

Le débat sur l'euthanasie et l'expérience du mourir

Hubert Doucet, Ph.D.

Volume 16, Number 1, Fall 2003

Remède ou poison ?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1073757ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1073757ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Doucet, H. (2003). Le débat sur l'euthanasie et l'expérience du mourir. *Frontières*, 16(1), 20–28. <https://doi.org/10.7202/1073757ar>

Article abstract

This article highlights issues that have marked propositions of legislative change occurring in a number of countries. By showing the type of transformations taking place, we can better articulate the medical and social context from which the question of euthanasia arises. A final section underlines the principal arguments used in the debate as well as their strengths and weaknesses. Finally, it suggests that no argument is entirely convincing; rather each contains an essential richness if those who are dying are to be respected as human beings.

LE DÉBAT SUR L'EUTHANASIE ET L'EXPÉRIENCE DU MOURIR

Résumé

Cet article rappelle les principaux points qui marquent les propositions de changements législatifs qui ont cours dans de nombreux pays. En montrant ainsi le type de transformations en train de se produire, il permet de mieux cerner le contexte médical et social qui conduit à poser la question de l'euthanasie. Une dernière partie expose les principaux arguments utilisés dans le débat ainsi que leurs forces et faiblesses. Enfin, il montre qu'aucun argument n'est entièrement convaincant mais que chacun renferme des richesses dont il faut tenir compte pour que les mourants soient respectés comme des personnes humaines.

Mots-clés : *euthanasie – droit – éthique – histoire.*

Abstract

This article highlights issues that have marked propositions of legislative change occurring in a number of countries. By showing the type of transformations taking place, we can better articulate the medical and social context from which the question of euthanasia arises. A final section underlines the principal arguments used in the debate as well as their strengths and weaknesses. Finally, it suggests that no argument is entirely convincing; rather each contains an essential richness if those who are dying are to be respected as human beings.

Key words: *euthanasia – legal – ethic – history.*

Hubert Doucet, Ph.D.,
professeur aux Facultés de médecine et de théologie,
directeur des programmes de bioéthique
à l'Université de Montréal.

La question de l'euthanasie n'est pas née avec le développement de la médecine moderne. Déjà dans l'Antiquité, Platon, Démosthène et d'autres penseurs s'opposaient à ce qu'un médecin prolonge la vie d'un malade condamné à mourir. Si le *Serment* d'Hippocrate interdisait de donner un médicament mortel, d'autres confréries médicales de l'époque aidaient les malades à se suicider, sauf s'il s'agissait d'un soldat ou d'un esclave. La mort volontaire n'était pas une pratique inconnue de l'Antiquité (Durand *et al.*, 2000, p. 52-53).

Le sujet prend aujourd'hui des dimensions inconnues dans le passé. Depuis les années 1990, l'euthanasie est devenue l'objet d'un véritable débat social qui touche aux valeurs les plus fondamentales et fait appel aux émotions les plus vives des tenants et des opposants. Les philosophes participent largement à ces débats. Ils invitent à la rationalité et à la cohérence des arguments. Pour qu'ils prennent tout leur sens et n'apparaissent pas coupés de l'expérience du terrain, les arguments philosophiques doivent tenir compte du contexte dans lequel est vécu le mourir contemporain. Cette perspective préside au plan de ma présentation.

En première partie, je rappellerai les principaux points qui marquent les propositions de changements législatifs qui ont cours dans de nombreux pays. En montrant

ainsi le type de transformations en train de se produire, il deviendra possible en deuxième partie de mieux cerner le contexte médical et social qui conduit à poser la question de l'euthanasie. Enfin, une dernière partie exposera les principaux arguments utilisés dans le débat ainsi que leurs forces et faiblesses. Au terme, j'entends montrer qu'aucun argument n'est entièrement convaincant mais que chacun renferme des richesses dont il faut tenir compte pour que les mourants soient respectés comme des personnes humaines.

DÉPÉNALISER L'EUTHANASIE

Au cours des toutes dernières années, il est remarquable de constater combien nombreux sont les pays qui ont engagé le débat sur la dépénalisation de l'euthanasie, entendue au sens de provoquer intentionnellement la mort d'un malade, à sa demande, pour mettre fin à ses souffrances. Les Pays-Bas ont joué ici un rôle moteur. L'arrêt du tribunal de Leeuwarden en 1973 fut le point de départ de toute une démarche dont les diverses étapes allaient, en 2001, conduire ce pays à décriminaliser l'euthanasie dans certaines circonstances (Kimsma et Van Leeuwen, 1993, p. 21 ; 2001, p. 445). Les débats n'allaient pas demeurer limités à ce pays. Si, au départ, l'expérience hollandaise a suscité des inquiétudes dans de nombreux pays, elle a aussi ouvert la porte à la discussion. C'est ainsi qu'actuellement les autorités politiques ou judiciaires de divers pays ont été saisies de demandes ou ont elles-mêmes proposé des projets pour libéraliser l'euthanasie et l'aide médicale au

suicide. Que l'on pense ici à la Belgique, la Suisse, la France, le Canada et les États-Unis pour ne nommer que quelques instances.

Que nous apprennent les discussions qui ont eu lieu ou ont présentement lieu dans ces différents pays ? Il est d'abord remarquable de constater la diversité des approches selon les pays. Bien que les mêmes écoles philosophiques se retrouvent d'un lieu à l'autre, la discussion se fait de manière fort locale, de sorte que la libéralisation souhaitée prend des formes différentes. Dans les Pays-Bas, la moralité de l'euthanasie se fonde sur le conflit de devoirs du médecin. En 1986, la Cour suprême des Pays-Bas avait statué qu'« au moment même où le médecin n'arrive plus à allier son devoir de combattre, de supprimer ou de soulager la douleur de son patient avec son devoir de sauvegarder la vie, il se trouve dans un état de nécessité » (Welschinger, 2001, p. 4). Il y a, en quelque sorte, urgence d'agir. Accélérer la mort en pareil contexte constitue un exercice de responsabilité professionnelle. Aux États-Unis, le fondement de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide repose sur le droit à l'autodétermination de l'individu. Jusqu'au jugement de la Cour suprême en 1997, plusieurs auteurs américains soutenaient même que l'euthanasie et l'aide médicale au suicide représentaient un droit inscrit dans la constitution américaine (Schneider, 1994, p. 18 ; Battin *et al.*, 1998, p. 9). En France, l'avis du Comité consultatif national d'éthique intitulé « Fin de vie, arrêt de traitement, euthanasie » affirme que s'« il n'y a pas un droit à exiger d'un tiers qu'il mette fin à sa vie et il y a obligation de tout mettre en œuvre pour améliorer la qualité de la vie des individus », certaines détresses pourraient autoriser « la solidarité humaine et la compassion à surpasser la règle. C'est la position de l'engagement solidaire qui ne saurait cependant se pratiquer sans le consentement » (C.C.N.E., 2000, p. 10). Dans les trois cas, la pratique de l'euthanasie est légitimée mais le fondement est fort différent.

Une autre différence mérite d'être soulignée. Les débats néerlandais ont marqué une nette préférence pour l'euthanasie plutôt que pour l'aide médicale au suicide alors que les Américains ont une position inverse. La raison tient à la conception différente que l'on se fait du rôle du médecin et des services de santé. L'euthanasie, disent les premiers, représente une meilleure garantie de protection de la personne malade, le geste étant posé par le médecin de famille qui connaît bien son patient. La majorité des malades, en effet, retournent mourir à la maison et sont suivis par leur médecin. Aux États-Unis, le suicide qui est l'acte délibéré d'un patient apte, donc capable de faire

un choix définitif, demeure le choix privilégié des citoyens comme le démontre l'échec des initiatives populaires dans les États de Washington (1991) et de Californie (1992) où les citoyens devaient se prononcer sur l'euthanasie et l'aide au suicide. La crainte réside dans le fait que l'euthanasie, étant pratiquée par une tierce partie, puisse mener à des abus. Le succès de l'initiative populaire de l'Oregon (1994) qui ne portait que sur le suicide peut s'expliquer par le fait que l'aide au suicide relève pleinement de la responsabilité de l'individu¹.

Toutes les initiatives en faveur de la libéralisation de l'euthanasie et de l'aide médicale au suicide font consensus sur le fait que la demande doit venir d'un patient qui, au terme de la loi, est apte au moment de sa requête. Les promoteurs de ces initiatives se protègent ainsi de l'accusation de s'en prendre aux faibles et aux vulnérables, comme ce fut le cas du nazisme. Défenseurs des droits de la personne, ils se contrediraient s'ils favorisaient des solutions irrespectueuses des choix des individus. L'avis déjà cité du Comité consultatif national d'éthique de France affirme clairement que l'exception d'euthanasie ne peut être autorisée que s'il y a consentement du malade (C.C.N.E., 2000, p. 10). Ce souci de protéger les droits des malades explique pourquoi les Néerlandais donnent à l'euthanasie une définition qui leur est propre. Ils incluent dans celle-ci la dimension volontaire. La définition généralement acceptée d'euthanasie parle d'« usage de procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort pour délivrer un malade incurable de souffrances extrêmes ou pour tout autre motif d'ordre éthique » (*Robert 1*). Aux Pays-Bas, l'euthanasie signifie mettre fin à la vie d'une personne à sa propre demande. Ce contexte permet de mieux comprendre pourquoi les Américains privilégient l'aide médicale au suicide plutôt que l'euthanasie. L'autodétermination du patient est mieux assurée.

La dernière remarque que je voudrais faire concernant la libéralisation des lois sur la prohibition de l'euthanasie touche le rôle des médecins. Dans tous les pays mentionnés, sauf la Suisse, les changements législatifs proposés confient au corps médical le rôle d'assurer « la bonne mort » que demande le malade. Aux autres tâches médicales comme l'arrêt de traitement, le soulagement de la douleur et l'accompagnement du malade s'ajoute celle de hâter la mort si telle est la volonté de ce dernier. La Suisse fait ici exception. Déjà le Code pénal suisse, à la différence d'autres juridictions, ne condamne pas l'aide au suicide mais plutôt l'individu « qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide » (Code pénal suisse, art. 115). Un groupe de

travail réunissant des experts dans les domaines de la médecine, de l'éthique et du droit connu sous le nom d'Assistance au décès a été chargé en 1997 par le Conseil fédéral helvétique de revoir la législation en raison des demandes de députés et de groupes de pression. Il a remis son rapport en mars 1999. Ce dernier ne propose aucun changement quant à l'aide au suicide. Quant à l'euthanasie, si la majorité propose une clause d'exception de peine dans des « cas extrêmes et dramatiques qui se présentent rarement en pratique », il « n'énonce aucune exigence particulière quant à la qualité de l'auteur » (Groupe de travail, 1999, p. 35). La clause d'exception n'est pas limitée « aux seuls *représentants des professions médicales* », de manière à éviter de donner l'impression qu'il s'agit là d'un acte médical (Groupe de travail, 1999, p. 36).

Voilà une première facette du contexte dans lequel se fait le débat sur l'euthanasie et l'aide au suicide. Elle conduit à pousser la recherche dans une autre direction : les demandes de libéraliser les lois sur l'euthanasie et l'aide au suicide que l'on retrouve dans divers pays rencontrent-elles les attentes de la médecine ou sont-elles en opposition avec les tâches médicales ? Tel est un deuxième point que j'aimerais maintenant présenter.

LE CONTEXTE MÉDICAL ET SOCIAL

Lorsque des citoyens, des groupes de pression, des juges et des gouvernements reconnaissent la légitimité de libéraliser les lois sur l'euthanasie et demandent au corps médical de pratiquer celle-ci, vont-ils à l'encontre de « la moralité interne de la médecine », pour reprendre l'expression d'Edmund D. Pellegrino (Pellegrino, 2001) ? Cette deuxième partie du texte abordera la vision que la médecine se fait de sa tâche à propos de la mort volontaire et rappellera le contexte social dans lequel s'inscrit le débat qui agite le monde médical.

À lire l'histoire de Karen Ann Quinlan² dans laquelle les médecins ne se sentaient pas autorisés à débrancher le respirateur et les nombreux autres cas qui, dans les mêmes années, ont marqué la médecine américaine, il apparaît clair qu'à la fin des années 1970 et au début des années 1980, la plupart des groupes médicaux, du moins en Amérique, s'entendaient pour affirmer que le rôle de la médecine consistait à prolonger la vie le plus longtemps possible. Depuis lors, sous la pression sociale, le corps médical a évolué. Il reconnaît aujourd'hui que la médecine ne doit pas prolonger la vie à tout prix bien que le geste de hâter la mort soit toujours considéré comme contraire au sens même de la médecine (Singer et Siegler, 1990, p. 1883). Certains médecins vont cependant plus loin ;

ils considèrent que s'il est moral d'arrêter des gestes médicaux qui sont disproportionnés avec la situation du patient, il s'ensuit qu'il est tout aussi acceptable de mettre un terme à la vie de quelqu'un lorsque aucun traitement ne peut être de quelque utilité. Cette position est appuyée par quelques philosophes américains de grande réputation dans leur dossier soumis à la Cour suprême à propos de la constitutionnalité de la mort volontaire (Dworkin *et al.*, 1998, p. 440).

Un débat a lieu dans la communauté médicale. Certains membres se demandent maintenant si l'euthanasie ne fait pas partie de la panoplie des instruments à leur disposition pour remplir adéquatement leur tâche. Ce questionnement, s'il est profondément contemporain, était déjà en germe à la Renaissance qui marque les débuts de ce qui deviendra la médecine moderne. En effet, la position en faveur de l'euthanasie et l'aide médicale au suicide ne provient pas d'abord de ce que certains pourraient considérer comme une mauvaise pratique de la médecine; elle en est, pour reprendre l'expression de Jean-Marie Thévoz, « un produit dérivé » (Thévoz, 1994). L'euthanasie apparaît, dès l'origine de la médecine moderne, appelée par celle-ci; ce sont des accidents de l'histoire qui en ont retardé, au cours du dernier siècle, la manifestation. Cette médecine s'inscrit, en effet, dans le rêve qu'a l'homme de la Renaissance « de se rendre comme maître et possesseur de la nature », selon les mots de Descartes. Francis Bacon exprime cette philosophie au plan médical, la science nouvelle devant permettre de prolonger la vie indéfiniment. Jean Suter soutient que sa conception de la médecine est fortement teintée d'eugénisme puisqu'elle vise à « améliorer l'état des populations en étudiant leurs besoins avec méthode, afin de réaliser une politique guidée par la science et la raison » (Suter, 1950, p. 15). Ainsi les hommes et les femmes vont vivre en bonne santé jusqu'à un âge avancé. Et lorsque la médecine ne pourra plus rien en raison de l'âge et des souffrances, il sera normal de pratiquer l'euthanasie. Le mot est de Bacon qui l'utilise pour la première fois en 1605 et le reprendra dans un autre texte de 1623 (Bacon, 1836, p. 113).

L'interprétation du concept ne fait pas consensus. Les uns y voient le sens maintenant accepté de mettre fin à la vie d'un malade souffrant pour des motifs de compassion alors que les autres considèrent que Bacon donne à ce mot le sens que prennent maintenant les soins palliatifs (Durand *et al.*, 2000, p. 175-176; Aumônier *et al.*, 2001, p. 37). Quel que soit le sens retenu, Bacon soutient que la médecine moderne en prolongeant la vie comme elle le fait ne peut éviter la question de la manière dont les malades doivent faire face à la mort. La

médecine a maintenant un rôle actif à ce propos, elle doit favoriser une mort douce. Personnellement, je ne crois pas que Bacon ait exclu spécifiquement l'euthanasie au sens contemporain du terme, l'interventionnisme médical étant chez lui un élément caractéristique de la science moderne. Un siècle plus tard, David Hume ira beaucoup plus loin, soutenant que si l'on peut prolonger la vie, il faut en conclure qu'il est aussi possible d'y mettre fin.

Le XIX^e siècle abandonne l'idée d'euthanasie. Les médecins, en particulier, y sont défavorables (Van der Pool, 1995, p. 558). La question de l'euthanasie refait surface à la fin du siècle, couplée avec celle de l'eugénisme. Les deux s'allient au service d'une même cause: la qualité de la vie. Au cours des années 1920 et 1930, un bon nombre de médecins de l'Allemagne, de Grande-Bretagne et des États-Unis prennent position en faveur de l'euthanasie. Les travaux de Michael Burleigh montrent que toute une partie du corps médical de l'Allemagne de l'entre-deux-guerres favorise l'euthanasie en vue de libérer les vies indignes d'être vécues et qui nuisent au développement socioéconomique du pays (Burleigh, 1994). Dans ce contexte, peut-être est-il possible d'affirmer qu'Hitler n'est pas le créateur de l'euthanasie en Allemagne mais qu'il y a trouvé un terrain fertile dans la communauté médicale. La Grande-Bretagne connaît aussi un fort courant en faveur de l'euthanasie. « En 1936, suite à la création de la *Voluntary Euthanasia Society*, la Chambre des lords entreprend un débat sur la question et rejette finalement une proposition voulant légaliser l'euthanasie volontaire » (Durand *et al.*, 2000, p. 311). Le débat met en relief que beaucoup de médecins pratiqueraient celle-ci mais qu'il n'est pas opportun de légiférer à son propos pour éviter trop de formalités légales. Le geste doit être laissé à la discrétion du médecin.

Après la Seconde Guerre mondiale, le débat reprend. Dès 1946, 1500 médecins demandent à l'ONU de reconnaître le droit à l'« homicide légal par charité ». Dans le contexte de l'après-guerre, on comprend le refus d'une telle proposition. Au contraire, les associations médicales se prononcent contre l'euthanasie et l'aide médicale au suicide. Peu à peu cependant la question refait surface compte tenu de la situation souvent inacceptable des personnes en fin de vie, le progrès médical faisant de la mort un processus particulièrement difficile. La médecine moderne ne peut, en effet, évacuer la perspective de l'euthanasie, les prolongements extraordinaires réussis par la première appelant le contrepois de la seconde. L'euthanasie est alors présentée par de nombreux médecins comme une action thérapeutique, un dernier geste de

compassion (Wanzer *et al.*, 1989; Cassel et Meier, 1990; Quill, Cassel et Meier, 1992).

Cette orientation médicale est inséparable du contexte social dans lequel se vit le travail des soignants. Deux thèmes peuvent le résumer. D'une part, s'est développé un nouveau mouvement social que McInerney nomme « *requested death* » (McInerney, 2000). Clive Seale remarque que, comparé aux époques anciennes, le mort des sociétés modernes est dépourvu de pouvoir et d'existence. Il explique son affirmation par le fait qu'habituellement la mort sociale précède la mort biologique: retraite, diverses formes de désengagement de la vie sociale, dévaluation et stigmatisation des personnes âgées, ségrégation physique et perte de contrôle des malades pris en charge par les spécialistes (Seale, 1998, p. 52-55). La mort volontaire apparaît ainsi comme la meilleure réponse à l'expérience de destruction. L'euthanasie, dans ce contexte, ne se réduit pas à une affaire médicale mais concerne toute la société. Pour reprendre les mots d'une grande malade: « Sans un minimum d'autonomie, il n'y a pas de dignité et sans dignité, il n'y a pas de vie » (Boisvert, 1990, p. 11-12).

D'autre part, en opposition avec le premier mouvement, s'est mis en place un extraordinaire effort social pour permettre aux malades de mourir avec sens et dignité. Malgré une certaine fragilité, le renouveau de la mort est proprement remarquable. Vient immédiatement à l'esprit la démarche d'Elizabeth Kübler-Ross qui en développant la séquence des stades qui marque les étapes du mourir a joué un rôle clé pour réhumaniser la mort (Kübler-Ross, 1969). Dans ce sillage, on voit apparaître, tout au moins en Amérique du Nord, un mouvement « qui explore la notion de *mort naturelle*, comme le mouvement de Lamaze avait, il y a plusieurs décennies, mis de l'avant l'accouchement naturel » (Webb, 1997, p. 3). Dans cette direction, il faut mentionner les sciences psychologiques qui ont contribué à former l'identité du patient contemporain conscient de sa subjectivité et déterminant ses choix en fonction de ses valeurs et du sens qu'il donne à sa vie (Seale, 1998, p. 92-94). La conscience de la mort s'est aussi et peut-être principalement manifestée dans le mouvement des soins palliatifs qui a commencé à la fin des années 1960 en Angleterre. Depuis, le mouvement a pris une ampleur considérable dans la plupart des pays occidentaux au point d'être reconnu comme un incontournable social et médical. Il met en relief la nécessité de prendre soin de la totalité de la personne mourante, ce qu'avait évacuée la médecine de pointe. Celle-ci fait ainsi la jonction avec sa vocation première, telle qu'elle a



André Clément, Sépulture 2

été définie par Hippocrate : « L'objet de la médecine est, en général, d'écarter les souffrances des malades et de diminuer la violence des maladies, tout en s'abstenant de toucher à ceux chez qui le mal est le plus fort ; cas placé, comme on doit le savoir, au-dessus des ressources de l'art » (Hippocrate, 1849, p. 6-7).

En réaction contre une médecine qui évacuait la personne mourante de ses préoccupations, le contexte social contemporain témoigne d'un appel à reconnaître la mort comme une dimension de la vie et même une étape de l'existence où doit être encore possible l'estime de soi. Sinon, la mort volontaire demeure la seule voie ouverte à nos contemporains pour affirmer leur humanité. Les arguments utilisés par les tenants et les opposants à l'euthanasie tiennent-ils compte de cet appel ?

LES ARGUMENTS POUR ET CONTRE

Les arguments philosophiques et théologiques avancés en faveur ou contre l'euthanasie ne peuvent faire fi du contexte contemporain du mourir. Le respect de la vie ou la reconnaissance de l'autonomie du patient, par exemple, sont vécus selon des circonstances particulières qui obligent à revoir les concepts de base sur lesquels sont construits ces arguments. La présentation qui vient d'être faite du contexte légal, médical et social enrichit l'angle d'analyse nécessaire pour interpréter les arguments habituellement utilisés à propos de la mort volontaire.

Les arguments opposés à l'euthanasie sont principalement mais non uniquement d'inspiration religieuse. Quatre séries d'arguments seront mentionnées. Le premier argument s'inscrit dans les débats que nous

avons aujourd'hui sur la place qu'il faut reconnaître à la technologie pour fonder les décisions humaines fondamentales. Il peut être résumé ainsi : « c'est une manière épouvantable et dangereuse pour des êtres humains faillibles de prendre la place de Dieu » (Harakas, 1982, p. 171). Cet argument d'origine récente remet en cause divers développements technologiques dans les sciences de la vie ; les scientifiques chercheraient à être comme Dieu et à faire une seconde création du monde. En raison de notre devoir de laisser la nature suivre son cours, l'euthanasie est tout à fait inacceptable : « respecter l'ordre naturel des événements, c'est respecter l'ordre divin » (Wennberg, 1989, p. 93). Si la position est reconnue par certains milieux chrétiens, elle a aussi son pendant séculier. Combien de nos contemporains ne sont-ils pas inquiets des débordements de la science et des risques qu'elle fait courir à l'humanité ? Je dois ajouter que l'argument *to play God* est largement critiqué par d'autres traditions théologiques. Pourquoi, fera-t-on remarquer, louer Dieu pour les progrès de la médecine qui s'opposent à l'ordre naturel en prolongeant des vies humaines ? C'est là une contradiction interne manifestant une défiguration du Dieu chrétien qui, au livre de la *Genèse*, invite l'être humain à poursuivre l'œuvre qu'il a commencée. L'intervention humaine ne pourrait-elle pas être une manière de bien exprimer l'image de Dieu ? On a beaucoup critiqué cet argument ; je ne suis cependant pas assuré qu'on a suffisamment cherché à comprendre l'expérience humaine qu'exprime un tel appel à une mort naturelle.

Le thème du caractère sacré de la vie demeure le plus universel des arguments qui s'opposent à l'euthanasie. Ses origines sont, d'une part, religieuses, principalement judéo-chrétienne et hindouiste. D'autre part, l'argument est largement utilisé dans nos sociétés séculières. Dans l'affaire *Sue Rodriguez*, le juge Sopinka de la Cour suprême du Canada écrivant au nom de la majorité fonde principalement son argumentation sur le caractère sacré de la vie (Cour suprême, 1993). Son point de vue rejoint ceux de Ronald Dworkin (Dworkin, 1994, p. 195) et de Leon Kass (Kass, 1995) qui pourtant ont sur la question de la mort volontaire des positions divergentes. Il n'est pas surprenant, dans ce contexte, de retrouver différentes interprétations du principe : de l'une soutenant que chaque moment de toute vie humaine est inestimable, cette vie devant être prolongée le plus longtemps possible, à l'autre mettant l'accent sur la grandeur mystérieuse de toute vie humaine qui repose sur la plus fondamentale des expériences humaines qu'est la vie elle-même, en passant par celle proclamant la

relation particulière que Dieu entretient avec la vie et qui participe de sa perfection même. Ces interprétations diverses font écrire à Edward Keyserlingk que « si le principe du caractère sacré de la vie est probablement le concept le plus fondamental et le plus normatif de l'éthique et du droit, il est également l'un des plus mal définis (Keyserlingk, 1982, p. 3).

L'argument proclame une grandeur de l'être humain qui le dépasse et, par là, protège la vie des personnes vulnérables en affirmant leur dignité fondamentale. Des limites sont cependant évidentes, l'histoire subjective des patients passant parfois au second plan au nom de l'obligation objective de protéger la vie le plus longtemps possible. La vie humaine est maintenue vivante et prolongée alors que l'être humain en pâtit, étant traité comme un objet, un instrument au service du devoir médical ou du progrès de la science. Est posée toute la question du rapport entre quantité et qualité de vie. Un équilibre entre les deux aspects ne s'impose-t-il pas ? La critique à l'égard de l'acharnement thérapeutique ne témoigne-t-elle pas des risques que fait courir aux personnes malades une interprétation étroite du principe ?

Un troisième argument affirme que la mort volontaire est inacceptable parce que la vie est un don de Dieu et que dans ce sens elle ne nous appartient pas. Beaucoup de croyants trouvent ici leur argument fondamental pour s'opposer à toute forme d'euthanasie. Ainsi en est-il de la Congrégation pour la Doctrine de la Foi qui affirme dans son document sur l'euthanasie de mai 1980 que « si la plupart des hommes estiment que la vie a un caractère sacré », « les croyants y voient plus encore un don de l'amour de Dieu, qu'ils ont la responsabilité de conserver et de faire fructifier » (Congrégation, 1987, p. 416). Dans ce sens, la vie « n'est pas un simple phénomène, un fait brut, un destin, et encore moins un malheur suspendu sur nos têtes » (Barth, 1965, p. 129). Elle est une participation à la propre vie de Dieu ; c'est ainsi que chacun doit chercher à la promouvoir et non à la réduire. Cet argument est prégnant de toute une vision de l'être humain : il y a dans la vie quelque chose de plus grand que nous-mêmes. C'est pourquoi elle demande à être profondément et concrètement respectée.

Quelle est la valeur de cet argument dans une culture sécularisée donnant priorité à la maîtrise de l'individu sur sa propre vie ? Le non-croyant peut difficilement reconnaître un don de Dieu. De plus, le don ne revêt pas chez tous le sens qu'il revêtait dans les sociétés anciennes et que les travaux de Mauss ont mis en relief (Mauss, 1973). Pour cette dernière école, le don rapproche deux



André Clément, Sépulture 1

personnes et favorise l'approfondissement de la relation entre deux êtres ; le cadeau offert n'est pas un avoir dont dispose à sa guise le receveur mais une relation que l'on s'efforce de retourner. Telle est fondamentalement la perspective du croyant, une perspective d'alliance. En tant que don de Dieu, la vie est une tâche et une espérance à poursuivre dans la fidélité. Une autre conception du don existe, plus moderne en quelque sorte : celui-ci est perçu comme un bien que l'individu reçoit en cadeau et dont il peut disposer à sa guise. Si la vie est un don de Dieu, la personne qui l'a reçue ne peut-elle pas en disposer à sa guise ? Le suicide et l'euthanasie paraissent ici possibles ; il y aurait même contradiction à lier ensemble la vie comme don de Dieu et la non-maîtrise sur elle.

La quatrième série d'arguments touche aux enjeux sociaux liés à la légalisation de l'euthanasie. Deux types d'enjeux seront ici présentés. D'une part, malgré les prétentions de ceux qui affirment qu'elle est un acte privé, l'euthanasie est fondamentalement un geste social : une société autorise un professionnel à mettre fin à la vie d'une personne souffrante pour son bien. Autoriser un tel geste, c'est non seulement changer la nature de la profession médicale mais aussi élargir les raisons pour lesquelles il est acceptable de mettre quelqu'un à mort. Comme le rappelle Daniel Callahan, « toutes les sociétés civilisées ont développé des lois de manière à réduire les occasions pour lesquelles une personne est autorisée à en tuer une autre » (Callahan, 1993, p. 104).

D'autre part, les pratiques médicales et soignantes actuelles entourant la fin de vie peuvent-elles rassurer sur l'amélioration des soins et de l'accompagnement que favoriserait la pratique de l'euthanasie ? Dans un tel secteur, les lois peuvent-elles protéger contre des conséquences désastreuses pour les personnes gravement malades ? Les pratiques actuelles favoriseraient une réponse plutôt négative. Une fois la libéralisation en place, la pression démographique, le manque de ressources, le fanatisme religieux ou l'avidité pure et simple risquent de donner des résultats indésirables. Tel est, selon Sissela Bok, l'argument de la pente glissante : les balises légales censées protéger contre les abus ne seraient pas efficaces. En effet, l'histoire des vingt dernières années témoigne de l'incapacité de nos sociétés à offrir un véritable soulagement de la souffrance terminale vécue par les malades et à soutenir réellement les personnes mourantes (Bok, 1998, p. 116-118). Les multiples initiatives des dernières décennies pour favoriser le respect des volontés des malades ne peuvent masquer leur échec massif (Support, 1995 ; Lo, 1995, p. 1635). Les études démontrent la pauvre qualité du soutien que reçoivent les personnes en fin de vie. Sissela Bok n'hésite pas à parler de négligence et de maltraitance (Bok, 1998, p. 120). L'euthanasie ne constitue pas la réponse appropriée aux problèmes réels que vivent les malades en fin de vie ; sa libéralisation conduirait même à l'affaiblissement du souci que l'on doit avoir à l'égard des personnes en situation de fin de vie.

À la suite des arguments contre l'euthanasie seront maintenant présentés ceux en faveur de sa dépénalisation. Ils sont de trois ordres : la libre disposition de soi-même, la qualité de la vie et la compassion. Jusqu'à récemment, tant les autorités civiles que religieuses n'avaient guère manifesté d'ouverture aux thèses qui affirment que l'individu est maître de sa destinée et que l'appréciation de la vie constitue une affaire personnelle. Comme l'a montré la présentation du contexte juridique, les choses changent. On ne peut, en effet, exclure du débat sur la fin de vie les valeurs de la modernité et de la sécularité. R.G. Frey résume la problématique en affirmant que les multiples histoires de patients qui demandent à leur médecin de manifester leur compassion en les aidant à mettre un terme à une vie qui n'a plus de qualité témoignent du désir de ces malades de continuer d'exercer le contrôle sur leur propre vie (Frey, 1998, p. 17).

Le « droit de mourir » résume la préoccupation d'affirmer l'autonomie individuelle même en fin de vie. Si l'expression apparaît pour la première fois en Angleterre en 1873 (Logan, 1977, p. 14), le terme n'entre

dans le vocabulaire populaire qu'un siècle plus tard lorsque les tribunaux américains commencent à déclarer légal le refus de traitements que les médecins considéraient requis. Le terme s'impose alors rapidement, signe du malaise de la population à l'égard des décisions médicales qui ne respectent pas la volonté des malades (Logan, 1977, p. 2-3). C'est au nom de ce principe que furent votées les premières législations autorisant le testament de vie et le droit au refus de traitement. Dans sa *Déclaration* de 1980, la Congrégation pour la Doctrine de la Foi utilise l'expression. C'est dire que le « droit de mourir » peut être interprété de diverses façons. Pour les tenants de l'euthanasie, il vise à « élargir le champ de la liberté humaine en gagnant pour nous-mêmes le droit de mourir en autant que c'est humainement possible dans les circonstances de notre choix » (Earl of Listowel, 1969, p. 7). Ce droit s'inscrit dans la reconnaissance que l'individu moderne est liberté, c'est-à-dire qu'il fonde ses valeurs et exerce le contrôle sur ses actions. En ce qui touche la fin de vie : « chaque conviction est respectable et le choix de chacun doit être respecté » (Burgermeister, 1985, p. 180). En fondant le droit à l'euthanasie sur l'autonomie, les tenants de cette position insistent fortement sur la dimension volontaire du geste. Celle-ci est mise en exergue parce que ses partisans ont un grand souci des droits humains et veulent éviter les faiblesses et la confusion de certaines tendances des années 1930 (Kenis, 1990, p. 7). Le droit à la mort est une extension du droit à la vie.

La thèse de l'autonomie soulève trois problèmes. Elle met d'abord en cause le rôle de l'État dans la protection de la vie. Cette protection constitue un élément clé de l'édifice des droits de l'homme tel qu'il s'est élaboré au cours des derniers siècles : le droit de toute personne à la vie est placé au-dessus des libertés individuelles. C'est la position de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Sue Rodriguez*³ (Cour suprême, 1993). La Cour suprême des États-Unis va dans le même sens lorsque, dans l'affaire *Washington v. Glucksberg*⁴, elle déclare qu'il n'y a pas un droit constitutionnel à la mort volontaire (*Washington v. Glucksberg*, 1998). Comme le note Daniel Callahan, transférer à un autre le pouvoir sur sa propre vie signifie qu'une société sanctionne le fait que certains de ses membres puissent donner la mort à d'autres pour des raisons d'ordre personnel (Callahan, 1989, p. 5). Un des fondements de la vie sociale est radicalement remis en cause. Le deuxième problème qu'il faut mentionner touche les personnes inaptes et incapables d'exprimer leur volonté. Fonder le droit à l'euthanasie sur l'autodétermination de l'individu conduit à exclure toutes les personnes incapables

d'exprimer leur choix. Ainsi en est-il des nouveau-nés sévèrement handicapés ou des personnes démentes. Pourtant ce sont souvent ces personnes dont la vie nous apparaît la plus misérable et souffrante. Pourquoi faudrait-il les priver du bénéfice de l'euthanasie ? Enfin, fonder la légitimité de la mort volontaire sur l'autodétermination de la personne malade tient-il réellement compte de ce qu'elle vit ? L'argument ne dit rien d'un élément central de l'expérience de la maladie, celui des liens familiaux. Ainsi une personne tient à prolonger sa vie pour voir la naissance de sa petite-fille. Une autre n'en peut plus de se sentir un fardeau pour sa famille et ses amis ; elle veut en finir au plus tôt. De plus, les études et l'expérience médicales montrent que la maladie, à mesure qu'elle progresse, affaiblit la capacité de décision de la personne malade (Cassel *et al.*, 2001). Il faudrait, enfin, accepter d'euthanasier toute personne qui considère que sa maladie l'écrase et l'empêche de vivre selon ses choix. Entre l'affirmation du droit à l'autonomie et l'expérience de celle-ci, il y a un fossé qui exige d'être exploré de plus près afin d'envisager de développer des politiques à propos de la mort volontaire (Mann, 1998, p. 17).

Le « droit de mourir » est inséparable d'une autre expression qui renvoie à la qualité de la vie : « mourir dans la dignité ». La peur de la souffrance, la crainte de dépérir lentement, l'inquiétude de tomber à la merci des autres comptent parmi les arguments les plus éloquents pour fonder le contrôle de chacun sur sa propre mort. Ici patients et soignants se rencontrent, le thème de la qualité de la vie caractérisant l'entreprise de la médecine telle qu'envisagée par Francis Bacon. La médecine contemporaine en parle maintenant abondamment. On pense ici, entre autres, à la définition de la santé de l'OMS, à certaines pratiques médicales comme le diagnostic prénatal, aux soins palliatifs, aux QUALYS ou à de nombreux projets de santé publique. Les souffrances et les handicaps qui accompagnent l'allongement de la vie font que la qualité de la vie devient un argument central pour rendre acceptables l'euthanasie et l'aide médicale au suicide. Le philosophe Peter Singer a exprimé d'une manière forte l'argument en faveur de la qualité de la vie pour décider ou non de mettre fin à la vie d'un grand malade. Il soutient qu'une nouvelle éthique fondée sur la qualité de la vie doit remplacer l'ancienne fondée sur le caractère sacré de la vie et qu'il faut écrire de nouveaux commandements dont les deux suivants. Au commandement ancien affirmant l'égalité de toute vie humaine succède le nouveau selon lequel la valeur d'une vie varie selon des critères précis. Le second commandement qui condamnait la mort

volontaire doit être remplacé par un nouveau qui proclame que chacun doit respecter le désir de quiconque de vivre ou de mourir. En effet, s'il est mal de mettre à mort quelqu'un contre son gré, il faut cependant respecter son désir de mourir s'il juge que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue (Singer, 1995, p. 190-198).

Sans nier l'importance du thème de la qualité de vie, ce dernier ne peut, à lui seul, fonder un argument décisif pour légitimer l'euthanasie. D'une part, en contexte contemporain, l'expression sert parfois à exclure de la vie commune des êtres qui sont considérés comme ne satisfaisant pas aux critères minimaux de qualité. Ainsi en est-il lorsqu'il est décidé de ne pas opérer un enfant trisomique 21 pour une atrésie de l'œsophage alors que l'intervention sera pratiquée chez tout autre enfant dit « normal ». Il en va de même à l'autre extrémité de la vie où des malades âgés sont pratiquement abandonnés sur des civières dans les urgences des hôpitaux ; on les laisse mourir, car on ne voit pas « à quoi ils servent ». La réflexion suivante résume la position : « à cet âge et dans cette condition, quelle qualité de vie peut-on avoir ? » On parle de qualité de vie, alors qu'il s'agit du poids trop lourd que représente l'individu malade pour les autres et l'ensemble de la société. Cette approche est fondamentalement utilitariste. D'autre part, on ne peut perdre de vue la dimension éminemment subjective de la qualité de vie. Les professionnels de la santé comme les citoyens utilisent souvent l'expression comme si elle avait un contenu objectif. Pourtant, seul l'individu peut juger de sa qualité de vie. Des individus fortement handicapés considèrent que leur vie est bonne alors que d'autres qui ont tout pour réussir vivent leur vie comme un poids dont ils veulent se débarrasser. L'argument de la qualité de la vie me paraît donc limité pour légitimer l'euthanasie.

Face à la souffrance de la maladie et de la mort, le discours médical contemporain intègre de plus en plus le souci de la compassion. C'est le troisième argument qui sera ici présenté. Les publications médicales utilisent maintenant une terminologie qui leur était plutôt étrangère jusqu'à la fin des années 1980 : qualité de la vie, souffrances insupportables, contrôle de la douleur, mort dans la dignité, compassion pour le malade souffrant. Cette préoccupation nouvelle s'exprime de différentes façons : soins palliatifs, abstention de traitement, refus de l'acharnement thérapeutique. Lorsque l'échec des traitements à visée curative est reconnu, la tâche de la médecine est d'être humanitaire. C'est dans ce contexte que certains proposent l'euthanasie et l'aide au suicide comme des réponses médicales

respectueuses des patients et de leurs souffrances. La compassion anime le travail du médecin qui peut aller, selon les circonstances, jusqu'à donner la mort. Comme l'écrivent deux médecins ayant beaucoup publié sur la question, « il n'y a pas de contradiction inhérente entre l'aide médicale au suicide et la responsabilité d'être un médecin qui prend soin de ses patients et se montre compatissant à leur égard » (Cassel et Meier, 1991, p. 1436-1437). L'euthanasie constitue un geste plus humain que celui de forcer un patient à poursuivre une vie rendue insupportable par la souffrance qui l'habite (Angell, 1988, p. 1349-1350).

Si la place grandissante de la compassion ne peut que réjouir, on doit se demander pourquoi une médecine qui se veut aussi efficace en arrive à rendre insupportable la vie des patients qu'elle traite. L'esprit qui habite la médecine de pointe n'a pas changé : combattre la maladie de la manière la plus agressive et efficace possible. Le personnel médical et soignant dans les secteurs des soins intensifs se compare parfois à des gladiateurs se battant contre la maladie (Pascalev, 1996). On a beau parler d'une « éthique du prendre soin » (*caring ethics*) et des « aidants naturels », on ne peut perdre de vue que les objectifs actuels des services de santé sont l'efficacité et le contrôle des coûts. La compassion qui conduit à l'euthanasie peut être considérée comme une manière d'éviter de débattre d'un problème de fond, celui du rôle de la médecine et des services de santé.

* * *

À analyser les différents arguments présentés en tenant compte du contexte médical, social et légal contemporain, aucun d'entre eux ne convainc pleinement, bien que les éléments que chaque thèse met en relief méritent notre attention et notre respect. L'effort de tenir ensemble les différentes valeurs qu'affirment les divers arguments ne date cependant pas d'aujourd'hui. Les instruments classiques utilisés en éthique médicale au cours du dernier siècle pour éclairer les prises de décision difficiles visaient précisément à répondre aux tensions auxquelles donne lieu la mort médicalisée.

La distinction entre euthanasie active et passive qui s'était imposée dans les années 1970 et qui s'est peu à peu transformée en une distinction entre euthanasie et arrêt de traitement voulait tenir ensemble deux aspects fondamentaux⁵. Il s'agit de respecter le caractère sacré de la vie tout en ne prolongeant pas une vie à l'égard de laquelle les moyens médicaux se révèlent impuissants. La distinction est aujourd'hui largement prise à partie, sous prétexte que l'arrêt de traitement vise à accélérer la mort. Rien n'est moins sûr puisqu'il s'agit plutôt de reconnaître que la médecine a maintenant atteint sa limite ; le médecin ne veut pas la mort du malade mais accepte son impuissance. De fait, dans certaines circonstances, des patients repartiront chez eux, l'arrêt du traitement n'ayant pas accéléré la fin de la vie. Le principe de l'action à double effet, particulièrement utilisé dans les soins palliatifs, joue un rôle semblable. Il cherche à tenir ensemble deux préoccupations centrales des soignants. Ceux-ci tiennent à respecter le caractère sacré de la vie, d'où leur intention de ne pas hâter la mort du patient. Leur objectif consiste à soulager le malade des douleurs qui accompagnent le progrès de sa maladie. En agissant ainsi, il est cependant possible que les médicaments puissent avoir comme conséquence d'accélérer la mort. La primauté est accordée à la compassion tout en respectant la vie. Enfin, la distinction entre moyens ordinaires et extraordinaires qui, dans la médecine moderne, remonte à Pie XII, cherche à réconcilier caractère sacré de la vie, qualité de la vie et autonomie. Si la personne a l'obligation de prendre des moyens ordinaires pour conserver sa vie, elle n'est pas tenue de recourir à des moyens qui ne sont pas adaptés à sa situation pour la prolonger. Dans la perspective de Pie XII, la décision revient au malade qui, seul avec les siens, peut juger de ce qui est un fardeau trop lourd. Cette vision est fondée sur la qualité de la vie et l'autonomie de la personne. Elle a été rapidement récupérée par l'éthique médicale qui a instrumentalisé l'ordinaire et l'extraordinaire en faisant une classification des moyens médicaux.

La reconnaissance de l'ambiguïté qui caractérise ces processus de décision me paraît une exigence essentielle pour que la

personne qui avance vers la mort soit profondément respectée. Dans l'expérience de sa maladie, le malade doit pouvoir ressentir que sa vie est toujours estimée un bien précieux par les siens, famille, soignants et société. Voilà ce qu'affirment le caractère sacré de la vie et les autres arguments apparentés. En raison de la dignité de sa vie, le malade doit aussi être confiant qu'il ne sera pas réduit à des souffrances inacceptables et exclu en étant abandonné dans un milieu inhumain. Voilà ce que mettent en relief les valeurs de qualité de la vie et de compassion. Enfin, parce que le malade demeure un être humain tout au long de sa maladie, ses proches ont la responsabilité de lui manifester que sa vie est une histoire encore en mouvement et qui n'est pas terminée.

Ainsi, respect de la vie, qualité de la vie, soins appropriés, autonomie du malade et compassion s'appellent mutuellement. Ils doivent être tenus ensemble. Leur séparation explique les situations inhumaines que vivent ou craignent de vivre les malades. L'euthanasie représente alors l'espoir de sortir de leur misère. C'est au cœur même de la maladie alors que celle-ci progresse et que tout n'est pas encore joué que la parole du malade devrait prendre toute son importance et que la conversation avec les soignants devrait trouver sa valeur. Si le dialogue et le soutien global devenaient la préoccupation centrale de tous, le visage même du mourir changerait et, avec lui, le débat sur l'euthanasie. Peut-être alors l'exception d'euthanasie dont parlent le Comité consultatif national d'éthique de France et de nombreux médecins prendrait-elle son sens.

Bibliographie

ANGELL, Marcia (1988). « Euthanasia », *The New England Journal of Medicine*, n° 319-320 (17 novembre).

AUMÔNIER, Nicolas, Bernard BEIGNIER et Philippe LETTELIER (2001). *L'euthanasie*, Paris, Presses universitaires de France.

BACON, Francis (1836). *De la dignité et de l'accroissement des sciences*, Livre IV, chap. 11, *Œuvres du chancelier Bacon*, Paris, A. Derez.

BARTH, Karl (1965). « La doctrine de la création », *Dogmatique*, vol. 11, t. IV, Genève, Labor et Fides.

BATTIN, Margaret P., Rosamond RHODES et Anita SILVERS (dir.) (1998). « Conceptual issues », *Physician Assisted Suicide Expanding the Debate*, New York, Routledge, p. 9-10.

BOISVERT, Marcel (1990). « Une histoire vraie », *Frontières*, vol. 3, n° 1 (printemps).

BOK, Sissela (1998). « Euthanasia », dans Gerald DWORKIN, R.G. FREY et Sissela BOK (dir.), *Euthanasia and Physician – Assisted Suicide For and Against*, Cambridge, Cambridge University Press.

BURGERMEISTER, Gentiane (1985). « Mourir dans la dignité : un droit ou une utopie ? », *Les cahiers médico-sociaux*, vol. 29, n° 3.

BURLEIGH, Michael (1994). *Death and Deliverance. Euthanasia in Germany 1900-1945*, Cambridge, Cambridge University Press.

CALLAHAN, Daniel (1989). « Can we return death to disease ? », *Hastings Center Report – A Special Supplement*, n° 19 (janvier-février).

CALLAHAN, Daniel (1993). *The Troubled Dream of Life. Living with Mortality*, New York, Simon & Schuster.

CASSEL, Christine et Diane MEIER (1990). « Morals and moralism in the debate over euthanasia and assisted suicide », *The New England Journal of Medicine*, vol. 323, n° 11 (13 septembre), p. 750-752.

CASSEL, Christine K. et Diane MEIER (1991). « Correspondence », *The New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 20 (16 mai).

CASSEL, Eric, Andrew LEON et Stacey G. KAUFMAN (2001). « Preliminary evidence of impaired thinking in sick patients », *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n° 12 (19 juin), p. 1120-1123.

C. C. N. E. (2000). « Fin de vie, arrêt de traitement, euthanasie », *Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique*, n° 23, p. 3-16.

CONGRÉGATION POUR LA DOCTRINE DE LA FOI (1987). « Déclaration sur l'euthanasie », dans *Textes du Magistère catholique réunis et présentés par Patrick VERSPIEREN*, sous le titre de *Biologie, médecine et éthique*, Paris, Le Centurion.

COUR SUPRÊME DU CANADA (1993). *Rodriguez c. Colombie-Britannique*.

DOUCET, Hubert (1998). *Les promesses du crépuscule*, Montréal-Genève, Fides-Labor et Fides.

DURAND, Guy, Andrée DUPLANTIE, Yvon LAROCHE et Danielle LAUDY (2000). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal-Les éditions inf.

DWORKIN, Ronald (1994). *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York, Vintage Books.

DWORKIN, Ronald *et al.* (1998). « The philosophers' brief », dans Margaret P. BATTIN, Rosamond RHODES et Anita SILVERS (dir.), *Physician Assisted Suicide Expanding the Debate*, New York, Routledge, p. 430-441.

EARL OF LISTOWEL (1969). « Foreword », dans A.B. DOWNING (dir.), *Euthanasia and the Right to Death*, Londres, Peter Owen.

FREY, R.G. (1998). « Distinctions in Death », dans Gerald DWORKIN, R.G. FREY et Sissela BOK, *Euthanasia and Physician – Assisted Suicide For and Against*, Cambridge, Cambridge University Press.

GRUPE DE TRAVAIL (1999). *Assistance au décès*, Rapport de Groupe de travail au Département fédéral de justice et de police, Berne, mars.

HARAKAS, Stanley (1982). *Contemporary Moral Issues*, Minneapolis, Light and Life Publications.

HIPPOCRATE (1849). « De l'art », *Œuvres complètes*, t. VI, Paris, J.B. Baillière.

KASS, Leon (1995). « Death with dignity and the sanctity of life », dans Jonathan D. MORENO (dir.), *Arguing Euthanasia*, New York, Simon & Schuster, p. 211-236.

KENIS, Yvon (1990). *Choisir sa mort. Une liberté, un droit*, Bruxelles, Association pour le droit de mourir dans la dignité.

KEYSERLINGK, Edward W. (1982). *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie* (série « Protection de la vie »), Ottawa, Commission de réforme du droit du Canada.

KIMSMA, G.K. et E. VAN LEEUWEN (1993). « Dutch euthanasia : Background, practice, and present justifications », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, n° 2 (hiver).

KIMSMA, G.K. et E. VAN LEEUWEN (2001). « The new Dutch law on legalizing physician-assisted suicide », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, n° 10 (automne).

KÜBLER-ROSS, Elizabeth (1969). *Les derniers instants de la vie*, Genève, Labor et Fides.

LO, Bernard (1995). « Improving care near the end of life. Why is it so hard ? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 20 (22-29 novembre).

LOGAN, James P. (1977). *The « Right to Die » and the Language of Christian Personalist Ethics*, Ann Arbor, Mich., University Microfilms International.

McINERNEY, Fran (2000). « "Requested death" : A new social movement », *Social Science & Medicine*, n° 50, p. 137-154.

MANN, Patricia S. (1998). « Meanings of Death », dans Margaret P. BATTIN, Rosamond RHODES et Anita SILVERS (dir.), *Physician Assisted Suicide Expanding the Debate*, New York, Routledge, p. 10-27.

MAUSS, Marcel (1973). « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, p. 145-279.

PASCALÉV, Assya (1996). « Images of death and dying in the intensive care unit », *Journal of Medical Humanities*, vol. 17, n° 4, p. 221-224.

PELLEGRINO, Edmund D. (2001). « The internal morality of clinical medicine : A paradigm for the ethics of the helping and healing professions », *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 26, n° 6 (décembre), p. 559-579.

QUILL, Timothy, Christine CASSEL et Diane MEIER (1992). « In care of the hopelessly ill – Proposed clinical criteria for physician-assisted suicide », *The New England Journal of Medicine*, n° 325 (5 novembre), p. 1380-1381.

SCHNEIDER, Carl (1994). « Bioethics and the language of law », *Hastings Center Report*, vol. 24, n° 4 (juillet-août).

SEALE, Clive (1998). *Constructing Death. The Sociology of Dying and Bereavement*, Cambridge, Cambridge University Press.

SINGER, Peter (1995). *Rethinking Life & Death*, Oxford, Oxford University Press.

SINGER, Peter A. et Mark SIEGLER (1990). « Euthanasia – A Critique », *The New England Journal of Medicine*, vol. 322, n° 26 (28 juin), p. 1881-1883.

SUPPORT (1995). « A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 274, n° 20 (22-29 novembre), p. 1591-1598.

SUTER, Jean (1950). *L'eugénique, Travaux et Documents*, Cahier n° 2, Paris, Presses universitaires de France.

THÉVOZ, Jean-Marie (1994). « L'euthanasie, un produit dérivé de la médecine », *Médecine et Hygiène*, n° 2029 (8 juin), p. 1377-1378.

VAN DER POOL, Harold (1995). « Death and dying: Euthanasia and sustaining life », dans Walter REICH (dir.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York, MacMillan Library Reference.

WANZER, Sydney *et al.* (1989). « The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look », *The New England Journal of Medicine*, vol. 320, n° 13 (30 mars), p. 844-849.

Washington v. Glucksberg 117 SUP.Ct. 2258 (1997); bench opinion 32; jugement complet donné en appendice de Margaret P. BATIN, Rosamond RHODES et Anita SILVERS (dir.), *Physician Assisted Suicide Expanding the Debate*, New York, Routledge, 1998, p. 377-422.

WEBB, Marilyn (1997). *The Good Death. The New American Search to Reshape the End of Life*, New York, Bantam Books.

WELSCHINGER, Béatrice (2001). « La législation de l'euthanasie et de l'aide au suicide aux Pays-Bas: un défi pour les États européens », *InfoKara*, vol. 63, n° 3, p. 3-10.

WENBERG, Ron N. (1989). *Terminal Choices, Euthanasia, Suicide and the Right to Die*, Grand Rapids, Mi., William B. Eerdmans Publishing Co.

Notes

1. La distinction entre euthanasie et aide médicale au suicide fait l'objet de débats. Pour les uns, la distinction est insignifiante puisque le médecin est directement engagé dans l'acte de hâter la mort. Pour les autres, la différence est centrale: le malade pose le geste, le médecin ne servant que de courroie de transmission.
2. Karen Ann Quinlan fut, par suite d'une anoxie cérébrale, réduite à l'état végétatif. Son père demanda à la Cour suprême du New Jersey d'être nommé *guardian* à la personne et aux biens de sa fille. Puisqu'il n'y

avait plus aucun espoir de guérison, il demandait le pouvoir d'autoriser la cessation des moyens extraordinaires qui prolongeaient la vie de sa fille. La Cour suprême de l'État accepta la demande à condition que le *guardian* obtienne l'accord de la famille et que le comité d'éthique de l'établissement donne son accord. *In the matter of Karen Quinlan*, Supreme Court of New Jersey, 31 mars 1976.

3. Mme Sue Rodriguez, âgée de 42 ans et atteinte de sclérose latérale amyotrophique qui ne lui laissait que quelques mois de vie, demandait à la Cour qu'« un médecin qualifié soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques qu'elle pourrait utiliser, quand elle perdra la capacité de jouir de la vie, pour se donner elle-même la mort au moment qu'elle choisirait » (Cour suprême, 1993, p. 3).
4. La cause portait sur la constitutionnalité de la loi de l'État de Washington qui condamne l'aide au suicide.
5. La distinction entre euthanasie active et passive est de moins en moins utilisée. Le qualificatif passif pour décrire le fait que la médecine ne lutte plus pour le maintien d'une vie pour laquelle elle est devenue impuissante apparaît contradictoire avec une euthanasie définie comme l'action de hâter la mort. L'euthanasie, toujours vue comme active, est distinguée de l'arrêt ou de la non-initiation de traitement, c'est-à-dire le fait de cesser ou de ne pas entreprendre un traitement susceptible de maintenir le patient en vie.



André Clément, Le tombeau de Saint-Michel