

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

SUR LA RATIONALITÉ DU SUICIDE :  
ANALYSE D'UN POINT DE VUE ÉTHIQUE, HUMANISTE ET EXISTENTIEL

MÉMOIRE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN PHILOSOPHIE

PAR  
CHLOÉ ROUSSEAU

DÉCEMBRE 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

## REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier, tout d'abord, ma directrice, Mélissa Thériault, pour la qualité de nos échanges, sa compassion constante et l'inspiration féministe qu'elle a su être pour moi au cours de ce parcours philosophique. Dans le même ordre d'idées, Naïma Hamrouni, pour le féminisme encore, et pour la pique de l'éthique. Et enfin, merci à toutes ces femmes, peu nombreuses, mais ô combien importantes, qui ont croisé ma route dans ce parcours philosophique parfois difficile.

Un gros merci à ma famille, papa, maman et ma sœur, pour leurs encouragements et leur amour. Mes ami·e·s, les meilleur·e·s depuis toujours, et les philosophes, et les *Fridos*. Merci à Nicolas, qui connaît maintenant de fond en comble les lois entourant le suicide assisté. Merci pour le soutien et les meilleurs smoothies du monde. Je t'aime.

Je dédie ce mémoire à la femme la plus forte que je connaisse, Sylvie, ma mère. Pour sa longue bataille, pour son courage.

« Familiarise-toi avec l'idée que la mort n'est rien pour nous, car tout bien et tout mal résident dans la sensation : or, la mort est la privation complète de cette dernière<sup>1</sup>. »

---

<sup>1</sup> ÉPICURE, *Lettre à Ménécée*, Flammarion, Paris, 2009, p. 6.

## RÉSUMÉ

Dans ce mémoire de maîtrise, nous proposons d'analyser de manière critique le problème que pose la légitimité du suicide. En évaluant son acceptabilité sociale, nous avons comme objectif de démontrer la rationalité de cet acte et ainsi valider son désir. Aujourd'hui encore, malgré la séparation généralisée qu'on peut observer entre les institutions religieuses et juridiques dans les démocraties occidentales, le suicide est encore un phénomène tabou et condamné d'un point de vue moral. L'aspect éthique de ce problème sera donc au centre de notre recherche et le cas précis du suicide assisté servira de fil directeur et d'exemple principal aux fins d'analyse.

Pour répondre aux questions soulevées par cette problématique, nous explorons notamment la philosophie de Camus, Hume, Rawls, Dworkin, Kant et Fricker. Nous présentons une synthèse des différents arguments concernant la rationalité du suicide pour commencer, pour ensuite les appliquer au cas du suicide assisté. Nous détaillerons les aspects légaux et les différents critères d'admissibilité de cette forme d'euthanasie. Nous terminons en soulignant la complexité du problème de la stigmatisation des agent·e·s en situation de trouble mental souhaitant avoir recours au suicide assisté.

À partir de ces conclusions, nous justifions en quoi la philosophie éthique et existentialiste est pertinente pour l'avancement des réflexions entourant la rationalisation du suicide, et plus particulièrement dans le cas du suicide assisté.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	IV
INTRODUCTION.....	1
i. <i>Le suicide comme geste absurde</i> .....	2
ii. <i>Le suicide comme geste intime</i> .....	3
iii. <i>La rationalité du suicide chez Camus</i> .....	4
iv. <i>Le désespoir</i> .....	6
v. <i>La réflexion sur l'argumentaire camusien par Lawrence Oliver</i> .....	8
vi. <i>Présentation du contexte</i> .....	10
CHAPITRE 1 — PEUT-ON ACCEPTER LE SUICIDE?.....	13
1.1 <i>Le lexique général</i> .....	13
1.2 <i>Les lois canadiennes et les lois québécoises</i> .....	16
1.3 <i>Les différentes options de fin de vie : La Suisse</i> .....	18
1.4 <i>Les recherches sur le suicide</i> .....	22
CHAPITRE 2 — LE SUICIDE PEUT-IL ÊTRE RATIONNEL? .....	24
2.1 <i>David Hume et le suicide dans la tradition philosophique</i> .....	25
2.2 <i>Les arguments dans The Philosopher's Brief</i> .....	27
2.3 <i>John Rawls : Théorie de la justice</i> .....	29
2.4 <i>John Rawls et les arguments kantiens</i> .....	32
2.4.1 <i>Les arguments de Rawls pour le suicide assisté</i> .....	33
2.4.2 <i>Les arguments de Velleman contre le suicide assisté</i> .....	35
2.4.3 <i>Position de Baccarini</i> .....	39
2.5 <i>Ronald Dworkin et les contre-arguments sur le suicide assisté</i> .....	41
2.5.1 <i>Le livre Life's Dominion</i> .....	41
2.5.2 <i>L'argument d'autonomie</i> .....	42
2.5.3 <i>L'argument d'intérêts critiques</i> .....	45
2.5.4 <i>L'argument du caractère sacré de la vie, ou l'argument d'inviolabilité</i> .....	47
2.5.5 <i>Conclusion</i> .....	51
CHAPITRE 3 — LA MALADIE MENTALE ET L'IRRATIONALITÉ DU SUICIDE.....	53
3.1 <i>Les différents critères d'admissibilité</i> .....	55
3.2 <i>Miranda Fricker et l'injustice testimoniale</i> .....	58
3.3 <i>Le Mad Movement</i> .....	61
3.3.1 <i>Le livre Mad Matters</i> .....	64
3.4 <i>Michael J. Cholbi et les arguments pour le suicide assisté</i> .....	67

3.4.1 <i>L'admissibilité pour les personnes sans maladie incurable</i> .....	68
3.4.2 <i>Les troubles asymptomatiques</i> .....	69
3.4.3 <i>L'argument de rationalité</i> .....	71
3.4.4 <i>L'argument de futilité médicale</i> .....	72
3.4.5 <i>L'argument du choix médical non reconnu</i> .....	75
3.4.6 <i>Conclusion</i> .....	77
CONCLUSION .....	78
BIBLIOGRAPHIE .....	83
WEBOGRAPHIE .....	86

## INTRODUCTION

Le philosophe français Albert Camus (1913-1960) disait : « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie<sup>2</sup>. » Les questionnements fondamentaux entourant l'acte du suicide étaient en effet au cœur de ses écrits, comme la mort est partie intégrante de toutes philosophies existentialistes et qu'elle est l'essence même des questionnements et des angoisses humaines. De nombreuses recherches, puisées de la tradition existentialiste, tentent de justifier la rationalité du suicide, et ce, malgré l'apparence de paradoxe qu'elle présente. En nous basant sur les écrits camusiens, et plus particulièrement sur *Le Mythe de Sisyphe*<sup>3</sup>, nous mettrons en lumière ce sujet délicat, mais primordial. Bien que l'auteur s'exprime dans un contexte d'après-guerre<sup>4</sup>, qui a vraisemblablement accentué le caractère dramatique de ses réflexions sur le suicide, il peut nous éclairer sur des sujets plus contemporains, comme celui du suicide assisté : est-il possible de parler de rationalité lorsque l'on parle de suicide assisté? Peut-il être acceptable, moralement et éthiquement?

Nous retrouvons dans *Le Mythe de Sisyphe* une réflexion sur l'absurdité de l'existence. Selon Camus, le suicide est synonyme d'un manque de force face au rien, au vide existentiel, car

---

<sup>2</sup> CAMUS, Albert, *Mythe de Sisyphe*, Gallimard, Paris, 1985, p. 7.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Né en 1913 en Algérie, Camus a vécu la pauvreté et l'angoisse post-guerre.

même si la vie n'a pas de réelle signification, elle vaut toujours la peine d'être vécue. Comme il n'y a rien d'autre que la vie elle-même, elle devrait être vécue à son maximum afin d'en comprendre le sens, mais aussi insuffler ce sens. Pour l'auteur, il revient aux humains eux-mêmes de donner sens à leur vie en se révoltant contre l'absurdité de la vie. Le suicide est considéré comme une avenue illogique, puisque Camus ne croit pas qu'il puisse constituer une option pour contrer l'absurde : la révolte est en fait la vraie solution. En ce sens, il faut vivre la révolte de sa propre vie, en la traversant avec passion. Le suicide, quant à lui, serait plutôt une manière d'échapper à l'absurdité vouée à l'échec, au même titre que le croyant entre dans sa religion. L'échappatoire n'est pas possible et ne représente pas la bonne option. Nous devons affronter la vie telle qu'elle est, quitte à se révolter contre elle à certains égards.

#### **i. Le suicide comme geste absurde**

La vision camusienne est une philosophie de l'absurde qui « naît des exigences de la raison humaine par rapport à l'irrationalité du monde et de la vie mortelle.<sup>5</sup> » L'idée de la mort est pour Camus l'expression ultime de l'absurde. Une fois que le constat irréfutable du non-sens de l'existence est fait, la vie a-t-elle encore de la valeur? À cette question existentielle, Camus répond par le « devoir vivre<sup>6</sup> », car il est vrai que l'homme ressent un profond malaise devant l'inhumanité de ses semblables, ainsi qu'aux situations éphémères qui forment son existence. Il y a chez lui une soif d'unité et une recherche de sens. L'absurdité ressentie, chez Camus, est profondément liée à

---

<sup>5</sup> GRENIER, Roger, *Albert Camus, soleil et ombre : une biographie intellectuelle*, Gallimard, Paris, 1987, p. 105.

<sup>6</sup> CAMUS, Albert, *op. cit.*, p. 34.

une recherche de compréhension de la mortalité. Trois solutions semblent permettre d'échapper à l'absurde :

1. Mourir volontairement, donc se suicider.
2. Espérer la fuite dans la mort : soit par la religion et la métaphysique, soit par un nihilisme passif.
3. Rester vivant, à observer et accepter l'absurdité de la vie, et ainsi, rester dans la révolte<sup>7</sup>.

Camus refuse les deux premières solutions, puisque celui qui se tue fuit l'absurdité et celui qui croit, au sens religieux du terme, trouve un sens à l'existence et détruit l'absurdité. Il propose plutôt la troisième solution, puisque celui qui poursuit son existence sans créer de sens ou de valeur précise à sa vie, sans s'inscrire dans un réseau de significations ou de croyances, accepte l'absurdité dans un esprit de révolte consciente. Il accumule les années ainsi que les expériences, ce que Camus appelle la pratique de « l'éthique de la quantité<sup>8</sup> ».

## **ii. Le suicide comme geste intime**

Camus ne traite pas du suicide en tant que phénomène social, mais comme un acte personnel :

Un geste comme celui-ci se prépare dans le silence du cœur au même titre qu'une grande œuvre. [...] Commencer à penser au suicide, c'est commencer d'être miné. La société n'a pas grand-chose à voir dans ces débuts. Le ver se trouve au cœur de l'homme. C'est là qu'il faut le chercher.

---

<sup>7</sup> CAMUS, Albert, *op. cit.*

<sup>8</sup> VOLANT, Eric, « Le suicide chez Camus. Discussion éthico-religieuse », *Sciences religieuses*, vol. 13, no. 3, 1984, p. 289-299.

Ce jeu mortel qui mène de la lucidité en face de l'existence à l'évasion de la lumière, il faut le suivre et le comprendre<sup>9</sup>.

Il tente une approche compréhensive du sens du suicide, plutôt qu'une approche explicative ou positiviste. Sa démarche est philosophique et non pas sociologique. Par une éthique de la quantité et non de la qualité, l'humain ne cherche pas à vivre « le mieux », mais plutôt « le plus ». Sa présence au monde se révèle par une succession d'expériences d'amour, de situations et d'actions qui ne sont qu'illusions éphémères. Or, dans *L'homme révolté*<sup>10</sup>, Camus se penche plutôt vers cette éthique de la qualité. Ici est décrite l'idée de ne plus « vivre le plus », mais plutôt « vivre le mieux ». Camus écrira : « Plutôt mourir que vivre à genoux<sup>11</sup>. »

En ce sens, dans le contexte du présent mémoire et de nos questionnements face à la potentielle rationalité du suicide et, ainsi, celle du suicide assisté, nous pouvons affirmer que la maladie, celle non traitable et souffrante, celle dont nous sommes esclaves, nous pousse à vivre à genoux, mode de vie non souhaitable pour certains. Bien que Camus se soit fondamentalement opposé au suicide dans ses écrits philosophiques, nous ne pouvons prouver qu'il adopterait la même position aujourd'hui s'il faisait face à des dilemmes contemporains tels que la légalisation du suicide assisté.

### **iii. La rationalité du suicide chez Camus**

Un suicidaire exprime l'insatisfaction quant à sa vie, affirmant que celle-ci ne répond pas à ses attentes. C'est aussi ce que nous observons lors d'un suicide assisté : une personne aux prises

---

<sup>9</sup> CAMUS, Albert, *op cit.*, p. 16-17.

<sup>10</sup> CAMUS, Albert, *L'homme révolté*, Gallimard, Paris, 1951, 384 pages.

<sup>11</sup> CAMUS, Albert, *Œuvres complètes*, La Pléiade, Paris, 1965, p. 425.

avec une maladie incurable et souffrante souhaite mettre fin à sa vie puisqu'elle n'est pas satisfaite de celle-ci. Cette expression de l'insatisfaction présente un intérêt pour Camus, car si un tel jugement est rationnel, alors le suicide est une conclusion logique et, donc, contraignante pour un philosophe. L'absurde n'est pas une circonstance que l'on retrouve dans le monde. Elle se pose plutôt là où une demande de sens est affirmée. L'absurdité caractérise la relation entre les humains et le monde. Le suicide n'est pas une réponse philosophique valide à l'absurdité puisque, finalement, l'acte de se tuer dissout la relation avec l'absurde, plutôt que de la modifier.

Nous constatons par ailleurs, dans *Le Mythe de Sisyphe*, que Camus est aussi contre le suicide philosophique, c'est-à-dire une illusion que l'on peut qualifier « d'existentielle », concept que l'on retrouve dans diverses religions et chez d'autres philosophes existentiels tels que Kierkegaard ou Jaspers. En effet, lorsque l'on a des croyances religieuses, nous esquivons l'absurdité en donnant un sens à la vie. Camus confronte, par ailleurs, la philosophie de Husserl (1859-1938) puisque celle-ci apporte un sens presque religieux à l'absurdité et perd toute lucidité face au monde. Dans sa phénoménologie, Husserl défend l'idée d'« Essence » : sous les phénomènes, il y a une logique fondamentale qui ordonne l'univers. Il accorde une importance majeure à l'absurde pour expliquer le monde. Il cherche des explications et de la rationalité face au monde et à nos expériences. Camus dénonce cette théorie en la qualifiant de suicide philosophique, puisqu'il croit qu'elle ne peut être menée à terme : il n'y a pas d'explication à l'absurdité. En somme, nous pouvons affirmer que Camus n'est pas seulement contre le suicide corporel, mais aussi contre le suicide philosophique.

#### **iv. Le désespoir**

Le désespoir fait partie de la vie humaine, et particulièrement chez une personne aux idées suicidaires. D'après la vision camusienne, la condition de désespoir n'est pas une exception, mais une norme. En ce sens, elle fait partie de nos vies et nous devrions l'accepter. Dans le cas de personnes suicidaires ou souffrant d'une maladie incurable, le désespoir forme une structure fondamentale de leur vie pendant de longues périodes de temps, et peut devenir insupportable. Il convient de noter qu'en fait, la capacité à ignorer le désespoir de la vie est un privilège accordé à quelques-uns seulement, car il n'est pas donné à tous de ne pas concevoir les drames humains ou de ne pas les ressentir. Sachant que le désespoir nous touche à différents niveaux, serait-il possible de dessiner une ligne entre les degrés de désespoir? Et dans quel contexte?

De nos jours, la médecine tente de tracer, en quelque sorte, cette ligne entre les degrés de désespoir : les médecins et autres praticiens de la santé peuvent mesurer – avec une certaine marge – la gravité des souffrances d'une personne, en analysant son état physique par exemple. En somme, nous serions en mesure de différencier les degrés de désespoir et de ne pas les considérer comme de simples dommages collatéraux de l'absurdité de la vie. Les différencier permet de mieux analyser et légitimer différentes procédures médicales, telles qu'une demande d'admissibilité au suicide assisté, puisque celui-ci est réalisable que dans le cas où un·e patient·e subit d'atroces souffrances. En ce sens, cela suggère qu'une différence peut être tirée entre des expériences variées de souffrance et que leurs intensités sont à différents niveaux. Dans ce cas bien précis qu'est le suicide assisté, où se positionnerait Camus? Possiblement contre, comme toute autre forme de suicide.

En effet, bien qu'il soit pour une éthique de la qualité plutôt que de la quantité, il semblerait que le suicide, pour lui, soit une anti-révolte. Ce sont d'ailleurs les principaux arguments qui

habitent les militants pour la légalisation du suicide assisté<sup>12</sup> : la qualité de la vie vaut plus que sa quantité, puisque le plaisir, la dignité et la santé surpassent le nombre d'années vécues. L'acte du suicide semble déraisonnable pour certains, et comme il est controversé socialement, il génère inconfort. Bien que le suicide ne soit pas une option pour une personne dépressive, par exemple, il peut parfois être une solution possible dans certains cas précis, comme celui d'une maladie incurable et souffrante. Si l'on considère la maladie mortelle comme faisant partie de l'absurdité camusienne, puisque celle-ci nous rapproche d'une mort certaine un peu tous les jours, s'y révolter signifierait embrasser cette réalité, en contrant cette absurdité, en la déjouant et en l'affrontant de plein fouet.

Suivant cette hypothèse, nous concluons tout de même que Camus serait en défaveur du suicide assisté. Force est d'admettre que son contexte historique est différent du nôtre, et que son argumentaire pourrait être tout autre aujourd'hui, mais puisqu'il a pris la question du suicide au sérieux dans ses écrits, nous pouvons affirmer que sa position aurait possiblement changé à la lumière des développements médicaux et juridiques récents.

---

<sup>12</sup> Ici, nous nous basons sur l'ensemble des recherches sur les arguments « pour » et « contre » le suicide assisté, tel que vue dans l'article de Mary Warnock, philosophe et bioéthicienne au Royaume-Unis. WARNOCK, Mary, MACDONALD, Elisabeth, *Easeful Death: Is There a Case for Assisted Dying?*, Oxford University Press, Oxford, 2009, 172 pages.

## v. La réflexion sur l'argumentaire camusien par Lawrence Oliver

Cette réflexion sur l'absurde et le suicide démontre qu'il est incontournable de relire Camus sous un autre angle, à savoir si le suicide assisté consiste en une anti-révolte ou en une victoire contre la maladie, donc une révolte contre celle-ci.

Le suicide assisté permet, pour certains, de reprendre le contrôle de leur vie. Ce n'est pas seulement le fait de consentir à mourir, mais c'est aussi celui de respecter sa propre volonté en se donnant la mort. Lors d'un suicide assisté, nous pourrions affirmer que le temps précis, le geste en soi, l'endroit choisi et l'effet de consentement sont tous profondément liés pour en arriver à un moment totalement souhaité et lucide. En ce sens, nous pourrions affirmer que se donner la mort peut apporter à un malade le sentiment de reprendre le dessus, de reprendre le contrôle et d'en finir avec la maladie<sup>13</sup>. Il est à noter aussi que certaines personnes ne souhaitent pas vivre leur mort devant d'autres, puisque mourir peut se vouloir dans la solitude, et ce, sans violence, comme un suicide par pendaison, par balle ou encore par asphyxie. Cependant, au Québec, lorsque l'on souhaite mourir avant que la maladie incurable nous fasse souffrir, nous n'avons que trois options : se donner la mort soi-même en recourant à des méthodes archaïques, demander d'alléger nos souffrances à un médecin qui pratiquera l'aide médicale à mourir ou avoir recours à la sédation

---

<sup>13</sup> Le phénomène peut être éclairé sous un autre angle à partir des écrits de Nelly Arcan, analysés ici dans le mémoire d'études littéraires d'Élyse Bourassa-Girard. On nous parle d'une agentivité négative perçue chez Arcan : se suicider n'est pas une solution positive en soi, mais c'est une décision entière tout de même. Le suicide, dans la littérature d'Arcan, se situe à la limite « de l'abdication à l'aliénation et de l'agentivité » (p. 36) En somme, le suicide est considéré comme une forme d'action. Il peut être légitime, et ce, malgré qu'il soit motivé par des éléments qui ne sont pas choisis. La ligne mince entre l'aliénation et la liberté est exploitée dans le roman posthume d'Arcan, *Paradis, clef en main*, où l'héroïne révisé sa position par rapport au choix de vivre ou d'en finir. BOURASSA-GIRARD, Élyse, *Aliénation, agentivité et ambivalence dans Putain et Folle de Nelly Arcan : une subjectivité féminine divisée*, Mémoire en Études Littéraire présenté à l'Université du Québec à Montréal, 2013, 122 pages.

palliative continue<sup>14</sup>. Lorsque nous nous donnons la mort, nous avons la possibilité de subir de plus graves souffrances physiques. Ensuite, lorsque nous choisissons l'aide médicale à mourir, nous devons avoir toutes les conditions médicales réunies et être éligibles, ce qui n'est pas souvent le cas. Et finalement, si nous avons recours à la sédation palliative continue, nous mourons sans en avoir conscience, en étant dans un coma depuis plusieurs jours. Il n'est pas possible, légalement, de demander une substance létale pour mettre fin à ses jours soi-même, ce qui pourrait être le choix de certains. L'affection mortelle ne laisse donc que peu de possibilités de fin de vie, et pour certains, aucun de ces choix énumérés plus haut n'est le bon.

Le philosophe Lawrence Oliver exprime, dans son ouvrage *Suicide et politique : La révolte est-elle honorable*<sup>15</sup>?, une réflexion sur le suicide :

Peut-on dire à propos d'une personne atteinte d'une maladie incurable qui la fait souffrir atrocement que la mort volontaire est une libération? Nous répondons négativement. C'est plutôt la victoire de la maladie. [...] Le fardeau de l'existence n'est certainement pas celui qui se dessine dans cette conception du suicide comme liberté. Le suicide ne s'oppose pas à l'existence<sup>16</sup>.

Dans cette optique, nous pouvons affirmer que l'on frôle la révolte camusienne. Oliver ajoute d'ailleurs ceci :

Ce n'est dès lors pas contre le suicide qu'il faudrait lutter et déployer nos forces, mais suivant en cela paradoxalement Camus contre la révolte. La proposition peut surprendre d'autant plus que la révolte est comprise encore aujourd'hui comme le moment où l'individu échappe à une vie insignifiante et absurde. Elle serait l'instant de révélation de notre humanité. Elle est même considérée par certains comme un moment de résistance et de libération politiquement plus significatif que la révolution. Que peut bien

---

<sup>14</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *La sédation palliative en fin de vie*, Service des communications, Montréal, 2016, 61 pages.

<sup>15</sup> OLIVER, Lawrence, *Suicide et politique : La révolte est-elle honorable?*, Liber, Paris, 2014, 152 pages.

<sup>16</sup> OLIVER, Lawrence, *op. cit.*, p. 26.

vouloir dire alors lutter contre la révolte si celle-ci est bien ce qu'en dit Camus, une affirmation de la vie ou une libération salutaire? Faudrait-il lutter contre la volonté de vivre<sup>17</sup>?

Si l'on souhaite démontrer que le droit de se donner la mort est acceptable moralement, alors nous devons aussi défendre l'accès à des moyens dignes et légaux pour faire valoir ce droit. Dans le cas d'un suicide assisté, la personne a la possibilité de se donner la mort d'une façon digne, non douloureuse et convenable. Nous enlevons donc la possibilité d'un suicide raté, d'une potentielle douleur ou d'un manque de dignité après la mort. Par exemple, une personne gravement malade, souhaitant mettre fin à ses jours, choisirait de se donner la mort par pendaison. Cela voudrait aussi dire qu'elle sera retrouvée dans une position traumatisante pour ses proches. D'autre part, il est à noter qu'il n'est pas possible de demander l'aide d'une personne qui n'est pas médecin et ne saurait pas suivre le protocole prévu à cet effet, puisque ladite personne serait alors coupable de meurtre ou serait considérée comme complice<sup>18</sup>. L'idée d'une légitimité du suicide assisté, qui offre une manière non violente de s'enlever soi-même la vie, permet de réduire au minimum les risques inhérents à cette pratique.

## **vi. Présentation du contexte**

La philosophie existentialiste d'Albert Camus nous permet de constater l'importance d'une réflexion collective concernant la rationalité du suicide, et du même coup, la légitimité du suicide assisté. Le suicide assisté nous semble être un sujet de prédilection en ce qui a trait à la potentielle

---

<sup>17</sup> OLIVER, Lawrence, *op. cit.*, p. 31.

<sup>18</sup> GOUVERNEMENT DU CANADA, *Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)*, janvier 2019. Récupéré de <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/>, consulté le 12 novembre 2019.

rationalité du suicide, puisque s'il est possible de débattre de la légalisation de celui-ci, c'est qu'il est possible de concevoir le suicide comme un acte légitime et réfléchi. Au Québec, le suicide assisté est illégal<sup>19</sup>, ce qui peut poser un problème fondamental pour plusieurs philosophes, mais aussi pour les médecins et leurs patient·e·s. Certains points ont été soulevés, depuis quelques années, dans les lois régissant l'euthanasie et les soins de fin de vie, telle que l'admissibilité des médecins à ces pratiques, les règles de l'admissibilité des patient·e·s aux dits traitements, les périodes d'attentes et les enjeux moraux.

Les éléments qui retiennent particulièrement notre attention ici sont les questionnements quant à l'acceptabilité et la rationalité possible du suicide. En abordant celles-ci, nous souhaitons trouver des éléments nous aidant à démystifier la stigmatisation des personnes souhaitant avoir recours au suicide assisté. D'autres questionnements face à la légitimité du suicide s'ensuivent. Le suicide peut-il être commis de manière rationnelle? Le suicide assisté est-il toujours acceptable? Et qu'en est-il des patient·e·s souhaitant y accéder?

Nous présenterons, au premier chapitre, un lexique général entourant le suicide assisté ainsi que les différentes lois concernant celui-ci. Nous présenterons des exemples issus de la législation du Canada, du Québec ainsi que de la Suisse, qui est le pays le plus avant-gardiste à ce sujet, afin de situer la portée théorique et philosophique des éléments juridiques. Ensuite, au chapitre deux, après une brève introduction basée sur un essai sur le suicide de David Hume, nous ferons appel aux philosophes contemporains américains John Rawls et Ronald Dworkin, dont les perspectives éthiques et politiques sont d'une grande aide pour comprendre dans quelle mesure le suicide peut être compris comme un geste rationnel. Nous examinerons, par ailleurs, le travail d'Elvio Baccharini

---

<sup>19</sup> En date d'avril 2020.

et sa critique de la théorie rawlsienne. Pour terminer, au troisième chapitre, nous analyserons les enjeux entourant les patient·e·s en situation de troubles mentaux souhaitant avoir recours au suicide assisté et nous examinerons ainsi la stigmatisation entourant ces personnes psychiatisées. Pour ce faire, nous examinerons la thèse de Miranda Fricker concernant les injustices épistémiques et les arguments du mouvement Mad Pride qui seront explicités à l'aide de différents témoignages. Pour finir, nous explorerons l'argumentaire de Michael J. Cholbi au sujet du suicide assisté chez les personnes en situation de trouble mental, afin de montrer dans quelle mesure la question de la rationalité du suicide couvre un champ d'interrogations beaucoup plus vaste qu'il n'y paraît.

## CHAPITRE 1 — PEUT-ON ACCEPTER LE SUICIDE?

Plusieurs termes sont à définir pour bien comprendre les concepts qui seront employés dans ce mémoire. En ce sens, il est primordial de comprendre les lois en matière d'aide médicale à mourir et de suicide assisté. Pour ce faire, nous prendrons en exemple les lois en vigueur au Canada et au Québec, et nous pourrions les comparer à celles en vigueur en Suisse. Dans le but de bien saisir les problématiques générales associées au suicide assisté, il est nécessaire de brosser un portrait juridique et faire une définition claire des termes. Nous examinerons ainsi les raisons juridiques qui englobent l'acceptabilité ou la non-acceptabilité du suicide assisté dans nos sociétés contemporaines.

### 1.1 Le lexique général

Premièrement, le terme du suicide est défini comme l'acte de se donner volontairement la mort, provenant du latin *sui* (soi) et *caedere* (tuer). Ici, nous ne parlons pas d'un accident, mais bien d'avoir décidé et planifié la fin de notre propre vie, et d'y remédier nous-mêmes. Mais pour compléter cette définition, les termes médicaux concernant le suicide et la mort sont à démystifier.

D'après la Commission de l'Éthique en Science et en Technologie du Québec<sup>20</sup>, nous considérons l'aide médicale à mourir comme un soin de fin de vie. Elle est décrite comme un acte qui consiste à poser intentionnellement un geste dans le but de provoquer la mort d'une personne pour mettre fin à ses souffrances. Cette procédure est rigoureusement encadrée et doit être menée par un médecin. Sa définition légale est la suivante : « [...] un soin consistant en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à une personne en fin de vie, à la demande de celle-ci, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès<sup>21</sup>. »

L'aide médicale à mourir est parfois appelée « euthanasie active », tandis que la cessation de traitement d'un·e patient·e (entraînant la mort de celui-ci) est parfois appelée « euthanasie passive ». Notons aussi que le suicide assisté est d'une autre nature : on parle de suicide assisté lorsqu'un médecin aide à déterminer si une personne atteinte d'une maladie incurable peut se faire prescrire une substance létale : cette même substance est, une fois prescrite, à s'administrer soi-même au moment désiré. Elle entraîne donc la mort, ce, sans l'aide d'un médecin.

Il s'impose de distinguer les différences importantes entre l'aide médicale à mourir et le suicide assisté :

1. L'aide médicale à mourir est considérée comme un soin de fin de vie, elle permet d'arrêter les souffrances d'un·e patient·e. C'est le médecin qui abrège les souffrances.

---

<sup>20</sup> D'après l'Article 11 du CCQ-1991 (Code civil du Québec). PUBLICATION QUÉBEC, *CCQ-1991 - Code civil du Québec*, février 2019. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/CCQ-1991>, consulté le 29 octobre 2019. Désormais, la Commission de l'Éthique en Science et en Technologie du Québec sera désignée par l'expression CESTQ.

<sup>21</sup> Loi concernant les soins de fin de vie, article 3, paragraphe 6.

2. Le suicide assisté, quant à lui, offre la possibilité à la personne de terminer sa vie en s'administrant une dose létale. Dans le cas de l'aide médicale à mourir, un médecin procède à l'euthanasie.

Comme nous cherchons à démontrer dans quelle mesure le suicide peut être vu comme un geste rationnel, le concept de rationalité sera utilisé tout au long de ce mémoire, et ce, de manière philosophique, c'est-à-dire comme étant un concept servant à déterminer la capacité de raisonnement. Nous parlons de rationalité lorsque nous affirmons ceci :

En philosophie, en psychologie et en sociologie, la rationalité est un concept servant à définir et mesurer la capacité de raisonnement, tel qu'elle se manifeste dans un (ou des) comportement(s) humain(s). Plus précisément, le mot désigne la qualité de ce qui, *dans l'ordre de la connaissance*, est rationnel (c'est-à-dire relevant de l'usage de la raison, ou intellect) et de ce qui, plus rarement, dans l'ordre de la pratique, relève du raisonnable<sup>22</sup>.

De prime abord, la rationalité est définie comme le caractère de ce qui est propre à la raison et qui repose sur une bonne méthode, qu'on peut qualifier de logique, de raisonnable et de conforme au bon sens. La rationalité est le résultat du recours à l'intellect<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> GODIN, Christian, *Dictionnaire de philosophie*, Fayard, Ligugé, 2004, p. 1404.

<sup>23</sup> GODIN, Christian, *op. cit.*

## 1.2 Les lois canadiennes et les lois québécoises

Au Canada, la décriminalisation du suicide n'a eu lieu qu'en 1972<sup>24</sup> et c'est la contribution importante de la science médicale (et les progrès dans la compréhension des facteurs menant au suicide) qui y mènera. Depuis, une personne qui fait une tentative de suicide n'est plus passible d'une sanction en vertu du *Code criminel*.

En ce qui concerne le suicide assisté, c'est le 6 février 2015, avec l'arrêt Carter<sup>25</sup>, que les juges de la Cour suprême du Canada ont déclaré inconstitutionnel l'article 241 b) du Code criminel qui, à l'époque, interdisait et criminalisait le suicide assisté<sup>26</sup>. Les modifications avaient lieu, en outre, au niveau de la légalisation du suicide assisté par un médecin à une personne adulte, capable, qui consent clairement à mettre fin à sa vie et qui est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables lui causant des souffrances persistantes qui lui sont intolérables au regard de sa condition<sup>27</sup>. La Cour suprême considère que l'interdiction du Code criminel est inconstitutionnelle parce qu'elle viole le droit de la personne à la vie, à la liberté et à la sécurité.

Plus d'un an après cette loi, le 17 juin 2016, le jugement de la Cour suprême a été rendu quant aux garanties procédurales et aux critères d'admissibilité au suicide assisté<sup>28</sup>. Les personnes admissibles au suicide assisté doivent avoir au moins 18 ans, avoir un problème de santé grave et

---

<sup>24</sup> KELLNER, Florence, *Suicide au Canada*, 7 février 2007. Récupéré de <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/suicide/>, consulté le 1er avril 2018.

<sup>25</sup> Gloria Taylor, âgée de 55 ans et atteinte de la maladie de Lou Gehrig, à intenté une action devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique pour contester la constitutionnalité de l'article 241 b) du Code criminel. S'est joint à elle Lee Carter, Hollis Johnson (membres de la famille de Kathleen Carter, femme ayant eu recours au suicide assisté en suisse auparavant) et Dr William Schoichet.

<sup>26</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude : le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence*, 2019, p. 26. Récupéré de : [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002437](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002437), consulté le 06 octobre 2020.

<sup>27</sup> KELLNER, Florence, *op. cit.*

<sup>28</sup> *Ibid.*

irréversible causant ainsi des souffrances physiques ou psychologiques permanentes qui leur sont intolérables. De plus, la personne doit être en état de déclin avancé et irréversible dans lequel sa mort naturelle est prévisible. Il est à noter que cette loi admet alors deux options possibles : administrer directement une substance qui provoque la mort, telle que par l'injection d'un médicament par un médecin ou prescrire un médicament que la personne admissible prend elle-même, également avec l'aide d'un médecin. Bien que les critères d'admissibilité soient les mêmes d'une façon ou d'une autre, et que la finalité soit aussi la même, la différence majeure entre l'aide médicale à mourir et le suicide assisté se retrouve dans l'action finale : un médecin s'occupe des derniers soins de vie, ou le patient le fait lui-même avec l'aide du médecin.

La loi diffère au Québec. La Loi concernant les soins de fin de vie fut adoptée le 10 décembre 2015<sup>29</sup>. Dans cette loi, l'euthanasie est interprétée comme une aide médicale à mourir, et se voit maintenant inscrite dans les pratiques de soins de santé et de fin de vie. Nous pouvons lire, dans l'article premier de cette loi, ceci :

La présente loi a pour but d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie. À cette fin, elle précise les droits de ces personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie de façon à ce que toute personne ait accès, tout au long du continuum de soins, à des soins de qualité adaptés à ses besoins, notamment pour prévenir et apaiser ses souffrances<sup>30</sup>.

Les soins de fin de vie comprennent, toujours selon la même loi, les soins palliatifs, comprenant la sédation palliative continue, ainsi que l'aide médicale à mourir.

---

<sup>29</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *op. cit.*

<sup>30</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *op. cit.*

En somme, au Québec, le suicide assisté n'est pas permis, mais l'aide médicale à mourir oui. Les différentes provinces et territoires du Canada peuvent adopter des lois ou des règlements supplémentaires touchant la santé dans la mesure où ils n'entrent pas en conflit avec les dispositions de la loi criminelle. Par conséquent, lorsque nous ferons référence aux enjeux de lois et d'admissibilité, il sera désormais question de ce qui est permis dans le cadre de la loi québécoise.

### **1.3 Les différentes options de fin de vie : La Suisse**

Nous avons vu jusqu'ici les différentes lois régissant les soins de fin de vie au Canada et au Québec. Nous présentons maintenant les arguments en faveur d'une légalisation du suicide assisté, et ce, dans le but d'expliquer en quoi le suicide peut se voir comme raisonnable dans certains cas, comme celui d'une maladie incurable et souffrante. Le but de cette réflexion n'est pas de disqualifier la légalisation de l'aide médicale à mourir contre le suicide assisté, mais bien de considérer, au même niveau de pertinence, la légalisation du suicide assisté, dans le seul but de permettre une liberté de choix plus grande pour les personnes désirant mettre fin à leurs jours. En appuyant le suicide assisté comme choix valide, nous affirmons que le suicide peut s'avérer justifiable sous certaines conditions. Pour appuyer notre argument, nous utiliserons l'exemple de la Suisse, pays où le suicide assisté est légal depuis 1942<sup>31</sup>.

La Suisse est la juridiction la plus permissive au monde par rapport au suicide assisté, et ce, puisqu'elle accepte que ceux qui n'y habitent pas puissent tout de même y avoir recours<sup>32</sup>. Par le

---

<sup>31</sup> WILSON, Clare, *Should People Who are not Terminally Ill Have the Right to Die?*, New Scientist, 20 juillet 2016, <https://www.newscientist.com/article/mg23130834-400-should-people-who-are-not-terminally-ill-have-the-right-to-die/>, consulté le 21 octobre 2019.

<sup>32</sup> BURKHARDT, Sandra, et al., « Assisted Suicide: Experience and Debates in Switzerland », *Médecine & Droit*, vol. 2015, no. 135, 2015, p. 155-160.

biais de l'association « DIGNITAS – Vivre dignement – Mourir dignement » il est donc possible d'avoir accès, sous certaines conditions, au suicide assisté. Créée le 17 mai 1998<sup>33</sup>, en Suisse, *Dignitas* peut être utilisée autant pour les résidents du pays que n'importe où ailleurs dans le monde. En ce sens, c'est une association dite connue auprès des Canadien·ne·s et des Québécois·e·s lorsqu'il vient temps de s'informer ou de faire le voyage vers la Suisse.

Une fois qu'une demande est faite et acceptée par l'association, à la suite de la vérification quant à l'admissibilité de la personne demandeuse à l'euthanasie, suivant l'évaluation permettant de déterminer si sa condition satisfait, la personne souhaitant avoir recours au suicide assisté devra obligatoirement remplir les trois conditions suivantes :

1. Elle doit avoir la capacité de “faire le geste”, c'est-à-dire être en mesure d'ingérer la solution létale d'elle-même en tenant le verre ou à l'aide d'une paille. En cas d'impossibilité, il est possible d'utiliser une voie veineuse (perfusion) du temps que la personne demandeuse à la capacité physique d'ouvrir le robinet ou d'actionner la molette de débit.
2. Elle doit disposer de son discernement et pouvoir confirmer avec détermination et clarté son choix de mourir.
3. Elle doit être en présence d'une personne témoin durant l'autodélivrance, et ce, jusqu'à l'arrivée de la police. Il s'agit généralement d'un proche ou membre de la famille. Il n'y a pas de limite supérieure concernant le nombre de personnes présentes<sup>34</sup>.

Par la suite, si ces conditions sont remplies, la personne chargée d'accompagner le ou la patiente s'assurera du bon déroulement du processus, et ce, en étant présente pour veiller à l'encadrement des proches. Cet accompagnateur prend donc le temps de s'occuper de la personne en question, de

---

<sup>33</sup> EXIT, Suisse romande, *L'assistance au suicide*, octobre 2019. Récupéré de <https://exit-romandie.ch/assistance-suicide-exit/>, consulté le 21 octobre 2019.

<sup>34</sup> *Ibid.*

la famille, des proches de celle-ci et de faire en sorte que tout se déroule bien, et ce, en n'administrant aucunement le produit létal à la personne souhaitant la mort<sup>35</sup>.

Dans les nombreux médias québécois, lorsque l'on parle d'euthanasie au sens large, les références à la Suisse sont peu nombreuses. Le nombre de Canadiens·ne·s ayant eu recours aux services de l'association *Dignitas* s'élève à 60 entre 1998 et 2017<sup>36</sup>, alors que le nombre total de décès par aide médicale à mourir au Canada, entre 2015 et 2017, atteint 2 149<sup>37</sup>. Ce nombre plutôt faible de départs vers la Suisse peut s'expliquer par plusieurs raisons, telles que le coût associé au voyage ou la volonté de mourir près des proches qui, eux, ne peuvent peut-être pas participer au voyage pour différentes raisons. D'un point de vue qualitatif, cependant, nous retrouvons le sujet du « tourisme de la mort<sup>38</sup> » dans de nombreuses discussions publiques nationales : une étude a démontré que les départs pour la Suisse ont eu pour conséquence la relance du débat sur le resserrement des règles encadrant l'aide à mourir et le suicide assisté dans plusieurs pays, dont le Canada, et plus précisément le Québec<sup>39</sup>.

À la différence de la Suisse, le droit québécois interdit le suicide assisté et définit l'aide médicale à mourir comme un soin de fin de vie, administré par injection par des médecins dans le but de soulager la souffrance d'une personne<sup>40</sup>. En effet, la légalisation de l'aide médicale à mourir

---

<sup>35</sup> EXIT, Suisse romande, *op. cit.*

<sup>36</sup> DIGNITAS, *To Live with Dignity - To Die with Dignity*, janvier 2018. Récupéré de <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2017.pdf>, consulté le 21 octobre 2019.

<sup>37</sup> GOUVERNEMENT DU CANADA, *Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, 6 octobre 2017. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/aide-medecale-mourir-rapport-interimaire-sep-2017.html>, consulté le 21 octobre 2019.

<sup>38</sup> Terme employé comme expression populaire, au Québec et ailleurs, pour désigner les gens qui vont à l'étranger afin d'obtenir un suicide assisté ou toute autre forme d'euthanasie.

<sup>39</sup> BARTSCH, Christine, GAUTHIER, Saskia, et al., « Suicide Tourism: a Pilot Study on the Swiss Phenomenon », *Journal of Medical Ethics*, vol. 41, no. 8, 2015, p. 611-617.

<sup>40</sup> PUBLICATIONS QUÉBEC, *S-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie*, février 2019. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>, consulté le 29 octobre 2019.

fait partie de l'adoption de la Loi concernant les soins de fin de vie, comparativement à la Suisse, où l'on ne parle pas de soin de fin de vie lorsque l'on parle de suicide assisté, mais plutôt d'un « acte privé<sup>41</sup> ». L'idée de l'aide médicale à mourir, au Québec, a vu le jour à la suite d'une réflexion éthique qui posait l'idée comme une possibilité supplémentaire dans le continuum de soins de fin de vie, et ce, dans des situations de souffrance particulièrement difficiles. L'idée que le suicide assisté, en Suisse, comparativement à ici, soit vu comme un « acte privé » vient démontrer la différence majeure que l'on retrouve entre l'aide médicale à mourir et le suicide assisté. Le suicide se veut effectivement un acte privé, subjectif et intime : le fait de s'administrer soi-même la dose létale peut permettre la réappropriation du plein contrôle sur sa personne. Nous pouvons constater une plus grande autonomie du malade face à lui-même, ce qui peut être une valeur importante pour certains.

Au Québec, lorsque l'on cite en exemple la Suisse dans différents médias, deux tendances sont observables<sup>42</sup>. Premièrement, on met en doute le modèle québécois, c'est-à-dire que l'on souhaite présenter au public québécois une nouvelle option et un espoir pour les personnes qui ne trouvent pas de solutions satisfaisantes dans la loi présente. Deuxièmement, toujours lorsque l'on parle du modèle de la Suisse, nous utilisons la rhétorique dans le but de critiquer les conditions d'accès de la loi québécoise ou dans le but de soutenir la médicalisation de l'aide à mourir en évoquant la faible régulation médicale de la pratique en Suisse. Nous retrouvons alors deux idées un peu contradictoires : d'un côté, l'espoir d'un accès au suicide assisté, et de l'autre, l'inquiétude des Québécois face à l'idée qu'il n'y aurait que peu de régulation professionnelle entourant l'accès

---

<sup>41</sup> EXIT, Suisse romande, *op. cit.*

<sup>42</sup> ROBERT, Yves, *Vers la mort à la carte?*, 10 mai 2017. Récupéré de <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/vers-la-mort-a-la-carte.aspx>, consulté le 19 octobre 2019.

au suicide assisté. Cet espoir et cette inquiétude que suscite le modèle suisse viennent démontrer, une fois de plus, l'importance d'une discussion et d'une révision face à la possibilité de légalisation et d'acceptation du suicide assisté au Québec. Ces préoccupations et questionnements face au suicide assisté chez les Québécois démontrent, par ailleurs, une volonté d'accepter la liberté de choisir une mort reflétant ses propres convictions<sup>43</sup>. Cependant, la situation de l'aide médicale à mourir continue d'évoluer au Québec bien que les départs vers la Suisse, eux, se poursuivent. Prendre au sérieux le modèle suisse, moins médicalisé, et s'y comparer permet de clarifier les termes des débats à venir au Québec et la nature des situations auxquelles l'aide médicale à mourir ne peut répondre.

Parmi les nombreuses inquiétudes soulevées par les Québécois face au suicide assisté, nous retrouvons la peur du terme « suicide ». En ce sens, pour plusieurs, le suicide n'est pas une option, peu importe la raison derrière : l'État ne peut cautionner cet acte. Dans cette optique, nous pourrions alors croire que l'envie de suicide n'est pas une émotion valide et que le choix de se suicider ne peut être un choix rationnel.

#### **1.4 Les recherches sur le suicide**

Sur la question de la potentielle rationalité du suicide, plusieurs chercheurs répondent par l'affirmative. Derek Humphrey, par exemple, dans son article *The Case of Rational Suicide* paru en 1986<sup>44</sup> affirme qu'un être humain est capable de prendre une décision rationnelle quant à l'idée de mettre fin à ses jours afin de ne pas prolonger une vie de souffrances. Cette même idée est

---

<sup>43</sup> ROBERT, Yves, *op. cit.*

<sup>44</sup> HUMPHRY, Derek, « The Case for Rational Suicide », *Euthanasia Review*, vol. 1, no. 3, 1986, p. 172-176.

appuyée par une longue tradition philosophique, des hédonistes de la Grèce antique aux philosophes contemporains, en passant par David Hume<sup>45</sup>. Le sujet reste tout de même à débattre, puisque nous pouvons considérer certaines formes de suicide comme irrationnelles : le cas d'un schizophrène suivant les commandements d'une voix intérieure, par exemple. Cependant, comme le mentionne le philosophe Jacques Choron<sup>46</sup>, le suicide peut être considéré lorsqu'il n'est pas motivé par un trouble de nature psychiatrique, c'est-à-dire sans trouble mental qui influence les prises de décisions, et sans diminution des capacités de raisonnement. La motivation d'une personne doit aussi être « justifiable ou au moins compréhensible par la majorité de ses pairs dans la même culture ou dans un groupe social<sup>47</sup>. » Choron considère essentielle l'absence de désordre psychiatrique, ce qui exclut cependant presque 90% des suicides au Canada<sup>48</sup>.

En ce sens, sachant que la plupart des suicides sont commis par désordre psychiatrique dû à la dépression ou par abus de substances, est-il juste d'affirmer qu'une personne gravement malade, ayant besoin de nombreux médicaments à effets secondaires (tels que la somnolence ou la dépression), peut penser de manière rationnelle? Des recherches effectuées par David Mayo<sup>49</sup>, dans une recension des approches philosophiques contemporaines sur le suicide, ont conclu qu'un suicide, pour être rationnel, doit être fait par une personne capable de considérer de façon réaliste les choix possibles en relation avec ses choix fondamentaux de la personne.

En somme, quand peut-on parler de rationalité lorsqu'il est question de suicide? Est-il possible, dans certains cas, de définir le suicide comme un acte réfléchi et posé?

---

<sup>45</sup> Comparativement aux philosophes qui seraient contre cette idée, telle que Kant ou Spinoza.

<sup>46</sup> HUMPHRY, Derek, *op. cit.*

<sup>47</sup> MISHARA, Brian L., *op. cit.*

<sup>48</sup> LESAGE, Alain, « Troubles mentaux et suicide », *Santé mentale au Québec*, vol. 19, no. 2, 1994, p. 7-14.

<sup>49</sup> MAYO, David, « Contemporary Philosophical Literature on Suicide: A Review », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 13, no. 4, 1983, p. 313-345.

## CHAPITRE 2 — LE SUICIDE PEUT-IL ÊTRE RATIONNEL?

On trouve une littérature philosophique sur la finalité humaine à toutes les époques. L'épicurisme, par exemple, abolit la crainte de la mort, puisque celle-ci gâche le plaisir de notre existence<sup>50</sup>. Chez Épicure, la mort est la fin de la sensibilité, nous n'avons alors aucune raison de la craindre si nous ne ressentons plus rien à l'heure de notre finalité. La mort ne peut être vécue, or, en la redoutant, nous avons peur de quelque chose que nous n'affronterons jamais : « Sot est donc celui qui dit craindre la mort, non parce qu'il souffrira lorsqu'elle sera là, mais parce qu'il souffre de ce qu'elle doit arriver.<sup>51</sup> » Nous démontrons ici l'angoisse que crée la mort chez l'humain : que nous la craignons ou non, elle fait partie intégrante de nos vies. En ce sens, ce sentiment s'illustre vivement lorsqu'il est question de penser à se donner soi-même la mort.

Cette angoisse occasionne presque impérativement le rejet du suicide, à quelques exceptions près. Nous retrouvons un essai sur le sujet chez le philosophe libéral David Hume<sup>52</sup> : *Du suicide*, paru en 1783<sup>53</sup>. Nous analyserons ce court texte pour ensuite aborder les théories contemporaines de John Rawls et de Ronald Dworkin.

---

<sup>50</sup> ÉPICURE, *op. cit.*

<sup>51</sup> *Ibid*, p. 15.

<sup>52</sup> David Hume, important philosophe de l'époque des Lumières. Il est considéré comme un des fondateurs de l'empirisme moderne. Il était aussi économiste et historien.

<sup>53</sup> HUME, David, *Du suicide, de l'immortalité de l'âme*, Éditions Cécile Defaut, Nantes, 2010, 96 pages.

## 2.1 David Hume et le suicide dans la tradition philosophique

L'objectif de cette analyse humienne est de démontrer que les questionnements face à la validation ou la non-validation du suicide existent depuis longtemps, qu'ils naissent de propos religieux, moralistes, existentialistes ou éthiques. David Hume (1711-1776) souhaitait démontrer l'irrationalité des écrits contre le suicide dans la tradition philosophique : « Efforçons-nous ici de rendre aux hommes leur liberté originelle, en examinant tous les arguments courants contre le Suicide, et en montrant qu'un tel acte peut être débarrassé de toute culpabilité ou blâme<sup>1</sup>. »

Hume, dans son court essai *Du suicide*, s'oppose à l'argument chrétien selon lequel le suicide est contre nature et qu'il va à l'encontre de notre devoir envers Dieu. Il affirme que notre monde matériel, gouverné par Dieu, est régi par des lois naturelles qui sont les mêmes pour tous être vivant. Cependant, l'humain défie sans cesse cette nature. Lorsqu'il construit un pont, par exemple, pour traverser une rivière qui ne devrait pas, a priori, être traversable. Hume explique que l'humain passe déjà son existence à déformer les lois générales de la matière et du mouvement. En ce sens, le suicide n'est pas une dérogation différente de la construction d'un pont, puisqu'il modifie la nature des choses d'une façon ou d'une autre. Il est alors faux de croire que le suicide est un acte contre la volonté de Dieu, puisque tout acte humain l'est déjà, ou presque : « Chacun n'a-t-il pas, par conséquent, la libre disposition de sa propre vie? Et ne peut-il pas légitimement user du pouvoir dont la nature l'a doté<sup>2</sup>? »

L'essai traite, entre autres, du malheur qui ne vaut pas la peine d'être vécu à tout prix. Hume croit fermement que la vie humaine peut s'avérer parfois malheureuse, sans issue, insupportable :

---

<sup>1</sup> HUME, David, *op. cit.*, p. 11.

<sup>2</sup> HUME, David, *op. cit.*, p. 12.

nous pouvons tout autant être reconnaissant des beaux jours passés, tout en étant quand même conscients de la possibilité de mettre fin à nos souffrances<sup>56</sup>.

Si ma vie ne m'appartient pas, s'il était criminel de ma part de la mettre en danger ou d'en disposer, alors, aucun homme ne pourrait mériter le titre de héros, que la gloire ou l'amitié transporte vers les plus grands dangers, alors qu'un autre mériterait d'être qualifié de misérable ou de mécréant pour avoir mis fin à sa vie, pour des motifs identiques ou voisins<sup>57</sup>.

Il peut être parfois louable de mettre fin à ses jours, si cela rend la vie meilleure ou profitable à d'autres ou à la société. Il serait parfois préférable de mettre fin à une vie de souffrance pour soi-même, mais aussi pour d'autres personnes qui seraient négativement touchées par notre condition de vie. Il conclut ensuite en affirmant qu'il ne croit pas qu'aucun humain ne se défie de la vie en vain et sans motifs valables pour lui-même. Il serait alors vrai d'affirmer que cette position, chez Hume, se rapproche de l'argument des intérêts critiques chez Dworkin, que nous examinerons plus tard.

Finalement, dans cet essai, Hume soutient un argument qui s'oppose aux normes religieuses de l'époque face au suicide. Bien que les arguments religieux se rapprochent moins de la philosophie contemporaine, l'idée que le suicide soit mauvais est toujours présente. La décriminalisation du suicide n'est pas gage de rationalisation de cet acte. Aujourd'hui, l'idée du suicide assisté apporte le même lot d'inquiétudes qu'à l'époque humienne. Les philosophes jouent

---

<sup>56</sup> Notons ici l'argumentaire inverse de Germaine de Staël, romancière et philosophe genevoise, que l'on retrouve dans *Réflexion sur le suicide*. Écrit en 1813, Staël dit « avoir montré que le suicide, dont le but est de se défaire de la vie, ne porte en lui-même aucun caractère de dévouement, et ne saurait par conséquent mériter l'enthousiasme. » Aucun malheur ou aucune souffrance ne peut rendre un suicide compréhensif et digne, d'après Staël. Elle prône plutôt l'idée selon laquelle la joie de vivre doit se faire par une résignation enthousiaste à la condition humaine et que, pour se faire, il faut savoir accepter celle-ci comme une épreuve de la souffrance. STAËL, Germaine de, *Réflexion sur le suicide*, Hachette Livre BNF, Paris, 2016, 96 pages.

<sup>57</sup> HUME, David, *op. cit.*, p. 13.

encore un rôle crucial face aux questionnements sur la légitimité du suicide. Des siècles plus tard, nous en sommes encore à nous questionner sur la rationalité possible – ou pas – du suicide. Malgré la sécularisation des sociétés occidentales, les arguments contemporains sont en continuité avec la tradition philosophique, bien que celle-ci ait intégré à certains moments des considérations religieuses.

## 2.2 Les arguments dans *The Philosopher's Brief*

En 1996, six philosophes<sup>58</sup> ont soumis à la Cour suprême des États-Unis un mémoire<sup>59</sup> rédigé en tant qu'*amicus curiae*<sup>60</sup>, dans lequel ils proposaient, à l'occasion d'un recours<sup>61</sup>, des arguments en faveur de la légalisation du suicide assisté. De ces six philosophes, notons John Rawls (1921-2002) et Ronald Dworkin (1931-2013)<sup>62</sup>, deux penseurs américains dont nous analyserons les idées dans ce chapitre. Le mémoire, intitulé *The Philosopher's Brief*, demandait à la Cour de reconnaître un droit constitutionnel limité, pour les patient·e·s en fin de vie, de recourir à l'aide d'un médecin pour provoquer leur mort, avec l'espoir d'éviter de graves souffrances inutiles.

Au moment de l'écriture du *mémoire*, les législations de tous les États américains, hormis l'Oregon, interdisaient aux médecins de prescrire des médicaments létaux aux patients qui

---

<sup>58</sup> Ronald Dworkin, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, Thomas Michael Scanlon et Judith Jarvis Thomson

<sup>59</sup> DWORKIN, Ronald, RAWLS, John, et al., *The Philosopher's Brief*, BioethicsLine, New York, 1997, 188 pages.

<sup>60</sup> Personnalité ou organisme, non directement lié aux protagonistes d'une affaire judiciaire, qui propose au tribunal de lui présenter des informations ou des opinions pouvant l'aider à trancher l'affaire, sous la forme d'un mémoire, d'un témoignage non sollicité par une des parties ou d'un document traitant d'un sujet en rapport avec le cas.

<sup>61</sup> En 1994, les électeurs de l'Oregon ont approuvé par référendum un projet de légalisation du suicide assisté. Un tribunal fédéral a jugé ce projet inconstitutionnel, mais cette décision fait l'objet d'un appel. MYDANS, Seth, « Legal Euthanasia: Australia Faces a Grim Reality », *The New York Times*, 2 février 1997, Section 1, p. 3.

<sup>62</sup> Écrit avec Thomas Nagel, Robert Nozick, Thomas Michael Scanlon et Judith Jarvis Thomson.

souhaitaient mettre fin à leurs jours<sup>63</sup>. Les juges évoquèrent le risque de dérives si l'interdiction était levée : une fois le droit au suicide assisté reconnu, il serait impossible de l'encadrer de manière satisfaisante.

*The Philosopher's Brief* présente deux arguments en réponse à cette hypothèse : premièrement, il définit un principe moral et constitutionnel très général, c'est-à-dire que toute personne compétente a le droit de prendre des décisions personnelles importantes. Celles-ci reposent sur leurs convictions religieuses ou philosophiques, sur leurs valeurs fondamentales. Il est important de comprendre et d'autoriser tout un chacun à prendre leurs propres décisions en ce qui concerne leur vie. Deuxièmement, bien que le *mémoire* reconnaisse que les gens peuvent prendre ces décisions importantes de manière impulsive ou par dépression émotionnelle, c'est-à-dire lorsque leur acte ne reflète pas leurs convictions durables, ce n'est pas un argument valable pour interdire le suicide assisté. Les signataires suggèrent plutôt que, dans certaines circonstances, les États aient le pouvoir constitutionnel de passer outre ce droit afin de protéger les citoyens d'actes d'autodestruction erronés, mais irrévocables. Les États pourraient alors être autorisés à empêcher le suicide assisté dans certains cas, et en somme, protéger les plus vulnérables.

On soulève, par ailleurs, un problème lié à l'interdiction du suicide assisté : lors de l'écriture de ce *mémoire*, en 1996, aux États-Unis, les médicaments antidouleur faisant partie des soins palliatifs n'étaient pas couverts par les assurances. En ce sens, nombreuses personnes de la classe moyennes ou touchant le seuil de la pauvreté se retrouvaient sans soulagement. Ces mêmes personnes étaient les principaux demandeurs de suicide assisté, puisqu'il était aux prises avec

---

<sup>63</sup> MYDANS, Seth, « Legal Euthanasia : Australia Faces a Grim Reality », *The New York Times*, 2 février 1997, Section 1, p. 3.

d'atroces souffrances et, évidemment, d'une maladie incurable. Paradoxalement, la légalisation du suicide assisté peut apporter une solution, puisque celle-ci augmenterait les chances d'obtenir les meilleurs soins palliatifs possible : les directives encadrant le suicide assisté obligent qu'un·e patient·e ait accès, au préalable, à toutes les mesures palliatives possibles.

Le mémoire démontre l'importance du bagage philosophique pour répondre aux questions sociétales d'aujourd'hui : si l'on accepte de légaliser le suicide assisté, nous acceptons donc une forme de suicide. En l'acceptant, on le rend légitime. Dans ce cas précis, le suicide pourrait être perçu comme rationnel.

Nous analyserons John Rawls, philosophe participant à l'écriture de *The Philosopher's Brief*, pour soutenir davantage les arguments décrits jusqu'à présent. Bien qu'il n'ait pas parlé directement du suicide ou du suicide assisté dans ses écrits, ses conceptions éthiques d'une société juste peuvent nous éclairer sur le présent sujet. Puisque la légitimité du suicide assisté est un débat de société, et que nous souhaitons démontrer qu'il est primordial de l'analyser pour en démontrer sa rationalité, nous nous baserons sur un des ouvrages les plus importants de la philosophie politique pour en faire l'étude.

### **2.3 John Rawls : Théorie de la justice**

*Théorie de la justice*<sup>64</sup> est un ouvrage de 1971 sur la philosophie politique et éthique. Dans cette œuvre, John Rawls<sup>65</sup> affirme que la conception de base de la société doit être indépendante et qu'elle doit être basée sur le fait qu'un·e citoyen·ne soit considéré comme une personne libre, égale

---

<sup>64</sup> RAWLS, John, *Théorie de la justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1971, 560 pages.

<sup>65</sup> Né le 21 février 1921 et mort le 24 novembre 2002, Rawls est un philosophe politique et professeur dans les universités de Princeton, Oxford, Cornell et Harvard jusqu'en 1995.

aux autres et participante à un système coopératif juste et équitable. En ce sens, le point de vue public de l'État et de ses institutions n'a pas à se prononcer sur le point de vue moral adopté par les citoyen·e·s dans leurs relations privées. Rawls affirme alors, avec sa théorie, que le libéralisme demande une forme de neutralité politique.

Ce qui nous importe dans cet ouvrage, c'est le concept de raison publique qui en découle : celui-ci fait référence à un mode de délibération commun que les individus peuvent utiliser pour des questions d'intérêt public. Elle exprime que malgré leur rapport aux idéaux démocratiques, les citoyen·e·s divergent sur plusieurs questions essentielles relatives au bien commun. Autrement dit, nous ne pouvons trouver réponse à toutes ces questions que par un échange de raisonnements et d'arguments entre agent·e·s. Le contenu de la raison publique contient en somme des conceptions libérales de la justice, et celles-ci respectent les droits et libertés fondamentales.

La raison publique place les intérêts entre concitoyen·e·s dans la même délibération, et ce, pour arriver à un commun accord. Nous pouvons concevoir la raison publique comme la raison des citoyen·e·s (ou de leurs représentant·e·s) s'exprimant dans la sphère publique. Elle a pour objectif le bien public commun pour tous, et elle propose une discussion ouverte avec la participation de tous les citoyen·e·s concerné·e·s. En ce sens, nous pouvons affirmer que la raison publique est une conception politique du citoyen comme créateur et bénéficiaire des lois, des droits et des contraintes publics. Elle permet un équilibre entre la nécessité réelle d'un système de loi et les capacités morales des citoyen·e·s, tous considérés comme étant raisonnables et rationnel·le·s.

Cette conception d'inspiration kantienne a été développée pour se référer à la raison commune de tous les citoyen·e·s dans une société pluraliste et a été identifiée comme une composante du libéralisme politique. Rawls affirme que la raison publique incarne le fonds commun de croyances et de la raison dans un régime démocratique et qu'il permet de se soucier du bien public et des questions de justice fondamentale.

La raison publique exige que les règles morales ou politiques qui régissent notre vie commune soient justifiables ou acceptables pour toutes les personnes sur lesquelles les règles prétendent avoir autorité. Chacun de nous est libre, car il n'est naturellement pas soumis à l'autorité morale ou politique d'une autre personne, et nous sommes également situés par rapport à cette liberté de l'autorité naturelle des autres. Comment, alors, certaines règles morales ou politiques peuvent-elles être imposées à juste titre à tous, en particulier si nous supposons un désaccord profond et permanent entre les personnes sur des questions de valeur, de moralité, de religion et de vie bonne?

Pour les partisans de la raison publique, de telles règles peuvent être imposées à des personnes lorsqu'elles sont justifiées par des idées ou des arguments que le peuple approuve ou accepte. La raison publique peut également fournir des normes de comportement individuel. Parce que nous nous faisons mutuellement des exigences morales et politiques, si nous voulons respecter l'idéal de la raison publique, nous devons nous abstenir de défendre ou de soutenir des règles qui ne peuvent être justifiées par ceux à qui les règles seraient imposées. Nous devrions plutôt soutenir que les règles qui peuvent être justifiées par un appel à des considérations convenablement partagées ou publiques (par exemple, des valeurs politiques largement approuvées telles que la liberté et l'égalité) et nous abstenir de faire appel à des arguments religieux ou à d'autres opinions sur lesquelles des personnes rationnelles sont supposées ne pas s'entendre. De cette façon, la raison publique peut être présentée comme une norme pour évaluer les règles, les lois, les institutions et le comportement des citoyen·e·s et des agent·e·s publics. Or, pour ce faire, il faut surmonter ce qu'il appelle le fardeau du jugement, ce qui peut provoquer un désaccord entre des citoyen·e·s raisonnables. Ces charges comprennent des preuves contradictoires, accordant des poids différents aux considérations, à l'indétermination conceptuelle, aux expériences différentes et aux conflits de valeurs.

La théorie de la justice, et plus spécifiquement celle de la raison publique, peut apporter une contribution importante à la question du suicide assisté, puisque celui-ci devrait être garanti comme un droit décisionnel conformément à la conception du bien d'un individu souhaitant y avoir accès. Cette défense est considérée comme s'inscrivant dans la perspective de la théorie des droits, qui trouve ses origines dans la pensée kantienne, c'est-à-dire une variante du fameux argument contre le suicide basé sur la formulation « moyen/fin » de l'impératif catégorique. Nous nous baserons donc sur l'article *Rawls and the Question of Physician-Assisted Suicide*<sup>66</sup> d'Elvio Baccarini (qui analyse si un individu peut décider par lui-même de mettre fin à ses jours de manière rationnelle) pour mettre en lumière l'apport de la théorie rawlsienne à la défense du suicide assisté, et ce, en se appuyant sur des arguments kantien. Il s'agira alors de démontrer que la proposition rawlsienne offre une raison suffisante pour arriver à une réponse convaincante.

#### 2.4 John Rawls et les arguments kantien

Dans l'article *Rawls and the Question of Physician-Assisted Suicide*<sup>67</sup>, qui se penche sur la question du suicide assisté, Baccarini y va d'une seule question : est-ce qu'un individu rationnel a le droit de décider de sa mort? L'auteur, dans ce texte, répond par la positive à l'aide des théories rawlsiennes.

Baccarini affirme que la question du suicide assisté peut se voir du même angle que celle du suicide en soi, puisque dans les deux cas, la question cruciale est de savoir si un individu peut décider de mettre fin à ses jours. Il peut, bien entendu, y avoir des complications supplémentaires

---

<sup>66</sup> BACCARINI, Elvio, « Rawls and the Question of Physician-Assisted Suicide », *Croatian Journal of Philosophy*, vol. 1, no. 3, 2001, p. 331-345.

<sup>67</sup> BACCARINI, Elvio, *op. cit.*

qui distinguent les deux cas, car le suicide n'a en principe rien à voir avec la médecine et peut inclure des personnes dans des conditions très différentes. L'article en question traite principalement de la question de la rationalité du suicide par rapport aux arguments des philosophes John Rawls et David Velleman<sup>68</sup>. Nous examinerons les différentes théories de ces philosophes par rapport au suicide assisté en se basant principalement sur les arguments kantien.

#### 2.4.1 Les arguments de Rawls pour le suicide assisté

Chez les kantien contemporains, le suicide assisté serait à proscrire. Liée à la formulation des « moyens/fins » de l'impératif catégorique, ainsi qu'à son argument contre le suicide, Kant affirme ceci :

Si un être humain se détruit pour échapper à des circonstances douloureuses, il utilise une personne simplement comme un moyen de maintenir une condition tolérable jusqu'à la fin de sa vie. Mais un humain n'est pas une chose, c'est-à-dire quelque chose qui ne peut être utilisé que comme moyen, mais qui doit, dans toutes ses actions, être toujours considéré comme une fin en soi. Je ne peux donc en aucun cas disposer d'un humain en ma propre personne pour le mutiler, l'endommager ou le tuer<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> Professeur de philosophie à l'Université de New York, qui travaille principalement dans les domaines de l'éthique, de la psychologie morale et de domaines connexes tels que la philosophie de l'action et le raisonnement pratique.

<sup>69</sup> Traduction libre de la citation suivante : « If [a human being] destroys himself in order to escape from painful circumstances, he uses a person merely as a means to maintain a tolerable condition up to the end of life. But a man is not a thing, that is to say, something which can be used merely as means but must in all his actions be always considered as an end in himself. I cannot, therefore, dispose in any way of a man in my own person so to mutilate him, to damage or kill him. » KANT, Immanuel, *Fundamental Principles of the Metaphysics of Morals*, Merchant Books, New York, 2009, p. 34.

Cette déclaration démontre un rejet du suicide en général chez Kant. Rawls, face à cet argument, affirme que le suicide n'est pas toujours à proscrire, mais plutôt que la moralité est toujours nécessaire dans ce sujet. Dans *The Philosopher's Brief*<sup>70</sup> nous pouvons lire ceci :

Certain decisions are momentous in their impact on the character of a person's life—decisions about religious faith, political and moral allegiance, marriage, procreation, and death, for example. Such deeply personal decisions pose controversial questions about how and why human life has value. In a free society, individuals must be allowed to make those decisions for themselves, out of their own faith, conscience, and convictions. A person's interest in following his own convictions at the end of life is so central a part of the more general right to make 'intimate and personal choices' for himself that a failure to protect that particular interest would undermine the general right altogether. Death is, for each of us, among the most significant events of life<sup>71</sup>.

Cette citation exprime bien un des principaux arguments rawlsiens, c'est-à-dire qu'une des caractéristiques des sociétés bien ordonnées est qu'elles assurent l'égal respect des citoyens ayant des perspectives morales différentes, et ce, dans une société pluraliste. Ceci serait pour lui une règle politique fondamentale, ainsi, les institutions politiques s'inspirent de ce principe. Les institutions politiques dans une société bien ordonnée ne sont pas inspirées par des doctrines complètes qui répondent à toutes les questions moralement pertinentes. La possibilité de faire des choix sur des questions morales fondamentales et extrêmement importantes est la prérogative de chaque citoyen. Rawls affirme qu'aucune croyance et qu'aucune conviction face à la manière de mourir, chez les différentes normes religieuses ou non, ne peut être qualifiée d'irrationnelle. Dans une société libre et pluraliste, les individus qui exercent librement leur capacité rationnelle arriveront à des conclusions différentes. Par ailleurs, le pluralisme n'est pas contraire à la raison et

---

<sup>70</sup> DWORKIN, Ronald, RAWLS, John, et al., *The Philosopher's Brief*, Bioethics xLine, New York, 1997, 188 pages.

<sup>71</sup> DWORKIN, Ronald, RAWLS, John, et al., *op. cit.*, p. 24.

à la rationalité en matière morales. Il n'est pas possible de déterminer de manière concluante si les choix concernant les aspects fondamentaux de la valeur de la vie ne sont pas rationnels lorsqu'ils sont faits par un sujet qui exerce sa rationalité ; cela concerne aussi le choix du mode de décès.

Cependant, Rawls affirme qu'il est encore possible d'interdire cette pratique sur la base d'un argument valable du domaine public, en faisant appel à des raisons publiques, à savoir des raisons accessibles à tous les membres de la société politique possédant des pouvoirs moraux. Lors d'une entrevue, Rawls a clarifié son propos en expliquant ceci : « the vulnerable population – the elderly, the poor, the abandoned – would be too large, at least at this time, for this right to be granted. This right is fine and well for people with the means to use the law as an instrument of freedom, but for other people it would actually be quite dangerous<sup>72</sup>. » En ce sens, ils soutiennent qu'il est possible de protéger les plus vulnérables en spécifiant les circonstances strictes sous lesquelles le suicide médicalisé est acceptable. En considérant les plus vulnérables et en les protégeant légalement, nous pourrions éviter de potentiels abus ou des erreurs. Rawls croit que cela constitue un bon début pour monter un argumentaire public valide.

#### **2.4.2 Les arguments de Velleman contre le suicide assisté**

Dans un même ordre d'idée, nous retrouvons la proposition de David Velleman, nommé l'*Exchange Argument*<sup>73</sup>, qui se base principalement sur les arguments kantien. Velleman affirme que l'objection kantienne contre le suicide d'une personne, uniquement pour ses propres intérêts, réside dans le fait qu'elle est traitée (cette personne) comme une valeur commensurable.

---

<sup>72</sup> RAWLS, John, *Collected Papers*, Harvard University Press, Cambridge, 2001, p. 617.

<sup>73</sup> VELLEMAN, David J., « A Right to Self-Termination? », *Ethics*, vol. 109, no. 3, 1999, p. 624.

Cependant, en réponse à cette théorie, nous retrouvons trois arguments en faveur du droit au suicide assisté :

1. Les individus ont le droit d'interrompre leur vie.
2. Les individus ont le droit de déterminer ce qui est bon.
3. Dans une situation donnée, un individu croit que les conditions de sa vie sont telles qu'elles imposent une condition dans laquelle les maux (la douleur) dominant le bien-être, et que l'on peut éviter cette situation seulement en mettant fin à ses jours<sup>74</sup>.

Velleman accepte l'argument selon lequel les individus ont le droit de déterminer ce qui est bon. Cependant, il décline l'argument selon lequel les individus ont le droit d'interrompre leur vie, puisqu'il affirme que la valeur d'une personne est qualitativement supérieure à ses intérêts et qu'aucun individu, par conséquent, n'a le droit de disposer de sa personne pour réaliser ses intérêts. Cet argument affirme qu'il ne faut pas dénigrer la valeur d'une personne en choisissant ses intérêts plutôt que sa vie. Ainsi, se suicider pour éviter la douleur est contraire à la rationalité, puisqu'en vertu de cet acte, un individu échange sa personne contre la satisfaction de ses intérêts. Velleman affirme que le suicide assisté est immoral, puisqu'au final, il est commis au motif que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Velleman affirme qu'une personne souhaitant se suicider va à l'encontre de la rationalité, puisqu'elle agit de manière contradictoire en se suicidant au nom de ses intérêts : elle se traite ainsi comme un moyen.

Le fait supposé de l'irrationalité du suicide, s'il était vrai, constituerait un motif puissant pour nier la validité du suicide assisté, même si le modèle de société politique de Rawls était

---

<sup>74</sup> BACCARINI, Elvio, *op. cit.*, p. 339.

accepté, c'est-à-dire une société politique fondée sur les principes de la démocratie et de la tolérance tout en maintenant le respect de chaque individu en tant que fondateur rationnel de sa conception du bien. Une personne qui persiste dans un comportement excessivement irrationnel, dirait Velleman, ne mérite pas la protection de ses choix, car elle a renoncé à son humanité ou à sa rationalité. Il déclare que c'est la raison pour laquelle ce choix n'est pas moralement protégé. La valeur d'une personne, comprise comme un être rationnel, ne peut pas obliger d'autres personnes à s'en remettre à son mépris irrationnel pour cette même valeur<sup>75</sup>. Par conséquent, le suicide assisté pourrait être interdit sans contredire l'idéal rawlsien d'une société juste.

Il est possible de trouver des problèmes dans le concept de rationalité de Velleman en faisant appel à la distinction entre les concepts invariantistes et contextualiste de rationalité. Selon la vision invariantiste, nous sommes rationnels *si et seulement si* nous suivons des normes de rationalité universellement valables<sup>76</sup>. Par exemple, si l'inférence *I* est valide, un individu est rationnel s'il conclut en vertu de *I* et l'individu qui conclut le contraire n'est pas rationnel : c'est ce que Velleman accepte comme concept de rationalité.

Le contextualisme, quant à lui, est la position épistémologique qui affirme que

[...] the truth-conditions in knowledge ascribing and knowledge denying sentences (sentences of the form 'S knows that P' and 'S doesn't know that P' and related variants of such sentences) vary in certain ways according to the context in which they are uttered. What so varies is the epistemic standards that S must meet<sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> « That's why this choice is not morally protected. One's value as a rational being cannot require that others defer to one's irrational disregard for that same value. » VELLEMAN, David J., *op. cit.*, p. 624.

<sup>76</sup> DEROSE, Keith, « Contextualism: An Explanation and Defense », dans GRECO, J. and SOSA, E., *The Blackwell Guide to Epistemology*, Blackwell, Oxford, 1999, p. 187.

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 190.

Nous faisons référence ici, dans le contextualisme, à la connaissance du monde extérieur et non à l'inférence logique. Le contextualisme cherche à déterminer que les croyances rationnelles d'une personne sont justifiées lorsqu'elles ont une valeur épistémologique. Il se peut qu'une personne soit rationnelle lorsqu'elle croit, par exemple, qu'il a plu hier : elle infère correctement sur la base des croyances qu'elle a, tout en étant injustifiée à maintenir ces croyances, parce qu'elle est épistémiquement irresponsable en ce qui concerne le fondement de la fiabilité de ses croyances. Ce concept se voit donc comme le cas typique du débat sur la justification, et non sur la rationalité. Cette approche, toutefois, n'est pas justifiée, car le rapport de l'individu à des règles inférentielles doit être considéré en termes d'un ensemble de croyances qui peuvent ou non être justifiées et vraies. La connaissance des règles inférentielles n'est qu'une des manières possibles de connaître. Tout comme une personne a (ou n'a pas) connaissance qu'une chaise est devant elle en fonction de ses capacités cognitives et des faits, une personne a (ou n'a pas) connaissance de l'inférence *I* : cela dépend de ses capacités cognitives et de fait. En somme, les croyances sur les règles logiques et les inférences correctes sont faillibles, comme les autres croyances. En somme, les croyances sur les règles logiques et les inférences correctes sont faillibles, comme les autres croyances.

Deux concepts importants sont à retenir à la suite de ces explications : la justification et la rationalité. Nous parlons de justification lorsque des croyances ont une valeur épistémique qui les rend, si elles sont vraies, comme ayant le statut de connaissance. Parmi ces croyances, il y a des croyances sur l'exactitude des inférences. Une personne est rationnelle lorsqu'elle développe une déduction conformément à ses convictions quant aux déductions qu'elle peut accepter. Tout comme les autres croyances, il n'est pas nécessaire qu'elles soient vraies. Le concept de justification garantit le respect de l'individu en tant qu'être rationnel. Le modèle invariantiste, tel que vu précédemment, convient à des êtres beaucoup plus rationnels que l'être humain. Pour le modèle

contextualiste, il serait vrai de dire qu'il existe de bonnes raisons de douter des arguments supposément les plus certains.

### 2.4.3 Position de Baccarini

Nous examinerons maintenant la position d'Elvio Baccarini, auteur des précédentes recherches, face à ces théories de Rawls et de Velleman. Pour lui, les arguments provenant de la tradition kantienne ne sont pas solides.

Baccarini affirme qu'il n'y a pas de contradiction dans l'acte du suicide (à condition que cela soit fait conformément à la conception du bien de la personne). Au sein de la conception du bien d'une personne peut se trouver la croyance selon laquelle certaines douleurs doivent être évitées dans la vie de tous les jours. Dans un tel cas, il n'y aurait aucune contradiction entre la conception. En niant la contradiction sur laquelle repose l'argument kantien, nous pouvons affirmer que si le suicide assisté est un moyen, et non une fin, nous pourrions l'affirmer pour presque toutes les activités possibles :

Even if one is acting for the sake of the highest of all possible goals (such as sacrificing herself for the good of the rest of humanity, or writing a poem of the highest aesthetic value), one is making a means of herself for the realization of a goal. The same could be said if one behaves out of duty. In all these cases the individual is an instrument by means of which some goals are realized<sup>78</sup>.

Dans cet exemple, il est vrai que l'humain se sert de lui-même, mais il est aussi vrai qu'il se considère comme une fin.

---

<sup>78</sup> BACCARINI, Elvio, *op. cit.*, p. 342.

Selon Baccarini, il est préférable, pour un individu, d'avoir un éventail de possibilités afin d'affirmer sa valeur en tant qu'être rationnel sous un angle différent. Cet individu, conformément à sa conception du bien, pense à l'ensemble de sa vie, dans laquelle chaque acte est un pas vers l'avant vers la réalisation d'une bonne vie. Il semble juste d'ajouter que la mort – en tant que dernier moment inévitable dans la vie de chacun – fait partie de la vie. Le choix de la manière de mourir représente une affirmation de soi rationnelle. En choisissant la manière de mourir, l'individu s'affirme comme un être capable d'établir ce qui a de la valeur jusqu'au dernier moment. Si vivre dans une condition particulière, comme la maladie, est contraire à la conception de la vie bonne de cet individu, l'individu s'affirme en mettant fin à ses jours, au lieu de les laisser continuer.

En somme, Baccarini critique la tradition kantienne et l'appel à la rationalité. Il affirme que l'on doit accorder du respect à une personne sollicitant le suicide assisté, et ce, bien que cette demande ou sa justification présente une contradiction ; cependant, cette contradiction n'est pas nécessairement évidente pour la personne, et ce, même si elle utilise au mieux sa capacité rationnelle. L'argument de contradiction ne suffit pas pour en faire un argument de motif public valable, puisqu'il existe une pluralité d'opinions et de valeurs possibles.

Les arguments rawlsiens seraient, en conclusion, plus solides face à la légitimité du suicide assisté. Dans la mesure où le respect d'une personne en tant qu'être rationnel est donné, il n'y a aucune raison de lui refuser ce droit. Cependant, pour une politique réelle, dans une société réelle, les considérations sur les conséquences de l'acceptation du suicide assisté sont très importantes. Avant de prendre une décision finale, celles-ci doivent être analysées avec soin et la protection des plus vulnérables est de mise avant tout.

## 2.5 Ronald Dworkin et les contre-arguments sur le suicide assisté

*Life's Dominion*<sup>79</sup>, publié en 1993 par Ronald Dworkin<sup>80</sup> aborde les sujets de l'avortement et de l'euthanasie en examinant leurs significations face à un monde où l'on accorde une haute importance à la vie et à la liberté individuelle. Dans cet ouvrage, l'auteur précise sa théorie sur les intérêts critiques, les intérêts expérientiels ainsi que sur l'exercice prospectif et anticipé de l'autonomie décisionnelle.

Les chapitres qui nous intéressent plus précisément sont *Living and Dying*, où l'auteur explique la politique entourant la vie et le fait d'honorer celle-ci, et *Life Past Reason*, où nous explorerons plus en détail l'argument d'autonomie. Ce sous-chapitre mettra de l'avant plusieurs questionnements, à savoir : l'État a-t-il vraiment un droit et un pouvoir à exercer envers la vie d'un citoyen·e? Qu'en est-il du droit à la mort? Et, surtout, peut-on rationnellement accepter qu'un individu décide de sa propre mort?

### 2.5.1 Le livre *Life's Dominion*

Dworkin, dans les chapitres sept et huit de son livre, soit *Living and Dying* et *Life Past Reason*<sup>81</sup>, affirme que plusieurs médecins et autres professionnels de la santé ont été interrogés à propos de leurs patient·e·s mourant·e·s et de leurs différentes formes de traitements : 70% de ceux-ci ont dit avoir « overtreated<sup>82</sup> » certains de leurs patient·e·s, et ce, malgré leur conscience et malgré

---

<sup>79</sup> DWORKIN, Ronald, *Life's Dominion*, publié par Alfred A. Knopf inc., New York, 1993, 241 pages.

<sup>80</sup> Ronald Dworkin fut aussi professeur à Londres et à New York. Décédé en 2013, il est connu comme l'un des plus grands spécialistes de la philosophie du droit.

<sup>81</sup> *Ibid.*

<sup>82</sup> Nous pouvons comprendre ici le terme comme *surmédicamenté* ou *surtraitement*.

les désirs de ces derniers<sup>83</sup>. Ce chiffre est significatif, non seulement d'un point de vue politique et financier, mais d'un point de vue philosophique, puisque la valeur accordée au prolongement de la vie semble avoir préséance sur l'intégrité des droits humains. Si l'on reprend la philosophie épicurienne selon laquelle la mort est la privation de toute sensation, il serait vrai de dire que la seule chose ressentie et réelle est bel et bien la vie en soi. La mort, dans son absence de sensation, ne pourrait donc être liée à aucune réalité vécue<sup>84</sup>. En ce sens, nous ne devrions pas la craindre ni la souhaiter. De plus, sans fait scientifique, nous ne pourrions pas évoquer qu'un futur nous attend après la mort. La conclusion nous mènerait donc à vouloir allonger notre vie le plus possible. La réelle question n'est alors pas de savoir si l'on veut ou non prolonger notre vie, mais plutôt de savoir à quel point nous souhaitons vivre.

Dans le chapitre qui nous intéresse, nous retrouvons « trois problèmes d'ordre mortel<sup>85</sup> » face au concept d'euthanasie : l'autonomie, les intérêts critiques et l'inviolabilité, c'est-à-dire le caractère sacré de la vie<sup>86</sup>. Dworkin décrit ces trois concepts comme étant les raisons de notre refus ou de notre malaise face au suicide, au suicide assisté ou à toute forme d'euthanasie.

### 2.5.2 L'argument d'autonomie

Dworkin affirme que si l'euthanasie devient légale, la population pourrait fortement développer la peur irréaliste qu'une personne puisse se faire tuer sans consentement : « they worry that if euthanasia were legal people would be killed who really wanted to stay alive<sup>87</sup>. » Il considère

---

<sup>83</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*

<sup>84</sup> ÉPICURE, *op. cit.*

<sup>85</sup> Traduction libre de « three mortal issues ».

<sup>86</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 190-196.

<sup>87</sup> *Ibid.*

cet argument comme irrationnel, puisqu'il est évident que de réelles mesures sont en place pour s'assurer du consentement du patient et des raisons décisionnelles. Cet argument pourrait se représenter dans le cas où un·e patient·e, qui ressentirait du stress par rapport aux coûts de sa médication ou de l'implication de ses proches face à sa maladie, puisse se pencher vers la solution plus « accessible » qu'est la mort volontaire. Il donne d'ailleurs l'exemple de personnes en état de coma, qui ont fait leurs vœux précédemment, mais qui auraient pu changer d'idée ou qui changent d'idée plus tard<sup>88</sup>.

Dworkin évoque que les citoyen·e·s adultes avec des compétences normales ont le droit à l'autonomie, c'est-à-dire qu'ils ont le droit de prendre des décisions importantes définissant leur propre vie. Ils sont libres de faire de mauvais investissements, à condition qu'on ne les trompe pas ou qu'on ne leur cache pas d'informations<sup>89</sup>. Il est vrai de dire que les gens sont libres de faire leurs choix, à condition d'être bien informés en tous points. Cependant, Dworkin affirme que, bien que nous croyions parfois que quelqu'un a fait une erreur en jugeant ce qui est dans son intérêt, l'expérience nous enseigne que dans la plupart des cas, nous avons tort de penser ainsi, puisque chaque personne sait généralement ce qui est dans son intérêt mieux que quiconque. Nous faisons alors mieux, à long terme, de reconnaître un droit général à l'autonomie, que nous respecterons toujours, que de se réserver le droit d'interférer avec la vie des autres chaque fois que nous pensons qu'ils commettent une erreur. Nous pourrions dire que Dworkin apporte un argumentaire se

---

<sup>88</sup> Dworkin propose plusieurs autres exemples où nous croyons certaines choses sur nos proches, mais que nos croyances sont biaisées. En fait, les paroles et le vécu de nos proches peuvent parfois nous surprendre en ne reflétant pas la réalité.

<sup>89</sup> « [A]dult citizens of normal competence have a right to autonomy, that is, a right to make important decisions defining their own lives for themselves. Competent adults are free to make poor investments, provided others do not deceive or withhold information from them. » DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 222.

rapprochant de la théorie du solipsisme, puisqu'il affirme que nous n'avons jamais accès à l'expérience d'autrui, mais qu'à la nôtre<sup>90</sup>.

Un problème se pose néanmoins. Dworkin l'identifie comme étant la « faiblesse de la volonté<sup>91</sup> » : l'autonomie nous oblige à permettre à quelqu'un de mener sa vie comme il le souhaite, même lorsqu'il se comporte à l'encontre de ses intérêts, comme lorsqu'une personne fume la cigarette, et ce, malgré qu'elle fût primordialement en pleine conscience des dangers. Comment pouvons-nous alors concevoir une autonomie totale, si celle-ci peut s'avérer parfois néfaste?

L'alternative la plus plausible serait de mettre l'accent sur l'intégrité plutôt que sur le bien-être de l'agent·e qui choisit. En ce sens, la valeur de l'autonomie découlerait de la capacité d'exprimer ses valeurs, ses engagements, ses convictions, ses intérêts critiques et expérientiels dans la vie que l'on mène. La reconnaissance d'un droit individuel à l'autonomie rend possible la création de soi. Il permet à chacun de nous de façonner notre vie selon notre propre personnalité cohérente ou incohérente – mais, en tout cas, distinctive. Il nous permet de mener nos propres vies plutôt que de laisser celles-ci nous définir. Lorsque nous permettons à quelqu'un de choisir la mort au lieu de choisir une amputation radicale, par exemple, ou de refuser une transfusion sanguine, comme chez les témoins de Jéhovah<sup>92</sup>, nous reconnaissons son droit à une vie structurée par ses propres valeurs.

Si nous acceptons cette vision fondée sur l'intégrité de l'autonomie, dit le philosophe, notre jugement quant à savoir si les patient·e·s jugé·e·s incapables de choisir ont droit à l'autonomie

---

<sup>90</sup> Selon le Petit Robert de la langue française (1990), le solipsisme se veut une attitude « d'après laquelle il n'y aurait pour le sujet pensant d'autre réalité acquise avec certitude que lui-même. » Nous retrouvons cette même théorie au cœur des écrits philosophiques de Descartes, Berkeley et Russell, par exemple.

<sup>91</sup> Traduction libre de « *weakness of the will* », DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 223.

<sup>92</sup> Les témoins de Jéhovah refuseront les transfusions de sang, puisqu'elles vont à l'encontre de leur religion, et ce, bien que cette transfusion soit nécessaire à leur survie. Ici, nous énonçons ce fait comme un exemple objectif, et ce, sans jugement.

dépendra du degré de leur capacité générale à mener une vie dans ce sens. La dignité, c'est-à-dire le respect de la valeur intrinsèque de notre propre vie, est au cœur de ces deux arguments. Dworkin dira qu'il est primordial que nous respections notre liberté. La liberté de conscience suppose une responsabilité personnelle de réflexion, et elle perd beaucoup de son sens lorsque cette responsabilité est ignorée : « A good life need not be an especially reflective one; most of the best lives are just lived rather than studied<sup>93</sup>. » En ce sens, nous ne devrions pas enlever la liberté de choix à une personne consentante et éclairée souhaitant avoir recours au suicide assisté.

### **2.5.3 L'argument d'intérêts critiques**

Dworkin apporte deux types d'intérêts qui régissent nos vies. Les intérêts critiques, en premier lieu, sont ceux qui guident les choix les plus importants de nos vies, ce sont nos valeurs prioritaires. Nous avons tous des intérêts critiques, c'est eux qui nous rendent préoccupés par ce qui entoure notre fin de vie, comme notre manière de mourir, par exemple, ce qu'il adviendra de notre corps après la mort ou la manière dont se dérouleront nos funérailles. Ils structurent non seulement nos existences, mais orientent les choix qui nous concernent même après notre mort. Concernant les enjeux liés au suicide assisté, Dworkin souligne l'importance de nos intérêts critiques pour démontrer que ces valeurs articulent nos choix les plus significatifs et qui guident carrément nos vies. Nous retrouvons ensuite les intérêts expérientiels. Ceux-ci renvoient aux intérêts qui nous permettent de mener une vie agréable et confortable, de vivre des expériences et des émotions positives. Ils permettent d'améliorer notre bien-être immédiat.

---

<sup>93</sup> *Ibid.*, p. 236.

Ceux et celles qui se positionnent contre l'euthanasie vont affirmer que l'euthanasie est une mauvaise décision, et ce, malgré le fait que la décision soit prise en se basant sur nos propres intérêts critiques : « Many people are opposed to euthanasia on paternalistic grounds<sup>94</sup>. » Dworkin affirme que ces mêmes opposants croient en une erreur de jugement, que l'idée de mettre fin à ses jours est contre nos intérêts, et que même lorsque les gens ont délibérément et consciemment choisi de mourir, il est néanmoins mauvais pour eux de mourir. Cependant, nous devrions toujours défendre nos intérêts critiques, surtout lors de prises de décisions aussi importantes que celle de notre manière de mourir. Notre mort fait partie de notre vie, et en ce sens, elle doit être vécue avec les mêmes valeurs.

Comme il est difficile de juger des intérêts critiques de tout un chacun lors de prise de décision aussi importante que celle concernant notre mort, Dworkin croit que l'État ne devrait pas imposer une vision générale uniforme par le biais de la loi souveraine :

So we have that reason of beneficence [...] why the state should not impose some uniform, general view by way of sovereign law but should encourage people to make provision for their future car themselves, as best they can, and why if they have made no provision the law should so far as possible leave decision in the hands of their relatives or other people close to them whose sense of their best interests [...] is likely to be much sounder than some universal, theoretical, abstract judgment born in the stony halls where interest groups maneuver and political deals are done<sup>95</sup>.

Le philosophe se demande jusqu'à quel point l'euthanasie peut être erronée même si c'est dans l'intérêt supérieur du patient ou de la patiente. En ce sens, que ce soit dans l'intérêt de quelqu'un de terminer sa vie d'une manière plutôt que d'une autre dépend de tant de choses qui sont spéciales à son sujet (c'est-à-dire de la forme et du caractère de sa vie, de son propre sens de son intégrité,

---

<sup>94</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 192.

<sup>95</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 213.

ainsi que de ses intérêts critiques) qu'aucune décision collective, voire de l'État, ne peut éventuellement servir tout le monde.

#### **2.5.4 L'argument du caractère sacré de la vie, ou l'argument d'inviolabilité**

Dworkin se questionne sur la valeur intrinsèque et le caractère sacré de la vie humaine. Le troisième et dernier argument que nous présenterons est contre *l'inviolabilité*<sup>96</sup>. Il décrit celui-ci comme étant un argument contre les intérêts premiers du patient ou de la patiente, que l'on peut considérer comme étant l'argument du caractère sacré de la vie.

Dworkin s'oppose à une certaine interprétation du caractère sacré de la vie : il affirme que nous devrions tous pouvoir vivre en fonction de nos intérêts critiques, quels qu'ils soient. Puisqu'il s'oppose aux arguments religieux fondamentalistes et libéraux, il réinterprète la notion de caractère sacré de la vie. Généralement, les opposants à l'euthanasie conçoivent le caractère sacré de la vie comme une interdiction à tuer un humain mourant (ni un fœtus dans le cas des opposants à l'avortement). Dworkin affirme que l'on peut réinterpréter en termes libéraux la notion de caractère sacré de la vie et, ainsi, avancer que tous les citoyens s'entendent sur cette notion (seulement, ne l'interprète pas de la même manière). Accorder une valeur sacrée à sa vie n'entraîne pas la condamnation de l'euthanasie, mais signifie plutôt que tout le monde souhaite une vie qui soit conduite en conformité à leurs intérêts critiques et à leur sens propre de la manière dont ils vont mourir, dans le but de ne pas trahir leurs visions du monde, de la vie et de la mort. Ainsi, pour

---

<sup>96</sup> Traduction, à notre sens, du terme anglais *sanctity*.

certain, que leur vie soit sacrée, implique de ne pas survivre longtemps dans un état végétatif, comateux ou de déperir pendant des mois, mais de pouvoir mourir avant.

Plusieurs<sup>97</sup> affirment que l'euthanasie est mauvaise en toutes circonstances, puisqu'il faut protéger la vie humaine elle-même. C'est cette distinction entre la valeur de la vie et la valeur personnelle d'un·e patient·e, d'après Dworkin, qui explique pourquoi tant de gens pensent que le suicide assisté est mauvais en toutes circonstances :

People who say that suicide and euthanasia are against God's will take that view. John Locke<sup>98</sup> [...] opposed suicide on such a ground: he said that a human life is the property not of the person living that life, who is just a tenant, but of God, so that suicide is a kind of theft or embezzlement. That claim can be detached from the images of property in which Locke couched it: euthanasia, like abortion, can be seen as an insult to God's gift of life<sup>99</sup>.

L'auteur atteste, par ailleurs, que ce ne sont pas seulement les partisans religieux qui croient au caractère sacré de la vie, mais aussi les athées.

L'argumentaire de John Locke est un exemple de ce à quoi s'oppose Dworkin. L'idée de l'inviolabilité de la vie, provenant surtout de la tradition chrétienne, ne fait pas de sens pour tous, et nos intérêts critiques sont trop variés d'une personne à l'autre pour affirmer que cette idée est généralisée. Cet argument ne serait pas recevable sur le plan juridique.

Comme nous l'avons analysé précédemment, nos intérêts critiques sont les bases mêmes de nos prises de décisions : le caractère sacré de la vie peut en faire partie, ou non. L'idée du moment de notre mort est cruciale, et pour certaines personnes pouvant avoir recours à une forme

---

<sup>97</sup> Dworkin se base sur des militants politiques américains, des juges et des avocats (du Missouri entre autres) qui tiennent ce discours contre l'euthanasie.

<sup>98</sup> John Locke a eu une grande influence sur les rédacteurs de la Constitution américaine.

<sup>99</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 195.

d'euthanasie, il est inconcevable de passer à l'acte. Leurs intérêts critiques les mènent à vouloir vivre encore des expériences. Pour d'autres, au contraire, il y a de bonnes raisons de ne pas rester en vie plus longtemps, puisque ce qui s'en suit dans leur vie n'est que douleur, vide de sens et expériences négatives. Dworkin affirme ceci : « People who want an early, peaceful death for themselves or their relatives are not rejecting or denigrating the sanctity of life; on the contrary, they believe that a quicker death shows more respect for life than a protracted one<sup>100</sup>. »

Pour illustrer ces propos sur les intérêts critiques, Dworkin mentionne que les athlètes sont, pour leur part, plus susceptibles de trouver la vie d'un paraplégique intolérable<sup>101</sup>. Pour certaines personnes, une vie sans le pouvoir du mouvement est inacceptable, non pour des raisons explicables en termes expérientiels, mais parce qu'elle est incroyablement inadaptée à la conception de soi autour de laquelle leur propre vie s'est construite jusqu'à présent<sup>102</sup>. En revanche, d'autres auront un sens de soi radicalement différent par rapport à ce qui a été d'une importance cruciale dans leur vie. Ces derniers, par exemple, pourraient désirer vivre malgré des conditions souffrantes sous la seule condition de pouvoir continuer d'acquérir des expériences de vie.

En ce sens, nos intérêts critiques dictent nos convictions sur le moment et la manière souhaitée de mourir. Le caractère sacré de la vie, quoi qu'il puisse être pour chacun·e, peut se refléter autant par le suicide assisté que par le désir de continuer sa vie. En ce sens, être fidèle à nos valeurs intrinsèques, à nos intérêts critiques, est la manière de sacraliser la vie comme on l'entend. Il ne fait aucun doute que la plupart des gens considèrent la manière dont ils vont décider

---

<sup>100</sup> DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 235.

<sup>101</sup> Dworkin donne l'exemple de Nancy B., une femme qui a obtenu le droit de couper son respirateur et qui a déclaré que tout ce qu'elle avait dans sa vie était la télévision, et qui disait non pas que regarder la télévision était douloureux, mais qu'une vie entièrement passive comme celle-ci était pire que rien.

<sup>102</sup> Ajouter des décennies d'immobilité, par exemple, à une vie autrefois organisée autour de l'action physique, leur laisseraient une épave narrative, sans structure ni sens, une vie pire que celle qui se termine.

comme revêtant une importance symbolique particulière, car ils souhaitent que leur trépas exprime de manière vivante leurs plus importantes valeurs. En somme, aucun de nous ne veut finir sa vie de manière banale. Quiconque croit au caractère sacré de la vie humaine croit aussi qu'il importe, intrinsèquement, qu'une vie humaine se passe bien, et que l'investissement qu'elle représente soit réalisé plutôt que frustré. Toute personne a sa propre conception de la vie bonne, sa propre conception du caractère sacré de la vie, traite sa propre vie comme quelque chose de sacré dont il ou elle est seul·e responsable. En ce sens, nous ne pouvons raisonnablement affirmer qu'il doit sacrifier ses intérêts critiques par respect pour l'inviolabilité de la vie humaine. En somme, lorsque nous parlons de la légitimité du suicide assisté, nous devons choisir entre la coercition ou la responsabilité.

Dworkin rejette, dans le même ordre d'idée, l'argument selon lequel le suicide et l'euthanasie sont contre nature, puisque suivant cette logique, nous pourrions croire que toute intervention humaine servant à prolonger la vie d'un·e patient·e<sup>103</sup> est contre nature. Il affirme que sans intervention humaine, plusieurs malades seraient déjà morts. Si nous insistons sur le fait que la contribution humaine médicale est importante autant dans la survie et la guérison que dans l'arrêt de souffrance causant la mort, nous aurons une raison beaucoup plus forte de nier que l'euthanasie est contre le caractère sacré de la vie.

Le choix d'avoir recours à l'euthanasie se transpose à l'idée du suicide lui-même : le caractère sacré de la vie est propre à chacun et le choix de mourir est subjectivement rationnel. Nous ne pouvons concevoir, pour toute une population, que le suicide assisté soit inconcevable,

---

<sup>103</sup> Comme un médicament chimique, un respirateur artificiel ou un appareil qui reproduit les battements cardiaques, par exemple.

puisque'il y a trop d'enjeux intrinsèques et expérientiels qui y sont reliés. L'argumentaire de Dworkin est en faveur du libre choix de tout un chacun, et en ce sens, nous pourrions en faire l'interprétation personnelle suivante : le désir de mourir peut être rationnel pour la personne qui le ressent. Bien que Dworkin n'a pas traité du sujet de la rationalité possible du suicide en soi, cette conclusion est tout à fait subjective.

Une fois de plus, les deux pôles du débat sur le suicide assisté partagent une préoccupation pour le caractère sacré de la vie, puisqu'ils sont unis par cette valeur et ne sont en désaccord que sur la meilleure façon de l'interpréter et de la respecter.

### **2.5.5 Conclusion**

Dworkin croit donc qu'il faut faire du cas par cas, ce qui heurte généralement n'importe quel philosophe, puisque ceux-ci cherchent des principes universels. En ce sens, la question, dans le cas d'un suicide assisté, ne serait pas de savoir si l'acte est, en soi, rationnel ou non, mais plutôt de savoir si la personne elle-même l'est. Nous explorerons d'ailleurs, dans le prochain chapitre, la question plus en profondeur, en cherchant à comprendre comment pouvons-nous, de manière éthique, juger de la rationalité d'un·e patient·e dans le cas d'un suicide assisté.

Quoi qu'il en soit, de nombreux philosophes, tels que John Rawls et Ronald Dworkin, ont réussi par leurs écrits à faire avancer le débat sur la légitimité du suicide assisté. Ils ont par ailleurs donné de nombreuses pistes de réflexion sur la rationalité possible du suicide : si l'humain est doté de rationalité, ses choix et ses actes en sont teintés. En ce sens, devrions-nous faire confiance seulement à cette rationalité? Pouvons-nous considérer que nos choix sont toujours éclairés? Si nos choix doivent être analysés cas par cas, nous devons nous assurer de ne pas tomber dans les

préjugés : c'est ce qui nous mène vers le prochain et dernier chapitre de ce mémoire qui se penchera sur la stigmatisation et les préjugés portés sur les personnes qui demandent le suicide assisté.

## CHAPITRE 3 — LA MALADIE MENTALE ET L'IRRATIONALITÉ DU SUICIDE

À la suite de la lecture des écrits de Rawls et de Dworkin, nous avons acquis une base solide de connaissances par rapport aux enjeux éthiques entourant le suicide assisté ainsi que sur la rationalité possible de ce geste. Dans le but de pousser plus loin la réflexion éthique, nous nous pencherons sur de nouveaux questionnements concernant les troubles mentaux. Plusieurs questions seront posées lors de ce chapitre : Pouvons-nous accepter le suicide assisté pour une personne aux prises avec un trouble mental? Qu'en est-il, éthiquement et moralement, des critères d'admissibilité pour ces derniers? Ces questions nous semblent plus qu'importantes, puisque nous venons à peine de commencer à conceptualiser la maladie mentale dans la médecine moderne, il est primordial de les prendre en considération. Si nous définissons l'être humain sur la base de son agentivité et de sa rationalité, lorsque l'on se penche sur les réglementations judiciaires et les critères d'admissibilité entourant les personnes aux prises avec une maladie mentale, nous pourrions affirmer qu'elles ne sont pas vues comme rationnelles. La maladie mentale stigmatise les humains qui en souffrent.

Ce chapitre se penchera donc précisément sur l'enjeu suivant : le problème lié à la stigmatisation des personnes aux prises avec des troubles mentaux face aux demandes de suicide assisté, et ce, quel que soit le trouble. Nous avons choisi cet enjeu puisqu'il est, selon nous, un des plus importants dilemmes philosophiques contemporains concernant le suicide assisté. Analyser le cas du suicide assisté sous l'angle de la maladie mentale nous permet d'explorer les limites de

l'argumentation des défenseurs et des opposants de cet enjeu. Rappelons que, selon Dworkin, un·e patient·e en possession de sa capacité à consentir à différents soins, au moment présent, devrait être autorisé à déterminer, pour son soi futur, les termes sous lesquels se déroulera sa vie ou sa mort, et ce, bien que son soi futur puisse être très différent de celui du moment où la décision a été prise<sup>104</sup>. Nous nous pencherons seulement sur l'exemple des troubles mentaux, puisque les patient·e·s qui en souffrent ne sont pas toujours considéré·e·s, par la loi, aptes à faire des choix éclairés, et donc ne peuvent avoir accès au suicide assisté. Lors d'une demande de suicide assisté – ou d'aide médicale à mourir – une évaluation de la capacité à consentir est de mise. À ce stade, le médecin peut juger que la personne, sur une question bien précise, n'est pas, à ce moment, apte à consentir, et ce, que ce soit dû à une maladie mentale grave ou légère. Ici, ce qui nous préoccupe, c'est de savoir sur quels critères un médecin se base pour prendre ce genre de décision, et savoir si cette personne qui se voit refuser l'accès à ces soins est stigmatisée ou non. Nous nous demandons aussi s'il est moralement acceptable que des personnes qui souffrent d'un trouble mental sévère, grave, résistant à tous les traitements et médicaments, persistant depuis des années, puissent accéder à l'aide médicale à mourir ou au suicide assisté, si aucun autre trouble d'ordre physique ne justifie par ailleurs cette demande d'euthanasie.

Nous nous pencherons sur les différents arguments légitimant le droit au consentement et à la prise de décision des gens souffrant de troubles mentaux. Et nous étudierons le droit à une mort digne pour les personnes souhaitant mettre fin à leur jour dû à des troubles mentaux chroniques et souffrants. Pour ce faire, nous verrons les critères d'admissibilité au suicide assisté, nous ferons l'analyse des théories d'injustices testimoniales et nous explorerons le mouvement Mad Pride et

---

<sup>104</sup> D'après le chapitre *Life Past Reason* dans : DWORKIN, Ronald, *op. cit.*, p. 218-241.

en quoi il est important dans cette lutte contre la stigmatisation des personnes aux prises avec une situation de troubles mentaux.

### **Les différents critères d'admissibilité**

La perception sociale du suicide a changé avec les réflexions sur la notion de consentement médical, sur lesquelles juristes et spécialistes en éthique se sont penchés depuis des années. Or, qu'en est-il du consentement médical pour les personnes atteintes d'un trouble mental? Pour mieux nous situer, nous analyserons le Canada. D'après le site officiel du gouvernement du Canada<sup>105</sup>, nous retrouvons deux critères pour l'accessibilité à l'aide médicale à mourir et au suicide assisté qui peuvent empêcher une personne atteinte d'une maladie mentale à recourir à ces soins :

1. Être âgé d'au moins 18 ans et mentalement capable. Cela signifie avoir la capacité de prendre des décisions en matière de soins de santé par vous-même.
2. Donner un consentement éclairé pour recevoir l'aide médicale à mourir<sup>106</sup>.

On entend ici consentement éclairé par la définition suivante :

Cela signifie que vous avez consenti (donné la permission) à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir obtenu les renseignements nécessaires pour prendre votre décision, y compris :

1. un diagnostic médical
2. les différents types de traitements disponibles
3. les moyens offerts permettant d'atténuer les souffrances, y compris les soins palliatifs

---

<sup>105</sup> GOUVERNEMENT DU CANADA, *Aide médicale à mourir*, janvier 2019. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medecale-mourir.html>, consulté le 17 avril 2019.

<sup>106</sup> *Ibid.*

Vous devez être en mesure de donner votre consentement éclairé tant :

1. au moment de votre demande
2. qu'immédiatement avant que l'aide médicale à mourir ne vous soit fournie

Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment et de n'importe quelle manière<sup>107</sup>.

Nous retrouvons aussi un segment qui vise spécifiquement les personnes ayant une maladie mentale ou de l'incapacité physique :

Si vous êtes atteint d'une maladie mentale ou d'une incapacité physique et désirez obtenir l'aide médicale à mourir, vous pourriez être admissible. L'admissibilité est évaluée au cas par cas en examinant toutes les circonstances pertinentes. Vous devez toutefois respecter tous les critères pour être admissible à l'aide médicale à mourir, ce qui signifie que :

1. votre mort naturelle doit être prévisible dans une période qui n'est pas trop lointaine
2. vous devez être mentalement capable et en mesure de prendre des décisions au moment de la demande
3. vous devez également être mentalement capable et en mesure de prendre des décisions immédiatement avant que l'aide médicale à mourir soit fournie
4. le médecin ou l'infirmier praticien doit vous demander de confirmer votre décision avant de vous fournir le service

Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment et de n'importe quelle manière<sup>108</sup>.

Au troisième point, lorsqu'il est spécifié que le ou la patiente devra être considéré·e comme mentalement capable et en mesure de prendre des décisions, nous ne retrouvons aucune description de ce que peut être le qualificatif « mentalement capable ». Cependant, le spécialiste de la santé

---

<sup>107</sup> GOUVERNEMENT DU CANADA, *op. cit.*

<sup>108</sup> GOUVERNEMENT DU CANADA, *op. cit.*

devra se fier, au moment de l'évaluation de son patient ou sa patiente, à une grille d'évaluation bien précise. Il lui reviendra donc de prendre la décision réfléchie qui convient.

D'après un communiqué de presse paru dans le journal *La Presse* en décembre 2018<sup>109</sup>, la ministre de la Justice alors en fonction, Jody Wilson-Raybould, avocate de formation, affirmait ne pas vouloir revenir sur la loi concernant l'accessibilité de l'aide médicale à mourir :

Nous n'envisageons pas de modifier quelque chose dans la législation. Nous avons confiance au projet de loi que nous avons présenté : celui-ci trouve le juste équilibre entre pouvoir accéder à l'aide médicale à mourir, protéger l'autonomie des personnes et leur permettre de prendre les bonnes décisions, ainsi que protéger les personnes vulnérables<sup>110</sup>.

Ce qui est dit ici, c'est que les lois et les règlements en vigueur sont en place dans le but de protéger, et non d'empêcher l'accès. Il est tout de même probable qu'en souhaitant protéger les personnes vulnérables, nous les stigmatisons, en ne croyant pas en leur raisonnement éclairé.

Toujours en 2018, le gouvernement fédéral a convié le Conseil des académies canadiennes à regrouper quarante-trois experts canadiens et étrangers pour répondre à des questions concernant la loi sur l'aide médicale à mourir. Parmi ces questions, les experts souhaitaient savoir s'il fallait, ou non, élargir la loi pour inclure les personnes ayant un trouble mental. Finalement, ils ne s'entendaient pas à savoir s'il est possible ou non de faire la distinction entre les personnes qui ont pris une décision autonome et mûrement réfléchie de mourir et celles dont le désir de mettre fin à leurs jours est pathologique et symptomatique de leur trouble mental<sup>111</sup>. Nous analyserons, dans

---

<sup>109</sup> BRYDEN, Joan, *Aide médicale à mourir : des experts font le point sur les troubles mentaux*, 12 décembre 2018. Récupéré de <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201812/12/01-5207828-aide-medicale-a-mourir-des-experts-font-le-point-sur-les-troubles-mentaux.php>, consulté le 17 avril 2019.

<sup>110</sup> *Ibid.*

<sup>111</sup> BUZZETTI, Hélène, *Faut-il élargir l'aide médicale à mourir?*, 13 décembre 2018. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/politique/canada/543453/faut-il-elargir-l-aide-medicale-a-mourir>, consulté le 17 avril 2019.

un prochain sous-chapitre, en quoi cette décision pourrait être un enjeu critique pour les partisans du mouvement Mad Pride.

En somme, lorsque l'on parle d'une personne aux prises avec un trouble de santé mentale grave, il se peut que celle-ci n'ait jamais été jugée apte à consentir à des soins de santé quelconques<sup>112</sup>, comme le suicide assisté. Ce type de diagnostic ne devrait pourtant pas supposer d'emblée l'inaptitude d'une personne. Ceux et celles qui vivent avec un problème de santé mentale se retrouvent couramment stigmatisé·e·s et marginalisé·e·s pour plusieurs raisons : par exemple, puisque leur diagnostic figure à leur dossier médical, cela peut conditionner la réception de leurs demandes. Aussi, les témoignages, la souffrance et les demandes en matière de besoins de ces personnes sont traités avec un degré moindre de considération. Parce qu'elles sont plus rapidement considérées comme inaptes à consentir à un soin, nous considérons que ce groupe de personnes est victime d'injustices testimoniales.

### **3.2 Miranda Fricker et l'injustice testimoniale**

Les injustices testimoniales font partie du large concept philosophique qu'est l'injustice épistémique. Conceptualisée par la philosophe Miranda Fricker, en 2007<sup>113</sup>, l'injustice épistémique désigne la remise en question de la capacité d'une personne à se positionner comme agent·e connaissant·e dans le discours. Ainsi, une personne vit une injustice épistémique lorsqu'elle subit un tort qui affecte précisément ses capacités d'agent·e épistémique. Les injustices épistémiques

---

<sup>112</sup> Par exemple, des médicaments, des prises de sang, des chirurgies, etc...

<sup>113</sup> Miranda Fricker est une philosophe contemporaine analytique et féministe, et professeure à l'Université de Sheffield. FRICKER, Miranda, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, Oxford, 2009, 208 pages.

sont présentes lorsque nous manquons de connaissances ou lorsque nous nous basons sur des biais répandus socialement ou par les médias. Pour cette raison, Fricker a proposé son concept d'injustice épistémique et le définit comme tel : « Nous retenons l'appellation générale d'injustices épistémiques pour désigner ces différents cas de figure où se joue la capacité de certaines personnes à témoigner de leur vécu, à dénoncer, parfois, ce qu'elles vivent et, plus simplement, à faire valoir leur statut de personnes fiables et compétentes en matière de production et de transmission des connaissances<sup>114</sup>. »

Dans ses recherches sur les injustices épistémiques, Fricker conceptualise une sous-catégorie nommée l'injustice testimoniale. On parle d'injustice testimoniale pour désigner la dépréciation quotidienne de la crédibilité de groupes marginalisés, et nous la retrouvons lorsqu'en raison de ses préjugés, un auditeur ou une auditrice banalise la crédibilité d'un locuteur ou d'une locutrice. L'injustice testimoniale entraîne une exclusion épistémique qui interagit directement sur les capacités épistémiques d'une personne. Pour Fricker, l'injustice testimoniale correspond à un « identity-prejudicial credibility deficit<sup>115</sup> », c'est-à-dire qu'une personne réduira la crédibilité d'une personne ayant un discours X sur la base d'un préjugé négatif. La plupart du temps, ledit préjugé, que Fricker nomme « identity prejudice<sup>116</sup> » influence la perception du groupe social auquel le locuteur appartient, et se trouve, par association, appliqué à la victime. La plupart du temps, ce type de préjugé est inconscient.

Fricker, finalement, souhaite démontrer que les discours stigmatisants sont porteurs de stéréotypes négatifs qui se propagent malheureusement dans la population, par le biais des médias

---

<sup>114</sup> GUILLEUX, Céline, *Injustices épistémiques : comment les comprendre, comment les réduire?*, 08 août 2018. Récupéré de <https://calenda.org/470308>, consulté le 18 février 2020.

<sup>115</sup> FRICKER, Miranda, *op. cit.*, p. 4.

<sup>116</sup> FRICKER, Miranda, *op. cit.*, p. 4.

ou des discours de toutes sortes, et viennent fortifier les croyances déjà ancrées chez certaines personnes ou même s'enracinent nouvellement chez d'autres. Ces mauvais stéréotypes produisent des injustices testimoniales : « a prejudicial stereotype actually shapes a hearer's credibility judgement<sup>117</sup>. » Fricker affirme qu'un auditeur ou auditrice perçoit, à l'habitude, dans un discours, le locuteur comme digne de confiance, mais, dans un cas d'injustice testimoniale, l'« identity prejudice » va déformer le jugement de crédibilité, de sorte que le locuteur subira un déficit non fondé. Le stéréotype est donc au cœur même de la création des injustices testimoniales, et ce, même lorsque le stéréotype est présent implicitement chez quelqu'un. Nous pouvons donc affirmer que, d'après Fricker, les discours stigmatisants sont producteurs d'injustices testimoniales.

Les agent·e·s suicidaires sont victimes, la plupart du temps, d'une forme d'injustice épistémique. Nous assumons souvent l'irrationalité d'une personne désirant mettre fin à ses jours, une erreur de jugement ou une folie : nous jugeons, d'ailleurs, que chaque personne suicidaire est aux prises avec un trouble mental quelconque. Or, nous jugeons aussi les personnes ayant un trouble mental. Ainsi, il n'est pas rare d'apposer l'étiquette des troubles mentaux chez un agent·e souhaitant mourir : « La recherche indique que la maladie mentale est le facteur de risque le plus important du suicide et que plus de 90 % des personnes qui se suicident souffrent d'un trouble mental ou de dépendance. La dépression est la maladie la plus courante chez les personnes qui meurent à la suite d'un suicide, et environ 60 % souffrent de cet état pathologique<sup>118</sup>. » Ces chiffres sont certes révélateurs et importants : ce serait une erreur de les ignorer. Cependant, il est primordial de démontrer les injustices testimoniales que ressentent les personnes souffrant de

---

<sup>117</sup> FRICKER, Miranda, *op. cit.*, p. 35.

<sup>118</sup> WEIR, Erica, « Suicide: The Hidden Epidemic », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, no. 5, 2001, p. 634-636.

troubles mentaux qui demandent la mort. Nous avons constaté, un peu plus haut, que les critères étaient différents et plus stricts face aux personnes en situation de troubles mentaux. Ces mêmes personnes sont perçues différemment, c'est-à-dire comme irrationnelles : lorsqu'elles souhaitent demander le suicide assisté, nous ne validons pas leurs envies et sentiments, sous prétexte que leurs troubles parlent à leur place, qu'elles n'ont pas les idées claires. Les questionnements liés à une envie suicidaire sont légitimes ; assumer d'emblée un manque de jugement face à cette envie ne l'est pas. C'est d'ailleurs ce que souhaitent les partisans du Mad Movement : en finir avec la stigmatisation des troubles mentaux et redonner leur pleine légitimité aux discours et demandes de ce groupe de personne victime d'injustice.

### 3.3 Le Mad Movement

L'œuvre du philosophe français Michel Foucault *Histoire de la folie à l'âge classique*<sup>119</sup> est un incontournable en termes de littérature concernant les troubles mentaux. D'abord, Foucault montre que la folie est une question davantage politique que médicale. Il relève que le statut de *fou* (conféré par une autorité) fait passer une personne occupant une place acceptée reconnue dans l'ordre social au statut *d'exclu*, qui se voit par le fait même isolé du reste de la société, enfermé et confiné au nom du maintien de l'ordre de social et de son propre bien. Être fou, c'est donc contrevenir à certaines modalités de l'ordre social et c'est sur ce motif que la personne se voit exclue de la société. De plus, l'internement d'une personne considérée comme folle est une façon d'établir un lien entre la folie et la déraison. Avec beaucoup de clairvoyance, Foucault mettait le

---

<sup>119</sup> FOUCAULT, Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1976, 688 pages.

doigt sur un problème majeur dans nos sociétés : la stigmatisation et l'exclusion des personnes considérées comme folles.

Un des principaux problèmes que nous constatons avec l'exclusion des personnes en situation de troubles mentaux est l'invalidation des intentions et des sentiments lors d'une demande de suicide assisté. Le Mad Movement fut instauré au Canada dans les années 1990 dans le but d'anéantir les préjugés et la stigmatisation de toutes sortes, se penche entre autres sur ce problème.

Les membres de ce mouvement revendiquent, encore aujourd'hui, un meilleur respect des droits de la personne et souhaitent se défaire des étiquettes données par la société face aux personnes ayant passé par le système psychiatrique. Parmi les problèmes engendrés par l'étiquette, nommons celui du consentement médical : les personnes en situation de trouble mental peuvent être jugées inaptes à recevoir certains soins, comme le suicide assisté, pour ne nommer que celui-ci. À l'aide des différents textes du livre *Mad Matters*, ainsi qu'avec les recherches du philosophe Michael J. Cholbi, nous souhaitons démontrer qu'il est faux de croire que toutes les personnes atteintes d'un trouble mental ne peuvent pas donner leur consentement, et que nous devrions offrir le droit à la liberté de choix à tout un chacun.

L'idée ici est de bien analyser les enjeux autour du consentement des personnes qui sont passées par le système psychiatrique. L'étiquette psychiatrique, ainsi que l'étiquette de la maladie mentale, reste accrochée aux personnes, et ce, jusque dans leur futur éloigné. Le refus d'un traitement ou d'un médicament, par cause d'irrationalité, a-t-il vraiment lieu d'être? Qu'est-ce qui définit un consentement libre et éclairé? Nous aurons affaire ici à l'inaccessibilité du suicide assisté pour les personnes aux prises avec un trouble mental, autant pour une maladie physique non curative que pour une personne en santé physique qui souhaite mettre fin à ses souffrances psychiques par la mort. Dans les deux cas, la raison est la même : nous stigmatisons ces personnes en ne croyant pas à leur rationalité.

La Mad Pride a débuté à Toronto, en tant que mouvement regroupant les utilisateurs de services de santé mentale, les anciens utilisateurs et autres personnes associées, ainsi que les personnes atteintes de maladies mentales<sup>120</sup>. Les membres se disent être fiers de leur identité « folle ». Le premier événement de ce type, Psychiatric Survivor Pride Day, fut initié par des personnes qui s'identifiaient comme survivants, et se voulait une réponse aux préjugés et à la stigmatisation envers les personnes ayant des antécédents psychiatriques. À la fin des années 1990, des événements similaires ont été organisés partout à travers le monde, attirant des milliers de participants. Les militants de la Mad Pride se réapproprient des termes et concepts tels que « fou », « dingue » et « psychotique ». Grâce à une série de campagnes médiatiques, ces derniers rééduquent le grand public sur divers sujets comme les causes du handicap mental, l'utilisation des systèmes de santé mentale et la pandémie de suicide entourant la maladie mentale : Pete Shaughnessy, l'un des militants fondateurs de la Mad Pride, est d'ailleurs connu pour s'être suicidé en 2002, ce qui causa évidemment de l'émoi au sein du mouvement.

La Mad Pride fut lancée officiellement en même temps qu'un livre éponyme, *Mad Pride: A Celebration of Mad Culture*<sup>121</sup>, publié pour la première fois en 2000. Le 11 mai 2008, l'auteure et journaliste new-yorkaise Gabrielle Glaser a documenté pour la première fois la Mad Pride dans le *The New York Times* : « Just as gay-rights activists reclaimed the word queer as a badge of honor rather than a slur, these advocates proudly call themselves mad; they say their conditions do not preclude them from productive lives<sup>122</sup>. »

---

<sup>120</sup> DELLAR, Robert, CURTIS, Ted, LESLIE, Esther, *Mad Pride: A Celebration of Mad Culture*, Chipmunka Publishing, Londres, 2003, 224 pages.

<sup>121</sup> DELLAR, Robert, CURTIS, Ted, LESLIE, Esther, *op. cit.*, p. 12.

<sup>122</sup> GLASER, Gabrielle, 'Mad Pride' Fights a Stigma, 11 mai 2008. Récupéré de <https://www.nytimes.com/2008/05/11/fashion/11madpride.html>, consulté le 3 avril 2019.

Une personne souffrante de trouble mental dû à une maladie physique ne sera pas prise en considération de la même manière qu'une personne sans antécédent psychiatrique. Lorsqu'une personne demande le suicide assisté à un médecin, elle doit être évaluée par ce dernier : lors de cette évaluation, un trouble mental présent aujourd'hui ou dans le passé peut venir disqualifier la demande. Les médecins, ainsi que la loi mise en place, statuent qu'une personne pourrait être inapte à recevoir certain traitement si elle souffre d'un problème psychologique si elle n'est pas en mesure de prendre une décision éclairée. À partir du livre *Mad Matters : a Critical Reader in Canadian Mad Studies* et des thèses avancées par Micheal J. Cholbi, nous démontrerons qu'une maladie mentale n'est pas synonyme de perte de sens, de perte de contrôle de soi ou d'irrationalité. De plus, nous démystifierons l'idée selon laquelle une souffrance mentale est moins valide qu'une souffrance physique, puisqu'un des nœuds du problème lié au suicide assisté est notre rapport à la douleur psychologique.

### 3.3.1 Le livre *Mad Matters*

*Mad Matters: a Critical Reader in Canadian Mad Studies*<sup>123</sup> est paru en 2013, regroupant les textes de plusieurs auteurs et militants du Mad Movement. Les contributions proviennent de nombreuses disciplines, allant des activistes aux « psychiatrics survivors<sup>124</sup> » représentant différentes voix critiques qui expriment leurs expériences de psychiatrie et mettent en doute le courant de pensée dominant par rapport à la compréhension des maladies mentales. Parmi ces

---

<sup>123</sup> LEFRANCOIS, Brenda A., MENZIES, Robert, et al., *Mad Matters: A Critical Readers in Canadian Mad Studies*, Canadian Scholars' Press Inc., Toronto, 2013, 408 pages.

<sup>124</sup> Terme employé par les membres du Mad Movement pour désigner une personne s'étant sortie du système de psychiatrie.

textes, nous retrouvons *The Movement*, écrit par l'activiste de l'université de Toronto, Mel Starkman, qui explique l'historique du mouvement, mais aussi l'historique des préjugés envers la folie.

Au début du mouvement, les membres furent d'abord des personnes qui souhaitent s'éduquer eux-mêmes, se reconforter et s'appuyer dans une expérience vécue similaire. Dans cette entraide face à un commun vécu empirique, le mouvement fut créé et des revendications furent formulées. Starkman explique que les premiers problèmes psychiatriques qui ont pu être perçus datent du 15<sup>e</sup> siècle, alors que l'humanité passait de l'âge de la foi à l'âge de la raison. Avant cette ère, la folie était inexplicable, provenait de la visitation divine et pouvait parfois même se voir honorée. À l'ère de la raison, les explications deviennent nécessaires dans toutes les situations. Cinq-cents ans plus tard, nous cherchons encore à comprendre la folie et à la maîtriser. Les personnes prises en charge par le système psychiatrique se voient victimes, non pas de leur folie, mais des efforts pris pour être guéries de manière scientifique. De plus, autour des années 1850, la reconnaissance de spécialistes scientifiques a donné naissance à des croyances aveugles face à la science et ces spécialistes se sont imposés comme figures d'autorité morale. Ce serait, selon l'auteur, depuis cet avènement que nous avons remarqué la stigmatisation des psychiatisés.

Le témoignage de Maria Liegghio<sup>125</sup>, *A Denial of Being: Psychiatrization as Epistemic Violence*<sup>126</sup>, est également éloquent : elle y explique que le *madness* est un facteur potentiellement discriminatoire au même titre qu'une condition comme le genre, la sexualité, l'âge, la couleur de la peau, etc. Notre expérience du *madness* nous construit complètement dans notre manière d'être,

---

<sup>125</sup> Professeure à l'université de York au département Social Work.

<sup>126</sup> LIEGGHIO, Maria, *A Denial of Being: Psychiatrization as Epistemic Violence*, chapitre dans *Mad Matters: A Critical Readers in Canadian Mad Studies*, Canadian Scholars' Press Inc., Toronto, 2013, 408 pages.

dans nos actions et notre argumentaire. Notre santé mentale, quant à elle, se constitue d'une certaine manière avec les expériences, c'est-à-dire de manière subjective. Les gens psychiātrisés se retrouvent la plupart du temps exclus, identifiés comme ayant une pathologie et se retrouvent dévalués par la société.

L'auteure plaide qu'il y a une violence épistémique vécue par les gens aux prises avec des maladies mentales. Cette violence vise directement les personnes dites « folles », et ces dernières se retrouvent exclues socialement. Elle parle principalement de violence épistémique qu'elle définit comme étant la façon dont certaines personnes – ou certains groupes – sont disqualifiées en tant que connaisseurs légitime au niveau structurel par le biais de divers processus et pratiques institutionnelles, comme l'avāçait Fricker.

Nous parlions, autrefois, de violence épistémique envers les autochtones<sup>127</sup>, les Premières Nations qui ont été colonisées et sédentarisées, en déniait leurs façons de voir le monde, leurs connaissances et leurs manières de penser. D'un certain point de vue, nous effaçons leurs façons d'être. Certains peuples aborigènes en venaient même à se faire traiter de « moins qu'humain[s]<sup>128</sup> » et de « sauvages<sup>129</sup> ». Ces violences ont même forcé ces groupes au silence total. Ce type particulier de violence peut être comparé à certains égards à celui subi par les personnes psychiātrisées. Ces gens sont classifiés et diagnostiqués de manière violente : nous jugeons leur savoir, leurs connaissances et, de ce fait, nous diminuons leurs savoirs face au nôtre. En diminuant

---

<sup>127</sup> LIEGGHIO, Maria, *op. cit.*, p. 232.

<sup>128</sup> LIEGGHIO, Maria, *op. cit.*, p. 232.

<sup>129</sup> *Ibid.*

le tout, nous rendons ces personnes « hors de l'existence<sup>130</sup> », incapables d'être entendues et rendant leurs intérêts incompréhensibles<sup>131</sup>.

Le livre *Mad Matters* est considéré comme le plus grand ouvrage du Mad Movement. Il permet de comprendre une réalité vécue par plusieurs écrivains, auteurs, philosophes et personnes marginalisées par des troubles mentaux qui ont regroupé leurs voix afin de faire tomber les préjugés. Les différents témoignages de cet ouvrage nous poussent à repenser les questions suivantes : qu'est-ce qu'une vie qui vaut la peine d'être vécue? Sur quelles bases peut-on empêcher des personnes de mener leurs vies comme elles l'entendent au nom de leur bien?

### **3.4 Michael J. Cholbi et les arguments pour le suicide assisté**

Comme nous l'avons vu plus haut, l'admissibilité au suicide assisté est régie par des règlements stricts en cas de maladies mentales. Nous avons également vu dans quelle mesure les personnes aux prises avec une maladie mentale sont stigmatisées. En somme, il serait vrai d'affirmer qu'une personne aux prises avec un trouble mental est stigmatisée, une fois de plus, lorsqu'elle demande le suicide assisté. (D'ailleurs, il est arrivé que ces mêmes personnes demandent le suicide assisté, et ce, sans maladie physique mortelle, afin d'alléger leur souffrance psychique.

Sans maladie physique mortelle, au Canada, on ne peut demander le suicide assisté. Qu'advient-il, alors, de ces demandes chez les personnes souffrant de troubles mentaux sans

---

<sup>130</sup> LIEGGHIO, Maria, *op. cit.*, p. 234

<sup>131</sup> Liegghio témoigne d'une expérience, tout au long du texte, l'histoire personnelle de sa mère qui, dû à des antécédents de dépression, se vue refuser l'aide médicale à mourir. Atteinte d'un grave cancer, un médecin a finalement décidé de lui donner raison et accepta qu'elle puisse finir ses jours dans sa maison familiale, entouré des siens. Néanmoins, elle fut discréditée dû à son antécédent de trouble psychologique, ce qui démontre une forme d'injustice.

maladie mortelle? Le philosophe Michael J. Cholbi dénonce le problème du consentement chez ces demandeurs dans l'article *The Terminal, the Futile, and the Psychiatrically Disordered*<sup>132</sup>. Dans ce cas-ci, nous ne parlons plus de discréditer une personne ayant une maladie physique en phase terminale avec trouble mental, mais plutôt de ces cas où une personne atteinte d'une grave maladie mentale permanente qui exige médication, telle que la bipolarité ou la schizophrénie, ne pourrait demander le suicide assisté dans le but d'arrêter ses souffrances liées à sa maladie mentale. Il peut être tout aussi souffrant de vivre pour ces personnes que ce peut l'être pour les cancéreux, et c'est ce que Cholbi souhaite démontrer : Pourquoi ne prenons-nous pas en considération ces personnes? Pourquoi leur demande de fin de vie n'est-elle pas considérée comme rationnelle?

#### **3.4.1 L'admissibilité pour les personnes sans maladie incurable**

Cholbi soutient que les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves et persistants devraient avoir le droit légal de recevoir le suicide assisté. Sa stratégie consiste tout d'abord à démontrer que si l'on se fie à des souffrances insupportables pour déterminer l'admissibilité juridique au suicide assisté, certaines personnes victimes de troubles psychiatriques ne sont pas moins éligibles que celles atteintes de troubles physiques traditionnels, comme un cancer par exemple. Il n'existe pas de base cohérente pour refuser à certaines personnes souffrant de troubles psychiatriques un accès au suicide assisté. Les tentatives de nier un tel droit ne peuvent reposer que sur des préjugés injustifiables, telle l'idée selon laquelle les troubles psychiatriques ne sont pas réels, que la détresse psychologique associée à ces troubles est plus « suspecte »<sup>133</sup> que la douleur

---

<sup>132</sup> CHOLBI, Michael J., « The Terminal, the Futile, and the Psychiatrically Disordered », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 36, no. 5, 2013, p. 498-505.

<sup>133</sup> CHOLBI, Michael J., *op. cit.*, p. 498

associée aux troubles physiques ou que ces demandes sont irrationnelles, puisqu'elles sont formulées par une personne irrationnelle.

### 3.4.2 Les troubles asymptomatiques

Cholbi affirme que les souffrances qui vont avec les troubles psychologiques (telles que l'insomnie ou le moral bas, pour ne nommer que ceux-là) sont symptomatiquement constitutives de ces troubles, c'est-à-dire qu'on ne peut avoir un trouble psychologique sans souffrance<sup>134</sup>. Cependant, beaucoup de maladies corporelles sont, du moins à certains stades, asymptomatiques ou caractérisées par peu ou pas de souffrance. À ses débuts, le cancer n'est souvent détectable que par des tests de diagnostic, car la maladie n'est pas suffisamment développée pour causer des symptômes. Il n'est donc pas incohérent pour une personne atteinte du cancer de ne pas souffrir. Ce que l'on peut remarquer, c'est qu'il est toutefois incohérent que quelqu'un soit affligé de dépression sans douleur.

L'auteur croit que la douleur insupportable associée au trouble psychiatrique est à certains égards plus envahissante que la douleur physique. La douleur et la détresse psychiatriques se manifestent non seulement par la souffrance, mais également par un profond sentiment d'aliénation par rapport aux soucis et à soi-même, une sorte de désintéressement ou de léthargie. La souffrance mentale et la souffrance physique n'ont pas à appartenir automatiquement à deux espèces différentes. D'une part, les douleurs du corps et les douleurs de la psyché sont fortement corrélées<sup>135</sup>. En effet, certains psychiatres comprennent ces manifestations comme des

---

<sup>134</sup> CHOLBI, Michael J., *op. cit.*, p. 499.

<sup>135</sup> BAIR, J. Matthew, KROENKE, Kurt, et al., « Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review », *Archives of Internal Medecines*, vol. 163, no. 10, 2003, p. 33-45.

manifestations distinctes d'une condition physique commune. Les personnes déprimées, par exemple, courent trois fois plus de risques de souffrir de douleurs corporelles chroniques que les personnes non déprimées<sup>136</sup>, ce qui n'est pas surprenant puisque toute douleur est ressentie par le cerveau. Comme les troubles psychiatriques sont d'origine cérébrale, nous devrions nous attendre à ce que les douleurs psychiques et corporelles soient difficiles à démêler par l'expérience.

Pourtant, même si nous pouvions faire une différence profonde entre douleur psychique et douleur corporelle, une telle différence ne remettrait pas en cause le fait que les raisons morales, fondamentales et légales du suicide assisté s'appliquent aussi bien aux personnes souffrant de douleur psychique. Tant les défenseurs du droit au suicide assisté que ses opposants (du moins la plupart) comprennent généralement cela comme un droit de liberté de demander de l'aide pour mettre fin à ses jours. Ce droit à la liberté est étroitement associé à la notion selon laquelle chaque personne est légitimée à décider elle-même, sur la base de raisons dont elle reconnaît la force, de questions fondamentales concernant la trajectoire de sa vie. Comme Dworkin, Rawls et les autres philosophes affirment dans *The Philosophers' Brief* vu précédemment : « Each individual has a right to make the most intimate and personal choices central to personal dignity and autonomy. That right encompasses the right to exercise some control over the time and manner of one's death<sup>137</sup>. »

Voyons, par exemple, des décisions qui se valent intimement et légitimement, comme la pratique religieuse ou le choix d'une personne à se marier : ce sont des choix qui touchent l'autonomie et la dignité. Le droit de faire ces choix ne s'étendrait pas uniquement au droit

---

<sup>136</sup> CHOLBI, Michael J., *op. cit.*, p. 499.

<sup>137</sup> DWORKIN, Ronald, RAWLS, John, et al., *op. cit.*, p. 130.

d'exercer un contrôle sur les conditions de sa mort, il s'étend également au droit de répondre à ces questions philosophiques fondamentales et contestées (ou, selon son système de croyances) sur le sens et la signification de la vie humaine, ainsi que sur le sens et la signification de la souffrance, ce qui nous rappelle l'argument de Dworkin, vu au chapitre précédent.

### **3.4.3 L'argument de rationalité**

Nous pourrions objecter que les personnes en situation de troubles psychiatriques peuvent être irrationnelles lorsqu'elles décident de demander de l'aide pour mourir. Ce peut parfois être le cas, ce qui justifie les diverses vérifications procédurales prévues dans des lois, par exemple celle selon laquelle la demande de traitement demandant la mort doit être présentée par écrit et signée par au moins un parti désintéressé ou selon laquelle les patient·e·s doivent subir un dépistage psychiatrique. Cependant, le but de ces vérifications n'est pas de déterminer si la demande de suicide assisté de la personne est rationnelle au sens objectif du terme : leur but est de faire en sorte que, compte tenu de la gravité et de l'irréversibilité de la mort, la décision de mettre fin à ses jours reflète réellement les valeurs considérées par l'individu de même qu'une évaluation de sa propre situation médicale. Ces garanties procédurales sont justifiées par des raisons paternalistes faibles plutôt que fortes, conçues pour ne pas garantir que les individus suicidaires choisissent de mourir pour la meilleure raison, mais plutôt pour un étalage complet de plusieurs raisons qui se valent rationnelles. Cela implique que des individus peuvent parfois choisir de mourir pour des raisons qui sont, en réalité, de mauvaises raisons ou des raisons qui ne sont pas parfaitement intelligibles pour les autres, qui ne les soutiennent pas. Jérôme Motto, psychiatre américain qui a mené la

première intervention de prévention visant à réduire le nombre de décès par suicide<sup>138</sup>, fournit l'observation suivante : « Ce qui peut être un inconfort, une source de gêne ou un embarras envers une personne représente une agonie insupportable, une douleur insupportable ou une humiliation intolérable envers une autre<sup>139</sup>. »

Pour ce qui est du droit à la liberté, le droit au suicide assisté doit être un droit de décider par ses propres moyens de son « insupportabilité<sup>140</sup> ». Permettre aux agent·e·s rationnel·le·s d'opter pour la mort pour des raisons qui semblent en réalité moins absolues que celles généralement admises est troublant, mais nous devons reconnaître que c'est précisément ce qu'est un droit à la liberté, c'est-à-dire un droit de ne pas être brimé dans certaines questions qui intéressent notre personne. Bien que la mort – et le caractère irréversible de celle-ci – semble rendre raisonnable d'exiger des preuves pour juger l'admissibilité au suicide assisté, ce serait un malentendu fondamental que d'exiger davantage de preuves pour une personne qui aurait un seuil d'insupportabilité plus bas que ce qui est normalement envisagé. Fonder un droit à la liberté en faveur de l'autonomie, puis en limiter l'exercice à ce que choisiraient des individus dits parfaitement rationnels, cela reviendrait à violer l'autonomie sous prétexte de la respecter.

#### **3.4.4 L'argument de futilité médicale**

Cholbi aborde le problème de la « futilité médicale<sup>141</sup> », expression qui désigne les situations où un traitement est injustifié par sa faible probabilité d'effets positifs sur un·e patient·e.

---

<sup>138</sup> CHERKIS, Jason, « The Best Way to Save People from Suicide », *The Huffington Post*, vol. 68, no. 6, 2018, p. 4-26.

<sup>139</sup> CHOLBI, Michael J., *op. cit.*, p. 503.

<sup>140</sup> Traduction libre de l'anglais « unbearable ».

<sup>141</sup> CHOLBI, Michael J., *op. cit.*, p. 504.

Il est toutefois difficile d'établir précisément la probabilité de bénéfice d'un traitement : devient-il futile lorsque la probabilité d'un bénéfice pour le ou la patiente est de dix pour cent? Y a-t-il vraiment une différence entre un pour cent et deux pour cent, bien qu'il y ait une différence numérique? Déterminer si le traitement doit être donné ou non demeure néanmoins entre les mains des médecins.

Cependant, il y a lieu de considérer que cela constitue un jugement chargé de considérations normatives. Qui devrait déterminer ce qui compte comme avantage du traitement? Par exemple, certains peuvent juger qu'il n'est pas judicieux de prolonger la vie d'une personne traitée, indépendamment de la qualité de cette durée de vie ajoutée. Un traitement permettant à une personne dans le coma de vivre une semaine de plus lui est-il bénéfique? Un traitement prolongeant la vie, mais ne permettant pas à un·e patient·e de retrouver son fonctionnement antérieur à la maladie, est-il bénéfique aussi? Déterminer le niveau de futilité dans le contexte psychiatrique est compliqué : bien que de nombreux troubles psychiatriques ne surviennent que pour une durée limitée, certains troubles, notamment la dépression, le trouble bipolaire et l'anorexie mentale peuvent être graves et peuvent affecter les patient·e·s pendant plusieurs années et peuvent être considérés comme étant chroniques<sup>142</sup>. Les patient·e·s qui suivent un traitement psychiatrique de longue durée peuvent éprouver de la frustration, de la fatigue et une stigmatisation qui, à certains égards, sont plus éprouvantes que celles des personnes souffrant de problèmes médicaux « mortels », affirme Cholbi. Une patiente atteinte d'un cancer du foie en phase terminale, par exemple, peut être frustrée par des traitements qui ne la guérissent pas, mais contrairement à la

---

<sup>142</sup> FEINSTEIN, E. Robert, LOPEZ, Amy, et al., « Medical Futility and Psychiatry: Palliative Care and Hospice Care as a Last Resort in the Treatment of Refractory Anorexia Nervosa », *The International Journal of Eating Disorders*, no. 43, vol. 4, 2010.

schizophrénie chronique, sa frustration prendra fin avec la mort. La schizophrène à long terme est, à certains égards, condamnée à vivre avec son état non fatal et, par conséquent, à considérer son état comme définitif. Du point de vue de cette patiente, les déterminations d'inutilité, c'est-à-dire la décision de poursuivre ou de prolonger un traitement, sont un jugement de nature narratif ou historique, reflétant non seulement son état actuel et son pronostic, mais aussi son engagement psychologique plus grand envers cet état au fil du temps et envers son impact non seulement sur son avenir, mais sur la totalité de sa vie. Les jugements sur la qualité de vie future d'une personne ne sont pas simplement dirigés vers l'avenir, mais sur la qualité de son avenir. Au contraire, la qualité de son avenir dépend en partie de son intégration dans l'intégralité de sa vie, de son passé, de son présent et de son futur. Juger de la qualité de vie, c'est avoir un concept de vie dans lequel nous essayons d'identifier des liens à travers le temps.

Les patient·e·s souffrant de troubles psychiatriques graves à long terme seront plus susceptibles de juger inefficaces les traitements améliorant leurs conditions de vie, car ils rendent ces jugements d'un point de vue narratif où leurs expériences passées avec leur maladie jouent un rôle plus important. La futilité n'est que partiellement une notion tournée vers l'avenir et, en particulier pour les patient·e·s psychiatriques de longue durée, les juger futiles sera probablement fortement influencé par les expériences rétrospectives ou narratives de leur maladie. La question à se poser est celle-ci : souhait-t-on être guéri ou ressentir un certain soulagement? Dans ce cas précis, la guérison n'étant pas possible en soi, nous pourrions considérer la mort comme une manière de guérir, d'être soulagé de la grande affliction qu'est la vie. En bref, Cholbi souhaite faire comprendre qu'une personne souffrant d'une maladie mentale qui ne se guérit pas, non seulement souffre autant qu'une personne atteinte d'un cancer, mais de plus, n'en mourra pas : elle est condamnée à vivre cette souffrance bien plus longtemps qu'une personne atteinte d'un cancer.

### 3.4.5 L'argument du choix médical non reconnu

Dans les juridictions autorisant le suicide assisté, les demandes de suicide assisté chez les personnes psychiatisées sont rares. Aux Pays-Bas, 37% des demandes de suicide assisté sont accordées dans leur ensemble, mais seulement 2% des demandes émanant de soins psychiatriques sont acceptées<sup>143</sup>. Refuser la reconnaissance de ce droit équivaudrait à une discrimination injuste à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiatriques, puisque, quel que soit le fondement de la distinction entre la maladie physique et la maladie psychiatrique en science médicale, ce fondement ne devrait avoir aucune place pour déterminer qui a le droit moral ou légal d'avoir accès au suicide assisté.

Chaque personne a un seuil de douleur différent et va donc réagir différemment aux maladies physiques, puisque la douleur est subjective. Cependant, il semblerait que les raisons pour lesquelles un individu met fin à ses jours ne sont pas nécessairement perçues comme légitimes aux yeux des autres, et ce, même s'ils se trouvaient dans la même situation. Le droit au suicide assisté est un droit de cessation volontaire, que nous ne pouvons refuser à un individu sous prétexte que d'autres, souffrant des mêmes problèmes de santé, n'adhèreraient pas aux motifs sur la base desquels cet individu aurait exercé ce droit. La décision de cette personne de mettre fin à ses jours est fondée sur ce qui est réel pour elle, même si cette décision s'avérait inconcevable pour toute autre personne.

En ce qui concerne la possibilité d'abus ou d'exploitation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, Cholbi affirme que cela n'est pas suffisant pour délégitimer le recours au

---

<sup>143</sup> CHOLBI, Michael J., *op. cit.*, p. 504.

suicide assisté. Certes, des erreurs et des abus pourraient survenir si les personnes souffrant de troubles mentaux avaient droit à l'assistance au suicide. Mais cette critique exige une prédiction vérifiable de manière empirique, à savoir que l'extension du droit légal au suicide assisté aux personnes souffrant de troubles psychiatriques entraînera des erreurs, des abus, etc. À cet égard, la critique est une version de l'inquiétude bien connue de la pente glissante concernant la légalisation du suicide assisté : même s'il existe un argument moral ou juridique convaincant en faveur de la légalisation, ses conséquences sont manifestement pires que celles de maintenir le *statu quo*<sup>144</sup> juridique. L'affirmation spécifique, selon laquelle l'extension du droit légal au suicide assisté aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, n'a pas été testée, car les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont généralement pas reconnues comme telles.

Cependant, l'affirmation plus générale de « la pente glissante » concernant le suicide assisté a fait l'objet d'une enquête<sup>145</sup> en 2007 et s'est révélée, au mieux, non concluante. Cette étude a déterminé que les membres des populations vulnérables, notamment les personnes souffrant de troubles psychiatriques, y compris la dépression, ne couraient pas un risque accru d'exercer leur droit au suicide assisté. Bien entendu, cela ne prouve pas qu'il n'y aurait pas d'effet de pente glissante si les personnes souffrant de troubles psychiatriques avaient droit au suicide assisté. Cependant, il faudrait insister pour qu'un tel point négatif soit prouvé à l'avance avant de reconnaître un tel droit soit une demande déraisonnable, et compte tenu de la pénurie de preuves d'une pente glissante, cette inquiétude est mal fondée.

---

<sup>144</sup> Terme désignant l'état des choses à un moment donné.

<sup>145</sup> BATTIN, Margaret, VAN DER HEIDE, Agnes, et al., « Legal Physician-Assisted Dying in Oregon and the Netherlands: Evidence Concerning the Impact on Patients in 'Vulnerable Groups' », *Journal of Medical Ethics*, vol. 33, no. 10, 2007, p. 591-597.

### 3.4.6 Conclusion

Nous pouvons affirmer que les troubles mentaux sont de grands enjeux pour le débat entourant le suicide assisté. Que ce soit par la disqualification des demandes de gens atteints de maladies corporelles mortelles ou le refus des demandes de gens souffrants de graves troubles mentaux insupportables, la question demeure controversée. À travers les écrits philosophiques, éthiques et bioéthiques, nous avons analysé les impacts de la stigmatisation sur notre perception des gens souhaitant mettre fin à leurs jours. Il en ressort qu'il est primordial de traiter le problème de la stigmatisation des personnes en situation de troubles mentaux avant de juger des choix de vie. Aussi, il est important de noter qu'au-delà de la maladie physique telle que le cancer, l'envie suicidaire existe tout de même. Peu importe la raison, ces situations existent concrètement et doivent être considérées avec sérieux plutôt que d'être rejetées et discréditées pour leur soi-disant absurdité ou irrationalité.

## CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous avons analysé plusieurs arguments liés à la rationalité du suicide. Ainsi, les différents courants philosophiques utilisés ont su nourrir notre réflexion sur l'enjeu de société qu'est le suicide assisté. L'existentialisme, qui est le berceau de cette démarche de recherche, a permis d'aborder des questionnements humains, souvent sans réponses, qui nous habitent tous. Camus, d'ailleurs, dans sa philosophie et sa littérature, nous a permis de réfléchir en premier lieu à notre propre mortalité, mais surtout, a piqué notre curiosité face à l'absurdité de celle-ci.

Bien que la finalité humaine soit source d'inquiétude, de mystère et d'émotivité, nombreux autres philosophes non existentialistes ont tenté de trouver des réponses et une logique devant l'avènement de notre mort. Or, il va sans dire que le suicide apporte son lot de questionnements, d'autant plus qu'il peut être perçu comme un acte aberrant et irrationnel, éléments qui sont souvent évoqués lors des débats publics sur la légalisation du suicide assisté. Il semble qu'il serait alors inconcevable d'imaginer une société où l'on permet aux citoyen·e·s de mettre fin à leurs jours.

Les différents critères et les débats entourant les législations sur le suicide assisté sont complexes et dépendants. Plusieurs pays se penchent sur la question de différentes manières, mais le débat public reste pratiquement le même. Les inquiétudes face à cette mesure sont légitimes,

mais peuvent être éclairées par une meilleure compréhension de notre monde, ce que tentent de faire les philosophes.

Nous constatons qu'il est important d'avoir une variété d'options concernant nos choix de fin de vie. Si le suicide est une possibilité parmi d'autres, il reste violent et troublant lorsqu'il est mis à exécution. En ce sens, le suicide assisté permet la validation des émotions de la personne qui souhaite avoir recours à cette méthode et permet aussi l'absence de violence, d'échec et de traumatisme. Il est alors important de légaliser cette forme d'euthanasie qui est une option tout aussi légitime que l'aide médicale à mourir. Cependant, rendre légitime le suicide assisté serait synonyme d'acceptation sociale du suicide a priori, c'est-à-dire une acceptation que l'humain a le droit de mettre fin à sa propre vie, ce en quoi plusieurs voient une forme d'irrationalité. C'est pourquoi, par ailleurs, qu'au Canada, il est considéré que le suicide assisté est un soin de fin de vie, plutôt qu'une forme d'euthanasie.

Les philosophes contemporains tels que Rawls et Dworkin ont contribué grandement à la réflexion sur le sujet. Premièrement, les théories politiques de Rawls ont permis l'avancement du débat sur le suicide sur la place publique. Selon eux, les citoyen·e·s doivent élever leurs voix pour arriver, collectivement, à créer des discussions évolutives, et ce, dans le but de créer des lois plus justes pour tous qui permettent une vie épanouie. En nous basant sur la rationalité des agent·e·s, nous pouvons comprendre les expériences vécues de tout un chacun et empêcher l'oubli de groupes marginalisés. Il serait donc juste d'accepter le débat public sur l'accessibilité possible du suicide assisté. Deuxièmement, Dworkin nous offre une œuvre complète sur les choix de vie et de mort. En se basant sur le fait que les humains sont rationnels, il démontre en quoi on ne peut juger du choix d'une personne qui souhaite mourir. En se débarrassant de l'argument du caractère sacré de la vie, et en optant davantage sur la rationalité humaine, nous constatons que chaque personne souhaite le meilleur pour sa vie, et du même coup, pour sa mort. Les valeurs spécifiques à chacun

mènent à des choix de vie subjectifs et non discutables. Il est en somme juste de valider les désirs de chaque individu, tout en s'assurant qu'ils sont réfléchis et propres à eux.

Cette rationalité est parfois mise en doute, surtout en ce qui a trait à une pensée suicidaire. Les demandeurs de suicide assisté aux prises avec des troubles mentaux se font souvent refuser l'accès à cette mesure sous prétexte qu'ils ne sont pas rationnels. Il est vrai que les pensées suicidaires peuvent être parfois présentes chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux, mais la généralisation et les préjugés entourant les personnes aux prises avec un trouble mental sont à proscrire. Maladie mentale et irrationalité ne devraient pas être synonymes. La théorie des injustices épistémiques de Miranda Fricker met en lumière ce genre de problème, en affirmant que nous avons tort de juger hâtivement un groupe de personnes marginalisées. En ce sens, nous pouvons aussi porter notre réflexion plus loin dans le débat, comme Cholbi a su le faire, en nous questionnant sur la légalité possible du suicide assisté pour les personnes n'ayant pas une maladie incurable souffrante physiquement. Encore une fois, le désir de mourir ne devrait pas être invalidé.

En somme, pourquoi souhaiter une légalisation du suicide assisté lorsque nous avons déjà accès à l'aide médicale à mourir? À ceci, nous répondrons que, comme l'aide médicale à mourir consiste à donner la mort à un·e patient·e, elle peut être considérée comme un traitement en soi, c'est-à-dire que le médecin donnera la mort comme un soulagement, le patient ou la patiente – étant consentant – prend donc cette décision comme une continuité de ses soins hospitaliers. Pour ce qui est du suicide assisté, nous considérons que la personne souffrante reprend donc le contrôle de ses propres soins, puisqu'elle se donne elle-même la mort.

Bien que la finalité soit la même, et que la décision soit de mourir d'une façon ou d'une autre, l'enjeu en est différent d'un point de vue existentialiste : suis-je prêt, en tant qu'humain rationnel et conscient, à me donner la mort? Suis-je alors influencé par ma finalité – ma maladie – ou suis-je libre de cette décision? L'acte du suicide peut-il être perçu comme une prise de décision

rationnelle? Ces décisions juridiques font écho à des enjeux théoriques qui ont été au cœur des grands courants de la philosophie du vingtième siècle, et plus précisément l'éthique, comme chez John Rawls et Ronald Dworkin, ainsi que l'existentialisme, comme chez Camus, par exemple. Les débats et les décisions juridiques reposent les questions existentielles les plus profondes sur de nouvelles bases, en tenant compte des éléments qui ont changé le regard sur le suicide, qu'il soit médicalement assisté ou non.

Prenons par exemple cette citation de Vladimir Jankélévitch : « Il arrive par une absurde contradiction que le vivant accueille la mort elle-même, pour se délivrer de la mort, soit en se mortifiant, soit en se tuant ; tantôt peu à peu et tantôt d'un seul coup, la mort nous sert à conjurer la mort<sup>146</sup>. » Bien qu'il fasse référence au suicide face à une souffrance psychologique, cette citation est d'actualité face à notre sujet présent : se délivrer de la souffrance immense qu'est la maladie, en se donnant la mort, malgré une finalité certaine. Le problème de la maladie n'est pas la finalité en soi, mais la souffrance entourant cette dernière, étant psychologiquement et physiquement insupportable. Outre cette souffrance, l'intégrité humaine ainsi que l'autonomie est en jeu lors d'une maladie incurable. L'idée de la mort, malgré qu'elle soit anxiogène, peut être parfois la meilleure solution pour certaines personnes et ironiquement, le chemin de l'existence est basé presque intégralement sur des choix ayant rapport avec notre finitude : l'être humain est conscient de son sort et de son temps limité de vie. Bien qu'il soit étrange d'affirmer que la mort peut être la meilleure décision d'une vie, ou même, que cette décision puisse venir d'une réflexion éclairée et qu'elle peut être rationnelle, nous avons voulu démontrer que cette réflexion est primordiale pour l'avancement de l'éthique médicale.

---

<sup>146</sup> JANKÉLÉVITCH, Vladimir, *La mort*, Flammarion, Montréal, 2017, p. 415.

En conclusion, le constat de cette grande réflexion se situe dans notre rapport à la rationalité humaine et à nos valeurs intrinsèques. Aborder la question de notre finalité est d'une sensibilité et d'une délicatesse qui rend le sujet fragile et complexe. Si les valeurs religieuses et les réflexions passées ont insisté sur le caractère sacré de la vie, il va sans dire que cet argument est maintenant contestable. Nous considérons désormais que toute vie vaut la peine d'être vécue, pourvu qu'elle soit vécue de manière cohérente avec les valeurs et les idéaux de chacun. La liberté individuelle, si elle doit être préservée et honorée tout au long de notre vie, doit l'être à notre mort aussi.

Le suicide, par sa fatalité, doit être pris au sérieux et n'est pas souhaitable pour quiconque pouvant aspirer à un avenir meilleur. Cependant, le suicide peut être qualifié de réfléchi, de rationnel et d'optionnel à certains égards, comme nous l'avons vu dans le cas d'une maladie souffrante et incurable. N'est-il pas temps de valider collectivement nos désirs propres, et d'ouvrir réellement le débat public au sujet des soins de fin de vie? N'est-il pas temps de lever le voile stigmatisant sur les suicidaires? La philosophie pourra, à ce moment, mettre en lumière la grande beauté qu'est la rationalité humaine.

## BIBLIOGRAPHIE

- BACCARINI, Elvio. « Rawls and the Question of Physician-Assisted Suicide », *Croatian Journal of Philosophy*, vol. 1, no. 3, 2001, p. 331-345.
- BAIR, Matthew, KROENKE, Kurt, et al., « Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review », *Archives of Internal Medecines*, vol. 163, no. 10, 2003, p. 33-45.
- BATTIN, Margaret, VAN DER HEIDE, Agnes, et al., « Legal Physician-Assisted Dying in Oregon and the Netherlands: Evidence Concerning the Impact on Patients in ‘Vulnerable Groups’ », *Journal of Medical Ethics*, vol. 33, no. 10, 2007, p. 591-597.
- BOURASSA-GIRARD, Élyse. *Aliénation, agentivité et ambivalence dans Putain et Folle de Nelly Arcan : une subjectivité féminine divisée*, (M. Ph.), Université du Québec à Montréal, 2013, 122 pages.
- BURKHARDT, Sandra. « Assisted Suicide: Experience and Debates in Switzerland », *Médecine & Droit*, vol. 2015, no. 135, 2015, p. 155-160.
- CAMUS, Albert. *L'homme révolté*, Gallimard, Paris, 1951, 384 pages.
- CAMUS, Albert. *Mythe de Sisyphe*, Gallimard, Paris, 1985, 192 pages.
- CAMUS, Albert. *Oeuvres*, La Pléiade, Paris, 1965, 1616 pages.
- CHERKIS, Jason. « The Best Way to Save People from Suicide », *The Huffington Post*, vol. 68, no. 6, 2018, p. 4-26.
- CHOLBI, Michael J. « The Terminal, the Futile, and the Psychiatrically Disordered », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 36, no. 5, 2013, p. 498-505.
- COLLECTIF. *Le Petit Larousse illustré 2017*, Larousse, Paris, 2016, 2048 pages.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La sédation palliative en fin de vie*, Service des communications, Montréal, 2016, 61 pages.
- DELLAR, Robert, CURTIS, Ted, et al., *Mad Pride: A Celebration of Mad Culture*, Chipmunka Publishing, Londres, 2003, 224 pages.

- DEROSE, Keith. « Contextualism: An Explanation and Defense », dans GRECO, J. and SOSA, E., *The Blackwell Guide to Epistemology*, Blackwell, Oxford, 1999, p. 187.
- DUFORT, Jean-Marc. *Euthanasie et aide au suicide : la conscience chrétienne confrontée*, Bellarmin, Montréal, 1996, 108 pages.
- DWORKIN, Ronald, RAWLS, John, et al., *The Philosopher's Brief*, BioethicsLine, New York, 1997, 188 pages.
- DWORKIN, Ronald, RAWLS, John, et al., « Suicide assisté : le mémoire des philosophes », *Raisons politiques*, vol. no 11, no. 3, 2003, 28 pages.
- DWORKIN, Ronald. *Life's Dominion*, Alfred A. Knopf inc., New York, 1993, 241 pages.
- ÉPICURE. *Lettre à Ménécée*, Flammarion, Paris, 2009, 109 pages.
- FEINSTEIN, E. Robert, LOPEZ, Amy, et al., « Medical Futility and Psychiatry: Palliative Care and Hospice Care as a Last Resort in the Treatment of Refractory Anorexia Nervosa », *The International Journal of Eating Disorders*, no. 43, vol. 4, 2010.
- FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1976, 688 pages.
- FRICKER, Miranda. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, Oxford, 2009, 208 pages.
- BARTSCH, Christine, GAUTHIER, Saskia, et al., « Suicide Tourism: a Pilot Study on the Swiss Phenomenon », *Journal of Medical Ethics*, vol. 41, no. 8, 2015, p. 611-617.
- GODIN, Christian. *Dictionnaire philosophique*, Fayard, Ligugé, 2004, 1534 pages.
- GRENIER, Roger. *Albert Camus, soleil et ombre : une biographie intellectuelle*, Gallimard, Paris, 1987, 348 pages.
- HAWTON, Keith. « Restricting Access to Methods of Suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention », *CRISIS (The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention)*, vol. 28, no. 1, 2007, p. 4-9.
- HUME, David. *Du suicide, de l'immortalité de l'âme*, Éditions Cécile Defaut, Nantes, 2010, 96 pages.
- HUMPHRY, Derek. « The Case for Rational Suicide », *Euthanasia Review*, vol. 1, no. 3, 1986, p. 172-176.
- JANKÉLÉVITCH, Vladimir. *La mort*, Flammarion, Montréal, 2017, 690 pages.
- KANT, Immanuel. *Fundamental Principles of the Metaphysics of Morals*, Merchant Books, New York, 2009, 84 pages.
- LEFRANCOIS, Brenda, MENZIES, Robert, et al., *Mad Matters: A Critical Readers in Canadian*

- Mad Studies*, Canadian Scholars' Press Inc., Toronto, 2013, 408 pages.
- LESAGE, Alain. « Troubles mentaux et suicide », *Santé mentale au Québec*, vol. 19, no. 2, 1994, p. 7-14.
- MAYO, David. « Contemporary Philosophical Literature on Suicide: A Review », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 13, no. 4, 1983, p. 313-345.
- MYDANS, Seth. « Legal Euthanasia : Australia Faces a Grim Reality », *The New York Times*, 2 février 1997, p. 3.
- OLIVER, Lawrence. *Suicide et Politique : La Révolte est-elle honorable?*, Liber, Paris, 2014, 152 pages.
- VOLANT, Eric. « Le suicide chez Camus. Discussion éthico-religieuse », *Sciences religieuses*, vol. 13, no. 3, 1984, p. 289-299.
- MISHARA, Brian L. « Les enjeux liés à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté au Canada », *Frontières*, vol. 20, no. 1, 2007, p. 45-51.
- MISHARA, Brian L. et TOUSIGNANT, Michel. *Comprendre le suicide*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2004, 174 pages.
- OREGON DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. *Seventh Annual Report on Oregon's Death With Dignity Act*, 2005, État d'Oregon.
- RAWLS, John. *Collected Papers*, Harvard University Press, Cambridge, 2001, 672 pages.
- RAWLS, John. *Théorie de la justice*, Harvard University Press, Cambridge, 1971, 560 pages.
- STAËL, Germaine de. *Réflexion sur le suicide*, Hachette Livre BNF, Paris, 2016, 96 pages.
- VAN DER MAAS, Paul. « Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End of Life in the Netherlands, 1990-1995 », *New England Journal of Medicine*, vol. 335, no. 1, 1996, p. 699-705.
- VELLEMAN, David J. « A Right to Self-Termination? », *Ethics*, vol. 109, no. 3, 1999, p. 606-628.
- WARNOCK, Mary, MACDONALD, Elisabeth. *Easeful Death: Is There a Case for Assisted Dying?*, Oxford University Press, Oxford, 2009, 172 pages.
- WEIR, Erica. « Suicide: The Hidden Epidemic », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, no. 5, 2001, p. 634-636.

## WEBOGRAPHIE

- BRYDEN, Joan. *Aide médicale à mourir : des experts font le point sur les troubles mentaux*, 12 décembre 2018. Récupéré de <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201812/12/01-5207828-aide-medicale-a-mourir-des-experts-font-le-point-sur-les-troubles-mentaux.php>, consulté le 17 avril 2019.
- BUZZETTI, Hélène. *Faut-il élargir l'aide médicale à mourir?*, 13 décembre 2018. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/politique/canada/543453/faut-il-elargir-l-aide-medicale-a-mourir>, consulté le 17 avril 2019.
- COMMISSION DE L'ÉTHIQUE EN SCIENCE ET EN TECHNOLOGIE DU QUÉBEC. *Aide médicale à mourir et suicide assisté*, janvier 2019. Récupéré de <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/aide-medicale-a-mourir-et-suicide-assiste.html>, consulté le 1er avril 2018.
- DIGNITAS. *To Live With Dignity - To Die With Dignity*, janvier 2018. Récupéré de <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2017.pdf>, consulté le 21 octobre 2019.
- EXIT, Suisse romande. *L'assistance au suicide*, octobre 2019. Récupéré de <https://exit-romandie.ch/assistance-suicide-exit/>, consulté le 21 octobre 2019.
- GLASER, Gabrielle. *'Mad Pride' Fights a Stigma*, 11 mai 2008. Récupéré de <https://www.nytimes.com/2008/05/11/fashion/11madpride.html>, consulté le 03 avril 2019.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Aide médicale à mourir*, janvier 2019. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aide-medicale-mourir.html>, consulté le 17 avril 2019.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Code criminel (L.R.C. (1985), ch. C-46)*, janvier 2019. Récupéré de <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/>, consulté le 12 novembre 2019.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Deuxième rapport intérimaire sur l'aide médicale à mourir au Canada*, 6 octobre 2017. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/aide-medicale-mourir-rapport-interimaire-sep-2017.html>, consulté le 21 octobre 2019.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Guide sur la Charte canadienne des droits et libertés*, janvier 2019. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/comment->

droits-protéges/guide-charte-canadienne-droits-libertes.html, consulté le 1er avril 2019.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *L'aide médicale à mourir pour les personnes en situation d'inaptitude : le juste équilibre entre le droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence*, 2019. Récupéré de : [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002437](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002437), consulté le 06 octobre 2020.

GUILLEUX, Céline. *Injustices épistémiques : comment les comprendre, comment les réduire?*, 08 août 2018. Récupéré de <https://calenda.org/470308>, consulté le 18 février 2020.

KELLNER, Florence. *Suicide au Canada*, 7 février 2007. Récupéré de <http://www.encyclopediecanadienne.ca/fr/article/suicide/>, consulté le 1er avril 2018.

PUBLICATION QUÉBEC. *CCQ-1991 - Code civil du Québec*, février 2019. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/CCQ-1991>, consulté le 29 octobre 2019.

PUBLICATIONS QUÉBEC. *S-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie*, février 2019. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-32.0001>, consulté le 29 octobre 2019.

ROBERT, Yves. *Vers la mort à la carte?*, 10 mai 2017. Récupéré de <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/vers-la-mort-a-la-carte.aspx>, consulté le 19 octobre 2019.

WILSON, Clare. *Should People Who Are Not Terminally Ill Have the Right to Die?*, paru dans *New Scientist*, 20 juillet 2016. Récupéré de <https://www.newscientist.com/article/mg23130834-400-should-people-who-are-not-terminally-ill-have-the-right-to-die/>, consulté le 21 octobre 2019.