

Fins de vie plurielles

Mourir en démocratie

Sous la direction de SARAH CARVALLO

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCHE-COMTÉ

Table des matières

Présentation des auteurs	9
Introduction générale - Fins de vie plurielles	
Sarah CARVALLO	13
1. La condition médicale de la fin de vie	
Les nouvelles figures de la fin de vie et de la mort générées par la médecine moderne dans notre société contemporaine	
Régis AUBRY	35
Formes et problèmes de la fin de vie en médecine de transplantation	
Martin DUMONT	43
Quelle santé et quelle autonomie à la fin de la vie ? Ressources philosophiques pour une approche plurielle de la santé	
Agathe CAMUS	61
2. Le naturel, le volontaire et l'artificiel	
Arrêts de traitement et mort « naturelle » : une dissonance cognitive	
Marta SPRANZI	85
De la distinction entre <i>zoè</i> et <i>bios</i> : quelle portée pour penser la fin de vie ?	
Carole WIDMAIER	99

3. Pluralité et pluralisme

Au-delà du discours, face à la fin de vie. Normativités et singularité

Jean-Marc MOUILLIE

119

Sujet et choix : entre pluralisme thérapeutique et fin de vie

Ilario Rossi

135

Enjeux anthropologiques du suicide médicalisé

Anna C. ZIELINSKA

153

Résumés

171

Enjeux anthropologiques du suicide médicalisé

Anna C. ZIELINSKA

La pluralité des suicides

La mort volontaire et auto-administrée, le suicide, est une notion qui couvre tellement de réalités différentes que nous devons nous habituer à l’apprivoiser. Elle peut concerner des situations tragiques et infiniment destructives, mais elle peut se référer aussi à des moments de paix et de libération. Elle ressemble en cela à une autre notion typiquement humaine et à potentiel très divers, l’amour. L’amour c’est tantôt une source de sens dans la vie de quelqu’un, tantôt une addiction ravageuse, et encore : parfois son absence ou l’incapacité de le ressentir rendent la vie dépourvue de sens.

De toute évidence, la plupart des suicides sont un signe de détresse, la manifestation d’un mal insupportable que l’entourage de la personne et la personne elle-même ont échoué à contenir. Ce n’est toutefois pas la seule vision de la fin de vie auto-infligée que l’on doit avoir, la tradition philosophique et littéraire montre bien d’autres pistes interprétatives. Le suicide marque, trivialement, la fin d’une vie, mais ne se fait pas nécessairement dans le contexte de la « fin de vie » – il peut en constituer une interruption très prématuée. La notion même de « fin de vie » perd dans ce contexte son caractère évident : il ne peut plus s’agir d’un moment facilement identifiable par les sciences naturelles.

L’Organisation Mondiale de la Santé note que près de 800 000 personnes meurent chaque année du suicide, et il faudrait multiplier ce chiffre pour avoir une idée approximative des tentatives du suicide. C’est la troisième cause de décès chez les 15-19 ans.

¹ Cet article a bénéficié des conversations infinies avec Yael Lavi de l’Université de Tel Aviv, avec Shai Lavi de l’Institut Van Leer à Jérusalem, et d’une lecture attentive de Sarah Carvallo de l’université de Franche-Comté.

² Maître de conférences en philosophie morale, philosophie politique et philosophie du droit, université de Lorraine.

Les explications principales sont, toujours selon l'OMS, liées, dans les pays à revenu élevé, à des troubles mentaux et à des événements catastrophiques de la vie (problèmes financiers, ruptures, ou maladies) (cf. Organisation Mondiale de la Santé 2019). La grande majorité de ces actes auraient dû et pu être prévenus, et devraient être considérés comme des échecs des sociétés et des communautés où ont vécu les personnes décédées. Il en va de même avec des situations traumatisques liées à des conflits, des catastrophes personnelles et au sein d'une communauté, à la violence ou à des abus. Les suicides qui sont parmi les plus insupportables sont ceux des victimes de discriminations, les réfugiés, les populations indigènes, ou les personnes LGBTI. Et des suicides des adolescents et de jeunes adultes, dont l'augmentation est préoccupante (Miron *et al.* 2019).

Mais toutes les personnes qui choisissent de se donner la mort ne sont pas des victimes. Elles ont souvent reçu tout ce dont elles avaient besoin et ont simplement envie de partir. Il ne s'agit pas de dire qu'elles étaient heureuses au moment de départ, qu'elles étaient exemptes de toute souffrance : mais personne n'impose cette exigence aux vivants, donc pourquoi en faire une condition de la mort ?

Il est aujourd'hui nécessaire de considérer le suicide parmi les problèmes essentiels et ordinaires de discussion, aussi bien en philosophie qu'ailleurs. D'une part, parce que le fait d'en parler plus et mieux a la vertu de dédramatiser aux yeux de ceux qui pourraient le rechercher et, ainsi, arrêter leur projet. Et d'autre part, parce que tout comme l'euthanasie, le suicide n'est pas un événement qui ne concerne qu'un seul individu et il est essentiel d'en avoir une version lucide et complète. Et dans le contexte de l'interdiction de l'euthanasie dans les pays comme la France, la question de savoir que faire avec l'expression précoce du désir du suicide chez les personnes souffrant de maladie neuroévolutives ou de maladies lourdement handicapantes, est plus urgente qu'ailleurs. Il s'agit dans ce contexte des personnes qui ne peuvent plus, pour différentes raisons, se donner la mort, et leur suicide doit être *délégué*, si cette expression peut être acceptée – il s'agit alors de facto de l'euthanasie mais sur un patient qui en a exprimé le désir bien avant. Il diffère alors du suicide *assisté*, où la personne est lucide et n'a besoin d'aide médicale que pour la prescription d'une potion létale.

Le suicide, pathologique ou pas, est un événement de la vie, dont l'évocation doit être prise au sérieux non pas parce qu'il s'agit d'un potentiel cri de détresse, mais parce que c'est quelque chose qui fait partie de notre histoire et de notre monde. S'il s'agit d'un « cri de détresse », on ne peut le constater qu'avec le temps, et seulement si nous avons des informations suffisantes. La psychologisation immédiate de l'évocation du suicide est tout aussi déplacée que la psychologisation de l'évocation des autres événements de sa vie et de la vie des autres : l'amour, la passion artistique, le choix d'une spiritualité particulière. Au niveau des réactions immédiates, il est urgent de faire disparaître de notre langue des expressions telles que : « mais arrête de dire des bêtises, tu ne vas pas te tuer quand même ! ». Il faut apprendre à avoir un dialogue avec une personne qui parle du suicide, et de la mort de façon plus générale.

Dans ce qui suit, je montrerai quelques tentatives de classement de types de suicides, ne serait-ce que pour montrer le champ des possibles. Je m'intéresserai ensuite à un type particulier, le suicide vu comme un moment de lucidité ou de prise de pouvoir absolu sur le destin, pour l'écartier clairement de mes considérations. Le reste de l'article visera à montrer d'une part le caractère relationnel du choix du suicide, où les relations ne sont pas nécessairement là pour exercer des pressions mais pour apporter un soutien. Cette idée sera illustrée avec une courte analyse du film *Amour* de Michael Haneke et d'un cas particulier de la quête d'une mort volontaire des personnes souffrant des troubles psychiatriques. Du point de vue de la théorie morale, cet article se termine par une prise de distance vis-à-vis de toute tentative de se saisir de ces problèmes via les principes moraux ; l'étude des cas particuliers est la seule voie pour penser la variété des suicides de façon non réductionniste.

Ce texte n'est pas une tentative de défendre la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté dans des pays qui, comme la France, bénéficient d'un large consensus en faveur de ces procédures, prouvé depuis des années par des sondages sans ambiguïté. Un tel essai devrait donner des arguments détaillés en faveur de cette thèse, et c'est un travail tout à fait différent. Il s'agit ici de s'intéresser au fait anthropologique du suicide, pour se donner des moyens pour le prévenir quand cela est possible, mais aussi pour l'accueillir quand cela est nécessaire.

Les tentatives de classement au prisme de la dimension morale

Le suicide médicalement assisté est pensé surtout dans le contexte de la maladie incurable, qui inflige à la personne des souffrances morales ou physiques intolérables. La mort volontaire auto-infligée est toutefois bien plus que cela : depuis les débuts de la philosophie, cette notion a été utilisée pour désigner un choix philosophique. Mais c'est bien le contexte contemporain qui nous met devant la nécessité de penser le suicide : on a envie et besoin d'y avoir accès. Et il n'y a aucune raison de cantonner cette réflexion au contexte artificiellement limité de l'éthique médicale.

Dans l'histoire de la réflexion sur le suicide, plusieurs classements ont été proposés. Celui de Durkheim a probablement été le plus étudié, et on y trouve le suicide égoïste (dû à un défaut d'intégration sociale), altruiste (marque d'une intégration excessive) et anomique (apparaissant dans une société elle-même en crise, par exemple économique ; « perturbations de l'ordre collectif », Durkheim 1897, p. 271). Et détaillant davantage la variété des actes, nous rencontrons bien d'autres définitions encore, présentant le suicide tantôt comme un moment ultime de l'affirmation de sa propre humanité, tantôt comme « le plus grave des péchés » (Battin 2015, p. 1). Margaret Pabst Battin rappelle toute une famille de suicides plutôt altruistes, qui se vivent comme des sacrifices : les grèves de la faim et suicides de protestation sociale, l'auto-immolation ; le sacrifice de soi et le martyre, les pratiques religieuses et rituelles qui conduisent à la mort (en particulier le

rite de sati qui fait qu'une veuve s'immole à côté du corps de son époux ; harakiri), des suicides d'honneur et enfin des attentats suicides.

Les définitions « philosophiques » peuvent se diviser en quatre familles :

1. le choix de vivre uniquement dans la mesure où ce que l'on considère comme essentiel, à savoir nos capacités intellectuelles, ne sont pas gravement altérées ;
2. le choix de ne pas vivre dans un corps dont les souffrances nous rendent son esclave ;
3. le choix de s'opposer à des philosophies « de la mort », qui ont fait de la mort leurs obsessions, allant de la mythologie grecque jusqu'à Platon ;
4. la possibilité du suicide comme la sortie de l'absurdité de la vie (Schopenhauer, Kiryllov chez Dostoïevski *Les Possédés*).

En 1897, Émile Durkheim définit le suicide d'abord comme « toute mort qui résulte médiatement ou immédiatement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même » (Durkheim 1897, p. 3), issue d'un acte volontaire – même s'il reconnaît en même temps que ce caractère intentionnel est trop intime pour qu'on puisse en connaître véritablement les enjeux. Il y a entre tous les phénomènes couverts par le nom de mort volontaire « trop de ressemblances fondamentales pour qu'on ne les réunisse pas sous la même expression générique ». On ne peut que vulgairement qualifier le suicide d'« acte de désespoir d'un homme qui ne tient plus à vivre », car on omet ainsi toute la dimension potentiellement sacrificielle, héroïque, compassionnelle ou tragique. Cela amène Durkheim à insister sur le caractère éclairé du processus – la personne sait ce qu'elle fait et semble prête à en assumer les conséquences :

Ce qui est commun à toutes les formes possibles de ce renoncement suprême c'est que l'acte qui le consacre est accompli en connaissance de cause ; c'est que la victime, au moment d'agir, sait ce qui doit résulter de sa conduite, quelque raison d'ailleurs qui l'ait amenée à se conduire ainsi. (Durkheim 1897, p. 5)

Le suicide est, par cette définition, limité à l'humain, qui seul sait anticiper les conséquences de sa mort. Et il n'est sans doute pas explicable en termes d'« aliénation mentale ». Il y a, de toute évidence, des suicides provoqués par la folie, mais d'autres actes le sont aussi, et de toute façon, « d'une expérience aussi étroitement spéciale, on ne saurait induire aucune loi générale » sur le plan psychologique (Durkheim 1897, p. 26). Dans un ouvrage de 1930 qui poursuit le travail de Durkheim, Maurice Halbwachs ne propose aucune définition générale de son côté. Il note qu'en tant que sociologue, il est obligé d'utiliser dans ses travaux les classifications qui ont été faites par celles et ceux qui en proposent les statistiques – il va les questionner longuement, il ne les adopte pas naïvement (en mettant en garde contre la dissimulation du suicide par des familles religieuses qui craignent ne pas pouvoir enterrer leur mort), mais ne pense pas pouvoir fournir de définition ultime (Halbwachs 2002, p. 14).

Les évaluations morales ne sont pas absentes des considérations sociologiques. Halbwachs par exemple hésitait entre le « mal absolu » (si les suicides sont une réponse à la disparition des traditions sociales non remplacées) et le « mal relatif », s'ils sont provoqués par la complication de la vie sociale, qui fait « que les événements singuliers qui exposent au désespoir s'y multiplient », mais cette complication est de fait « la condition d'une vie sociale plus riche et plus intense » (Halbwachs 2002, p. 12).

Nous pourrions peut-être dire qu'une personne se suicide si :

- Elle provoque sa propre mort de façon intentionnelle
- Elle ne subit pas de pressions extérieures pour ce faire
- La mort est provoquée par des circonstances arrangées par cette personne de façon à provoquer sa propre mort (Beauchamp 1980, p. 77).

Cette série de conditions peut paraître banale, mais elle écarte de fait des morts que nous avons l'habitude de considérer comme suicides : celle de Socrate notamment. Et comme le note le philosophe moral James Rachels, non seulement une telle définition par catégories va forcément rencontrer des contre-exemples, mais elle suggère que le « suicide » est une notion « factuelle et descriptive, alors qu'il est essentiel de reconnaître que, pour beaucoup de personnes, il a un aussi un fort contenu émotionnel » (Rachels 1986, p. 83). Plusieurs actes, plusieurs types d'actes, peuvent être qualifiés de cette manière. En conséquence, il est plus intéressant d'examiner la place de cette notion dans notre réseau conceptuel plutôt que de proposer des élaborations très techniques issues de la théorie de l'action.

La possibilité du suicide médicalement assisté, où la mort est aidée par un tiers, nous force à revoir aujourd'hui les catégories classiques, telles que le suicide ou l'euthanasie (passive – où on laisse la personne mourir sans la nourrir artificiellement par exemple, et active – où on lui administre une substance létale). Le suicide paraissait être jusqu'à présent un acte absolument solitaire, fait d'une certaine manière *contre* le monde, il devient aujourd'hui potentiellement ouvert à la participation des autres, tant le personnel médical que les proches présents au moment de la mort. On voit cette difficulté dans le contexte américain, où la loi dans plusieurs états interdit l'aide au suicide (car ce dernier est associé à l'irrationalité ou à des troubles mentaux). Pourtant, « *medical aid in dying* » ou « *physician-assisted death* » (l'aide médicale à mourir, la mort aidée par un médecin) est autorisée dans une dizaine d'états. Ces distinctions sont fondées sur des catégories morales et juridiques classiques qui méritent pourtant d'être revues dans le contexte contemporain.

Conceptuellement d'ailleurs, il semble que la permissibilité du suicide implique celle de l'euthanasie. Pour James Rachels, le fait que nous n'avons pas le droit d'avoir des objections morales à l'égard du suicide de quelqu'un, nous interdit de s'opposer à l'euthanasie, donc la mort désirée mais exécutée par quelqu'un d'autre :

s'il est permis à une personne – ou si une personne a un droit – de faire une certaine action, ou de provoquer une certaine situation, cette personne peut alors également (elle y

a le droit) solliciter l'aide de quelqu'un d'autre pour mettre cette situation en œuvre, tant que cela ne va pas à l'encontre des droits de tierces personnes³.

Et on pourrait poursuivre ici une plus longue réflexion sur le droit à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide ; les travaux sur ce thème ne manquent pas. Mais la discussion dans ce texte ne s'interroge pas sur la question du droit, ni n'est un manifeste pour la légalisation de quelque procédure que ce soit, mais une exploration de l'anthropologie de la mort volontaire contemporaine.

Le suicide comme un moment de lucidité extrême

La prise au sérieux du suicide, la volonté de le voir non comme un problème, mais avant tout comme un acte qui affirme quelque chose, peut conduire à l'exalter. Déçus par la vacuité des structures du sens dans lesquels nous avons été élevés, le suicide se présente comme la solution la plus digne. Durkheim pense par exemple que les protestants se tuent davantage que les catholiques parce qu'ils font moins confiance à des croyances traditionnelles, font appel à « la conscience éclairée » (Durkheim 1897, p. 162), et ce goût d'instruction renforce l'esprit critique et fragilise la cohésion sociale et ouvre de ce fait la porte à davantage de suicides. Et même si la thèse de Durkheim sur la nature du protestantisme a été contestée par Maurice Halbwachs (qui précisait que la religion n'est qu'une composante parmi d'autres d'un ensemble d'éléments explicatifs dans un pays donné, Halbwachs 2002, p. 219), l'idée du suicide comme propre à celle ou celui qui eut le courage de réfléchir de façon critique à sa condition se retrouve aussi dans les textes de ce dernier. Cette idée se trouve incarnée de façon extrapolée dans le personnage d'Alexis Kirillov dans les *Possédés/Démons* de Dostoïevski⁴ : si Dieu n'existe pas, le suicide est pour l'homme intelligent la seule façon de montrer sa puissance.

Dostoïevski construit ce personnage pour le critiquer, et pour montrer un chemin qui permet de l'éviter : le retour vers des valeurs plus traditionnelles et plus certaines. Mais on peut rejeter la position de Kirillov sans proposer ce type de solutions. Albert Camus montre d'autres raisons pour ne pas adhérer si facilement au scénario de la supériorité intellectuelle du suicide « existentiel ». Dans son *Mythe de Sisyphe*, il voulait étudier « La

3 « If it is permissible for a person (or if a person has a right) to do a certain action, or bring about a certain situation, then it is permissible for that person (or he or she has a right) to enlist the freely given aid of someone else in doing the act or bringing about the situation, provided that this does not violate the rights of third parties » (Rachels 1986, p. 86).

4 Kirillov : Quiconque aspire à la principale liberté ne doit pas craindre de se tuer. Qui ose se tuer a découvert où gît l'erreur. Il n'y a pas de liberté qui dépasse cela ; tout est là, et au-delà il n'y a rien. Qui ose se tuer est dieu. À présent chacun peut faire qu'il n'y ait plus ni Dieu, ni rien. Mais personne ne l'a encore fait. [...] Kirillov : Si Dieu n'existe pas, je suis dieu. Pierre Stépanovitch : Vous m'avez déjà dit cela, mais je n'ai jamais pu le comprendre : pourquoi êtes-vous dieu ? Kirillov : Si Dieu existe, tout dépend de lui, et je ne puis rien en dehors de sa volonté. S'il n'existe pas, tout dépend de moi, et je suis tenu d'affirmer mon indépendance.

mesure exacte dans laquelle le suicide est une solution à l'absurde ». Les gens ne se privent pas de vie pour des idées positives, disait-il, mais ils sont prêts à faire le geste face au vide de l'absurde. « Cette nostalgie d'unité, cet appétit d'absolu illustre le mouvement essentiel du drame humain »⁵, note Camus, pour montrer le caractère insensé de la recherche de cette unité prétendument préexistante.

Le suicide pour des raisons existentielles est, aux yeux de Camus, un malentendu. Des recherches maladroites d'une grande sagesse qui cachent la banalité du non-sens⁶ : « des jeux stériles sur de grands sujets. Ils ne sont légitimes que dans la mesure exacte où ils sont approximatifs ».

Ses remarques restent pertinentes aujourd’hui, pour étudier les évolutions contemporaines de la mort volontaire auto-administrée. Par exemple, on note que le nombre de suicides aux États-Unis a augmenté de 25,4 % entre 1999 et 2016 (Centers for Disease Control and Prevention 2018). Pour expliquer cette augmentation, le chercheur en psychologie Clay Routledge suggère que cette crise du suicide « est en partie une crise de l'absence du sens [meaninglessness] » (Routledge 2018). Il rappelle que notre survie va de pair avec notre recherche du sens – la survie seule n'est pas suffisante pour maintenir l'angoisse existentielle à distance. Notre vulnérabilité psychologique, selon Routledge, est en grande partie due à notre incapacité de saisir ou de donner le sens à notre vie. Il dit en même temps que ce sentiment d'absence de sens est associé à l'abus d'alcool et de drogues, à la dépression, et au suicide – et le meilleur remède contre ces angoisses est la force des relations que nous avons avec les autres. Sa voix n'est pas unique, et les idées présentées relèvent du bon sens, auquel il y ajoute des études psychologiques.

Cette explication mérite sans doute d'être prise au sérieux, ne serait-ce qu'en incluant dans l'éducation des enfants et des adolescents une réflexion sur l'importance des relations avec les autres, une réflexion sur ce qui compte, à l'aide des arts narratifs, de l'anthropologie, de la philosophie et de la psychologie par exemple. Mais elle continue

5 « l'esprit qui cherche à comprendre la réalité ne peut s'estimer satisfait que s'il la réduit en termes de pensée. Si l'homme reconnaissait que l'univers lui aussi peut aimer et souffrir, il serait réconcilié. Si la pensée découvrait dans les miroirs changeants des phénomènes, des relations éternelles qui les puissent résumer et se résumer elles-mêmes en un principe unique, on pourrait parler d'un bonheur de l'esprit dont le mythe des bienheureux ne serait qu'une ridicule contrefaçon. Cette nostalgie d'unité, cet appétit d'absolu illustre le mouvement essentiel du drame [33] humain. Mais que cette nostalgie soit un fait n'implique pas qu'elle doive être immédiatement apaisée. Car si, franchissant le gouffre qui sépare le désir de la conquête, nous affirmons avec Parménide la réalité de l'Un (quel qu'il soit), nous tombons dans la ridicule contradiction d'un esprit qui affirme l'unité totale et prouve par son affirmation même sa propre différence et la diversité qu'il prétendait résoudre. Cet autre cercle vicieux suffit à étouffer nos espoirs. » (Camus 1942, p. 32-33).

6 « Entre la certitude que j'ai de mon existence et le contenu que j'essaie de donner à cette assurance, le fossé ne sera jamais comblé. Pour toujours, je serai étranger à moi-même. En psychologie comme en logique, il y a des vérités mais point de vérité. Le « connais-toi toi-même » de Socrate [35] a autant de valeur que le « sois vertueux » de nos confessionnaux. Ils révèlent une nostalgie en même temps qu'une ignorance. Ce sont des jeux stériles sur de grands sujets. Ils ne sont légitimes que dans la mesure exacte où ils sont approximatifs. » (Camus 1942, p. 34-35).

à voir le suicide comme un échec. Or nous devons apprendre à le voir aussi comme un choix et non pas comme une défaite.

Le suicide aujourd’hui – le mythe de l’individualisme

Les raisons qui rendent cette réflexion constamment nécessaire ont été formulées par Goethe il y a deux siècles : puisque « Le suicide est un événement important dans la vie humaine », et combien même il a été débattu, il convient sans cesse examiner « l’influence de chaque époque sur cet acte de la vie, et le point de vue sous lequel il se présente à nous, suivant la différence des temps »⁷. Certes, plusieurs réflexions des philosophes de l’Antiquité gardent leur pertinence aujourd’hui, mais bien des choses ont évolué de façon à changer le sens de certains types de cet acte.

La manière dont le sociologue Maurice Halbwachs corrigeait, en 1930, le *Suicide d’Emile Durkheim* (publié en 1897), consistait précisément à apporter de nouvelles données statistiques d’un monde qui continuait à changer. Ces données allaient modifier les observations de Durkheim de façon qualitative : une meilleure connaissance de l’occurrence des morts volontaires à la ville et à la campagne permettrait de comprendre que les « variations des suicides s’expliquent le plus clairement par les transformations du genre de vie ainsi défini » (Halbwachs 2002, p. 7). Il faut toutefois ajouter que Durkheim a déjà anticipé que ses études n’étaient pas définitives et ne concernaient que la période étudiée, en notant que chaque société avait « à chaque moment de son histoire, une aptitude définie pour le suicide » (Durkheim 1897, p. 10).

Margaret A. Somerville, philosophe canadienne très engagée contre toute aide à mourir, suggère que « notre société est fondée sur “un individualisme intense” [...], qui peut être au fond un individualisme excluant tout sens réel de la communauté » (Somerville 2001, p. 108). L’importance accordée à l’autonomie personnelle et à l’autodétermination est dans notre société liée à la montée de l’acceptabilité de l’euthanasie. Cet individualisme nous rend, selon la philosophe canadienne, aveugles à notre devoir de protéger et de promouvoir la communauté (et « entraînera inévitablement la destruction de la communauté »). Ces critiques sont fréquentes. Mais correspondent-elles au vécu du suicide médicalisé ? Probablement très peu, en tout cas dans le cas suisse.

Une des recherches menées en Suisse montre que ce n’est ni la douleur, ni le sentiment d’être un fardeau qui pousse les personnes à chercher le suicide assisté. Chez les patients en oncologie, c’est la détresse existentielle et la peur de perdre le contrôle qui étaient les raisons les plus citées – d’ailleurs la plupart des patients avaient choisi de mourir par

⁷ « Der Selbstmord ist ein Ereignis der menschlichen Natur, welches, mag auch darüber schon so viel gesprochen und gehandelt sein als da will, doch einen jeden Menschen zur Teilnahme fordert, in jeder Zeitepoche wieder einmal verhandelt werden muß » (Goethe, *Aus meinem Leben. Dichtung und Wahrheit*) (Goethe 1823, p. 37).

suicide avant le déclenchement de la maladie. Les personnes interrogées (familles des patients) disaient clairement qu'une présence plus appuyée des soins palliatifs n'aurait pas influencé la décision de leur proche – les patients étaient de toute façon déjà dans des centres des soins palliatifs, et ont choisi la mort auto-administrée malgré tout⁸. Le malaise constaté concernait notamment l'incapacité des professionnels de santé à aborder « les problèmes existentiels et moraux », et de ce fait les conversations autour des raisons du potentiel suicide étaient très parcimonieuses.

Le suicide n'est pas conceptuellement lié à l'individualisme qui veut que nos obligations morales soient fondées exclusivement sur le respect des droits individuels, le patient est un être autonome qui peut disposer de lui-même mais qui doit aussi s'assumer lui-même. Le suicide peut être un acte parfaitement relationnel, fondé sur une réflexion mûre, sur tout un réseau de relations familiales et amicales de la personne. Il peut être guidé par un souci de l'autre, de soi-même, par un équilibrage constant entre les deux. Cette notion est tellement dépendante du contexte que l'étude de ce phénomène en général n'a pas grand sens.

Une critique analogue pourrait être formulée autour de la notion d'autonomie. La volonté du présent article de réhabiliter le suicide comme expérience sociale à part entière peut être comprise (à tort) comme une volonté de réaffirmer l'*autonomie de l'individu* pour qui ses propres besoins et désirs sont primordiaux. Cet individu devrait alors assumer lui-même toute la responsabilité pour ce qui lui arrive. Or ce modèle de l'autonomie, même s'il est toujours présent dans ses versions extrêmes chez certains penseurs (Ayn Rand par exemple, ou Max Stirner), n'est ni conceptuellement apparenté à la notion de suicide, ni pratiquement omniprésent dans la réflexion sur celui-ci.

La vulnérabilité humaine est depuis longtemps au centre des préoccupations philosophiques de plusieurs courants de philosophie morale, telle l'éthique du *care* ou l'éthique du soin. En philosophie politique, l'idéal de l'autonomie a été mis en cause de façon forte par Axel Honneth, critique des projets politiques issus de la tradition kantienne, ceux de John Rawls et de Jürgen Habermas. Honneth insiste notamment sur « l'innovation » introduite par Hegel, à savoir l'*intersubjectivité*, qui constitue une rupture dans la tradition philosophique janséniste de l'individu atomique. Cette intersubjectivité, pensée dans la différence et non dans le consensus (donc contre Habermas) est pour lui un cadre. Au sein de ce dernier se déroule le processus de reconnaissance, préalable à la vie éthique, sa condition nécessaire (Honneth 2013). Sans être reconnu, l'individu ne peut pas devenir « autonome », si seulement cette autonomie est considérée comme indispensable. La reconnaissance d'autrui pour ce qu'il est, c'est aussi la reconnaissance de son désir possible de mourir, sa prise au sérieux et la capacité de l'intégrer dans les

⁸ « In some cases, the patients, in response to doubtful relatives, were reported to repetitively threaten to commit suicide. This kind of pressure from the patient was reported as strongly manipulative by relatives, and it forced the relatives to act in support of assisted suicide, which was regarded as qualitatively better than classical suicide » (Gamondi, Pott, Payne 2013).

échanges avec lui. À cela s'ajoute la reconnaissance institutionnelle, où le patient cesse d'avoir l'impression d'aller dans le sens qui est interdit ou effacé par les institutions de santé ou juridiques au sens large. Dans une situation idéale, le patient devrait rencontrer le médecin qui lui dira : « accompagner une personne malade et consentir à une euthanasie est bien davantage un privilège qu'un fardeau » (Damas 2013, p. 206).

Le suicide délégué

Amour de Michael Haneke (2012), un huis clos sur la fin de vie, a été interprété comme un film « conjurant la menace de l'inhumain, la hantise de la dispersion ultime, le sentiment aussi que l'amour même n'était qu'un leurre » (Péron 2012). Pour un autre critique, « l'héroïsme, [c'est] continuer la relation de couple malgré la solitude qui vient et le terminus qui approche » (Kaganski 2012).

Aucun critique n'a noté que le moment clé de l'*Amour*, là où tout bascule, où les hostilités commencent au sein du couple, c'est le moment où la tentative de suicide d'Anne (jouée par Emmanuelle Riva) est banalisée par Georges (Jean-Louis Trintignant). Quand Georges retourne d'un enterrement d'un ami, il retrouve Anne – à ce moment-là parfaitement lucide mais déjà en fauteuil roulant – par terre. On sait qu'elle a tenté d'ouvrir la fenêtre pour s'y jeter. Georges le devine, et la gifle. Anne exprime le désir de la mort plusieurs fois, de façon explicite, sans aucune ambiguïté, et elle n'est jamais entendue. Elle est considérée comme une victime que plusieurs personnes tentent de secourir avec une maladresse croissante.

Le spectateur est irrité par le personnage d'Eva, fille d'Anne et de Georges, qui demande sans cesse « mais qu'est-ce que je peux faire pour vous aider ? » Rien, justement. On ne peut parfois pas aider les gens, parce qu'il n'y a pas d'issue désirable, et il faut savoir se confronter à sa propre impuissance. Pourtant, Eva ne fait pas autre chose que Georges : ils sont tous les deux obsédés par leur propre rôle dans le drame qui se joue. Le personnage d'Anne n'en devient de facto qu'une toile de fond.

Au moment de la sortie du film *sur les écrans*, nombreux spectateurs et critiques l'ont vu comme un « hymne à l'amour ». Depuis Cannes, on a parlé d'« un film immense, aux antipodes de ce que l'on connaît du cinéaste autrichien. D'une générosité, d'une tendresse, d'une beauté infinie » (Regnier 2012). Les critiques qui suivent de plus près l'œuvre de Haneke ne se sont pas aventurés dans ce type de formulations et sont donc restés très vagues quant au message du film. Il aurait été en effet plutôt surprenant de présenter l'auteur de *Funny Games* comme un consensuel portraitiste des couples qui fonctionnent bien. Car ce couple ne fonctionne pas bien (dans le laps du temps présenté sur l'écran). Georges ne voit dans Anne que la réalisation potentielle de ce qu'il est lui-même, à savoir un mari parfait qui s'occupera de son épouse jusqu'à la fin. Et ce n'est qu'à la fin du film, au moment où il décide de raccourcir la vie d'Anne, qu'il comprend bien qu'il a perdu, qu'il s'est trompé et qu'il ne peut pas vivre avec cet échec.

Bien d'autres films soulèvent ces mêmes questions, en montrant que les distinctions éthico-légales qui monopolisent la littérature sur la mort (laisser mourir /faire mourir, euthanasie passive/euthanasie active) sont très artificielles. *Les Invasions barbares* de Denys Arcand (2003), *Still Alice* de Richard Glatzer et de Wash Westmoreland (2014), *Fin de partie (Mita Tova)* de Sharon Maymon et de Tal Granit (2014) sont tous des films qui parlent de la fin de vie au travers de la difficulté ou de l'impossibilité du suicide. L'euthanasie qui semble « officiellement » en être le thème principal, intervient pourtant chaque fois dans le contexte de l'échec du suicide. Souvent, l'euthanasie est un *suicide délégué*.

Une situation récente illustre ce cas de figure : il s'agit d'une Néerlandaise qui, en 2012 et alors âgée de 70 ans, a écrit une déclaration stipulant que dans le cas où sa maladie d'Alzheimer la mettrait dans la situation de devoir habiter dans une maison de soins avec d'autres personnes malades, elle souhaitait terminer sa vie. Elle voulait terminer sa vie à un moment précis (désir du suicide) et savait qu'à ce moment-là, elle n'allait pas pouvoir le faire. En 2016, la situation s'est effectivement présentée. Sa médecin a donc réuni autour d'un café la patiente, sa fille et son gendre ; elle a, avec l'accord de la famille, mis des sédatifs dans le café de la patiente, pour ensuite, après son endormissement, lui injecter une substance létale. La situation n'est pas un cas classique d'euthanasie, pourtant autorisée aux Pays Bas, car la patiente n'était pas en état d'exprimer sa volonté en 2016, donc elle n'a pas été consultée par sa médecin. Le 11 septembre 2019, la juge néerlandaise Mariette Renckens a déclaré que le cas en cause entrait bel et bien dans les critères d'euthanasie :

La juge [a affirmé] que la patiente était « profondément démente » et « était effrayée par sa propre image dans le miroir ». « Compte tenu du fait que la patiente n'était plus cohérente, la médecin n'aurait pas pu établir un jugement en lui parlant », a ajouté M^{me} Renckens. (AFP 2019)

Les troubles psychiatriques et la fin de vie : entre le suicide et l'euthanasie

Le contexte belge offre un terrain de réflexion intéressant pour penser la mort volontaire dans sa porosité conceptuelle. La loi belge n'évoque pas de *suicide assisté* à proprement parler. Toutefois, dans certains contextes déterminés par la loi, « la question de la méthode relève du choix du médecin et du patient », comme le note l'avocate Jacqueline Herremans (Colinet 2020) – l'acte peut être pratiqué par le médecin (euthanasie) ou par le patient lui-même, qui boit la potion létale en présence du médecin (l'acte sans doute le plus proche du suicide assisté). La loi montre que ces questions ne sont pas radicalement distinctes, contrairement à la loi suisse par exemple, qui n'autorise que l'aide altruiste au suicide et guère l'euthanasie ; cette aide ne doit toutefois pas venir de la part d'un médecin (Hurst, Mauron 2003). Il ne s'agit pas ici de revenir sur le débat relatif à l'euthanasie (ou suicide assisté) visant à mettre fin à la souffrance physique « constante et

insupportable », il est de moins en moins controversé. Un autre problème, plus délicat bien que marginal, se pose depuis quelque temps aux médecins belges et néerlandais en particulier : que faire des demandes d'euthanasie ou de suicide assisté venant de patients qui ne sont pas, médicalement, dans une situation de fin de vie, mais qui souffrent des troubles psychiatriques ?

Depuis 2002, le nombre de morts par euthanasie en Belgique ne cesse de croître : de 742 en 2004-2005 (y compris 9 personnes avec des troubles neuropsychiatriques – 1,2 %, cette catégorie ayant été ajoutée en 2004), jusqu'à 2 086 en 2010-2011 (y compris 58 personnes avec des troubles neuropsychiatriques – 2,8 %) (Thienpont *et al.* 2015). Dans les années 2002-2013, on a identifié 179 cas d'euthanasie chez les patients souffrant de troubles psychiatriques (Dierickx *et al.* 2017), incluant les troubles d'humeur (46,4 %) et la démence (34,6 %).

Inclure les patients avec des troubles psychiatriques est évidemment controversé : les tendances suicidaires sont souvent des symptômes de la maladie et devraient être traitées en tant que tels. Plusieurs voix se sont élevées contre l'ouverture de cette possibilité, notamment en étudiant le cas néerlandais (Kim, De Vries, Peteet 2016). Est-ce que la présence des prédispositions psychiquement identifiables devrait réduire l'idée du suicide à un symptôme incontrôlable d'une maladie ? On apprend qu'environ 5 % des personnes diagnostiquées comme souffrant de dépression mourront par suicide, mais environ 0,5 % de la population non déprimée finira également par se suicider (Bostwick, Pankratz 2000). La notion de souffrance insupportable (*unbearable suffering*) utilisée dans ces discussions est cruciale : on continue à travailler sur sa définition qui doit inclure l'ensemble de ses déterminants (existentiels, psychologiques, relationnels, socio-économiques, etc.) (Verhofstadt, Thienpont, Peters 2017). Dans le contexte de la mort assistée de personnes en souffrance psychique, il est sans doute nécessaire d'être infiniment plus attentif, et de se trouver aussi dans une autre temporalité que celle de l'euthanasie dans des dernières semaines du cancer, par exemple. Mais ces demandes doivent être écoutées, et entendues s'il le faut.

Une étude belge donne un aperçu particulièrement intéressant des motivations et des processus en jeu dans le contexte de la mort volontaire de personnes souffrant des troubles psychiatriques⁹. Elle couvre une partie de cette population, celle qui a exprimé le souhait d'être assisté dans ce processus. Il s'agit donc des personnes qui – toutes – sont physiquement capables de se suicider toutes seules, mais qui préfèrent être (médicalement) accompagnées au moment de leur mort. Elles souhaitent arrêter de vivre – donc le suicide semble être un premier choix, et pourtant elles semblent vouloir avoir une confirmation d'un médecin pour être certaines que leur souhait n'est pas une lubie.

L'étude a inclus les 100 premiers patients consécutifs qui ont demandé l'euthanasie pour souffrance psychologique associée à des troubles psychiatriques (entre octobre 2007

⁹ Dont l'un des investigateurs fut Wim Distelmans, médecin cancérologue spécialisé en soins palliatifs, et co-président de la Commission Fédérale de l'Euthanasie en Belgique.

et décembre 2011). 59 % de ces patients vivaient seuls ; 81 % étaient professionnellement inactifs (percevant des pensions ou autrement financés, aucune situation d'extrême précarité n'a été signalée). Il s'agissait surtout de femmes de 40 à 60 ans.

De ces 100 demandes, 48 ont été acceptées.

- l'euthanasie a été réalisée chez 35 patients (72,9 % ; 26 femmes et 9 hommes, 28 sont décédés chez eux, et 7 en milieu clinique)
- deux patients se sont suicidés avant l'intervention
- 11 patients ont décidé de reporter ou d'annuler la procédure d'euthanasie.

Sur ces 11 patients, 8 ont expliqué que *le fait de savoir qu'ils avaient la possibilité de procéder à l'euthanasie* leur a donné une tranquillité d'esprit suffisante pour continuer à vivre. 2 ont retiré leurs demandes d'euthanasie en raison d'une forte opposition de la famille, et une personne s'est retrouvée en prison¹⁰. Parmi les 52 patients dont la demande n'a pas été acceptée, 38 ont retiré leur demande avant qu'une décision ne soit prise, 8 l'ont redéposée, 4 se sont suicidés et 2 sont décédés naturellement :

Trente des 35 patients sont décédés en présence de leur famille ou de leurs amis, dans une atmosphère sereine et positive, ce qui aurait été impossible à atteindre en cas de suicide traumatisant sans assistance. Les patients et leurs proches rapportent leur expérience de l'euthanasie comme une mort plus humaine que le suicide et ils s'attendent à une période de deuil moins difficile. (Thienpont *et al.* 2015, p. 7).

Plusieurs chiffres sont intéressants. 38 % de patients déposent la demande, pour la retirer – la possibilité de le faire est rassurante, suffisamment rassurante pour ne pas aller jusqu'au bout. Cette sérénité rendue possible par la mort assistée, qui n'est pas honteuse et qui ne doit plus se cacher, se retrouve aussi chez les 8 personnes qui, malgré l'acceptation de leur demande, ont changé d'avis. Cela fait près de la moitié de demandeurs (46 %) pour qui la liberté de mourir était suffisante pour vouloir continuer à vivre. Ces chiffres montrent que le désir de la mort peut être parfaitement mis à distance et rationalisé – parce qu'un espace de discussion a été créé et le sujet a cessé d'être un tabou – par des patients qu'on a tendance à considérer comme incapables de décisions autonomes.

Cette étude permet de voir, de façon plus frappante que les études sur l'euthanasie dans le contexte de la fin de vie (d'une maladie terminale), que la mort assistée n'est pas cette pratique qui se fait dans l'isolement des hôpitaux et qui signe le triomphe de la « médicalisation » du monde du soin. Au contraire, elle permet d'offrir la re-ritualisation de la mort, par la présence des proches, des responsables religieux le cas échéant, permet de briser la solitude hospitalière, faire la paix avec son entourage, et déclenche le processus de deuil.

¹⁰ Notons que les prisonniers peuvent demander l'euthanasie en Belgique, Desmet 2017.

Une question de principes ?

On pourrait être frustré devant l'absence de théorisation morale dans ce texte. Aucun principe, même celui d'autonomie, n'est cité, alors qu'il aurait pu très aisément rendre le propos plus fort. Certes, Emmanuel Kant, l'inventeur de la notion d'autonomie morale pour la modernité, était opposé au suicide, car il anéantissait en sa propre personne le sujet de la moralité, et conduisait à disposer de soi comme d'un moyen en vue d'une fin (Kant 2000). Mais plusieurs philosophes ont repensé la notion d'autonomie pour penser le suicide assisté. Un texte célèbre, coécrit par Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Michael Scanlon et Judith Jarvis Thomson, en témoigne :

Tout individu a le droit de prendre « les décisions les plus intimes et les plus personnelles, des décisions fondamentales au regard de sa dignité et de son autonomie ». Ce droit englobe le droit de décider dans une certaine mesure quand et comment il va mourir. (Dworkin *et al.* 2003)

Ce texte de 1997 traite néanmoins d'un cas très précis : l'encadrement juridique du suicide assisté dans le droit américain, avec une jurisprudence particulière à ce pays. Or le présent texte essaie avant tout de montrer la polysémie de la notion de suicide, dans ses relations parfois étroites avec l'euthanasie. La médicalisation de la fin de vie donne aujourd'hui un nouveau sens à la notion de suicide, en crée une nouvelle catégorie.

Cette multiplicité a été déjà remarquée par d'autres. David Hume, à la fin du XVIII^e siècle, s'est aperçu de la pluralité des raisons du suicide, et articulait son jugement à son propos en utilisant les mots indiquant qu'il s'agit d'un phénomène qui ne peut pas être abordé comme unique :

Que le suicide puisse être souvent conforme à l'intérêt et à notre devoir envers nous-même, nul ne peut le contester, qui reconnaît que l'âge, la maladie ou l'infortune peuvent faire de la vie un fardeau, et la rendre pire encore que l'annihilation. Je crois que jamais aucun homme ne se défit d'une vie qui valait la peine d'être conservée. (Hume 1783)

Le suicide ne devrait en tout cas pas être pensé comme un crime, car cela exclut la personne qui s'y adonne de la communauté morale, et nous n'avons pas de bonnes raisons pour le faire. Sans s'engager à défendre une position résolument humaine, héritons de ce philosophe cette méfiance à l'égard de l'essentialisme définitionnel.

Parce que le sujet de cet article est trop délicat pour le laisser entre les mains des philosophes qui croient en des principes. Et nous devons apprendre que chaque suicide pose des problèmes moraux distincts, et tout comme nous avons des moyens de penser la prévention en termes généraux, la complexité des cas individuels restera irréductible. Ce refus de penser la morale à travers les principes est très présent dans toute la tradition de la philosophie occidentale depuis Aristote, mais a été récemment formulée de façon élégante par le britannique Jonathan Dancy :

La morale n'a pas du tout besoin de principes. La pensée morale, le jugement moral et la possibilité de faire des distinctions morales – tout cela ne dépend nullement de l'approvisionnement d'un nombre propice de principes moraux.

[...] Une caractéristique qui est une raison dans un cas peut, dans un cas différent, ne pas en être une [cesser d'être pertinente], ou devenir une raison contre. (Dancy 2004, p. 5)

Conclusion

Résumons donc : le suicide est multiple ; la multiplication des termes tels que « suicide assisté », « médicalisé », « euthanasie », reflète la gêne de la société face à cette question, en particulier en situation médicale. Les efforts visant à améliorer la société et nos relations avec nos proches pour que le suicide ne puisse pas se présenter comme la seule solution à la détresse devraient être constamment présents. Des mesures permettant de prévenir des suicides impulsifs sont essentielles, et nous avons à ce stade énormément de ressources pour y travailler. Mais tous ces efforts préventifs ne peuvent pas, et ne doivent pas avoir comme objectif l'idée de « suicide zéro » (à l'instar du « risque zéro »). Le suicide n'est pas nécessairement pathologique, il n'est donc pas approprié de le considérer systématiquement comme tel.

Le suicide va devenir avec le temps un moyen de plus en plus répandu pour s'approprier (en tant qu'individu et en tant que communauté) la fin de vie, tant dans le contexte des dernières étapes des maladies somatiques que, plus rarement, à des étapes plus étendues dans le temps de souffrance psychique. Et puisqu'il sera parfois inévitable, nous devons apprendre à l'accompagner et vivre avec l'idée qu'il se produira à un moment. Le déni du désir du suicide est délétère à la fois pour les derniers moments de la relation avec la personne qui le cherche, et pour la construction du travail de deuil – *Amour* de Haneke devrait alors servir de rappel constant.

Le suicide assisté et l'euthanasie font partie de la même famille de questions, et les différences « ontologiques » entre ces actes (réflétés dans certains systèmes juridiques) ne devraient pas nous faire oublier qu'il s'agit dans la plupart des cas d'actes relationnels, qui ne sont pas l'œuvre d'un individu isolé autonome, mais qui doivent pouvoir être discutés avec les proches – prêts à ces conversations.

BIBLIOGRAPHIE

- AFP. « Pays-Bas : une médecin acquittée après une euthanasie contestée », dans *Le Monde.fr*, 11 sept. 2019.
- BATTIN Margaret Pabst (éd.), *The Ethics of Suicide: Historical Sources*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2015.
- BEAUCHAMP Tom L., « Suicide », dans *Matters of Life and Death: New Introductory Essays in Moral Philosophy*, Tom Regan (éd.), New-York, Random House, 1980.
- BOSTWICK John Michael, PANKRATZ V. Shane, « Affective Disorders and Suicide Risk: a Reexamination », in *The American Journal of Psychiatry*, n° 12, vol. 157, décembre 2000, p. 1925-1932.
- CAMUS Albert, *Le mythe de Sisyphe : essai sur l'absurde*, Paris, Gallimard, 1942.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Suicide Rates Rising Across the U.S. Comprehensive Prevention goes Beyond a Focus on Mental Health Concerns*, <https://www.cdc.gov/media-releases/2018/p0607-suicide-prevention.html>, 7 juin 2018.
- COLINET Mathieu, *Ira-t-on un jour en Belgique vers le suicide assisté ? Interview avec Jacqueline Herremans*, <https://www.lesoir.be/272667/article/2020-01-13/ira-t-un-jour-en-belgique-vers-le-suicide-assiste>, 13 janvier 2020, consulté le 1 juillet 2020.
- DAMAS François, *La mort choisie*, Bruxelles, Mardaga, 2013.
- DANCY Jonathan, *Ethics Without Principles*, Oxford, New-York, Oxford University Press, 2004.
- DESMET Marc, « L'euthanasie en Belgique : évolutions, solidarités, défis multiples », dans *L'euthanasie de la personne vulnérable*, Paris, ERES, 2017, p. 103-134.
- DIERICKX Sigrid, DELIENS Luc, COHEN Joachim, CHAMBAERE Kenneth, « Euthanasia for People with Psychiatric Disorders or Dementia in Belgium: Analysis of Officially Reported Cases », dans *BMC Psychiatry*, n° 1, vol. 17, 23 juin 2017, p. 203.
- DURKHEIM Émile, *Le suicide : étude de sociologie*, Paris, Alcan, 1897.
- DWORKIN Ronald, NAGEL Thomas, NOZICK Robert, RAWLS John, SCANLON Thomas Michael et THOMSON Judith Jarvis, « Suicide assisté : le mémoire des philosophes », dans *Raisons politiques*, n° 3, n° 11, 2003, p. 29-57.
- GAMONDI C., POTT M., PAYNE S., « Families' Experiences with Patients who Died after Assisted Suicide: a Retrospective Interview Study in Southern Switzerland », dans *Annals of Oncology*, n° 6, vol. 24, 1 juin 2013, p. 1639-1644.
- GOETHE Johann Wolfgang von, *Mémoires*, traduit par Aubert de Vitry, Paris, Ponthieu, 1823, vol. 2.
- HALBWACHS Maurice, *Les causes du suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002.
- HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, traduit par Pierre Rusch, Paris, Folio Gallimard, 2013.
- HUME David, *Essai sur le suicide [Essays on Suicide, and the Immortality of the Soul]*, traduit par Martine Bellet, London, M. Smith, 1783.
- HURST Samia A., MAURON Alex, « Assisted Suicide and Euthanasia in Switzerland: Allowing a Role for Non-Physicians », dans *BMJ: British Medical Journal*, n° 7383, vol. 326, 1 février 2003, p. 271-273.

KAGANSKI Serge, « *Amour* » : Riva et Trintignant exceptionnels dans un huis clos d'agonie, <https://www.lesinrocks.com/cinema/films-a-l-affiche/amour/>, 23 octobre 2012, consulté le 26 juin 2020.

KANT Emmanuel, *Metaphysique des moeurs. 2^e partie : doctrine de la vertu*, traduit par Alexis Philonenko, Paris, Vrin, 2000.

KIM Scott Y. H., DE VRIES Raymond G., PETEET John R., « Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014 », dans *JAMA psychiatry*, n° 4, vol. 73, avril 2016, p. 362-368.

MIRON Oren, YU Kun-Hsing, WILF-MIRON Rachel, KOHANE Isaac S., « Suicide Rates Among Adolescents and Young Adults in the United States, 2000-2017 », dans *JAMA*, n° 23, vol. 321, 18 juin 2019, p. 2362-2364.

Organisation Mondiale de la Santé, *Suicide. Key facts*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, 2 septembre 2019.

PÉRON Didier, *Le couloir de l'«amour»*, https://next.libération.fr/cinema/2012/10/23/le-couloir-de-l-amour_855348, 23 octobre 2012, consulté le 26 juin 2020.

RACHELS James, *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford, Oxford University Press, 1986.

REGNIER Isabelle, « Amour amour, de Michael Haneke à Hacid Djaidani », dans *Le Monde.fr*, 21 mai 2012.

ROUTLEDGE Clay, « Suicides Have Increased. Is This an Existential Crisis ? », dans *The New York Times*, 23 juin 2018.

SOMERVILLE Margaret A., *Death Talk: The Case Against Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Montreal & Kingston, McGill-Queen's Press, 2001, 455 p.

THIENPONT Lieve, VERHOFSTADT Monica, LOON Tony Van, DISTELMANS Wim, AUDENAERT Kurt, DEYN Peter P. De, « Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: a Retrospective, Descriptive Study », dans *BMJ Open*, n° 7, vol. 5, 1 juin 2015.

VERHOFSTADT Monica, THIENPONT Lieve, PETERS Gjalt-Jorn Ygram, « When Unbearable Suffering Incites Psychiatric Patients to Request Euthanasia: Qualitative Study », dans *The British Journal of Psychiatry*, n° 4, vol. 211, octobre 2017, p. 238-245.