasiques de l'Allemagne nazie, Binding et Hoche recommandaient-ils que les demandes d'euthanasie soient soumises à organisme étatique chargé de vérifier que seraient remplies les conditions de ce qu'ils dénommaient la « libération », à savoir l'existence « *d'une maladie irrémédiable ou d'une idiotie incurable*²⁵. » Ils précisaient que la « libération », administrée sans douleur par un expert, devrait faire l'objet d'un rapport soigneux remis *a posteriori* à cet organisme étatique, qui d'ailleurs a vu le jour sous le régime nazi. Alfred Nobel, quant à lui, avait financièrement encouragé la construction en Italie d'un établissement d'euthanasie : les personnes fatiguées de vivre devraient, au terme d'un repas somptueux, être endormies par des parfums agréables au son d'une musique douce. On ne peut manquer de rapprocher cette description d'une des scènes les plus poignantes du film de Richard Fleisher, *Soleil vert*, sorti en 1973, dans lequel l'un des personnages, qui a décidé d'en finir avec la vie, se rend dans un bâtiment public dédié à cet objectif. Là, il est accueilli comme un hôte de marque, doucement allongé sur un lit en forme d'autel et, avant que de boire le liquide de mort qu'on lui tend, confesse : « *J'ai vécu trop longtemps* ». C'est également la proposition faite par Jo Roman de création de « maisons du suicide » où tout un chacun serait assisté dans sa volonté de mettre fin à ses jours et dans les modalités de sa mise en œuvre : « *Tout candidat au suicide devrait trouver extrêmement reconfortante la présence autour de lui d'un groupe d'assistants qui respectent ses désirs et soient prêts (...) à tout faire pour lui faciliter l'exécution de son dessein.*²⁶ » Elle propose même que des « pilules du dé-

²⁵ Reproduit et commenté dans le livre de Klaudia Schank et Michel Schooyans, *Le dossier Binding & Hoche*, Paris, Le Sarmant, 2002, p. 91.

²⁶ Jo Roman, *J'ai choisi l'heure de ma mort*, Paris, Pygmalion, 1981, p. 132.

part » soient produites industriellement et mises à la disposition du public afin de mettre à l'index les autres formes plus violentes de suicide.

Dans toutes ces propositions, c'est l'État qui organise, incite même, les plus faibles et les moins productifs à quitter la vie, mettant en place pour ce faire un réseau de structures de dispensation de la mort. Mais le conflit entre dimension individuelle et dimension collective de la mort ne peut pas s'analyser uniquement à l'aune du rôle dévolu en la matière à la puissance publique et doit s'étendre au corps social dans son ensemble, dont la puissance publique n'est que l'émanation.

La confusion entretenue entre euthanasie et suicide

La dimension sacrificielle de certains suicides peut-elle se retrouver dans certaines demandes d'euthanasie, ou toutes ? Dit autrement, la décision et la mise en œuvre de la mort anticipée n'a-t-elle de comptes à rendre qu'à la psychologie ou bien aussi – surtout ? – à la sociologie en tant que l'anticipation de la mort naturelle est tout autant une question sociale, et ce qu'un tiers y tienne un rôle ou pas. Dans le mécanisme de transmission du souhait de mourir avant son heure – par soi-même ou par autrui –, la volonté d'imiter apparaît comme un ressort particulièrement puissant.

Condamné religieusement, le suicide n'est plus poursuivi pénalement depuis fort longtemps au motif principal qu'en cas de succès le suicidé ne peut plus répondre de ses actes, et que si sa tentative a échoué mieux vaut le considérer comme un malade que comme un coupable. Le suicide est un acte non répréhensible d'un point de vue pénal à condition que son accomplissement ne mette pas en danger la vie d'autrui : autant chacun est libre de se pendre, d'absorber des médicaments ou de se trancher les veines ; autant il n'est pas admis de se jeter d'un pont en dessous duquel passent des gens, de lancer sa voiture à contresens sur l'autoroute ou de provoquer une fuite de gaz dans son appartement au risque de faire exploser l'immeuble entier.

D'un point de vue légal, le problème surgit de l'ambiguïté née des concepts de « suicide assisté », « secondé » ou « d'aide au

suicide » qui viennent effacer la frontière pourtant marquée séparant euthanasie et suicide. Or l'euthanasie est le fait d'anticiper l'échéance naturelle de la mort par l'action d'un tiers, et le suicide de se donner la mort par soi-même, ce qui est exclusif de toute aide et de toute assistance extérieure. Par conséquent, les notions d'aide au suicide, de suicide assisté ou secondé sont des non-sens : pourquoi aider, seconder ou assister quelqu'un qui est en mesure de se donner la mort par lui-même ? Les seuls cas où ces définitions pourraient avoir une signification sont ceux des personnes conscientes désirant se donner la mort mais n'étant pas en mesure de le faire physiquement – tout particulièrement les personnes privées de l'usage de leurs quatre membres. La fourniture de produits ou de moyens permettant de mettre fin à ses jours ne peut donc être corrélée au suicide que s'agissant de la situation de handicapés totaux qui n'auraient pas les moyens physiques de les absorber sans aide ; dans tous les autres cas, c'est d'euthanasie qu'il s'agit. Incidemment, l'argument consistant à dire que l'euthanasie permettrait de libérer les patients du pouvoir médical en leur permettant de s'affranchir de ce dernier s'agissant de l'échéance de sa vie est paradoxal, dans la mesure où l'euthanasie exige le recours à un tiers – médical ou pas.

La notion de suicide assisté introduit une grande confusion conduisant à atténuer l'impact légal de l'acte euthanasique. Que veut-on dire par là ? Qu'un tiers est présent pendant qu'une personne met fin à ses jours ou bien contribue à son geste ? Mais alors, soit la personne est en mesure physiquement de se suicider, et on ne voit pas de quelle assistance elle pourrait avoir besoin, soit un ou plusieurs tiers participent à l'action qui conduit à sa mort, et c'est d'euthanasie qu'il s'agit.

Dans la mesure où le suicide n'est pas pénalement réprimé et que seule peut être qualifié de complice la personne qui contribue à faciliter ou à rendre possible une infraction, un délit ou un crime, la « complicité » de suicide ne peut pas être poursuivie. En revanche, la provocation et l'incitation au suicide sont des infractions. Par conséquent, la différence tient dans les circonstances de l'infliction de la mort : « suicider » quelqu'un, c'est-à-dire lui injecter un produit létal en réponse à sa demande, est un crime ; ne pas l'empêcher de se suicider relève de l'infraction de non-assistance à

personne en danger²⁷ ou, suivant la situation, de la provocation au suicide. S'agissant de publications qui inciteraient à la provocation au suicide, la qualification de non-assistance à personne en danger ne peut être retenue que s'il existe un lien de causalité direct entre le suicide et ladite publication. Dès lors qu'il n'existe pas de dialogue direct entre la personne qui se suicide et l'auteur ou l'éditeur, il ne peut être reproché à ces derniers une non-assistance à personne en danger dans la mesure où elles n'ont pas connaissance d'un péril requérant leur aide ; partant, on ne peut leur reprocher de ne pas avoir offert cette dernière. La frontière entre facilitation du suicide et suicide assisté est donc ténue. Elle est d'autant plus difficile à déterminer que la mise à disposition d'autrui de produits destinés à mettre fin à ses jours pourrait être considérée comme un suicide assisté, mais que les produits utilisés pour se suicider n'ont évidemment pas comme indication de provoquer la mort, seule leur absorption en excès pouvant conduire au décès.

Il reste à préciser d'un point de vue juridique que la liberté de mettre fin à ses jours n'est pas un droit : si c'était le cas, il devrait être protégé et défendu, ce qui conduirait à réprimer ceux qui entraveraient son plein exercice. Le « droit à la mort », revendiqué par certaines personnalités ou certaines associations, n'est qu'un raccourci hasardeux, inexact juridiquement et impossible à mettre en œuvre : ne pas injecter un produit létal à une personne qui le réclame, par exemple, deviendrait un comportement fautif et par là-même sanctionnable.

Des conditions barbares de suicide justifiant l'euthanasie ?

L'enjeu fondamental est donc moins la légalité du suicide que la capacité de mettre fin à ses jours et les modalités pratiques d'accomplissement de cet acte. Dans une tribune publiée en 1987 par le journal *Le Monde*, Henri Caillavet, ancien président de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, posait une question douloureuse quand il se demandait si : « *Imposer une vie*

²⁷ Le Code civil prévoit de punir quiconque s'abstient volontairement de porter assistance à une personne en péril, alors qu'il ne se met pas en danger en le faisant ou en appelant des secours.

non acceptée à celui qui ne peut matériellement pas se suicider, n'est-ce pas porter atteinte à sa dignité ? » Il y a en effet une grande différence entre s'interroger sur le caractère libre de la décision de mourir et constater que même librement formé, le désir de ce suicider affronte de terribles obstacles matériels – soit que la personne est physiquement empêchée de pouvoir se suicider soit que, capable de mettre fin à ses jours, elle est effrayée par la violence des conditions de son décès, pour elle-même et pour ceux qui découvriront son cadavre. On cerne là l'ambiguïté même des demandes d'euthanasie. La personne demande-t-elle qu'on mette fin à ses jours parce qu'elle n'est pas en mesure de le faire par elle-même – soit qu'elle est impotente, soit qu'elle ne dispose pas des moyens requis pour ce faire ? Ou bien souhaite-t-elle disposer de cette possibilité si besoin s'en faisait sentir ? Ou bien encore, cette demande d'euthanasie en masque-t-elle d'autres : demande de ne plus souffrir physiquement, psychologiquement, de ne plus subir sa dégradation, la perte d'estime de soi... ?

La Cour européenne des droits de l'homme a jugé illicite l'établissement de toute distinction juridique entre les personnes qui seraient en mesure de se suicider et celles qui ne le seraient pas. Pourtant, l'un des arguments les plus perturbants utilisés par les défenseurs de la légalisation de l'euthanasie est l'inégalité de fait qui existe entre ceux qui disposeraient des moyens de se donner la mort dans des conditions dignes et décentes, de ceux qui n'en disposeraient pas et seraient contraints – en cas de désir manifeste de mort – de recourir à des conditions de décès indignes, difficiles pour eux-mêmes, et traumatisantes pour leurs proches. Mourir par absorption d'un produit ou par l'injection d'un cocktail de produits ne peut se comparer au fait de se jeter d'une fenêtre, d'un escalier, se pendre, s'étouffer dans un sac plastique ou se tirer une balle dans la tête. Ces différences sont tout aussi prégnantes pour les familles, les survivants ou les proches. Voir un cadavre aux traits apaisés n'ouvre pas le même type de deuil que de découvrir un corps pendant au bout d'une corde, désarticulé au pied d'un immeuble, défiguré par la suffocation ou les dégâts provoqués par une arme à feu.

Or, selon une étude de la direction de la recherche du ministère français de la Santé²⁸, sur les 10 700 suicides comptabilisés en 2003 (pour une estimation réelle de 13 000 personnes ayant mis fin à leurs jours cette année-là), le mode de suicide le plus fréquent a été la pendaison (45 % des suicides en 2002), l'utilisation d'une arme à feu (16 %), puis l'intoxication (15 %). La pendaison est la modalité principale de suicide chez les hommes ; l'ingestion de substances toxiques chez les femmes. Une différence majeure continue d'exister par conséquent entre ceux qui peuvent s'infliger une mort paisible et non traumatisante pour l'entourage de ceux qui ne le peuvent pas : c'est incontestablement là un argument puissant. Jean Leonetti se trompe quand il affirme que : « Avec Internet, ceux qui veulent se donner la mort sans brutalité en trouvent les moyens.²⁹ » Bien au contraire, une recherche Internet approfondie permet de mesurer à quel point les informations sur les modalités de suicide ont été – fort heureusement – verrouillées et qu'à l'inverse les mots-clés s'inscrivant dans ce domaine mènent systématiquement vers des sites promouvant la prévention de cet acte ultime.

Pour les personnes invalides, la présence d'un tiers est nécessaire à l'accomplissement du suicide. On est là dans le seul cas limite entre euthanasie et suicide : comment imaginer autrement qu'une personne invalide mette fin à ses jours dès lors qu'elle est privée de toute capacité de mouvement ?

Ce débat sur les conditions du suicide est fondamental, au cœur sans doute de la polémique quant aux fins de vie et à leur caractère digne ou pas. *Mutatis mutandis*, rappelons que la question de la légalisation de l'avortement a porté en réalité sur les conditions de ce dernier puisque sa pratique, même clandestine, était déjà largement répandue. Les femmes se faisaient avorter bien avant le vote de la loi Veil mais dans des conditions d'hygiène déplorables. La légalisation de l'avortement n'a pas eu d'impact significatif sur le nombre d'avortements mais a transformé du tout au tout ses conditions de mise en œuvre et d'asepsie. La comparaison avec le suicide s'impose donc, dans la mesure où c'est le caractère souvent

²⁸ Marie-Claude Mouquet, Vanessa Bellamy, Valérie Carrasco, « Suicides et tentatives de suicide en France », *Études et Résultats*, n° 488, mai 2006.

²⁹ Interview publiée par le journal *La Croix* dans son édition du 29 octobre 2008.

effroyable des conditions de la fin de vie volontaire qui fait comparativement apparaître l'euthanasie comme une alternative bienveillante et apaisée.

Le suicide à l'articulation de l'individuel et du collectif

Pour certains, la mort serait une affaire publique décentralisée par l'État au niveau des individus : on se serait débarrassé du décès sur le mourant, le laissant seul face à ce moment autrefois partagé avec tous³⁰ ; la mort aurait été un événement collectif qui se serait individualisé, privatisé³¹. Pour d'autres, la dimension individuelle de la mort est insuffisamment respectée³². Ainsi, le suicide, marqueur de la liberté ultime que tous nous aurions le cas échéant sur notre propre existence, serait une question éminemment personnelle qui mettrait exclusivement en jeu l'indépendance de chacun. C'est d'ailleurs l'un des arguments fondateurs de la revendication d'une légalisation de l'euthanasie : quel meilleur argument en faveur de l'autodétermination de l'être humain que sa capacité à mettre fin à ses jours ou de demander qu'on y mette fin ? Paradoxalement, c'est là l'une des affirmations contenues dans le rapport qui a précédé le vote de la loi prohibant l'incitation au suicide³³ : la libre détermination de mourir avant son heure est reconnue par la représentation nationale, cependant que le texte de loi qu'elle vote réprime lourdement la diffusion de méthodes permettant de faire jouer cette possibilité.

Or l'une des observations à l'origine de la démarche sociologique a été au contraire de démontrer que le suicide est l'une des manifestations de l'existence d'un corps social, dont la fin préma-

³⁰ Robert William Higgins, « Le sujet mourant : la mort en état d'exception », in Frédéric Lenoir, Jean-Philippe de Tonnac (Dir.), *La mort et l'immortalité*, Paris, Bayard, 2004, p. 1091-1107.

³¹ Philippe Ariès, *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-âge à nos jours*, Paris, Éditions du Seuil, 1975.

³² Henri Caillavet, « L'euthanasie : un mot qui ne doit pas faire peur », *Le Monde*, 24 février 1987. Henri Caillavet est l'ancien président de l'ADMD, l'Association pour le droit de mourir dans la dignité.

³³ Étienne Dailly, *Rapport sur la proposition de loi tendant à réprimer l'incitation et l'aide au suicide*, n° 359, Paris, Sénat, 1983.

turée de certains de ses membres est la manifestation de la propension collective au décès qui s'exprime par ces derniers. C'est l'argument avancé par Émile Durkheim dans un livre³⁴ considéré comme fondateur de la sociologie. Son argument central est que chaque société a une aptitude définie par rapport au suicide suivant chaque moment de son histoire. Il en prend pour preuve que le taux de suicides est constant durant de longues périodes, quand bien même la mortalité générale de la population connaît des variations d'une année sur l'autre. Pour lui : « *Chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires.*³⁵ » Il avance que la fin anticipée d'un être humain est le produit de causes individuelles et sociales. Il ne nie pas que les morts volontaires ressortissent aussi à des causes strictement individuelles, mais il démontre que – contrairement à ce qui est communément affirmé – ces causes n'en sont pas les déterminants mais des facteurs qui rendent les « suicidants » plus sensibles à une tendance sociale au suicide. Une personne ne met pas fin à ses jours en raison de son état psychologique mais cet état psychologique la rend plus réceptive aux facteurs sociaux favorisant le suicide : ce dernier est donc moins une affection individuelle qu'un symptôme social. La propension au suicide s'accroît avec l'âge, ce qui est le signe manifeste du rôle de la vie sociale sur la mort volontaire à mesure que les êtres humains y sont engagés, son influence s'accumulant au fil de l'âge.

Durkheim a établi une typologie des causes fondamentales du suicide fondée sur l'intensité de la vie sociale qui détermine la propension à mettre fin à ses jours. Il distingue ainsi le suicide égoïste, du suicide altruiste et du suicide anémique. Le suicide égoïste est le résultat d'une déliquescence du lien avec la société, le recroquevillement de l'individu sur lui-même, la focalisation sur sa propre personne et, partant, de la prévalence des règles relevant de ses intérêts privés. Le suicide égoïste résulte d'une individuation excessive où le Moi individuel s'exacerbe au détriment du Moi social. À l'inverse, une trop forte intégration à la société conduit à une autre forme de suicide, le suicide altruiste. Les exemples sont nombreux de morts volontaires perpétrées au nom du bien com-

³⁴ Émile Durkheim, *Le suicide*, Paris, Presses universitaires de France, 1930.

³⁵ *Ibidem*, p. 15.

mun, en particulier dans les sociétés primitives. Durkheim recense trois catégories de raisons : hommes arrivés au seuil de la vieillesse ou atteints de maladie choisissant le décès prématuré plutôt que de subir l'outrage de mourir de vieillesse dans leur lit ; femmes se tuant à la mort de leur mari ; serviteurs mettant fin à leur existence à la mort de leur chef. Il a bien pointé le caractère obligatoire de ces suicides, une dimension strictement altruiste dans ces gestes aurait nécessité un caractère volontaire ; or ces personnes se tuent parce qu'elles ont socialement le devoir de le faire. C'est la raison pour laquelle, Durkheim qualifie ces cas de figure de suicide altruiste « obligatoire » car tout suicide altruiste ne l'est pas nécessairement. Le suicide altruiste obligatoire recèle une dimension oblatrice : l'individu se tue parce que sa conscience lui ordonne de le faire. Durkheim établit donc trois sous-catégories de suicide altruiste : obligatoire, facultatif et aigu – le suicide mystique formant le parfait modèle du suicide aigu. Il ajoute que dans les sociétés où règne le suicide altruiste, la faiblesse de la valeur humaine fait que si l'homme est toujours prêt à donner sa vie, il est symétriquement peu enclin à faire cas de celle d'autrui. Le suicide anémique, enfin, relève de la façon dont la société encadre la vie des êtres humains, il résulte de l'affaiblissement des valeurs sociales. Durkheim mentionne pour mémoire (en raison de sa rareté) un quatrième type de suicide – le suicide fataliste – qui résulte, selon lui, d'un excès de réglementation : c'est le suicide des époux trop jeunes, de la femme mariée sans enfant, de l'esclave ou du prisonnier, qui ne se voient pas d'avenir parce qu'écrasés par une discipline oppressive.

Il ne s'agit pas ici de discuter de la pertinence de la typologie de Durkheim – qui d'ailleurs peut se croiser pour produire d'autres sous-catégories (suicides ego-anémiques, anémiques-altruistes, ego-altruistes), et qui a fait l'objet depuis de nombreuses remises en question – mais de partir du lien qu'il a établi entre mort volontaire individuelle et collectivité : quelles que soient les formes de suicide, leurs déterminants renvoient aussi à l'état de l'organisation sociale et ne s'épuisent pas dans les caractéristiques du tempérament de l'individu qui met fin à ses jours. Chaque groupe social a ainsi un penchant collectif pour la mort volontaire qui s'exprime dans un certain nombre d'individus : ce ne sont pas les caractéristiques égoïstes, altruistes ou anémiques de telle ou telle personne qui

sont à l'œuvre mais bien celles du corps social qui, pénétrant les individus, les déterminent à se tuer. La dimension individuelle, qui passe pour être à l'origine du suicide, n'a d'autre effet, en réalité, que de prédisposer plus ou moins l'individu à l'état moral de la société.

Il existe donc une inclination collective au suicide dont procèdent les tendances individuelles et pas l'inverse : ce n'est pas l'agrégation des tendances individuelles qui détermine la tendance collective. Durkheim en veut pour preuve que les suicidés forment une infime minorité répartie géographiquement sur un territoire national et sociologiquement sur le spectre des classes sociales et des catégories socioprofessionnelles. Pourtant, sans que les intéressés se concertent, le nombre de suicidés demeure identique dans une société tant que cette dernière ne change pas. En transposant ces observations, on est en droit de se demander si la demande de légalisation de l'euthanasie relève d'une aspiration à l'exercice ultime de l'autonomie de la personne humaine, ou bien si l'on ne peut pas plutôt y voir l'expression d'un positionnement collectif vis-à-vis de la mort qui s'exprimerait à travers les malades en fin de vie.

Il est difficile aujourd'hui d'imaginer quel fût l'opprobre jeté sur les suicidés, les mutilations perpétrées sur les cadavres de ces « martyrs de Satan », la spoliation de leurs biens comme sanction d'un crime jugé d'autant plus odieux que le meurtrier échappait au châtement en raison même du succès de son acte : le désespoir à l'origine de l'acte ne pouvait avoir qu'une origine diabolique. Nous sommes donc les héritiers de sociétés qui ont violemment stigmatisé le suicide au cours des siècles, cependant que la réflexion sur sa justification était le propre des esprits éclairés, des cercles les plus avancés. C'est la raison pour laquelle, quand bien même cet argument n'est pas explicitement utilisé par les partisans de la légalisation de l'euthanasie, il n'est pas impossible qu'ils placent les opposants à la dépenalisation dans la lignée directe de l'ancestrale condamnation moralisatrice du suicide : on empêcherait toujours les gens de se suicider, cette fois avec l'aide d'autrui, pour les mêmes motifs rétrogrades qui ont conduit nos ancêtres à profaner les cadavres des auteurs d'une mort volontaire. Pire encore, la mutilation cette fois se ferait *in vivo*, en laissant la maladie détruire à petit

feu le corps des mourants à qui l'on interdirait de bénéficier du droit de mourir prématurément.

Les sociétés traditionnelles étaient gouvernées sous le règne de monarchies absolues, le roi était à la fois maître de la vie de ses sujets et représentant de Dieu sur terre. Non seulement le suicide remettait en cause la légitimité de son mandat en transgressant un tabou édicté par l'Église mais il le dépossédait aussi de ce qui lui appartenait : disposer librement de sa vie c'était voler le roi. Symétriquement, le mouvement pour la décriminalisation du meurtre compassionnel s'inscrivait dans la filiation des idées progressistes qui ont autrefois été avancées pour la dépénalisation du suicide : la légalisation de l'euthanasie permettrait à chacun de s'affranchir définitivement du pouvoir tutélaire du souverain sur nos existences, incarné désormais par la puissance publique. Il serait par conséquent aussi indécent de laisser se dégrader le corps d'êtres vivants abandonnés par le désir d'exister qu'il était dénué de sens de punir les cadavres des suicidés. L'euthanasie serait dès lors envisagée comme un moyen de souscrire aux désirs de mort volontaire, toujours entravés par un sentiment diffus de culpabilité anticipée due à la proscription sociale du suicide. C'est là une autre façon de dire que la décriminalisation de l'euthanasie faciliterait le passage à l'acte, bien au-delà du geste lui-même, en allégeant l'intéressé du terrible débat individuel précédant le suicide.

L'imitation comme appropriation d'une légitimité

L'histoire a montré que ce ne sont pas ceux qui ont le plus parlé du suicide ou posé publiquement la question de son opportunité qui l'ont mis en pratique : Shakespeare, Bacon ou Madame de Staël, pour ne prendre que ces quelques exemples, sont décédés de leur belle mort dans leur lit ; Camus est mort accidentellement en voiture. Les suicides « philosophiques » sont très rares. Souvent, les auteur(e)s concernés tournent en tous sens une question dangereuse qu'ils désamorcent par là pour leur propre compte en l'épuisant par le débroussaillage du champ infini des hésitations qui lui sont liées ; le problème est que leur réflexion a pu être fatale à d'autres, davantage portés à l'action qu'à la méditation. Il pourrait en être

ainsi de l'euthanasie, la capacité de faire miroiter cette perspective dangereuse devenant le privilège d'une élite, cependant que le passage à l'acte échoirait à une majorité désireuse de s'identifier à cette dernière – à l'instar du suicide autrefois réservé à une aristocratie noble et cléricale. Le cas de Vatel, maître d'hôtel du prince de Condé, forme l'illustration d'une telle attitude. Il avait cherché à capter la grandeur de ses maîtres en mettant fin à ses jours en raison d'un manquement dans l'ordonnancement d'un repas dont il avait la charge à la Cour de France. Sans doute s'était-il imaginé ainsi pouvoir s'élever au-dessus de sa condition, attester l'importance de sa charge en singeant les pratiques supposées de la noblesse qu'il servait. Mais domestique il était, domestique il est resté : passé un premier étonnement admiratif face à son geste, chacun s'en est immédiatement retourné au festin, oubliant le sort du malheureux qui venait de le préparer et pour lequel il avait donné sa vie.

Il faut revenir un moment sur ce qu'est réellement l'imitation pour prendre la mesure des modalités de diffusion que pourrait adopter l'attrait mythifié pour la mort anticipée ; on va le faire par le prisme du débat qui s'est tenu entre Émile Durkheim et Gabriel de Tarde³⁶. Pour Durkheim, on réunit indûment trois groupes de faits sous le vocable « imitation » : le besoin des êtres humains de se mettre en harmonie avec le groupe social auquel ils appartiennent en en suivant les modes, les usages et les coutumes ; la singerie pure, dénuée de sens, qui consiste à copier des attitudes et des comportements ; la communauté de perception au sein d'un même groupe social dont tous les éléments sont soumis à une ou plusieurs causes semblables, ces états de conscience simultanément éprouvés interagissant et se combinant pour donner naissance à un état nouveau. Selon lui, cette communauté de perception n'a rien à voir avec l'imitation car elle ne comprend aucun fait de reproduction. De même, agir par respect ou par crainte de l'opinion, se conformer aux modes et aux mœurs de son pays, ne relève pas de l'imitation qui, au total, se limite aux yeux de Durkheim à de la singerie, à une reproduction mécanique de mouvements dont on est témoin. Pour lui, l'imitation est un phénomène purement psychologique qui peut avoir lieu entre des individus que n'unit aucun lien

³⁶ Gabriel de Tarde, *Les lois de l'imitation*, Paris, Éditions Kimé, 1993.

social. Il considère que si le suicide était déterminé par l'imitation, il serait pour tout ou partie la conséquence de causes individuelles.

Selon Durkheim, l'imitation est le résultat d'une contagion ; or il n'y a rien de contagieux à se conformer à un précepte moral ou à respecter une autorité. En d'autres termes, le marqueur de l'imitation est le défaut de consentement et de participation. Durkheim distingue donc « sentir en commun », « s'incliner devant l'autorité de l'opinion » et « répéter automatiquement ce que d'autres ont fait » – cette dernière acception relevant exclusivement, selon lui, de l'imitation. De cette dernière, il donne la définition suivante : « *Il y a imitation quand un acte a pour antécédent immédiat la représentation d'un acte semblable, antérieurement accompli par autrui, sans que, entre cette représentation et l'exécution s'intercale aucune opération intellectuelle, explicite ou implicite, portant sur les caractères intrinsèques de l'acte reproduit.*³⁷ » L'exemple type est celui de la répétition mécanique des toussotements d'ennui émis par le public lassé par un orateur médiocre. À ce titre, Durkheim ne considère pas comme de l'imitation la notion « d'imitation logique » avancée par Gabriel de Tarde, qui consiste à reproduire un acte parce qu'il sert à une fin déterminée. Il focalise son interprétation sur la notion initialement avancée par ce dernier de « contagion imitative », dénuée donc de toute dimension volontariste en tant que les comportements ou les idées imitées passent d'un individu à l'autre comme des virus ou des bactéries expectorés contaminent mécaniquement les êtres en bonne santé mis en présence d'une personne malade. Durkheim³⁸ cantonne donc l'imitation à un mécanisme exclusivement psychologique qui, par conséquent, ne peut intervenir entre individus sans lien social entre eux.

Pour Gabriel de Tarde, au contraire, l'imitation est le fondement du lien social. Pour lui, à l'instar des similitudes qui s'observent dans le monde du vivant, toute similitude sociale a l'imitation pour cause. Le groupe social est vu comme l'agrégation d'individus qui s'imitent. En dépit de sa vision très déterministe de l'organisation sociale, cet auteur met néanmoins en lumière un mécanisme fondamental au cœur de l'imitation : la captation. Dans l'imitation, il

³⁷ *Op. cit.*, p. 115.

³⁸ *Op. cit.*, p. 107.

faut distinguer ce qu'on imite et la raison qui pousse à imiter. Imiter un comportement, ce n'est pas au fond être séduit par ce comportement mais être attiré par ce qu'il révèle, ce qu'il indique de celui qui en est l'auteur : son appartenance, son positionnement social, son idéologie, ses croyances. Imiter ce que fait quelqu'un, c'est capter l'essence de ce dernier, s'approprier son statut, son prestige, son appartenance sociale, son exemplarité. C'est ce que suggère De Tarde en affirmant que : « *L'imitation des idées précède celle de leur expression ; l'imitation des buts précède celle des moyens.*³⁹ » Durkheim, d'ailleurs, n'écarte pas ce processus puisqu'il reconnaît une dimension sociale à l'imitation, *via* la notion « d'imitation réciproque » qu'il propose, cette élaboration en commun d'un sentiment commun étant un phénomène éminemment social. Il admet que la dispersion du suicide selon cette modalité relèverait bien de causes sociales et non individuelles : ce serait alors une construction commune et partagée au sein de laquelle il y aurait égalité entre tous les acteurs.

Imitation et mimétisme, on le voit, sont souvent confondus. Ainsi, Durkheim semble associer imitation et perte du libre arbitre en procédant à une confusion entre les différentes composantes des actes reproductifs qu'il décrit. Pourtant, ces deux notions ne recourent pas les mêmes comportements. La différence entre les deux relève de l'intentionnalité de l'action : le mimétisme est un réflexe adaptatif tandis que l'imitation relève d'un acte volontaire. Comme exemple d'attitudes humaines mimétiques, on peut citer les mouvements et les comportements des foules. Ce que Durkheim désigne comme de la singerie n'est pas de l'imitation mais du mimétisme, qui ne relève pas d'un comportement mais d'une conduite adaptative, souvent instinctive chez les animaux (le caméléon en offrant l'exemple type) et, chez l'être humain, se limitant à la reproduction d'actes, de paroles, de comportements en tant que ce qu'ils sont et pas ce qu'ils signifient. Sa définition de l'imitation s'assimile à celle du mimétisme ; celle de Gabriel de Tarde n'est pas toujours exempte de cette tendance. L'identification ne doit pas non plus se confondre avec l'imitation, parce que c'est un processus psychologique de transfert d'un individu sur un autre de sentiments qu'on éprouve en général pour soi : l'identification

³⁹ *Op. cit.*, p. 225.

s'assimile à l'endossement partiel de l'identité d'un autre. De même, le besoin des êtres humains de se mettre en harmonie avec le groupe social auquel ils appartiennent ne relève pas de l'imitation mais du conformisme, c'est une posture défensive par laquelle on évite de se mettre à l'écart des normes sociales en vigueur.

Il n'est pas question ici d'entrer dans la polémique opposant Durkheim et De Tarde ni de s'interroger sur le déterminisme social auxquelles les affirmations de ce dernier peuvent conduire, par exemple quand il indique qu'à l'instar de ce qui est observé dans la nature, le flux de l'imitation va du supérieur vers l'inférieur : « *Les personnes ou les classes qu'on est le plus porté à imiter, sont, en effet, celles auxquelles on obéit le plus docilement*⁴⁰. » Il convient plutôt de tirer des théories de l'imitation des éléments de réflexion permettant de juger du libre arbitre présidant – ou non – à des demandes de mort anticipées. Quel que soit le recul qu'il faut prendre par rapport au portrait que dresse De Tarde des rapports entre les membres du corps social, on ne peut s'abstraire de toute réflexion quant au rôle des répétitions et des similitudes dans l'organisation sociale, et des modalités pratiques de leur mise en œuvre. Sans endosser la personnalité de quelqu'un d'autre ou revêtir son identité, l'imitation permet de ressentir puis d'exprimer un sentiment d'appartenance. Pour Pierre-Marie Baudonnière⁴¹, l'imitation se distingue fondamentalement du mimétisme en ce que : « *Contrairement au mimétisme, elle implique une conscience de soi et une conscience de l'autre.* » C'est la raison pour laquelle l'imitation – dans le sens dans lequel ce terme est utilisé ici – ne peut se confondre avec la conformation au modèle d'un groupe, le conformisme ou la normalisation : telle qu'on la définit, l'imitation est un comportement qui ne se cantonne pas à des postures, à des habitudes de langage ou à des attitudes, mais s'étend à l'appropriation de croyances, d'opinions, de fidélités, ou à la revendication de légitimités. En ce sens, elle se sépare du caractère égalitaire de la notion « d'imitation réciproque » de Durkheim au profit d'une adhésion de certains à une construction élaborée par d'autres – adhésion

⁴⁰ *Op. cit.*, p. 216.

⁴¹ Pierre-Marie Baudonnière, *Le mimétisme et l'imitation*, Paris, Flammarion, 1997, p. 77.

expliquée par l'attrait emblématique de l'objet ou du sujet de l'imitation.

L'imitation n'est donc pas une question de mode, d'étiquette ou affaire de coutumes, elle ne relève pas de la contrainte ou de l'obligation mais de l'appropriation de pensées, de théories et de pratiques, exerçant une séduction sur l'imitateur qui veut dès lors les faire siennes. En ce sens, l'imitation, telle qu'entendue ici, ne peut être que consciente, réfléchie et volontaire, contrairement à la définition qu'en donne Gabriel de Tarde qui ne l'envisage qu'inconsciente, spontanée et involontaire. Rien, par conséquent, de commun entre l'imitation et l'assimilation faite par ce dernier de l'homme social à un somnambule qui croit spontanées les envies qui lui sont suggérées dans un processus permanent de magnétisation mutuelle. Si l'on prend l'imitation dans son acceptation d'appropriation d'une légitimité, il ne fait pas de doute que l'état social est influencé par un certain nombre de personnes et de groupes auxquels le reste du corps social vient se conformer en adhérant à leurs façons de faire. Il ne suffit pas d'être mis en contact pour ressentir le besoin d'imiter : l'existence d'un objet ou d'un sujet sont des conditions nécessaires mais pas suffisantes de l'imitation, encore faut-il qu'ils suscitent le désir ou répondent à un besoin de l'imitateur. Ce n'est pas de « physique sociale » qu'il s'agit mais d'attraction. C'est donc dire que l'exemplarité joue un rôle sans nul doute déterminant : on imite ceux qu'on admire, qu'on envie, qu'on désire. On avance ici que l'imitation est justement ce que Durkheim décrit comme des sentiments partagés par des individus, elle est fondée sur l'adhésion à des valeurs, à des principes et à des souhaits, sur l'appropriation de ces derniers par des individus quand bien même ils n'auraient aucun lien entre eux.

L'imitation ne relève pas d'une contagion, d'une reproduction automatique de faits, de comportements ou de paroles qu'on verrait s'exprimer à notre proximité, comme une transmission virale nécessitant un contact. Elle ne relève pas d'une posture défensive mais est bâtie sur l'attirance, l'attraction pour un modèle qui se dégage de ce qu'on souhaite imiter. Le propre de l'imitation est d'être un phénomène éminemment volontaire d'appropriation d'une légitimité. Cela ne veut pas dire qu'elle ne soit pas aussi impérative que la contrainte qui s'impose au conformiste : les ef-

fets de l'attrance sont tout aussi puissants que ceux de la norme sociale.

C'est la raison pour laquelle, si l'imitation nécessite impérativement une participation, la question du consentement demeure sujette à débat. L'imitation est un acte volontariste, sinon volontaire, de captation et d'appropriation de quelque chose qui va bien au-delà des gestes, des paroles et des comportements qui les portent. En ce sens, imiter n'est pas copier : copier c'est singer les éléments supports de ce qu'on souhaite imiter. C'est à ce titre qu'il faut considérer que le consensus social influence les demandes de mort, *a fortiori* puisque la caractéristique de notre société est de mettre ses membres dans un état de conscience vis-à-vis de ce que pensent les autres membres, *via* un système médiatique développé et omniprésent : jamais sans doute l'opinion générale n'aura eu autant d'influence sur nous. L'imitation procède d'une séduction exercée par l'imité sur l'imitateur, d'un attrait pour l'objet de l'imitation qui exclut toute contrainte. La question n'est pas ici d'explorer de quelle façon ou par quels ressorts des groupes sociaux arriveraient à un consensus similaire ou identique en raison de contraintes semblables, et ce, sans jamais avoir eu conscience les uns des autres, mais de voir comment, au sein d'un groupe social, des comportements en viennent à imprégner autrui en raison de leur pouvoir de séduction. L'imitation n'est pas un phénomène mécaniquement reproductible, c'est une agrégation sociale aléatoire.

L'enjeu fondamental est de savoir si le désir de mort anticipé peut, en certaines occasions, relever d'un comportement mimétique – qui le cantonnerait à quelques cas marginaux – ou bien d'un phénomène d'imitation passant dès lors par l'appropriation d'un consensus social. La première modalité de diffusion relève de comportements individuels, la seconde d'un mécanisme collectif d'appartenance. Durkheim illustre cette différence par la distinction qu'il opère entre épidémie et contagion : « *L'épidémie est un fait social, produit de causes sociales ; la contagion ne consiste jamais qu'en ricochets, plus ou moins répétés, de faits individuels.*⁴² » Il considère que le fait que le suicide puisse se communiquer de personne à personne par un effet de mimétisme n'emporte

⁴² *Op. cit.*, p. 119.

pas qu'il soit le révélateur d'un fait social, d'un état de la société dont le taux de suicide est l'un des marqueurs. C'est la même question qui se pose s'agissant des demandes de mort volontaire par autrui : les demandes d'euthanasie ne sont-elles que des manifestations individuelles ou bien forment-elle le marqueur d'un état du consensus social en vigueur ou, pire encore, de son évolution ? Toute la question est donc celle de la réalité de l'arbitrage individuel en cette matière, de la capacité effective d'exercer une liberté. De Tarde professe le caractère mécanique de l'imitation ; Durkheim critique la pertinence de ce processus de contagion en y substituant une tendance de fond de la société qui s'exprime en quelques-uns de ses membres. Ce qui est avancé ici, c'est que l'imitation relève de l'appropriation volontariste d'une tendance sociale enviée et désirée ; étant un mécanisme d'adhésion, son rôle dans la mort volontaire est une marque confortée du caractère social et collectif de cette dernière.

Pour invalider le rôle de ce qu'il avait appelé imitation – et que nous considérons comme du mimétisme – dans le suicide, Durkheim avait démontré qu'il n'existait pas de foyers de suicides autour desquels le taux de morts volontaires irait décroissant. On peut sans équivoque faire le même constat s'agissant des demandes d'euthanasie : aucun effet mimétique ne peut être constaté car ce n'est pas parce qu'une personne réclame qu'on mette fin à ses jours que, dans la foulée, d'autres émettent un tel souhait – *a fortiori* géographiquement proches. En revanche, rien ne permet d'affirmer que les débats très médiatisés entourant ces cas emblématiques ne suscitent pas des processus d'appropriation de cette requête de morts volontaires *via* la légitimation et l'identification auxquelles ils conduisent. Dit autrement, une demande d'euthanasie médiatisée n'en suscite pas nécessairement d'autres en cascade ; par contre, elle peut alimenter des réflexions sur le sujet ayant vocation à être ultérieurement captées par d'autres se retrouvant dans une situation similaire à celle qui a alimenté le débat. En ce sens, on ne peut être que d'accord avec Durkheim quand il affirme que l'interdiction de commentaires dans la presse quant aux suicides ne conduit qu'à minorer le nombre global de quelques unités sans affecter la propension générale de la société au suicide. Il en va de même aujourd'hui s'agissant des demandes de mort volontaire par autrui, les débats médiatiques entourant une

demande d'euthanasie particulièrement représentative ne suscitent pas des « vocations » nouvelles à mourir précocement mais contribuent sans aucun doute à faire prendre conscience à la société de ce qu'elle-même considère comme consensuel ou pas quant aux fins de vie anticipées par recours à un tiers.

Les demandes de mort volontaire et les morts volontaires effectivement dispensées par autrui – même clandestinement – forment un révélateur de l'état de la société ; leur médiatisation tend un miroir au corps social qui observe collectivement si l'évolution de son attitude correspond ou pas à ses souhaits. Ainsi que l'avait noté Durkheim : « *Un des éléments constitutifs de tout tempérament national consiste dans une certaine façon d'estimer la valeur de l'existence.*⁴³ » Toute la différence avec l'époque à laquelle Émile Durkheim a écrit *Le suicide* tient dans l'extraordinaire développement des moyens de communication qui n'affecte certes pas la posture sociale vis-à-vis de la mort à un instant donné mais peut contribuer puissamment à son évolution rapide. La puissance, l'effet massif de la diffusion médiatique, peut faire basculer le consensus social à partir d'un cas emblématique. Durkheim continue d'avoir raison de dire que le fait social est un fait individuel qui s'est généralisé, même si ce n'est pas de généralisation fondée sur un phénomène mimétique qu'il s'agit ici : la démultiplication médiatique d'un cas individuel n'a cours que parce que ce cas porte en lui-même des enjeux et des débats collectifs dont le corps social est publiquement saisi. Or l'imitation étant le mécanisme d'appropriation du consensus social, l'évolution de ce dernier influence fortement par ce biais les attitudes individuelles à l'égard de la mort anticipée. Un cas individuel ne modifie pas l'état du consensus social, mais le débat qu'il porte est en mesure de le faire, et presque en temps réel tant la diffusion de l'information est rapide de nos jours.

L'imitation est le processus par lequel se maintient, se renouvelle et se régénère la socialisation, par le biais d'un mécanisme de captation et d'appropriation des normes existantes et de nouvelles règles sociales de comportement et de pensée. C'est donc bien par le processus d'imitation d'élites donnant le ton en matière de décès que l'effet délétère de l'euthanasie pourrait s'exercer : sans bascu-

⁴³ *Op. cit.*, p. 229.

ler dans le déterminisme social de Gabriel de Tarde, force est de constater que sont davantage imités les groupes ou les individus considérés comme des leaders d'opinion.

Dimension sacrificielle de l'euthanasie et liberté de chacun sur lui-même

Questionner l'euthanasie ne doit pas consister à porter un jugement moral : une telle posture n'a aucune portée opérationnelle dans la mesure où partisans et adversaires de la décriminalisation du geste euthanasique utilisent en grande partie les mêmes arguments. Il convient plutôt de distinguer ce que ce débat révèle de notre organisation sociale, de son évolution, de l'articulation entre l'agrégation d'individus indépendants et un groupe transcédé par des objectifs qui dépassent la stricte addition des intérêts individuels de ses membres. Il y aurait peu de sens à établir un strict parallèle entre l'analyse du suicide faite par Durkheim au début du XX^e siècle et les débats actuels portant sur l'euthanasie. Tout au plus peut-on observer que l'argumentation des partisans de la mort volontaire dispensée par autrui se fonde sur le caractère éminemment individuel de la décision de mettre fin à ses jours – pendant de la notion de « suicide égoïste » avancée par Durkheim – et que la dimension sacrificatoire de la demande d'euthanasie n'est pas sans lien avec le suicide altruiste.

Le risque serait, en effet, d'assister au retour à une forme de « suicide » sacrificiel propre aux sociétés traditionnelles : à l'image du film *La ballade de Narayama*, qui décrit le parcours d'une femme ayant atteint l'âge où sa communauté considère que les personnes âgées pèsent davantage sur le groupe qu'elles ne contribuent à son fonctionnement, et doit par conséquent mettre fin à ses jours ; ou bien conformément à la tradition inuite qui exige des personnes âgées d'aller mourir dans le froid plutôt que d'alourdir la vie de leur groupe social de leurs besoins improductifs. Ces suicides oblatifs de nature « collective » doivent se distinguer des suicides sacrificiels « individuels » qui concernent peu le champ de notre réflexion : le Junshi, la mort sacrificielle du serviteur qui suit le décès de son maître ; le Sati, le suicide des veuves indiennes à la

mort de leur époux ; le harakiri, ou seppuku, le suicide japonais pour l'honneur. L'exemple le plus popularisé du suicide sacrificiel collectif est celui des pilotes de chasse japonais kamikazes de la fin de la Seconde Guerre mondiale précipitant leur avion sur les navires américains, ravalant ainsi leur propre existence au rang d'une arme, au même titre qu'une bombe ou qu'une torpille, et ce, au nom de la défense de la patrie et de la grandeur de la Nation incarnée par l'Empereur. Sans aller jusqu'à surinterpréter les chiffres disponibles, force est déjà d'observer que les conduites suicidaires sont plus marquées dans certaines générations. Les personnes âgées se suicident beaucoup plus que les autres, presque dix fois plus chez les hommes de plus de 85 ans ; la létalité des tentatives de suicide est également plus importante chez les personnes âgées⁴⁴. De plus, aux tentatives et aux suicides accomplis, il faudrait ajouter les comportements suicidaires : conduites à risques, telles les inattentions volontaires sur la voie publique ; syndromes de glissement, au premier rang desquels les interruptions de traitements.

La dimension sacrificielle de l'euthanasie est étonnamment illustrée dans le film *Soleil vert*, déjà évoqué plus haut. Les candidats à la mort anticipée se retirent de la vie au motif qu'ils ont assez vécu, ils libèrent la société de leur présence improductive et consommatrice de ressources rares. La dimension oblatrice du suicide est poussée artistiquement à ses extrêmes parce que, dans ce film, les cadavres des candidats au sacrifice sont ensuite retraités pour servir de matière première à une nourriture synthétique destinée à nourrir la population. Déjà puissamment empreinte d'une religiosité suggérée par les éléments de décor de la scène, la démarche sacrificatoire fait alors expressément référence au corps du Christ, symboliquement mangé *via* l'hostie absorbée par les chrétiens, qui s'est sacrifié pour la rédemption de tous. Cette scène de fiction brasse ainsi plusieurs des composantes importantes du débat quant à la légalisation de l'euthanasie : la vie ayant suffisamment duré ; le poids de l'improductivité sur le groupe social ; la libération exemplaire par le suicide assisté ; le civisme de la mort anticipée choisie pour le bien commun, symbolisée jusqu'à l'outrance par la fin utilitariste réservée aux corps des suicidés.

⁴⁴ Marie-Claude Mouquet, Vanessa Bellamy, Valérie Carrasco, *op. cit.*

Pourtant, le droit censément absolu de décider individuellement de sa vie et de sa mort, tel que revendiqué par les partisans de l'euthanasie, ne correspond en rien à une réalité. Il est erroné d'affirmer que le pouvoir de l'individu sur lui-même formerait la manifestation de sa liberté exercée dans tous les domaines à l'exclusion de celui de son décès. D'ores et déjà, la limitation du droit des personnes sur elles-mêmes est inscrite dans notre *corpus* juridique : la Convention européenne des droits de l'homme fait ainsi prévaloir l'interdiction d'attenter à la vie au nom de la dignité humaine sur le droit de chacun à disposer de son corps. De même, de nombreuses dispositions encadrent et limitent la libre disposition de chacun – notamment sur son propre corps –, ou interdisent certaines pratiques, et ce, dans plusieurs domaines relevant du Code de la santé publique. Ainsi, la liberté d'avorter, accordée en 1975, est-elle strictement encadrée : aucune femme ne peut décider d'elle-même, et au moment où elle le souhaite, de mettre fin à sa grossesse. L'interruption de cette dernière peut être pratiquée à quelque période que ce soit uniquement pour des motifs médicaux, attestés par deux médecins et après avis consultatif de l'équipe pluridisciplinaire à laquelle ils appartiennent ; hors ces cas spécifiques, elle ne peut être réalisée qu'avant la douzième semaine de grossesse. La loi exige en outre que la femme qui la réclame se trouve placée dans une situation de détresse, ait préalablement consulté un médecin, se soit vu proposer un entretien avec une personne qualifiée en information conjugale ou familiale, et ait ensuite renouvelé sa demande par écrit une fois un délai passé après sa première demande.

Il en va également ainsi des dons et des prélèvements d'organes sur personne vivante qui ne peuvent être réalisés que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Le donneur doit être un proche de ce dernier : famille proche, conjoint ou concubin ayant une vie commune supérieure à deux ans. Le donneur est préalablement informé par un comité d'expert des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement. Il doit exprimer son consentement devant le président du tribunal de grande instance dont il relève, qui s'assure – outre la légalité du don – de son consentement libre et éclairé, le donneur ne pouvant être un mineur ni un majeur protégé. La participation à des recherches biomédicales est de même rigoureusement réglementée, que la personne soit

souffrante ou pas. Le candidat à un protocole de recherche doit être obligatoirement affilié ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale ; pour certaines recherches, il lui est interdit de participer simultanément à plusieurs protocoles ; dans certains cas, une période d'exclusion lui est imposée à l'issue de la recherche, pendant laquelle il ne peut participer à aucun autre protocole. Notons que les conditions de participation à des recherches cliniques sont encore plus drastiques s'agissant de plusieurs catégories d'individus : femmes enceintes, détenus, internés psychiatriques, patients hospitalisés, mineurs, majeurs protégés. Le don et l'utilisation de gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) en vue d'une assistance médicale à la procréation font aussi l'objet d'un strict contrôle : le donneur doit avoir déjà procréé ; son consentement doit être assorti de celui du conjoint s'il est en couple ; il ne peut être désigné par le couple receveur. La procréation et la gestation pour autrui, quant à elles, sont également interdites depuis la loi de bioéthique de 1994, la femme ne disposant pas totalement de son corps, y compris dans une dimension aussi personnelle que celle de l'acte de porter un enfant.

La liberté qu'a chacun de disposer de son corps est donc circonscrite, personne n'est en droit de se sacrifier au bénéfice d'autres, proches ou non, et encore moins en vertu d'une quelconque conception particulière du bien commun. C'est donc bien à l'aune de la notion d'intérêt général que les demandes de mort volontaire dispensée par autrui doivent être considérées : encore une fois, c'est moins la réponse apportée à la demande de mort qui fait question que la demande elle-même.

Intérêt général et imitation

Le Comité consultatif national d'éthique a eu raison de souligner⁴⁵ qu'il n'est jamais sain pour une société de vivre un décalage trop important entre les règles qu'elle s'est données et la réalité des pratiques que ces règles sont censées encadrer. En d'autres termes, combien de temps pourra durer une situation qui voit l'euthanasie

⁴⁵ Avis n° 63, *Avis sur fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, 27 janvier 2000.

toujours interdite alors qu'elle est plébiscitée dans les sondages et présentée comme une avancée sociale par de nombreux leaders d'opinion ? Les arguments opposés à l'aspiration à exercer une liberté individuelle ultime fondée sur la dignité humaine n'ont abouti jusqu'à maintenant qu'à repousser une légalisation, sans infléchir l'image de l'euthanasie dans l'opinion publique. Pourtant, le questionnement quant à son acceptation légale relève de la préservation de l'intérêt général, fondement de notre organisation sociale.

La question de l'abrègement de l'existence renvoie davantage à une conception du vivant qu'à une norme du décès ; c'est en cela qu'elle constitue une référence culturellement opposable. On l'a vu, une éventuelle légalisation de l'euthanasie est un choix social extrêmement risqué aux conséquences potentielles délétères : la mort anticipée risquerait d'être une mort imposée dès lors que l'état de la personne vivante ne correspondrait plus à une définition de la normalité faisant consensus. Or la vision contemporaine de la mort, la quête de sens qui sous-tend les demandes en faveur de la légalisation de l'euthanasie, n'est pas détachable des aspirations et de la posture historique d'une génération qui s'est forgée dans la remise en cause de l'ordre établi. On ne peut que suivre Céline Lafontaine quand elle note que « *Les baby-boomers ont conservé les valeurs de jouissance et de nouveauté qui ont bercé leur jeunesse*⁴⁶. » Arrivée à l'âge mûr, aux portes de la vieillesse, il ne fait pas de doute que cette génération, celle des leaders d'opinion actuels dont le positionnement empreint fortement le discours ambiant, aspire à faire de la fin de l'existence davantage que ce qui a prévalu jusque-là : de la révolution jusqu'à la mort, on est ainsi passé à la révolution jusque dans la mort. Mourir doit désormais être signifiant. Il faudrait que le caractère d'exceptionnalité de la génération du *Baby boom* porte son influence jusque dans les conditions de la fin de la vie – puisque désormais c'est cette échéance-là qui se profile pour elle –, y compris le cas échéant dans le choix de précipiter le décès au motif mille fois répété qu'il est « *Interdit d'interdire* ».

La légitimité d'une tendance sociale, telle qu'elle se dessine par exemple dans l'opinion des Français à l'égard de l'euthanasie, doit

⁴⁶ Céline Lafontaine, *La société postmortelle*, Paris, Seuil, 2008, p. 216.

s'interpréter à la lumière de l'influence de l'imitation sur les comportements individuels. Tocqueville avait ainsi noté qu'en démocratie le rapprochement des situations sociales avait comme double effet d'amoindrir la confiance des individus les uns envers les autres et d'accroître d'autant la foi qu'ils prêtent dans le jugement collectif : « *Dans les temps d'égalité, les hommes n'ont aucune foi les uns dans les autres, à cause de leur similitude ; mais cette même similitude leur donne une confiance presque illimitée dans le jugement du public ; car il ne leur paraît pas vraisemblable qu'ayant tous des lumières pareilles, la vérité ne se rencontre pas du côté du plus grand nombre.*⁴⁷ » Aussitôt considérée comme étant partagée par le plus grand nombre, une croyance, une pratique ou une aspiration ont vocation à être revendiquées par tout un chacun : la légitimité n'emporte pas nécessairement la séduction mais en est une condition nécessaire. Un tel effet d'imitation affecterait sans nul doute les patients en fin de vie qui, autrement, n'auraient pas nécessairement songé à anticiper leur décès : la pression sociale qui s'exercerait sur eux viendrait bien évidemment « conforter » ce phénomène d'appropriation. Or, comme le rappelle Paul Ricot, « *Le contraire exact de l'autonomie n'est pas la dépendance mais l'hétéronomie, c'est-à-dire la soumission à une autorité extérieure*⁴⁸ » ou, plus précisément, un : « *État de la volonté qui puise hors d'elle-même, dans les impulsions ou dans les règles sociales, le principe de son action*⁴⁹. »

Or les Français sont très majoritairement favorables à une légalisation de l'euthanasie. En cas de maladie grave et incurable s'accompagnant d'une souffrance insurmontable, ils étaient 85 % en 1987 à s'être déclarés favorables à ce que soit reconnu au malade le droit d'être aidé à mourir à sa demande, 84 % en 1997, 86 % en 2001. Quant à la légalisation d'une telle pratique, ils étaient 76 % à y être favorables en 1987, 82 % en 1997, 77 % en 2001 et 86 % en 2006 – sur la base, cette année-là, d'une formula-

⁴⁷ Alexis de Tocqueville, *De la démocratie en Amérique*, tome II, Paris, Gallimard, 1961, p. 18.

⁴⁸ Paul Ricot, *Philosophie et fin de vie*, Rennes, Éditions de l'École nationale de la santé publique, 2003, p. 39.

⁴⁹ *Le Grand Robert de la Langue française*, 2001.

tion différente ne faisant plus référence à la souffrance⁵⁰. On peut toujours ergoter sur les conditions de réalisation de ces sondages et le caractère orienté des questions, mettre en avant les réserves méthodologiques qu'on peut apporter à ces techniques d'enquête, il n'en reste pas moins que la permanence des résultats obtenus dessine l'image d'un positionnement social qui ne doit être ni écarté ni négligé. La mission parlementaire d'évaluation de la loi Leonetti a réitéré l'opposition à toute légalisation de l'euthanasie au bénéfice d'un développement de l'offre en soins palliatifs et de l'affinement des techniques de sédation. Il ne faut pas en conclure pour autant à l'épuisement du débat et au renoncement des associations portant cette revendication.

La question de l'abrègement assisté de l'existence est le produit d'une double confrontation : entre l'opacité et la transparence ; entre l'individuel et le collectif. Il est largement admis que l'opacité quant aux pratiques euthanasiques est le terreau de tous les excès. Légaliser la mort donnée par autrui permettrait, selon ses promoteurs, d'exercer un contrôle draconien sur la robustesse des demandes et sur la neutralité des « prescripteurs » du décès. On peut s'interroger quant à cette conviction. Ce qui est certain, en revanche, c'est que la légalisation et la transparence ne changeraient rien aux déterminants qui président aux demandes de mort, ou qui les contraignent. L'autre débat porte sur le caractère exclusivement individuel du décès ou sur la dimension sociale qu'il recèlerait. Si le désir de mort ne relève que de la sphère privée, une simple légalisation suffirait à trancher la question, mais il faudrait dès lors que les demandes soient à l'abri de toute imprégnation culturelle ; si, à l'inverse, on considère que l'imprégnation culturelle de l'époque détermine pour partie ces demandes de mort, alors c'est un enjeu social qui doit être arbitré. La mort en elle-même n'a pas un sens collectif en tant qu'elle est une composante de l'existence, c'est la décision de mettre fin prématurément à sa vie qui a un sens... ou peut en avoir un. Ce n'est donc pas le manque de transparence qui encourage l'euthanasie et sa légalisation qui la régulerait : c'est l'environnement social « porteur » qui l'encourage, quel que puisse être le dispositif légal d'encadrement.

⁵⁰ Sondages réalisés par la SOFRES pour le compte de l'Association pour le droit à mourir dans la dignité (ADMD).

La mort et l'intérêt général

La confrontation de chacun avec la mort ne relève pas exclusivement d'une destinée personnelle, d'un libre arbitre qui s'exercerait en dehors de tout contexte social. L'objectif de cet ouvrage aura été d'établir en quoi la mort est un phénomène tout aussi collectif qu'individuel, et de démontrer que l'enjeu d'une demande de mort anticipée est de savoir si elle résulte d'un cheminement personnel ou d'une pression culturelle et sociale. En cela, il est inexact d'affirmer que la question de mettre fin à ses jours – avec ou sans l'aide d'un tiers – relève uniquement de l'intimité d'une personne et n'est pas accessible à l'analyse⁵¹. Cette extension au niveau collectif de la question de l'anticipation du décès doit s'apprécier en fonction du rapport entre le concept d'ordre public et celui de la dignité humaine, et ce, à la lumière de la notion d'intérêt général.

Les fondements du caractère collectif de la fin de l'existence doivent être identifiés avec précaution. Certains auteurs ont avancé la notion « d'ordre public corporel »⁵², les limites posées à la liberté de chacun sur son corps et son devenir relevant de prescriptions d'ordre public. Il ne s'agit pas ici du concept familier relevant du maintien de l'ordre mais de la notion juridique pouvant être entendue comme une construction jurisprudentielle tendant à assurer la garantie effective de droits, de libertés publiques et de principes constitutionnels – le caractère impératif des mesures et des prescriptions d'ordre public provenant au premier chef de ce qu'elles fondent la préservation de l'intérêt général. Or, on l'a vu, l'inconvénient du renvoi au concept d'ordre public est que ce dernier s'adosse en grande partie au *corpus* législatif et réglementaire d'une époque. De plus, la définition matérielle d'un ordre public corporel, le recensement des thèmes et des enjeux qui en relèverait, demeureraient inévitablement incomplets. Si l'on voulait trouver l'incarnation de l'ordre public corporel dans la notion de dignité humaine, on se heurterait à une imprécision similaire.

⁵¹ Dominique Folscheid, « La vie finissante », in Dominique Folscheid, Brigitte Feuillet-le Mintier, Jean-François Mattéi, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, Presses universitaires de France, 1997, p. 233-246.

⁵² Stéphanie Hennette-Vauchez, *Disposer de soi ?*, Paris, L'Harmattan, 2004.

En d'autres termes, dans cette vision de l'ordre public corporel, c'est la légalité qui prévaut, c'est-à-dire la loi ou le règlement. Or – les partisans de l'euthanasie ont beau jeu de le souligner – ce qu'a fait la loi, la loi peut le défaire ou le modifier : en leur temps, l'avortement et la contraception étaient interdits ; désormais, ces pratiques sont légales sous l'effet d'un vote du Parlement. L'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen – qui fonde notre droit – pose d'ailleurs comme principe souverain que « *La loi est l'expression de la volonté générale* » ; si cette dernière évolue, c'est à la loi de s'y adapter, pas le contraire. Autrefois rigoureusement prohibée, la maternité de substitution fait désormais l'objet d'une réflexion ; l'euthanasie, jusqu'alors rigoureusement interdite, pourrait connaître une forme de tolérance exceptionnelle selon les recommandations mêmes du Comité consultatif national d'éthique ; des hommes politiques de premier plan intègrent à présent sa légalisation dans leurs programmes électoraux, une proposition de loi en ce sens a d'ailleurs été déposée et rejetée par l'Assemblée nationale.

La réflexion sur la fin de l'existence doit ainsi trouver ses fondements dans la seule notion d'intérêt général qui dépasse le strict champ de la légalité pour s'étendre à des principes constitutifs qui transcendent la loi, le règlement et le *corpus* global des règles formelles qui régissent notre organisation sociale. Le Conseil constitutionnel a certes érigé la sauvegarde de la dignité humaine au rang de principe constitutionnel⁵³, mais les termes utilisés – « *la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle* » – peuvent tout aussi bien justifier la légalisation de l'euthanasie que sa prohibition. De plus, une évolution de la légalité internationale en la matière pourrait conduire le Conseil constitutionnel à faire évoluer la notion de dignité humaine. En tout état de cause, ce qu'il faut retenir de l'érection du concept de dignité au rang de principe à valeur constitutionnelle, et donc de son intégration dans notre *corpus* juridique, c'est le caractère collectif de cette notion et de sa détermination : la dignité humaine ne relève pas

⁵³ Décision n° 94-343/344 du 27 juillet 1994 sur la loi relative au respect du corps humain et la loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

d'une libre appréciation de chacun sur lui-même mais bien d'une définition collective de la destinée humaine, aussi imprécise et sujette à évolutions soit-elle.

Ainsi que l'a rappelé le Conseil d'État⁵⁴, deux conceptions de l'intérêt général s'opposent : l'une, d'inspiration utilitariste, qui résume l'intérêt commun dans la somme des intérêts individuels ; l'autre, plus volontariste, fondée sur l'exigence de dépassement des intérêts particuliers et s'exprimant tout particulièrement dans la volonté générale. La tradition française s'ancre dans cette seconde acception, en conférant notamment à l'État un rôle éminent dans l'identification des objectifs qui concourent à l'intérêt général. Elle affronte une critique libérale qui, valorisant les comportements individualistes, distingue clairement l'intérêt de la société de celui de ses membres – la protection de l'intérêt de la société risquant de se payer du prix d'un recul des libertés publiques. S'ajoute une critique d'inspiration marxiste selon laquelle l'intérêt général n'est, au fond, que la défense des intérêts des classes sociales dominantes qui ont conquis le pouvoir au sein de l'État. L'intérêt général doit donc être distingué d'autres notions qui lui sont souvent assimilées, tels le bien commun, l'intérêt de tous ou l'utilité publique. C'est une notion plus récente, détachée des connotations morales ou religieuses véhiculées par les autres concepts, et consubstantielle de la naissance de l'État moderne.

S'agissant plus particulièrement de la légitimité et de la légalité d'une mort volontaire par soi-même ou par autrui, il faut rappeler que le transfert de souveraineté du pouvoir royal vers le peuple et la Nation a entraîné la fin du pouvoir absolu du monarque sur la vie et la mort de ces sujets, et l'émergence d'une régulation collective par le biais d'une norme impersonnelle – la loi – adoptée par la représentation collective. Désormais sujet de la souveraineté, la Nation est une composante abstraite qui ne peut être appropriée par quel que groupe que ce soit. Ainsi que l'exprime le Conseil d'État : *« La décapitation du roi est un geste dont la portée symbolique et les implications juridiques et politiques sont majeures. L'État, comme réalité abstraite, se substitue à cette réalité concrète*

⁵⁴ « L'intérêt général », *Rapport public 1999*, Études et Documents n° 50, Paris, La Documentation française, p. 239-269.

*qu'était le corps du roi.*⁵⁵ » Les analyses d'Ernst Kantorowicz⁵⁶ sont avancées à l'appui de cette thèse, ce dernier affirmant que l'État moderne était en germe dans la distinction entre les deux corps du roi – le corps naturel, possiblement annihilé par la mort, et le corps mystique lui survivant, d'où la formule consacrée : « Le roi est mort, vive le roi ! ». L'État moderne est né de la métamorphose du corps naturel en corps politique. Par extension, le corps de chacun d'entre nous devient le réceptacle d'une partie de la souveraineté qui, en démocratie, s'exprime par la loi ; c'est à ce titre que la revendication d'une liberté individuelle pouvant s'étendre jusqu'à la possibilité de supprimer discrétionnairement sa vie aurait vocation à s'incarner dans cette même loi. C'est la raison pour laquelle on peut être certain qu'une opposition à l'euthanasie fondée uniquement sur la préservation de l'ordre public, la défense de la dignité humaine ou sur la légalité existante, a toute chance d'être mise à bas tôt ou tard.

Si l'on se penche davantage sur ce qui oppose les deux conceptions de l'intérêt général, on se rend compte que dans sa dimension utilitariste c'est le libre jeu des intérêts particuliers qui concourt à son établissement – l'image souvent avancée étant celle d'une « *Main invisible*⁵⁷ » qui harmonise spontanément les intérêts individuels. Dès lors, la société civile pourrait se passer de l'État dans la constitution et le maintien du lien social puisque la conjugaison des intérêts personnels y suffit : la société étant une somme d'individus, l'intérêt général n'est pas davantage que l'addition des intérêts particuliers. Mis en regard de la question de l'euthanasie, le choix de l'une ou de l'autre des conceptions de l'intérêt général est lourd de conséquences : dans l'acception libérale, le rôle de l'État est de protéger la liberté des individus, ce sont les droits inaliénables de ces derniers qui priment l'intérêt collectif ; dans l'acception volontariste, le constat est fait de l'impossibilité d'arriver spontanément à un ajustement des intérêts particuliers, seul l'État est à même de définir un projet collectif transcendant la somme des intérêts individuels.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 252.

⁵⁶ Ernst Kantorowicz, *Les deux corps du roi : essai sur la théologie politique au Moyen-âge*, Paris, Gallimard, 1989.

⁵⁷ Adam Smith, *Enquête sur la nature et les causes de la richesse des nations*, Paris, Presses universitaires de France, 1995.

Si l'on pousse l'analyse jusqu'à son terme, on pourrait avancer que le juge en dernier ressort de la défense de l'intérêt général étant le Conseil d'État, il ne serait pas le plus mal placé pour être saisi des quelques cas exceptionnels où la personne concernée étant placée dans l'impossibilité matérielle de mener à bien son éventuel projet suicidaire serait contrainte de recourir à autrui pour ce faire. Les cas extrêmes étant en grande partie traités dans les hôpitaux publics, un refus de dispenser la mort serait donc une décision administrative susceptible de recours ; on pourrait imaginer, dans ces cas d'espèce, que le Conseil d'État soit saisi en premier ressort sans passer par le tribunal administratif ordinairement saisi en première instance pour vérifier si l'action administrative se conforme aux objectifs de l'intérêt général. Dans tous les autres cas – l'immense majorité d'entre eux – le recours aux soins palliatifs et à la sédation permet d'apporter une solution adaptée.