



« Tu ne tueras point ».
Perspectives sur le suicide assisté en Grande-Bretagne
Dardenne Émilie

[Pour citer cet article](#)

Dardenne Émilie, « « Tu ne tueras point ». Perspectives sur le suicide assisté en Grande-Bretagne », *Cycnos*, vol. 28.n° spécial (Le Refus), 2012, mis en ligne en juin 2012.

<http://epi-revel.univ-cotedazur.fr/publication/item/240>

Lien vers la notice <http://epi-revel.univ-cotedazur.fr/publication/item/240>

Lien du document <http://epi-revel.univ-cotedazur.fr/cycnos/240.pdf>

[Cycnos, études anglophones](#)

revue électronique éditée sur *épi-Revel* à Nice

ISSN 1765-3118

ISSN papier 0992-1893

AVERTISSEMENT

Les publications déposées sur la plate-forme épi-revel sont protégées par les dispositions générales du Code de la propriété intellectuelle. Conditions d'utilisation : respect du droit d'auteur et de la propriété intellectuelle.

L'accès aux références bibliographiques, au texte intégral, aux outils de recherche, au feuilletage de l'ensemble des revues est libre, cependant article, recension et autre contribution sont couvertes par le droit d'auteur et sont la propriété de leurs auteurs. Les utilisateurs doivent toujours associer à toute unité documentaire les éléments bibliographiques permettant de l'identifier correctement, notamment toujours faire mention du nom de l'auteur, du titre de l'article, de la revue et du site épi-revel. Ces mentions apparaissent sur la page de garde des documents sauvegardés ou imprimés par les utilisateurs. L'université Côte d'Azur est l'éditeur du portail épi-revel et à ce titre détient la propriété intellectuelle et les droits d'exploitation du site. L'exploitation du site à des fins commerciales ou publicitaires est interdite ainsi que toute diffusion massive du contenu ou modification des données sans l'accord des auteurs et de l'équipe d'épi-revel.

EPI-REVEL

Revue électronique de l'Université Côte d'Azur

Émilie Dardenne

Émilie Dardenne est agrégée d'anglais et Maîtresse de conférences à l'Université Rennes 2. Membre de l'équipe de recherche Anglophonie, Communautés, Ecritures (EA 1796), elle est spécialiste d'histoire des idées : elle s'intéresse aux questions d'éthique animale et de bioéthique dans les pays anglophones. Elle a publié de nombreux articles sur ces sujets, et codirigé (avec Malik Bozzo-Rey) un ouvrage collectif intitulé *Deux siècles d'utilitarisme*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2011.

Université Rennes 2

In Britain, euthanasia and assisted suicide are illegal. According to the 1961 Suicide Act, aiding, abetting, counselling or procuring the suicide of another is a crime punishable by up to fourteen years of imprisonment. This has led more than a hundred British citizens to so-called "death tourism" in the last few years. Many have travelled to the Swiss clinic of organisation Dignitas which accompanies dying patients and assist them with "a self-determined end of life".¹

The debate over the liberalisation of end-of-life practices is currently raging in Britain. There are more and more advocates of the decriminalisation or legalisation of assisted suicide. According to a ComRes 2010 poll, 73% of people agreed that family or friends should not fear prosecution if they help a loved one to die.² But the law sets a clear line: "thou shalt not kill", the life of other people cannot be taken. People may not choose the time and manner in which they die. Is this simply a refusal of the "right to die in dignity" (in the words of Sir Terry Pratchett and other right-to-die campaigners)? Why do doctors, politicians, and religious leaders refuse to change the law or to see it changed? Here are some of the questions this paper will address.

Le 12 mars 2012, la Haute Cour de justice britannique s'est prononcé favorablement sur la requête de Tony Nicklinson, un citoyen britannique âgé de cinquante-sept ans et victime du locked-in syndrome, qui demande à pouvoir bénéficier, lorsqu'il le souhaitera, de l'aide d'un médecin pour mourir, ne pouvant exécuter lui-même aucun geste pour se donner la mort. Cette décision ne donne pas effectivement le droit à Tony Nicklinson d'avoir recours au suicide médicalement assisté, elle ne porte que sur la recevabilité de sa demande. Son cas doit désormais être examiné sur le fond, ouvrant probablement la voie à une longue procédure judiciaire.

¹ See Dignitas Brochure. Available from the website at: www.dignitas.ch (last accessed 27 March 2012).

² http://news.bbc.co.uk/panorama/hi/front_page/newsid_8487000/8487768.stm (last accessed 27 March 2012).

Cette affaire illustre et relance, outre-Manche, la controverse communément appelée « de l'euthanasie » bien que ce terme ne recouvre qu'une des pratiques aujourd'hui mises en question autour de la fin de vie et de la mort assistée. Le terme euthanasie, qui vient du grec *eu thanatos* signifie « bonne mort » ou « mort douce ». Il fait référence à un acte pratiqué par une personne dans le but de donner intentionnellement la mort, ou de permettre la mort d'un individu, dans l'intérêt de cet individu. On parle également de suicide assisté lorsqu'une personne aide intentionnellement un autre individu à mourir, et finalement, on parle de suicide médicalement assisté quand c'est un médecin qui aide intentionnellement un patient à mourir.

Contrairement à la situation existant aux Pays-Bas, en Belgique (où la loi permet le suicide assisté dans le contexte médical), au Luxembourg, et, dans une certaine mesure, à la Suisse, l'euthanasie et le suicide assisté sont strictement illégaux en Grande-Bretagne : tuer une autre personne délibérément est considéré comme un meurtre, même si ladite personne vous y a invité.

Depuis de nombreuses années, cependant, le débat sur la libéralisation de ces pratiques agite les médias, les milieux politiques, philosophiques et médicaux du pays. Les attitudes évoluent sur ces questions, de même que les positions institutionnelles. Il est frappant de constater que la population britannique souhaite largement voir la législation s'assouplir : selon une enquête de 2010, 82% de la population appelle de ses vœux la légalisation ou la dépénalisation de l'assistance au suicide. Mais, en dépit d'un soutien populaire massif, l'idée du suicide assisté fait l'objet d'un refus de la part des législateurs, des organisations de médecins, ou encore des autorités religieuses. Tous s'opposent à un changement législatif autour de la mort humaine. Sur quoi ce refus se fonde-t-il ? Quelles formes prend-il ? Que révèle-t-il des valeurs qui se confrontent dans ce débat ? C'est à ces questions que cette contribution tentera de répondre.

La situation juridique

Le changement le plus récent dans le débat sur la fin de vie en Grande-Bretagne est intervenu le 5 janvier 2012 avec la publication d'un nouveau rapport sur le suicide assisté soumis au parlement. Ce rapport, commandé par l'association *Dignity in Dying* et financé par l'écrivain Terry Pratchett, qualifie la législation actuelle d' « inappropriée et d'incohérente »³ et signale qu'elle devrait être modifiée rapidement. La commission qui l'a produit, dirigée par Lord Falconer, était constituée d'experts en médecine, en éthique et en droit. Le rapport propose un nouveau cadre législatif qui permettrait à un patient majeur ayant moins d'un an à vivre de demander à ce qu'on l'assiste à mourir, à condition que :

Deux médecins au moins s'accordent sur le diagnostic.

Le patient soit informé de l'aide sociale et médicale à sa disposition.

Le patient prenne cette décision volontairement, sans qu'on ait fait pression sur lui ou qu'il se sente un « fardeau » pour les autres.

Le patient ne soit pas atteint de maladie mentale, et qu'il soit capable de prendre les médicaments qui mettront fin à ses jours lui-même, sans assistance.

Le rapport souligne aussi que les soins palliatifs doivent être améliorés dans le pays afin de ne pas mettre les patients dans une situation où le suicide assisté passerait pour la seule option, faute d'accès à des soins appropriés.

Le ministère de la justice a répondu que, concernant ce sujet particulièrement sensible et controversé, il appartenait au parlement, davantage qu'au gouvernement, de modifier la loi⁴.

Parmi les réactions suscitées par la publication de ce rapport, citons également celle de l'Evêque de Carlisle, qui dénonce un projet moralement inacceptable qui fragiliserait la situation des patients les plus vulnérables⁵.

Deux ans plus tôt, en février 2010, Keir Starmer, qui occupe outre-Manche le poste équivalent au procureur général⁶ avait publié une nouvelle directive⁷ stipulant qu'un citoyen britannique ayant

³ <http://www.bbc.co.uk/news/health-16410118> (page consultée le 23 mars 2012).

⁴ <http://www.guardian.co.uk/society/2012/jan/05/assisted-suicide-should-be-legal> (page consultée le 23 mars 2012).

⁵ <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/law-and-order/8994338/Church-of-England-calls-assisted-suicide-plan-morally-unacceptable.html> (page consultée le 23 mars 2012).

⁶ Voir <http://www.guardian.co.uk/society/2010/feb/25/assisted-suicide-guidelines-family-prosecution>

choisi de recourir à l'euthanasie pourra faire la demande explicite d'être assisté par un proche sans que ce dernier encoure de poursuites. Ce texte avait constitué une victoire significative pour Debbie Purdy - une Britannique atteinte de sclérose en plaques - qui a déposé différents recours en appel afin que le droit au suicide assisté soit reconnu. Accompagnée de son mari, Debbie Purdy pourra donc choisir d'aller mettre fin à ses jours en Suisse, dans une clinique de l'association Dignitas qui s'est spécialisée dans le suicide assisté.

Keir Starmer a signalé que cette nouvelle directive permettait d'établir une distinction entre les personnes qui, par compassion, souhaitent aider un proche à mourir, et celles qui font pression sur un malade afin que celui-ci mette fin à ses jours. Ce texte illustre bien la complexité du débat sur la fin de vie en Grande-Bretagne : au niveau judiciaire il y a un paradoxe majeur à vouloir rendre possibles certains cas de suicide assisté, tout en considérant toujours qu'ils sont une forme de meurtre. En effet, si la justice britannique reconnaît possible cette pratique dans des cas bien précis, l'aide au suicide, conformément au *Suicide Act* de 1961, demeure un crime passible d'une peine d'emprisonnement de quatorze années. La loi de 1961 s'applique en Angleterre et au Pays de Galles. En Irlande du Nord, la situation est quasiment la même, alors qu'en Ecosse, il n'existe aucune loi sur le suicide assisté.

La nouvelle directive n'offre pas l'immunité au proche qui a aidé une personne à mourir, elle indique simplement de quelle façon celui-ci peut rester dans la légalité. Pour ne pas être inquiété par la justice, il faut que la victime ait clairement et explicitement exprimé son souhait de mourir, et surtout qu'il n'y ait aucun doute sur les motivations de celui qui l'a aidée à mourir. Il faut notamment que le suspect prouve que sa seule et unique motivation a été la compassion, que son rôle s'est borné, tout au plus, à encourager ou à assister très modérément la victime dans son suicide, qu'il a tenté de la dissuader, mais qu'au vu de la détermination de la victime, il lui a apporté son aide à contrecœur, qu'il a finalement signalé le suicide à la police et a participé de son plein gré à l'enquête sur les circonstances de la mort de la victime. Keir Starmer a signalé que cette nouvelle directive permettait d'établir une distinction entre les personnes qui, par compassion, souhaitent aider un proche à mourir, et celles qui font pression sur un malade afin que celui-ci mette fin à ses jours : assister une personne qui se suicide, et mettre intentionnellement fin à la vie d'une autre personne sont deux actions bien distinctes. Dans le second cas, des poursuites ont de grandes chances d'être engagées pour homicide involontaire ou meurtre.

Dans les faits, si on considère les dizaines de cas récents de citoyens britanniques qui ont aidé un parent ou un ami à mettre fin à ses jours dans les cliniques suisses Dignitas, il est à noter qu'aucune poursuite n'a été engagée.

Pour ou contre un changement législatif ?

Les arguments contre la dépénalisation ou la légalisation de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide sont de natures diverses. Les partisans du *statu quo* législatif invoquent d'abord les risques que comporte toute libéralisation ; si l'euthanasie devient légale, quelles garanties les Britanniques auront-ils contre de possibles abus ? C'est l'argument dit de la pente glissante, qui pourrait mener à l'euthanasie involontaire et à la mise à mort de personnes jugées indésirables. Différents dérapages sont imaginables : la victime pourrait subir des pressions financières (le décès prématuré de patients en fin de vie libérerait des lits et des ressources médicales pour d'autres patients), morales, ou affectives (la mort mettrait fin non pas à la souffrance du malade, mais à celle des ses proches). La libéralisation de l'euthanasie fait également resurgir la peur des dérives eugénistes ou l'idée qu'on pourrait en faire un redoutable instrument de domination sociale. Elle évoque le pouvoir des médecins et des équipes médicales, qui serait encore renforcé. Et finalement, elle est perçue comme dangereuse car aboutissant, possiblement, à un désengagement médical dans le secteur des soins palliatifs : les équipes médicales ne s'intéresseraient plus autant aux patients en fin de vie, et les recherches sur les traitements pour des maladies mortelles pourraient être négligés.

Dans le domaine religieux, par ailleurs, la personne humaine est en général considérée comme ne disposant pas de sa vie, qui est un don de Dieu auquel elle n'a pas le pouvoir de renoncer à sa guise. Les autorités catholique, protestante, juive, musulmane, hindoue et bouddhiste s'accordent toutes à dire qu'une telle évolution législative serait une grave erreur⁸. Elles craignent de voir gravement mis à

⁷ Voir la directive *Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*, http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.html (page consultée le 17 juin 2010).

⁸ Alastair Campbell, Grant Gillett, and Gareth Jones, *Medical Ethics*, Oxford: Oxford University Press, 2005 [4th edition].

mal le caractère sacré de la vie humaine, et « les plus vulnérables mis en danger, en particulier les patients qui s'inquiètent du poids que leur maladie fait peser sur les épaules de leur entourage »⁹.

L'opposition conservatrice à la dépénalisation ou à la légalisation du suicide assisté est fondée sur un raisonnement moral, une référence à la valeur sacrée de la vie et à l'interdiction de tuer. Du côté des partisans du suicide assisté, le raisonnement est plutôt social : il s'articule autour d'idéaux démocratiques de progrès, de développement du droit commun, permettant à chacun de développer sa propre autonomie.

S'il est admis que les Britanniques peuvent prendre des décisions importantes concernant leur traitement médical, pourquoi ne seraient-ils pas en droit de réclamer une assistance au suicide si leurs conditions de vie deviennent trop difficiles ? Les défenseurs du suicide assisté estiment immoral d'obliger des individus à continuer de vivre dans la souffrance physique et morale alors que leur propre corps leur appartient pleinement. La mort est une affaire privée dans laquelle l'état ou les collectivités ne devraient pas avoir à intervenir, ajoutent-ils. D'autres soulignent que si le suicide n'est pas un crime, le suicide assisté ne devrait pas non plus en être considéré comme tel. Finalement, selon le point de vue utilitariste, qui défend l'idée selon laquelle les règles morales doivent produire « le plus grand bonheur pour le plus grand nombre », la légalisation du suicide assisté, en autorisant chacun à choisir le moment et la forme de sa propre mort, rendrait les citoyens britanniques plus heureux. En leur permettant de soulager de leur souffrance le moment venu, en leur rendant une dignité qu'ils estiment perdue, et en leur épargnant une mort lente et douloureuse, un changement législatif maximiserait le bien-être général.

La philosophe Mary Warnock, connue pour ses positions libérales sur ce sujet, affirme que la Grande-Bretagne serait aujourd'hui prête à soutenir une approche plus compassionnelle du suicide assisté. Elle estime que la société a une obligation morale envers les mourants qui ont leur mot à dire sur la manière dont ils vont mourir, et sur le moment où cette mort surviendra¹⁰. Dans un ouvrage de 2008 intitulé *Easeful Death. Is there a Case for Assisted Dying?*¹¹, la philosophe évoque le glissement conceptuel que semblerait induire un assouplissement de la législation sur le suicide assisté, et le refus associé à cette évolution majeure :

Lord Habgood, autrefois archevêque d'York [...] estime que si la loi interdisant la mort assistée (qu'elle soit aide au suicide ou euthanasie) était assouplie, la société s'habituerait à l'idée et s'ensuivrait un changement culturel, un bouleversement dans notre regard sur nous-même et sur les autres. Ce serait un changement de valeurs, mais au-delà de ce bouleversement, un tel assouplissement induirait un glissement conceptuel, un nouvelle manière de saisir l'être humain¹².

Mary Warnock répond à cela que l'argument tient tout à fait mais qu'il ne suffit pas à justifier un refus de modifier la loi. Selon elle, en effet, deux changements conceptuels fondamentaux sont déjà intervenus. Le premier est d'ordre social¹³ : la population britannique vieillit et les plus âgés finissent en général leur vie à l'hôpital où leur mort est souvent la conséquence d'une décision médicale sur la poursuite ou l'arrêt d'un traitement. Le second changement est de nature philosophique¹⁴ : depuis Darwin la vision de la nature a évolué de sorte que le dualisme hérité de Descartes (l'opposition entre la matière mesurable et la pensée) se trouve démantelé et que seuls les Britanniques qui croient en la doctrine religieuse de la relation unique entre Dieu et l'être humain peuvent encore être convaincus de la séparation du corps et de l'âme. Pour Mary Warnock, l'évolution ontologique redoutée par les opposants au suicide assisté a déjà eu lieu, refuser qu'elle se produise lui paraît donc illusoire. Elle préconise de s'y adapter plus que de le refuser. En effet, ajoute-t-elle, la nouvelle perspective sur la nature humaine devrait conduire les Britanniques à répondre à la question suivante : le maintien à tout prix de la vie humaine est-il dans l'intérêt du patient dont les souffrances ou la déchéance sont irrémédiables ? Et elle continue en s'interrogeant : quel argument moral peut-on invoquer pour

⁹ <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/5675485/Religious-leader-call-for-end-to-legal-euthanasia-move.html> (page consultée le 30 octobre 2009).

¹⁰ Mary Warnock, Elisabeth Macdonald, *Easeful Death: Is there a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press, 2008.

¹¹ *Idem.*

¹² *Ibid.* p. 125-6.

¹³ *Ibid.* p. 127.

¹⁴ *Ibid.* p. 128.

maintenir en vie ceux qui veulent sincèrement mourir et qui estiment que leur vie n'est plus digne d'être vécue¹⁵ ?

La référence à la dignité est d'ailleurs récurrente dans les appels des militants ou des patients pour le droit au suicide assisté. Elle renvoie au respect que chacun mérite, ou pense mériter, et au sentiment que chacun a de sa propre valeur. Ainsi Tony Nicklinson veut-il pouvoir mettre fin à une vie « triste, misérable, intolérable, et dépourvue de toute dignité »¹⁶. Dans son combat pour une fin de vie choisie et médicalement assistée, il veut pouvoir mettre fin à une existence « indigne »

L'un des problèmes sur lequel achoppe le raisonnement de Mary Warnock réside dans la manière de mesurer la sincérité des candidats au suicide assisté. Comment évaluer l'authenticité du désir d'en finir ? La volonté de mourir, comme tout choix subjectif, est susceptible d'évoluer : faut-il alors envisager un temps de réflexion ? Comment être sûr qu'aucune pression n'est exercée sur le patient ? Sur ce point, la Baronne Ilora Findlay, qui s'oppose à la légalisation du suicide assisté souligne une chose importante. Elle est membre de la Chambre des Lords, professeur de médecine palliative à l'Université de Cardiff et présidente du groupe parlementaire multipartite sur l'euthanasie :

Lors d'une discussion sur l'autonomie, je crois qu'il est essentiel de reconnaître le pouvoir du praticien - le médecin - sur un patient vulnérable, et le pouvoir du médecin de persuader ce patient, même de façon très subtile, qu'il serait préférable qu'il choisisse telle ou telle option. Si on veut vraiment avoir cette discussion, alors il faut la sortir du contexte médical, de façon à ne pas affaiblir le devoir qu'ont les médecins de parler avec leurs patients, de les écouter et d'écouter leurs besoins, et de faire tout ce qu'ils peuvent pour satisfaire ces besoins¹⁷

La résistance au changement législatif, à ce glissement ontologique autour de la mort humaine qui s'y associe, est donc durable. Elle s'exprime également chez les représentants politiques.

Les positions politiques

Le 27 février 2009, Peter et Penelope Duff, un couple de Britanniques âgés de 80 et 70 ans, tous deux atteints d'un cancer, sont partis en Suisse pour y mettre fin à leurs jours. Ils sont morts dans une clinique Dignitas qui, depuis 1998, propose d'accompagner cliniquement vers « l'autodélivrance » les malades qui le souhaitent. Des cas semblables font régulièrement la une des journaux en Grande-Bretagne, où le nombre de candidats à ce que les médias appellent macabrement le « tourisme de la mort » est en augmentation constante¹⁸.

Au niveau parlementaire, c'est à la Chambre des Lords que les débats sont intervenus majoritairement ces dernières années. Plusieurs propositions de loi légalisant le suicide médicalement assisté y ont été rejetées, de même que des demandes issues de groupes tels que *Dignity in Dying*. La dernière proposition de loi en date, formulée en 2006 par Lord Joffe a été retoquée par 148 voix¹⁹ contre 100 (elle ne concernait que le suicide *médicalement* assisté).

Au pouvoir depuis le 11 mai 2010 le Premier Ministre David Cameron s'oppose quant à lui avec force à toute dépénalisation de l'euthanasie et de l'assistance au suicide, et ce, d'ailleurs, pour les mêmes raisons que son prédécesseur travailliste Gordon Brown. Cameron redoute que les personnes les plus vulnérables soient mises en danger. Elles pourraient être facilement manipulées, subir des pressions, ou imaginer qu'elles sont devenues un fardeau pour leurs proches. Il a déclaré en 2009 que tout assouplissement législatif serait à ses yeux « trop dangereux pour la société »²⁰. A deux reprises, David Cameron a voté en faveur d'amendements contre le suicide médicalement assisté.

¹⁵ *Ibid.* p. 135-7.

¹⁶ <http://www.guardian.co.uk/society/2012/mar/12/locked-in-syndrome-sufferer-court-hearing> (page consultée le 12 mars 2012).

¹⁷ "A matter of life, death and assisted dying", *Observer Debate*, [Anushka Asthana, The Observer](http://www.guardian.co.uk/society/2010/jan/31/assisted-dying-debate-euthanasia/print), Sunday 31 January 2010 <http://www.guardian.co.uk/society/2010/jan/31/assisted-dying-debate-euthanasia/print> p. 7-8 (page consultée le 12 mars 2012).

¹⁸ Et ce, malgré un coût (plusieurs milliers d'euros) qui le rend inaccessible à beaucoup. Chaque nouveau décès relance le débat sur la dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté.

¹⁹ Parmi ces voix qui ont voté le report de la proposition de loi on trouvait : Rowan Williams, archevêque de Cantorbéry, Lady Ilora Finlay, et le Cardinal Cormac Murphy O'Connor, archevêque de York.

²⁰ <http://www.dailymail.co.uk/news/article-1215154/Assisted-dying-danger-society-says-David-Cameron.html> (page consultée le 23 mars 2012).

Cette position contraste nettement avec l'opinion publique qui appelle de ses vœux un changement législatif. Ce décalage entre le gouvernement et l'opinion publique s'explique en partie par la crainte du glissement ontologique sur la perception qu'ont les Britanniques de la vie humaine. Une autre difficulté réside dans la manière de définir ce qu'est une « bonne mort ». C'est ce qu'a tenté de faire en 2000 le *Journal of the American Medical Association*²¹, concluant que la qualité d'un traitement palliatif varie constamment et qu'il doit faire l'objet d'une négociation permanente entre les patients, les proches et l'équipe médicale. Il semble donc impossible de déterminer des cas types dans lesquels l'euthanasie ou le suicide assisté seraient d'emblée légitimés. C'est une des raisons pour lesquelles le parlement et les membres du gouvernement refusent de légiférer, malgré une volonté évidente de répondre aux divers questionnements induits à la fois par :

- 1) les prouesses technologiques qui repoussent les limites de la vie humaine,
- 2) un souci accru de transparence dans les décisions médicales, et,
- 3) le choix de voisins européens qui ont légalisé l'euthanasie ou du suicide assisté sous certaines conditions²².

Le personnel médical et les décisions sur la fin de vie assistée

Dans le milieu médical les réponses apportées à la question de la dépénalisation sont très variables. De nombreux médecins reconnaissent à titre individuel avoir aidé un patient à mourir. Une étude de 2001²³ a même montré qu'environ 18 000 patients en phase terminale avaient recours chaque année au suicide médicalement assisté en GB²⁴.

Cependant, plus récemment, une autre étude²⁵ a montré que les deux tiers des médecins britanniques s'opposent à la légalisation du suicide médicalement assisté²⁶. La *British Medical Association* a d'ailleurs, lors de son congrès annuel de juin 2006, voté à une écrasante majorité contre la légalisation du suicide médicalement assisté et de l'euthanasie volontaire²⁷. Les spécialistes de soins palliatifs, en particulier, y sont très défavorables. Le *Royal College of Anaesthetists*, le *Royal College*

²¹ Vol. 284 No. 19, November 15, 2000.

²² Certains pays en Europe autorisent l'euthanasie (Belgique, Pays-Bas, Luxembourg où elle est dépénalisée, Suisse dans une certaine mesure) ; d'autres, comme la Grande-Bretagne, l'interdisent mais tolèrent une « forme d'aide à la mort » (France, Danemark, Italie, Allemagne, Espagne, Portugal, Norvège, Hongrie, République tchèque, Slovaquie) ; d'autres, enfin, interdisent strictement l'euthanasie (Grèce, Irlande, Pologne, Bosnie, Croatie, Serbie). Source : *Toute l'Europe*, www.touteurope.fr, 17 février 2009.

²³ Conduite par le Dr Hazel Briggs, spécialiste de droit médical.

²⁴ Hazel Biggs, *Euthanasia: Death With Dignity And The Law*, Oxford: Hart, 2001.

²⁵ Menée par Clive Seale Professeur de sociologie médicale à Queens's College (University of London).

²⁶ Etude conduite sur 3733 médecins britanniques. Clive Seale, "Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes", *Palliative Medicine* 2009, vol. 23, n° 3, p. 205-212.

²⁷ Elle fonde ce choix sur plusieurs arguments :

- d'abord, l'objectif de la médecine est de promouvoir le bien-être, de protéger les plus vulnérables et d'offrir aux patients la meilleure qualité de vie possible ;
- ensuite la relation établie entre le médecin et son patient est fondée sur la confiance. Que deviendrait-elle si le suicide médicalement assisté était légalisé ? ;
- finalement, la *British Medical Association* redoute qu'un cadre législatif plus permissif ne contraigne les professionnels de santé à généraliser l'assistance au suicide. Ils se trouveraient alors en porte-à-faux vis-à-vis, pour certains d'entre eux, de leurs croyances religieuses, et pour tous, vis-à-vis des principes et des valeurs de bonne pratique médicale soutenus par le *General Medical Council*²⁷ (notamment le principe selon lequel les décisions concernant les traitements en fin de vie ne doivent pas être motivées par le désir d'hâter le processus vers la mort du patient, mais au contraire par une présomption en faveur du prolongement de sa vie. Ceci n'étant pas une obligation absolue, il faut également prendre en compte les intérêts et les désirs du patient, s'il est capable de les exprimer)

http://www.bma.org.uk/ethics/end_life_issues/Assisdvingsum.jsp (page consultée le 30 octobre 2009).

of *General Practitioners*, ainsi que le *Royal College of Physicians*, y sont également opposés. Quant au Royal College of Psychiatrists, il a émis la réserve suivante :

Chez les patients en phase terminale, la dépression peut fluctuer avec la douleur, et affecter la perception subjective de l'avenir et de cette douleur. Il a été démontré que le désir de mourir diminue avec le temps chez les patients en fin de vie. Les demandes d'euthanasie et de suicide médicalement assisté évoluent aussi avec le temps chez de nombreuses personnes en fin de vie. Et l'instabilité décisionnelle va souvent de pair avec les symptômes dépressifs »²⁸.

La posture médicale d'opposition au suicide assisté se fonde sur le refus, exprimé par les médecins, qu'on leur fasse endosser le rôle principal dans les décisions de fin de vie et qu'on fasse ainsi planer au-dessus d'eux une menace médico-légale. Ces mots de la baronne Ilora Finlay illustrent bien cette philosophie du soin, et le commandement « tu ne tueras point » prescrite par le décalogue, ainsi que le droit britannique et européen :

La loi établit une limite très claire : on ne tue pas autrui, et quand une personne est suicidaire, il est de notre devoir de l'aider et de lui porter secours en tant que personne. Aujourd'hui, et c'est un triste constat, environ 5 000 suicides ont lieu chaque année en Grande-Bretagne, et ce, malgré les politiques de prévention. La loi, donc, envoi un message très clair : on ne provoque pas délibérément la mort d'autrui²⁹.

Comme le signale Véronique Guienne, qui a publié en 2010 une enquête sociologique (qui concerne la France mais dont les conclusions s'appliquent aussi à la situation britannique) :

L'euthanasie ne fait donc pas partie du vocabulaire de l'hôpital ; il fonctionne comme repoussoir, quand bien même des gestes de mort sont régulièrement pratiqués. Ce vocabulaire est associé à l'idée de rapidité, de violence, de mise à mort³⁰.

La réticence des professionnels de la santé à effectivement donner la mort, et à être considérés comme responsables de cet acte s'illustre également dans cet extrait d'un ouvrage juridique et éthique destiné aux infirmières britanniques :

L'objectif principal [des professionnels de santé] et de promouvoir la santé, ainsi que de sauver des vies. Il est possible qu'ils soient confrontés à un dilemme dans le cadre de décisions sur la fin de vie. Les professionnels de la santé peuvent alors avoir le sentiment d'exercer des rôles contradictoires : ils se battent pour sauver une vie et en même temps ils doivent accepter le fait qu'un traitement est peut-être vain, et que la mort est inévitable. [Cheryl Viney³¹] propose que "les infirmières ne mettent fin à un traitement, suite à une décision prise en comité éthique, que si elles n'ont pas elles-mêmes pris part au processus de décision" ³².

Pratiquement, le choix de recourir ou non à un traitement pour un patient, et de prendre en compte sa volonté est très difficile. Il est encore plus difficile d'établir l'intérêt du patient quand celui-ci est dans l'incapacité de raisonner ou d'exprimer sa volonté, ou encore s'il est inconscient ou seulement conscient par intermittence.

L'auteur, Paul Buka, poursuit sur ce point crucial : « La loi sur les droits de l'homme de 1998 prend en compte le fait que tout patient jouit du droit à la vie [...] »³³.

²⁸ Paul Buka, *Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses. A Practical Guide*, London: Hodder Arnold, 2008, p. 155.

²⁹ "A matter of life, death and assisted dying," *Observer Debate*, Anushka Asthana, *The Observer*, Sunday 31 January 2010. <http://www.guardian.co.uk/society/2010/jan/31/assisted-dying-debate-euthanasia/print> (page consultée le 15 novembre 2010).

³⁰ Véronique Guienne, *Sauver, laisser mourir, faire mourir*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2010, p. 120.

³¹ Dans un article intitulé "Neurology Needs" publié dans l'ouvrage collectif *Nursing the Critically Ill*, Londres : Baillière-Tindall, 1996, p. 182.

³² Paul Buka, *op. cit.*, p. 136.

³³ *Ibid.*, p. 137.

Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi³⁴.

Le personnel médical se trouve donc au cœur d'une lutte de pouvoir : d'un côté la société britannique souhaite que le suicide médicalement assisté soit rendu possible, de l'autre les organisations médicales considèrent cette pratique comme incompatible avec leurs codes éthiques professionnels.

En parallèle de sa position très claire contre le suicide assisté et l'euthanasie active, la *British Medical Association* a élaboré des directives sur l'euthanasie passive, la dénonciation de l'acharnement thérapeutique et le refus de soin, qui illustrent à quel point la différence entre euthanasie active et euthanasie passive, bien qu'elles mènent toutes les deux à un résultat identique, est fondamentale :

Il est légitime, d'un point de vue juridique et éthique de mettre fin à un traitement médical si celui-ci ne profite pas au patient. Le traitement doit être suspendu quand il est contraire aux intérêts du patient, ou quand le patient le refuse. [...] La médecine a pour but d'améliorer ou de maintenir la santé des patients en maximisant les bénéfices qu'ils en tirent, et en minimisant les torts qu'ils subissent. Quand le patient cesse de tirer profit d'un traitement, l'objectif premier de la médecine ne peut plus être atteint et l'intervention ne se justifie plus³⁵.

L'organisation ne nie donc pas qu'en pratique, les décisions sont parfois très difficiles à prendre³⁶.

Conclusion

Les différents arguments défendus en Grande-Bretagne par les partisans du suicide assisté, les personnalités politiques et les autorités religieuses sur les décisions autour de la fin de vie prouvent à quel point cette question est sensible : plus on tente d'éclairer le débat en approfondissant les arguments, plus les perspectives s'obscurcissent tant les niveaux de lecture se multiplient. On est sidéré par l'ampleur des sources et des prises de positions autour de cas plus poignants les uns que les autres. Mais ce qu'il semble important de souligner, et qui est apparu à la lecture des arguments avancés notamment par le milieu médical, c'est la vigueur de la résistance à tout assouplissement de la législation. Le milieu médical, directement en contact, chaque jour, avec des demandes d'euthanasie et de suicide assisté a massivement exprimé son refus, par l'intermédiaire de *British Medical Association*, signalant ainsi qu'il ne saurait être soumis aux aléas des débats sociétaux.

Ce refus, associé au niveau philosophique à une posture sur le caractère sacré ou unique de la vie humaine, et au niveau professionnel à une opposition puissante aux actes de mise à mort rappelle évidemment l'interdiction de tuer, l'injonction « tu ne tueras point » manifeste chez les praticiens hospitaliers, mais aussi dans le domaine juridique.

A ce niveau, et au niveau éthique également, le refus catégorique de l'euthanasie active mis en regard avec la tolérance de l'euthanasie passive n'est toutefois pas sans faire écho au paradoxe évoqué à propos de la directive du procureur général Keir Starmer. Comme le signale le juge Browne-

³⁴ Convention européenne des droits de l'homme, Article 2.

³⁵ "End-of-life Decisions. Views of the BMA", Londres : BMA House, August 2009, p. 3-4.

³⁶ Comme le souligne un groupe de six spécialistes issus du milieu médical et intervenant dans différents pays européens, si les Britanniques veulent passer outre cette interdiction, et ils sont 82 % à y aspirer, il faut élargir la responsabilité, et la faire porter, au cas par cas, à l'ensemble de la société (professionnels de la santé, membres du clergé, juristes, travailleurs sociaux etc.), pour qu'elle soit sortie, comme le préconise la Baronne Ilora Findlay, du seul contexte médical. « Le fait d'établir des limites juridiques et éthiques au travail des médecins qui assistent les malades en fin de vie, et de confier à des avocats et à des spécialistes d'éthique le soin d'observer les conditions dans lesquelles ces actes sont pratiqués (comme c'est le cas aux Pays-Bas) ne suffit pas. Philosophes et juristes, accompagnés d'autres professionnels tels que des membres du clergé, des infirmiers, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, mais aussi des non-spécialistes qui ont une expérience de la vie suffisante doivent plutôt s'associer et être prêts à porter ensemble la responsabilité de cas particuliers, par exemple dans le cadre d'une décision particulièrement difficile. » Bosshard Georg, Bert Broekaert, et al., "A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries," *Journal of Medical Ethics*, 2008; 34, p. 31.

Wilkinson, qui a statué en faveur du refus d'acharnement thérapeutique dans l'affaire Bland³⁷ contre le Airedale NHS Trust :

La conclusion à laquelle j'aboutis apparaîtra presque irrationnelle aux yeux de certains. Comment peut-il être légal de laisser un patient mourir d'inanition lentement, mais sans souffrance, sur une période de plusieurs semaines, mais illégal de lui donner la mort immédiatement par injection létale, épargnant ainsi à sa famille une épreuve supplémentaire [...] ? Il m'est difficile de répondre à cette question de façon morale. Mais c'est indéniablement la loi et rien de ce que j'ai dit ne met en doute l'affirmation selon laquelle la mise en œuvre d'un acte délibéré ayant pour but de mettre fin à vie d'autrui est, et reste, un meurtre³⁸.

C'est donc sur une base médicale, éthique, et juridique que le refus du suicide assisté et de l'euthanasie se fonde aujourd'hui en Grande-Bretagne.

Asthana Anushka , "A matter of life, death and assisted dying," Observer Debate, *The Observer*, Sunday 31 January 2010 <http://www.guardian.co.uk/society/2010/jan/31/assisted-dying-debate-euthanasia/print>

Biggs Hazel, *Euthanasia : Death With Dignity And The Law*, Oxford : Hart, 2001.

Bosshard Georg , Bert Broeckaert, David Clark, et al., "A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries," *Journal of Medical Ethics*, 2008; 34, p. 28-32.

British Medical Association, "End-of-life Decisions. Views of the BMA", Londres : BMA House, Août 2009.

Buka, Paul *Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses. A Practical Guide*, Londres : Hodder Arnold, 2008.

Campbell Alastair, Grant Gillett and Gareth Jones, *Medical Ethics* (4e édition), Oxford : Oxford University Press, 2005.

Doward, Jamie, "Doctors and nurses launch campaign for right to help terminally ill to end their lives," *The Observer*, Sunday 3 October 2010 <http://www.guardian.co.uk/society/2010/oct/03/right-to-die-assisted-suicide/print>

Guienne Véronique, *Sauver, laisser mourir, faire mourir*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2010.

Hope, Tony *Medical Ethics. A Very Short Introduction*, Oxford: Oxford University Press, 2004.

House of Lords Feb 3 2010, pt0005, "Assisted Dying Question for Short Debate," <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200910/ldhansrd/text/100203-gc0005.htm>

Warnock, Mary, Elisabeth MacDonald, *Easeful Death. Is there a Case for Assisted Dying?*, Oxford : Oxford University Press, 2008.

³⁷ Tony Bland était une victime de l'accident du stade Hillsborough. Après avoir été privé d'oxygène et gravement blessé, il s'est trouvé dans un état végétatif persistant, sans être pour autant en fin de vie : il pouvait en effet respirer et digérer de la nourriture administrée par sonde. Au bout de 3 ans, le Airedale Hospital Trust a déposé une demande auprès de la Haute Cour d'Angleterre et du Pays de Galle pour mettre fin aux traitements. La Haute Cour, puis la Cour d'appel et enfin la Chambre des Lords ont toutes soutenu cette demande.

³⁸ Airedale NHS Trust v. Bland [1993] A.C. 789 at 885.