UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTÉ MÉDECINE NANCY

Année 2020

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

William DALFIN et Mathieu GUYMARD

le 26 juin 2020 à Nancy

Droit à mourir et « suicide assisté » : état des lieux et analyse critique.

Composition du jury :

Président et Directeur : Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Juges : Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Monsieur le Professeur Vincent LAPREVOTE

Monsieur le Professeur Yves MARTINET

Président de l'Université de Lorraine:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine:
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

==========

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER – Professeur Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE – Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER – Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES – Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS – Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2e sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3e sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER – Professeur Antoine VERGER
2e sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD – Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur Mathias POUSSEL
3e sous-section ***(Biologie cellulaire)***
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET
4e sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2e sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3e sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI – Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN
4e sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Guillaume VOGIN
3e sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4e sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4e sous-section : ***(Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)***
Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2e sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3e sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4e sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH

5e sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2e sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3e sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2e sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –
Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL

3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2e sous-section : ***(Chirurgie viscérale et digestive)***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN

3e sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4e sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
1re sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1re sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2e sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3e sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4e sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2e sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3e sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeure associée Sophie SIEGRIST
Professeur associé Olivier BOUCHY

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1re sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON
2e sous-section : ***(Histologie, embryologie, et cytogénétique*****)**
Docteure Isabelle KOSCINSKI

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1re sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE – Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2e sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1re sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2e sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1re sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)
2e sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3e sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1re sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI
2e sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE
3e sous-section : ***(Immunologie)***
Docteure Alice AARNINK (stagiaire)
4e sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1e sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)***
Docteur Philippe GUERCI
2e sous-section : ***(Médecine intensive-réanimation)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3e sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
2e sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Docteur Fabien RECH (stagiaire)
3e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)
Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
4e sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3e sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4e sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)***
Docteure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1re sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Anthony LOPEZ
2e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)
Docteur Cyril PERRENOT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
4e sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)*
Docteure Eva FEIGERLOVA
5e sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1re sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66e Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître, Président et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Psychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur de diriger notre thèse et de présider ce jury.

Nous vous remercions pour vos précieux conseils, votre bienveillance, votre enseignement à travers le partage passionné d'un savoir passionnant.
Nous vous sommes profondément reconnaissants de l'attention et de votre soutien constant dans la réalisation de cette thèse.

Soyez assuré de notre grande gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

A Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de notre thèse.

Nous vous remercions vivement de l'intérêt que vous avez manifesté pour notre travail ainsi que pour votre enseignement, vos conseils et soutien constant au cours de notre internat.

Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

A Monsieur le Professeur Vincent LAPREVOTE,
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier de Psychiatrie

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de notre thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez témoigné pour notre travail. Nous vous sommes reconnaissants de vos enseignements ainsi que de vos conseils avisés.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect

A notre Maître et Juge

A Monsieur le Professeur Yves MARTINET,
Professeur Émérite des Universités – Président du Comité d'Éthique CHRU Nancy

Votre présence parmi les membres du jury nous honore.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à notre travail et pour l'apport de votre expertise éthique dans un sujet source de débat.

Nous vous exprimons ici notre profond respect et nos sincères remerciements.

Remerciements William DALFIN

A Monsieur le Professeur SCHWAN. Je tiens à vous exprimer mes sincères remerciements pour votre soutien dans les projets qui ponctuent mon internat. Votre confiance m'honore et m'oblige, veuillez recevoir ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A l'ensemble des médecins admirables avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mon internat. A ceux qui, passionnés, m'ont transmis leur enseignement théorique et pratique. Je pense en particulier aux Dr Kecir, Dr Lopparelli, Dr Milazzo, Dr Laruelle, Dr Fouquet, Dr Caille, Dr Kostrzewa, Dr Thibault, Dr Pichene, Dr Soulet, Dr Flavier, Dr Sense, Dr Ligier, Dr Body Lawson, Dr Maazi, Dr Wolf, Dr Schoenberger, Dr Willard, Dr Witkowski, Dr Baratta.

A mes co-internes et amis qui m'ont accompagné tout au long de mes études. Avec une pensée particulière pour le Dr Gross, Dr Lamourette, Dr Artigaud, Dr Lucas, Dr Thirion, Dr Henrion, Dr Pierron, Dr Gaspard, ainsi que Francescu, Nicolas, Jérémy, Guillaume, Ambre, Hélène, Pierre, Sara, Tiffany, Naëva, Marion, Jean, Nelson, Marie.

A l'ensemble des équipes du service de psychiatrie de l'USP6, l'USL6, de l'UAUP, de pédopsychiatrie au Centre Psychothérapique de Nancy, de l'unité Chopin au CHS de Ravenel.

Enfin à Pauline Kieffer et à Mathieu, je garde en souvenir les moments remarquables que nous avons partagés. A Pauline, je te remercie pour ta disponibilité, ton goût de la connaissance et de la réflexion qui donnent l'exemple. A Mathieu, ce travail a été d'autant plus enrichissant qu'il a été investi de ton enthousiasme et ta bonne humeur.

A Victoria, mes parents, mes grands-parents et à mon frère Lionel,

Remerciements Mathieu GUYMARD

A William. *Pour notre amitié, pour le plaisir de nos échanges tant cliniques que personnels, pour ton soutien constant dans les moments difficiles, et pour la satisfaction d'arriver tous deux au bout du marathon qu'est cette thèse ; marathon que nous avons initié, pensé et mené depuis plus de 2 ans.*

A mes parents, Jean-Luc et Florence, à mon frère et ma sœur Maxime et Marie, et à toute ma famille. *Merci d'avoir cru en moi et de vos encouragements au long de ces longues études. Merci de votre amour, et de m'avoir transmis vos valeurs.*

A mes maîtres de psychiatrie nancéiens. *Pr Jean-Pierre Kahn, Pr Raymund Schwan, Pr Bernard Kabuth et Pr Vincent Laprevote. Merci pour la qualité de vos enseignements.*

A mes mentors de psychiatrie*. Pr Dominique Drapier, Dr Jean-Marie Batail, Dr Pascale Olivier, Dr Sylvie Lereboulet, Dr Zine Eddine Douair, Dr Marius Mocodean, Pr Jean-Pierre Kahn, Dr Pauline Kieffer, Dr Sarah Lopparelli, Dr Bernard Blanchard, Dr Assia Zerrouk, Dr Younes Aatti, Dr François Rousseau, Dr Jean-Luc Levelonindrainy, Dr Aurélie Vigier, Dr Léna Bouvet, Dr Fréderic Boulanger, ... Le compagnonnage auprès de vous m'a beaucoup apporté par votre clinique, par vos valeurs humaines, et par votre pensée du colloque singulier.*

A mes ami.e.s et camarades internes (ou anciens internes) *: Louise, Marion, Audrey, Alice, Marilou, Jean, Foulques, Clarisse, Ambre, Héloïse, Sara, Thomas, Pierre-Henri, Marie, … Le temps passe si vite à vos côtés.*

A mes ami.e.s de Bretagne (parfois émigrés désormais)*. Pierre-Antoine, Corentin, Soline, François, Emilie, Pol, Marina, Florian, Mathilde, … Vous me manquez tous énormément.*

A toutes les équipes du centre Hospitalier Ravenel, soignantes et administratives. *C'est une vraie joie de travailler avec vous au quotidien. Merci de votre patience, de vos sourires, et de ce que vous m'apprenez jour après jour. J'ai une pensée particulière pour les équipes d'Apollinaire, d'Artaud, de Tremplin, de l'unité d'accueil et d'orientation et de Frida Kalho par où je suis passé au cours de mon internat.*

Aux équipes de l'unité 6 au Centre psychothérapeutique de Nancy et de la maison des Adolescents à Metz. *J'ai beaucoup appris auprès de vous quant à penser le soin et le rôle médical.*

A Madame Sandrine Miclot *pour son suivi.*

A mes patients *de qui je reçois plus que je ne donne et qui m'apprennent chaque jour.*

Merci.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DU SUJET 18
1.1. Quelles sont les pratiques associées à une demande d'aide à mourir ? 18
1.1.1. Trois définitions pour une demande d'aide à mourir 18
1.1.2. L'euthanasie 19
1.1.3. Le suicide assisté 20
1.2. Le contexte du débat en France 21
1.2.1. Le contexte légal 21
1.2.2. Le contexte éthique 24
1.2.3. Les états généraux de la bioéthique en 2018 25
1.2.4. Le contexte médical 26
1.2.5. Le choix de certains pays de tolérer ou légaliser la demande d'aide à mourir 27
1.3. La demande d'aide médicale à mourir et la psychiatrie 27

2. ARTICLE : DROIT À MOURIR ET SUICIDE ASSISTÉ : ÉTATS DES LIEUX ET ANALYSE CRITIQUE 30
2.1. Introduction 34
2.2. Méthode 34
2.2.1. Sélection des pays d'intérêt 34
2.2.2. Stratégie de recherche de données 35
2.3. Résultats 36
2.3.1. Description des législations et des pratiques 36
2.3.2. Trois définitions pour une demande d'aide à mourir 37
2.3.3. Les données épidémiologiques 38
2.3.4. Le rôle actuel du psychiatre 38
2.3.5. Les facteurs influençant la demande d'aide à mourir 42
2.4. Discussion 44
2.4.1. Un suicide peut-il être assisté ? 45
2.4.2. Bioéthique ou éthique médicale ; citoyen-médecin ou médecin-citoyen ? 46
2.4.3. Une demande d'aide à mourir, un équivalent suicidaire ? 48
2.5. Conclusion 49
2.6. Bibliographie 50
2.7. Tableaux 57

3. CONCLUSION ET PERSPECTIVES 62

BIBLIOGRAPHIE 67

1. INTRODUCTION ET PRÉSENTATION DU SUJET

Un nombre croissant de pays autorise les demandes d'aide médicale à mourir (DAM) (1). Les pratiques sont plurielles et les appellations sont nombreuses (2). L'une des plus courantes est « suicide assisté ». Nous présentons la polysémie des termes utilisés. Selon le travail de synthèse du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), les demandes d'aide à mourir se résument à trois pratiques : le suicide assisté, l'assistance au suicide et l'euthanasie (3). En France la révision des lois de bioéthique et l'organisation d'états généraux de la bioéthique, révèlent qu'une partie importante de la population serait favorable à un droit à mourir (4). Nous présentons ainsi le contexte légal, éthique et médical de l'émergence de cette demande d'aide médicale à mourir. Enfin nous analysons les enjeux de cette demande qui soulèvent une réflexion sur les pratiques et le rôle du psychiatre.

1.1. Quelles sont les pratiques associées à une demande d'aide à mourir ?

Le « droit à mourir » est relié à des pratiques qui répondent à une demande d'aide pour mourir. Il existe de nombreux termes dont les principaux en français et en anglais sont : suicide assisté, assistance au suicide, euthanasie, aide médicale à mourir, Physycian Assisted Death (PAD), Physician Assisted Suicide (PAS), Medical Aid In Dying (MAID) (2). Les termes varient selon les pays, les langues, les types d'articles (article médical, juridique, social, éthique…). En français la phrase « *je demande à ce qu'on m'aide à mourir* » est associée spontanément à la notion de « suicide assisté » (5).

1.1.1. Trois définitions pour une demande d'aide à mourir

Le travail de synthèse du CCNE organise les pratiques selon trois procédures distinctes : suicide assisté, assistance médicale au suicide, euthanasie. A notre connaissance il n'existe pas de définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou une autre institution internationale de l'assistance au suicide, de l'euthanasie ou du suicide assisté.

Dans l'avis n°121 de 2013 (3), le CCNE définit :

- L'assistance au suicide comme « *donner les moyens à une personne de se suicider elle-même. Dans ce cas, la personne réalise elle-même son suicide en absorbant un produit létal qui lui a été préalablement délivré. La seule volonté à l'origine de l'acte létal est celle de*

la personne qui peut, dans sa sphère privée, mettre fin à sa vie. La personne détenteur du produit létal reste libre de ne pas l'absorber ».

- Le suicide assisté, comme l'intervention directe d'un tiers aidant à la réalisation de l'acte : « *lorsqu'une personne qui souhaite mettre fin à son existence n'est pas apte à le faire en raison de son état physique, elle a besoin, pour aller au bout de sa décision, de l'aide active d'un tiers pour l'administration - par absorption ou injection - du produit létal.* » Il nécessite donc l'intervention directe d'un tiers pour la réalisation de l'acte.

- L'euthanasie comme « *un acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable.* »

1.1.2. L'euthanasie

1.1.2.1. Histoire du concept

Euthanasie est un mot qui vient du Grec ancien, eu-thanatos et signifie « la bonne mort », « la belle mort » ou encore « la mort dans de bonnes conditions ». Dans l'antiquité gréco-romaine ce terme est peu utilisé. Son usage et son sens premier désignent la qualité des derniers instants vécus de l'individu. L'euthanasie peut alors désigner aussi bien la mort douce, paisible et naturelle d'un homme que sa mort de suicide, par choix, afin de hâter une mort pénible ou déshonorante (6). Au moyen-âge le terme d'euthanasie se perd. Dans l'occident chrétien une mort est considérée comme bonne si elle a pu être préparée spirituellement, comme décrit dans l'Ars Moriendi (l'art de mourir) (7). Le philosophe Anglais Francis Bacon en 1605 réutilise le terme « euthanasie » qu'il désigne comme l'« *office du médecin […] d'adoucir les douleurs et les souffrances attachées aux maladies, et […] lorsqu'il n'y a plus d'espérance, de procurer aux maladies une mort douce et paisible* ». L'euthanasie reprend ici son sens ancien et qualitatif d'une mort apaisée. Il s'agissait pour Francis Bacon d'insister sur le rôle médical dans l'accompagnement des patients déclarés incurables (8).

A partir de la fin du XVIII^{ème} siècle à nos jours, un double glissement sémantique va se produire progressivement. Dès le début du XIX^{ème} siècle l'euthanasie se réfère aux derniers soins médicaux donnés aux patients à l'agonie. Le glissement s'effectue alors d'une qualité (celle de la mort douce du malade) à un acte (le prendre soin du mourant). A la fin du XIX^{ème}

siècle, l'euthanasie se réfère à l'acte du médecin de provoquer intentionnellement la mort de son patient (8). Les glissements sémantiques aboutissent à la conception contemporaine de l'euthanasie qui n'est plus une mort douce, une forme de suicide ou une préparation à la mort par le patient, mais comme « *l'acte infligé dont l'intention première vise la mort d'un malade* » pour supprimer sa souffrance (9).

Ainsi l'évolution sémantique de l'euthanasie fait écho à la confusion du débat actuel : celui de la qualité de la fin de vie, celui du soin de l'agonie par le médecin et celui de la mort à la demande.

1.1.2.2. Euthanasie active – euthanasie passive

Dans le récent article « *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe* » (2), les auteurs font une différence entre :

- une euthanasie passive, par arrêt d'un traitement qui maintenait artificiellement le patient en vie
- une euthanasie active, par ajout d'un traitement qui conduira à la mort de la personne.

Dans l'euthanasie active on distingue trois situations :

- l'euthanasie active volontaire si elle est réalisée à la demande du patient ;
- l'euthanasie active involontaire s'il n'y a pas de demande du patient car il n'est plus capable d'exprimer une telle requête ;
- l'euthanasie active non volontaire si elle est réalisée chez un patient incapable au sens juridique de faire une telle demande.

Certains articles scientifiques simplifient en parlant d'« *euthanasie simple* », ce qui désigne l'euthanasie active avec ou sans consentement du patient. Dans les articles de lois des pays admettant l'euthanasie, l'euthanasie se réfère uniquement à l'euthanasie volontaire (2).

1.1.3. <u>Le suicide assisté</u>

1.1.3.1. Une étymologie compliquée à retracer

Il n'est pas évident de trouver l'origine des concepts « *assistance au suicide* » ou « *suicide assisté* ». Il semblerait que ces dénominations aient vu le jour, en France, lors des revendications militantes des années 1980-85 portées par *l'Association du Droit à Mourir*

dans la Dignité (ADMD). Cette association fait elle-même partie d'un regroupement associatif mondial : la « *World Federation of the Right-to-Die Societies* » fondée en 1980 (10). Les premiers termes utilisés furent « *auto-délivrance* » et « *mort volontaire* ». Faute de « succès » et n'ayant pu faire consensus, il leur a été préféré l'expression « *suicide assisté* » (11).

1.1.3.2. Les arguments originels

Jacques Pohier, militant et membre de premier plan de l'ADMD précise dans son ouvrage « *La mort opportune* » les arguments qui fondent la légitimité, selon lui, d'une demande d'aide médicale à mourir. Il évoque des arguments « *techniques* » et « *psychologiques* » (11). Pour lui, les médicaments sont « *un moyen efficace et sans violence* » pour mourir par rapport au suicide. Il évoque alors la nécessité d'une prescription pour obtenir des « *médicaments sûrs avec un résultat moins aléatoire* » et la présence d'un tiers qui « *puisse prendre le relais »* pour ne pas prolonger l'agonie de la personne. De plus il considère qu'un suicide assisté permet à une personne de ne pas mourir seule et d'être accompagnée.

1.2. Le contexte du débat en France

1.2.1. Le contexte légal

Le suicide est un droit-liberté depuis sa dépénalisation en 1791 par l'assemblée législative issue de la révolution française de 1789 (12). On a le droit de se suicider mais on n'a pas le droit à un suicide au sens où il ne s'agit pas d'un droit-créance. Le suicide est donc considéré comme une liberté (droit-liberté) que peut exercer l'individu, mais pour lequel la société n'a pas à donner les moyens pour le mettre en œuvre (sans droit-créance). La société, si elle reconnaît l'expression d'une liberté qui ne peut être punie, cherche cependant à protéger ses citoyens d'un tel acte (13).

En France le fait de provoquer intentionnellement la mort ou d'aider quelqu'un à se tuer est un interdit puni par le code pénal en tant que « *homicide volontaire* » (14) ou « *non-assistance à personne en péril* » (15) ou encore de « *provocation au suicide, ou de*

propagande ou publicité en faveur de produits, objets ou méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort » (16).

En effet, la participation active d'un tiers, même si elle intervient à la demande de la victime dans une dimension altruiste, peut être considérée comme un homicide selon les articles 221-1 à 5 du Code de procédure pénale. Ainsi en France, le terme euthanasie n'est pas reconnu par la loi et son action se place sous la définition légale de l'homicide volontaire. Si un meurtre ou une complicité de meurtre est retenu dans ce cadre, la peine encourue peut aller jusqu'à 30 ans de réclusion pour ces qualifications minimales.

L'article 223-6 du Code pénal permet de qualifier de non-assistance à personne en péril une situation dans laquelle un tiers reste dans une position passive face au suicide, cette peine pouvant aller jusqu'à 5 ans de prison. Ce délit de non-assistance est classé parmi les infractions à caractère volontaire. L'article 223-6 du Code pénal appartient à un ensemble d'articles regroupés dans une section du code pénal nommée « *De l'entrave de mesures d'assistance et de l'omission de porter secours* ». Le concept général de ces articles est d'imposer un devoir de solidarité à chaque citoyen vis à vis des autres. Un aphorisme bien connu des pénalistes précise que cet article est destiné à « *éviter l'égoïsme sans imposer l'héroïsme* ». Le délit avait été prévu pour éviter qu'une personne, constatant qu'une autre est en danger de mort pour un motif quelconque, ne s'en préoccupe pas.

Depuis 1987, la France a légiféré pour punir la propagande et la publicité en faveur du suicide ; ainsi, les articles 223-13 et 223-14 du Code pénal prévoient des sanctions pour la provocation au suicide, tenté ou consommé par autrui, de même que la propagande ou la publicité en faveur de produits, objets ou méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort. Des peines d'un à sept ans de réclusion peuvent être requises selon la qualification retenue. Cette loi fait suite à la parution d'un livre grand public « *Le droit à la mort, suicide mode d'emploi* » de Claude Guillon en 1980 et des brochures à usage interne de l'ADMD en 1982 et 1985 explicitant quelles médications utiliser pour mourir.

Dans le même temps, une circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, dite « circulaire Laroque » en Août 1986, aborde l'organisation des soins et l'accompagnement des malades en phase terminale. *Le « texte a donc pour objet, de préciser ce que sont les soins d'accompagnement parfois appelés soins palliatifs et de présenter les modalités essentielles de leur organisation, compte*

tenu de la diversité des situations (maladie, vieillesse, accident ; à domicile ou en institution) » (17). La circulaire avait comme ambition de rendre *« l'épreuve de la mort adoucie pour le mourant et supportée pour les soignants et les familles sans que cela n'entraîne de conséquence pathologique »* (17).

La loi Leonetti de 2005, relative au droit des malades et à la fin de vie, encadre le droit sur la fin de vie en France. Elle valorise le droit du patient, et souhaite éviter l'obstination déraisonnable des soins. Elle précise aussi le principe du double effet : pour lutter contre la souffrance on peut majorer les dosages d'antalgiques et de sédatifs même si celles-ci peuvent avoir pour second effet d'accélérer la mort. Il n'est pas fait mention dans cette loi d'un droit à mourir par euthanasie ou suicide assisté (18).

La loi de 2016 dite de Clayes-Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades vient ainsi préciser la pratique de sédation profonde et continue, provoquant une altération de la conscience dans l'intention de soulager une souffrance de fin de vie. Elle peut être mise en place à la demande du patient, ou au terme d'une discussion collégiale si ce dernier est inconscient et est atteint d'une maladie grave et incurable dont le pronostic est engagé à court terme (19).

Le suicide assisté et l'euthanasie restent donc en 2020 des interdits en France. Certains opposeront que la sédation profonde et continue serait déjà une forme d'euthanasie (4) ; cependant l'intention première du législateur est de faire cesser la souffrance et non de tuer le patient.

En France, dans le processus de révision des lois de bioéthique engagé en 2018 est prévue une réflexion rigoureuse préalable à l'adoption d'éventuelles modifications faisant intervenir plusieurs institutions. Ainsi ce sont prononcés spontanément ou sur saisine présidentielle : L'Agence de la Biomédecine, le Comité Consultatif National d'Éthique, l'Académie Nationale de Médecine, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (20).

1.2.2. Le contexte éthique

Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) est l'«opérateur» chargé d'organiser le débat public préalable à la révision d'une loi de bioéthique (4). Il édite aussi des rapports et avis. En France, la problématique d'un droit à mourir s'intègre historiquement dans la thématique de la réflexion éthique sur la prise en charge en fin de vie.

Le CCNE a émis cinq avis depuis 1991 concernant la thématique de la demande d'aide pour mourir : l'avis n°26 (1991), l'avis n°58 (1998), l'avis n°63 (2000), l'avis n°121 (2013) et l'avis n°129 (2018).

Dans l'avis n°26 en 1991, le CCNE désapprouvait *« qu'un texte législatif ou réglementaire légitime l'acte de donner la mort à un malade* » (21). En 1998 lors de l'avis n°58, il se déclarait « *favorable à une discussion publique sereine sur le problème de l'accompagnement des fins de vies comprenant notamment la question de l'euthanasie* » (22). En 2000 dans l'avis n°63 il proposait la notion « d'engagement solidaire et d'exception d'euthanasie » (23).

En 2013 François Hollande, Président de la République, annonce la saisine du CCNE suite à la « commission Sicard » qui remit un rapport sur « *penser solidairement la fin de vie* » en demandant entre autres « *Selon quelles modalités et conditions strictes permettre à un malade conscient et autonome, atteint d'une maladie grave et incurable, d'être accompagné et assisté dans sa volonté de mettre lui-même un terme à sa vie ?* » (24). Ainsi dans l'avis n°121 « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », le CCNE indique en 2013 : « *En ce qui concerne le droit d'une personne en fin de vie à avoir accès, à sa demande, à un acte médical visant à accélérer son décès, et/ou le droit à une assistance au suicide, le Comité n'a pas abouti à l'expression d'une réflexion et de propositions unanimement partagées* » (3). La majorité des membres du Comité « expriment des réserves majeures et recommandent de ne pas modifier la loi actuelle, estimant qu'elle opère une distinction essentielle et utile entre « laisser mourir » et « faire mourir » » (3). Les membres se posaient aussi la question suivante : « *pour quelles raisons certaines formes de « demande d'aide à mettre un terme à sa vie » seraient autorisées alors que d'autres ne pourraient l'être* » (3).

Le dernier avis du CCNE est l'avis n°129 rédigé dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique de 2019 et faisant suite aux États généraux de la bioéthique en 2018.

1.2.3. Les états généraux de la bioéthique en 2018

Le CCNE a piloté le débat et l'a organisé sous la forme d'« États Généraux » en s'appuyant sur la mobilisation des Espaces de réflexion éthique régionaux, sur un site internet dédié, sur des auditions d'associations, d'institutions et de représentants de courants de pensée, mais aussi de sociétés savantes et de Comités d'éthique nationaux. Les « États généraux » se sont déroulés du 18 janvier 2018 au 30 avril 2018 avec la tenue de quelques auditions et d'une réunion du Comité Citoyen, jusqu'au 24 mai 2018. L'ensemble des contributions a été analysé par le CCNE et a abouti à la rédaction d'un rapport (4).
Ce dernier recense les positions de la population sur des sujets éthiques. Une des deux thématiques ayant reçu le plus de contributions sur le site internet des « États généraux de la bioéthique » est celle de la « Prise en charge en fin de vie » (4).

Ainsi, les États généraux de la bioéthique ont été l'occasion pour les participants aux débats régionaux, les internautes, et les groupes auditionnés, d'échanger sur leur « *vision de terrain* » de la loi de 2016, et d'exposer soit leur souhait de préserver le statu quo de la loi, soit leur désir de voir évoluer la loi en faveur d'une légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie.

Dans le rapport, un Comité Citoyen représentant la société dans sa diversité, édite un avis sur une thématique éthique de son choix. En 2018, il donne une « Opinion sur la thématique de fin de vie ». Il émet le souhait que la loi française puisse ouvrir la possibilité au suicide assisté et à l'euthanasie au sein des alternatives de fin de vie, sans remettre en cause l'accès à des soins palliatifs de qualité. Il propose aussi de substituer au terme de suicide assisté celui d'aide médicale à la mort (4).

Dans les suites, le CCNE émit un avis (numéro 129) en septembre 2018. Il proposait en ce qui concerne « *l'accompagnement de la fin de vie* » de « *ne pas modifier la loi existante sur la fin de vie (loi Clayes-Léonetti)* », « *un nouveau plan gouvernemental de développement des soins palliatifs » et une « volonté que soit réalisé un travail de recherche descriptif et compréhensif*

des situations exceptionnelles, auxquelles la loi actuelle ne permet pas de répondre, et qui pourrait éventuellement faire évoluer la législation » (25).

1.2.4. Le contexte médical

Les progrès de la médecine permettent de mieux comprendre et soigner les pathologies. Il existe de nouvelles possibilités thérapeutiques grâce à l'acquisition d'innovations scientifiques et technologiques dans le domaine du vivant faisant intervenir une pluralité d'acteurs (médecins, industrie pharmaceutique, start-ups).

Cependant, d'une part, les nouvelles possibilités thérapeutiques ne bénéficient pas à l'ensemble des maladies et ne sont pas systématiquement curatrices. Les patients vivent plus longtemps avec des maladies que l'on ne guérit pas et qui nécessitent une médicalisation importante, entrainant des souffrances et des inconforts. Les patients sont moins autonomes et doivent faire appel à des aidants, qu'ils soient issus du monde de la santé ou de leurs proches. Il s'agit d'un coût économique pour la société et l'individu mais aussi d'un coût psychique pour le patient dépendant dans une société qui promeut l'autonomie comme une valeur cardinale. Il peut ainsi exister une tension entre des intérêts individuels (bien être individuel, autonomie) et collectifs (santé publique et économie) (3).

D'autre part, avec l'aggravation des inégalités, l'organisation du système de santé et la fonction même du soin sont objet d'inquiétudes. Le CCNE écrit : « *les Français, usagers ou professionnels de santé, ont conscience du haut niveau et de la qualité des soins dispensés, mais aussi de la fragilité du modèle français* » (25). Les États Généraux de la bioéthique de 2018 révèlent aussi un climat de « *défiance vis-à-vis du personnel médical* » (4).

Ce contexte participe à la redéfinition du rapport médecin-malade. Notre discipline a toujours eu comme rôle de lutter contre la maladie qui pouvait hâter la fin de l'individu. Il s'agit d'un combat que menaient conjointement le patient et son médecin. D'abord selon un rapport très dissymétrique, le patient considéré comme inculte dans ce domaine remettait sa vie entre l'homme de science. La relation a désormais changé, et s'est transformée en collaboration, le médecin informe et le patient décide avec lui. Récemment, pour les maladies chroniques notamment, le patient devient même expert de sa pathologie et renseigne précisément le médecin sur ses symptômes pour qu'il puisse prendre la meilleure décision (26).

Ainsi, progressivement, le patient est devenu acteur de sa prise en charge et de la même manière en ce qui concerne sa fin de vie. Dans ses rapports à la vie et à la mort, la médecine oscille entre deux considérations : d'une part, elle est porteuse d'espoir ; d'autre part, elle doit s'adapter aux volontés de chacun.

1.2.5. Le choix de certains pays de tolérer ou légaliser la demande d'aide à mourir

Depuis la fin des années 1990, plusieurs pays occidentaux autorisent ou tolèrent la demande d'aide à mourir, en Europe, comme la Suisse, la Belgique, les Pays-Bas, le Luxembourg, et en Amérique du Nord, comme l'État américain de l'Oregon.

Cependant à l'échelle mondiale, ces pays demeurent minoritaires et ces législations s'intègrent dans des contextes socio-culturels particuliers. Par exemple, la « *Loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide* » en Hollande formalise une pratique qui existait depuis 30 ans sans encadrement juridique (27). La légalisation dans l'État d'Oregon répond quant à elle à une demande culturelle très forte d'autonomie (28). D'ailleurs l'euthanasie y demeure interdite car l'idée de mourir de la main d'un tiers heurte la notion d'autonomie.

La mondialisation et la circulation de l'information qui y sont associées entraînent une réflexion générale sur ces questions. La facilité de circulation des individus leur permet de bénéficier de pratiques non autorisées dans leurs pays, ce qui ne manque pas, en retour, de participer à l'ouverture du débat sur la généralisation de ces droits. Au Benelux et en Suisse la pratique de demande d'aide à mourir est accessible sous conditions aux étrangers. Dans les médias ces pratiques sont associées à des notions de « tourisme de la mort » ou de « tourisme de suicide » (29).

1.3. La demande d'aide médicale à mourir et la psychiatrie

Nous avons identifié un nombre croissant de publications, articles et avis, dans de grandes revues médicales (Journal of the American Medical Association, British Medical Journal, New England Journal of Medecine, Crisis, etc...) ces vingt dernières années. Initialement, les études ont abordé les critères et les modalités d'évaluation des demandes d'aide médicale à

mourir. Il y avait aussi des articles de réflexions sur la notion de « bonne mort » ou sur la mort selon des considérations éthiques (autonomie), philosophiques, religieuses ; des avis étayés qui critiquent ou justifient la réalisation de ces procédures pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques ou non. Par ailleurs des études longitudinales ont étudié le lien entre des maladies somatiques, la douleur, la dépression et le désir de hâter la mort. Récemment, des articles sont parus sur les avis des professionnels médicaux concernant la réalisation de cette pratique, la problématique d'évaluation du discernement des patients (souffrant de pathologies psychiatriques ou non), et enfin sur les déterminants d'une demande d'aide médicale à mourir.

Ces deux dernières années, plusieurs symposia ou communications sur ce thème ont été organisés dans différents congrès nationaux et internationaux de psychiatrie. Ainsi nous avons pu assister au Congrès Français de Psychiatrie (CFP) à Nantes en 2018 et à Nice en 2019, au Congrès Européen de Psychiatrie (EPA) à Nice en 2018, au Congrès Mondial de Psychiatrie (WPA) à Lisbonne en 2019. Au CFP à Nantes, les intervenants abordaient les arguments qui sous-tendent les positions pour ou contre le suicide assisté. A l'EPA, des médecins suisses présentaient des « cas cliniques » de personnes ayant bénéficié d'une procédure de suicide assisté. En août 2019 au WPA, selon une démarche épistémologique, nous interrogions le rôle du psychiatre et le sens du « suicide assisté » par l'étude des législations des pays autorisant ou tolérant les demande d'aides médicales à mourir. Notre communication s'intitulait : « *What can a comparative analysis of legislations teach us about assisted suicide ?* » (30).

C'est essentiellement par le prisme de la demande d'aide médicale à mourir chez des patients souffrant de troubles psychiatriques que les psychiatres s'interrogent de plus en plus sur le thème de la demande d'un droit à mourir. En effet, certains pays comme la Suisse, les Pays-Bas et la Belgique autorisent la demande de mourir en raison d'une pathologie psychiatrique. La demande d'aide médicale à mourir pour des maladies psychiatriques reste polémique et a conduit ces dernières années à davantage de poursuites judiciaires, de couvertures médiatiques et, en réponse, à l'élaboration de nouvelles recommandations. Ces recommandations proposent en majorité d'intégrer des psychiatres dans l'évaluation des demandes.

Une demande d'aide médicale à mourir questionne à un autre titre la pratique psychiatrique. En effet, pour un psychiatre, la formulation d'une envie de mourir ou d'idées de mort est considérée comme l'expression, a priori pathologique, d'idées suicidaires (31). En France, l'expression de telles idées de mourir, lorsqu'on les qualifie de suicidaires, est l'occasion d'une évaluation psychiatrique. Pourtant, lorsque cette volonté de mourir est intégrée à une demande d'aide médicale à mourir, il n'y a, à notre connaissance, aucune sollicitation systématique des psychiatres. De plus, l'emploi régulier et médiatique de l'expression « suicide assisté » crée un lien sémantique avec le suicide qui épaissit la problématique soulevée.

Nous avions étudié dans notre Mémoire du Diplôme Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Légale en 2019 « *L'histoire médico légale du suicide* », la responsabilité et les obligations du médecin en matière de suicide (12). En France, l'imminence d'un risque autolytique sans adhésion au système de soins est l'occasion de mesures de soins contraints sous la forme de « soins à la demande d'un tiers » ou « en péril imminent ». Dès lors, que penser de la responsabilité du médecin à qui incombe d'une part un rôle de prévention du suicide et d'autre part une institutionnalisation éventuelle d'un « suicide assisté » ?

C'est en gardant à l'esprit ce questionnement et l'intérêt du patient, qu'à partir d'une revue de littérature permettant d'établir un état des lieux des pratiques de demandes d'aide à mourir, nous tentons dans notre article de réfléchir à cette question et de contextualiser la pratique du psychiatre.

2. ARTICLE : DROIT À MOURIR ET SUICIDE ASSISTÉ : ÉTATS DES LIEUX ET ANALYSE CRITIQUE

Droit à mourir et suicide assisté : état des lieux et analyse critique

William Dalfin*[1]; Mathieu Guymard*[1] ; Pauline Kieffer[2,4], MD ; Jean-Pierre Kahn[3,4], MD, PhD

1 : Interne, Pôle de Psychiatrie et Psychologie Clinique, Centre Psychothérapique de Nancy, France
2 : Psychiatre, Pôle de Psychiatrie et Psychologie Clinique, Centre Psychothérapique de Nancy, France
3 : Professeur de psychiatrie, Université de Lorraine, Nancy, France
4 : Fondation Santé des Étudiants de France, Paris, France
*****ayant également contribué

Résumé

Titre : Droit à mourir et suicide assisté : état des lieux et analyse critique

Objectifs : En France, dans le contexte de révision des lois de bioéthique, le débat public fait surgir la question de la possibilité de demander une aide médicale à mourir. Ce travail se propose : de faire un état des lieux du cadre réglementaire et des pratiques dans cinq états ayant légiféré ; de réaliser une analyse critique du rôle du psychiatre et de l'intérêt d'entretiens psychiatriques lors d'une demande d'aide à mourir.

Méthode : Les états étudiés (la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, l'état de l'Oregon) bénéficient d'un retour d'expérience de plusieurs années. 127 articles ont été sélectionnés à partir des bases de données Pubmed et Cairn principalement, publiés entre 1997 à 2020. Il s'agit d'articles traitant : des réglementations, d'épidémiologie, de réflexions éthiques et sociologiques.

Résultats : Selon les pays, les modalités pratiques et les terminologies, de ce qu'on appelle à tort « suicide assisté », diffèrent. Il s'agit principalement, d'une pratique médicale qui évalue des critères formels de validité au regard de la loi. Une majorité de demande concerne des pathologies tumorales. L'analyse des déterminants révèle que, même en absence de pathologie psychiatrique, des déterminants d'ordre psychologique et psychopathologique sont présents.

Conclusion : Dans l'intérêt du patient, nous insistons sur la nécessité d'entretiens psychiatriques avec toute personne formulant une demande d'aide médicale à mourir. Cette demande doit s'appréhender, au-delà d'un savoir technique et scientifique, sur le terrain du colloque singulier afin de permettre une contextualisation de la demande dans la dialectique du patient.

Mots clés : demande d'aide médicale à mourir, « suicide assisté », colloque singulier, éthique médicale

Abstract

Title: The right to die and assisted suicide: review and critical analysis

Objectives:

In the context of the present re-examination of the French bioethical laws by the National Advisory Ethics Committee ("Comité Consultatif National d'Ethique": CCNE), a recent survey indicated a request of the public opinion to obtain a medical aid in end of life and a so-called "assisted suicide". This led psychiatrists to re-consider their role and deontological position, which usually leds them to consider a request for an assistance in suicide as -a priori- a pathological demand, occurring within a suicidal crisis.

The present article intends to 1: describe the laws and practices of countries which allow medically assisted end of life help procedures; 2: clarify the definitions of "assisted suicide", "assistance to suicide" and "euthanasia"; 3: consider available epidemiological data and the roles given to doctors and, more specifically psychiatrists, in these procedures; 4: analyse the rationale, behind these demands. These considerations should enable French psychiatrists to clarify their position, when facing requests for a medical aid in dying.

Methods:

Four European Countries: Switzerland, the Netherlands, Belgium, Luxemburg and Oregon (the first US state to introduce legislation) were considered, since they accumulated and published a large amount of experiences and data about "assisted suicide" and medical help in dying. 127 articles were selected, mainly from PubMed and Cairn databases, published between 1997 and 2020. These articles deal with legal considerations, epidemiological data, ethical and sociological considerations.

Results:

Laws and practices differ notably, according to the state/country. In Belgium, the Netherlands and Luxemburg, so-as in Oregon, the medical help in dying is de-criminalized, as long as certain legal criteria are met. In Switzerland, where no specific law exists in the penal

code, non-governmental associations benefit the legal vacuum and organize the practice of "assisted suicide" for "*altruistic motives*". In the scientific and legal literature, the terms used to describe and define the medical help in dying upon request differ greatly. In France, the National Advisory Ethics Committee defines euthanasia ("*euthanasie*"), assisted suicide ("*suicide assisté*") and suicide assistance ("*assistance au suicide*"). Available epidemiological data, whatever the country considered, indicate that requests for a medical aid in dying are expressed mainly by patients aged over 60 y.o. and suffering from cancer. Psychiatric diseases account for 1% to 3% only. Most often, no systematic assessment by a psychiatrist is neither requested nor made, when the demand doesn't occur during a primary psychiatric illness. In the case of an existing primary psychiatric pathology, a psychiatrist assesses the case against formal legal predefined criteria. This latter practice was only recently introduced, after some feedback and after legal actions have been brought to Court. When the underlying motivations of the request are considered, it appears that, even in the absence of an evolving psychiatric condition, several psychological or psychopathological reasons prevail, such as, spirituality, attachment style, social isolation, despair, depression,… which should greatly benefit psychiatric exploration, investigation and expertise.

Conclusion:

In some countries, the request for a medically assisted help in dying has become a legal and social reality. In France, where the public debate is still open, it should be emphasized that a psychiatric assessment and interview should be systematically provided to any person, requesting a medical assistance to die or commit suicide. It is the commitment of psychiatrists to understand the implicit demands and unexpressed motives underlying this request, which have strong links with the unique life-events and emotional experiences of the person. The psychiatrist has a unique role in the contextualization of such a request.

Keywords : medical aid in dying, assisted suicide ; doctor-patient personal bond ; medical ethics

2.1. Introduction

En France, en 2018, un débat public préalable à la révision des lois de bioéthique a été confié au Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). A cette occasion la question d'un droit à une demande d'aide médicale à mourir a surgi [1]. Selon un sondage IFOP de décembre 2017, 89% des français interrogés semblent favorables à ce droit, alors que la législation française l'interdit jusqu'à présent [2,3].

Ce contexte interroge sur les pratiques et la place du psychiatre dans les pays autorisant la demande d'aide à mourir. Pour un psychiatre, le suicide est a priori un acte pathologique [4]. Comment peut-il alors se positionner pour une demande d'aide médicale à mourir ?

Dans cet objectif, nous aborderons successivement :
1) les règlementations dans les quatre pays Européens qui actuellement ont recours à cette pratique : la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, et dans l'état de l'Oregon aux États-Unis, premier état américain à avoir légiféré sur cette question ;
2) la polysémie et la définition des termes utilisés : « assistance au suicide », « euthanasie », « suicide assisté ». C'est pourquoi nous choisirons d'utiliser le terme générique de demande d'aide à mourir (DAM) ;
3) les données épidémiologiques des demandes d'aide à mourir dans ces pays ;
4) le rôle donné aux psychiatres dans les pays évoqués ;
5) les déterminants influençant une demande d'aide à mourir ;
Ces données permettront de discuter, pour finir, les questions qui se posent à nous, psychiatres, face à une demande d'aide à mourir.

2.2. Méthode

2.2.1. Sélection des pays d'intérêt

Un nombre croissant de pays dans le monde autorise ou tolère des pratiques d'aide à mourir. Le chef de file historique en est la Suisse, qui en l'absence de législation, tolère depuis 1942 le suicide assisté. Dans ce pays, le suicide assisté s'est véritablement développé dans les années 1980 par l'intermédiaire d'associations. Chronologiquement, de nombreux

états occidentaux sont aujourd'hui concernés : l'état de l'Oregon depuis 1997, la Belgique et les Pays-Bas à partir de 2002, les États de Washington et du Montana ainsi que le Luxembourg depuis 2009, l'état du Vermont depuis 2013, l'état de Californie depuis 2015, le Canada et l'état du Colorado depuis 2016, enfin les états du New Jersey et de Hawaï en 2019 [5].

Indépendamment de la réflexion française, d'autres pays Européens, l'Italie et l'Allemagne notamment, questionnent une évolution de la loi en faveur de demandes d'aides à mourir.

Ce travail se centrera sur les pays européens ayant une expérience des pratiques d'aide à mourir, et qui bénéficient d'une riche littérature sur le sujet, ainsi que sur l'état de l'Oregon aux États-Unis, dont le modèle a inspiré d'autres états fédéraux américains.

2.2.2. Stratégie de recherche de données

Nous avons interrogé deux bases de données numériques : PubMed et CAIRN, des sites officiels des pays d'intérêt et des sociétés savantes. Des articles de recherche, des revues de littérature, des essais médico-sociologiques, des textes réglementaires, des comptes rendus d'organismes nationaux de surveillance des pratiques et des comptes rendus de comités d'éthique et de bioéthique ont été sélectionnés.

Les termes de recherche français résultent des équivalences proposées par le système MeSH [6] (tableau1). Les articles couvrent la période du 1er janvier 1997 au 1er janvier 2020. L'année 1997 a été choisie en référence à l'année d'entrée en vigueur de la loi en Oregon.

Cette étude a porté sur 127 références dont 43 articles et documents officiels traitant des réglementations, 26 articles sur les caractéristiques sémiologiques psychiatriques et somatiques des individus requérant une aide à mourir, 18 articles de réflexions éthiques et sociologiques, 25 articles de réflexions sur le rôle du psychiatre, 15 références diverses. La bibliographie de ce travail ne comporte que les articles appelés dans ce texte.

2.3. Résultats

2.3.1. Description des législations et des pratiques

Aux Pays-Bas, en Belgique et au Luxembourg, les pratiques de DAM sont encadrées [7]. Le fait de porter assistance à quelqu'un pour mourir y est un homicide, sauf dans le cadre d'une pratique médicale où un médecin respecte certains critères : on parle d'une dépénalisation conditionnelle [8].

Dans ces trois pays, le médecin évalue la demande qui lui est formulée à travers la vérification d'un certain nombre de critères appelées au Pays-Bas « critères de minutie » [9-11]. Il prescrit un produit létal et assiste le patient jusqu'au décès. Il s'assure du déroulement optimal de la procédure. Après le décès, il établit un certificat indiquant une mort de cause naturelle et la maladie pour laquelle la procédure a été sollicitée. Le médecin référent de la DAM adresse l'ensemble des documents aux organismes de contrôle nationaux. Ces organismes vérifieront a posteriori le respect des critères légaux et établiront des statistiques sur ces pratiques (tableau 2).

En Oregon un médecin peut prescrire un produit létal à un patient si les conditions définies par la loi sont remplies (tableau 2). Il déclare ensuite cette prescription à l'«*Oregon Health Agency*» (OHA). Le patient, considéré comme responsable, reste libre de prendre, ou non, le produit dans sa sphère privée [12].

En Suisse, pays où la pratique d'une DAM est la plus ancienne (1942), mais où aucune loi spécifique n'est en vigueur, l'article 115 du Code Pénal punit la personne qui *« poussée par un motif égoïste* » apporte « *l'assistance en vue d'un suicide* » [13]. Cela crée un vide juridique dans lequel trois associations militantes (EXIT, Dignitas-Vivre dignement-Mourir dignement, Life Circle) peuvent pratiquer le suicide assisté, poussées par un « *motif altruiste* » [14]. Chacune de ces associations édite ses propres critères de bonnes pratiques. Globalement, le sujet rédige une demande à l'association (manuscrite ou via notaire), et lui autorise l'accès à son dossier médical. Puis, il rencontre des membres de l'association. Celle-ci peut demander à la personne de contacter son médecin traitant, ou lui proposer le nom d'un médecin collaborant avec elle, pour prescrire le produit létal. La procédure de mort se déroule alors en présence d'au moins deux membres de l'association. La police est prévenue

par l'association. Le décès est constaté par un médecin extérieur. Dans ce contexte de vide juridique, la mort est dite « non naturelle » et le dossier est transmis à la justice. Le procureur consulte les éléments du dossier, dont ceux fournis par l'association et, le plus souvent, classe l'affaire sans suite. Néanmoins récemment des poursuites ont été engagées à l'encontre des associations, ce qui les ont conduites à filmer plus fréquemment la procédure de mort assistée [15].

2.3.2. Trois définitions pour une demande d'aide à mourir

Dans la littérature, les termes utilisés pour définir une procédure de demande d'aide à mourir varient de manière significative.

En Oregon, il s'agit d'une pratique d'aide à mourir selon la loi de 1997 *« Death With Dignity Act* » [12] ; on y fait référence de manière indifférenciée à : « *Physician Assisted Suicide* » (PAS), *« Physician Assisted Death* » (PAD) ou « *Medical Aid in Dying* » (MAID) [16]. En Belgique, la « *Loi relative à l'euthanasie* » de 2002 fait référence uniquement à l'euthanasie [10]. Aux Pays-Bas, la loi « *Termination of life on request and assisted suicide act* » intègre l'euthanasie et le suicide assisté [9]. Au Luxembourg, la « *Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide* » fait de même [11]. En Suisse, il n'existe aucun consensus pour les termes utilisés par les instances nationales et les associations. Les instances éthiques utilisent indifféremment les termes d'assistance au suicide et de suicide assisté [17]. Les associations utilisent les termes de « *suicide accompagné* », d'«*aide au suicide* », de « *mort volontaire assistée* » sur leur site internet. Comme on le voit, il n'y a pas de consensus sur le contenu sémantique de ces différents termes. En France, pour le grand public, une DAM est spontanément associée au terme « suicide assisté » [2].

Le CCNE dans l'avis n°121 de 2013 donne une définition de l'euthanasie et fait apparaitre une différence entre le suicide assisté et l'assistance au suicide [18]. Nous présentons ces trois définitions dans le tableau 3. A partir de ce référentiel de définitions et de leur contexte juridique, on peut re-nommer les pratiques possibles dans les 5 états que nous étudions (tableau 4).

2.3.3. Les données épidémiologiques

Les données épidémiologiques proviennent des commissions de contrôle (référencées dans le tableau 2) [19-21], de l'*Oregon Health Agency* pour l'Oregon (OHA) [22] et de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS) en Suisse qui référencient les critères épidémiologiques des personnes décédées [23,24]. Les associations suisses d'aide à mourir n'ont pas l'obligation de transmettre leurs statistiques internes.

En Belgique la pratique a inscrit a posteriori le suicide assisté comme une aide à mourir s'intégrant à la loi sur l'euthanasie. Les relevés statistiques de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie (CFCEE) en Belgique ne sont donc pas pensés pour différencier clairement les pratiques de suicide assisté et d'euthanasie.

En Oregon, le nombre de procédures correspond au nombre de prescriptions de produit létal. Il apparait que 41,4% des patients ne prendront pas, in fine, le médicament qui leur est prescrit [22].

Pour l'ensemble des pays, les données synthétisées dans le tableau 5 montrent que les individus faisant une DAM ont en majorité plus de 60 ans et souffrent de cancer. Les maladies psychiatriques ne représentent que 1 à 3% des DAM.

2.3.4. Le rôle actuel du psychiatre

Le rôle du psychiatre dans les pays étudiés s'analyse selon deux axes : dans le cas où la DAM n'est pas en lien avec une pathologie psychiatrique et dans le cas spécifique de DAM pour raisons psychiatriques.

2.3.4.1. La DAM n'est pas en lien avec une pathologie psychiatrique

Il n'existe pas d'évaluation systématique par un psychiatre lorsque la demande d'aide à mourir n'est pas reconnue comme relevant d'une pathologie psychiatrique.

Aux Pays-Bas, deux médecins doivent être consultés : un médecin appelé médecin « signaleur » qui sera le référent de la procédure de DAM et un médecin « consultant »,

indépendant de la prise en charge habituelle du patient. Le médecin consultant fournit un rapport écrit au médecin signaleur. Les deux médecins évaluent la conformité aux critères règlementaires de la demande [9]. En 2018, le rapport de la commission de contrôle indique que le premier médecin ou médecin signaleur, est : un médecin généraliste dans 84,8% des cas, sans préciser s'il s'agit d'un médecin de famille connaissant le patient depuis plusieurs années [21]. Il s'agit sinon d'un médecin spécialiste (5,8%), d'un gériatre (4,8%), d'un médecin travaillant au sein de l'association « *Clinique de fin de vie* » ou SLK (4,5%). Cette association a été créée en mars 2012 pour proposer la DAM à des patients dont la procédure avait été refusée par leur médecin. Il s'agit d'une équipe mobile de médecins et d'infirmières fondée par l'association « Right to Die NL » [25].

Le second médecin ou médecin consultant, est un médecin indépendant de la prise en charge du patient. Aux Pays-Bas, il existe une formation de la société royale de médecine (KNMG) pour former les professionnels au soutien et aux consultations en matière de DAM. Cette formation est appelée formation SCEN pour « *Support and Consultation Euthanasia Netherlands* ». Les praticiens formés sont dénommés « *SCEN physicians* » et répertoriés sur des listes dédiées [26]. Ces praticiens sont les médecins consultants préférentiellement sollicités par les médecins signaleurs.

Les Pays-Bas autorisent une DAM pour les mineurs de plus de 12 ans. Elle s'applique sous réserve de l'accord de l'autorité parentale, nécessaire jusqu'à l'âge de 16 ans. La procédure ne précise pas si un avis pédopsychiatrique est requis.

En Belgique, la loi distingue deux situations différentes et un cas particulier pour une DAM de mineurs :

1) Si le patient est en fin de vie (soit 85 % des cas entre 2014 et 2017) [19], la loi prévoit le recours à deux praticiens : un médecin déclarant et un médecin consultant indépendant pour évaluer les critères réglementaires. Le Comité national belge n'étudie pas les caractéristiques professionnelles du médecin déclarant, mais précise que le médecin consultant appartient à l'une des 4 catégories suivantes : médecins généralistes, médecins spécialistes (rarement un psychiatre), médecins LEIF-EOL et médecins formés en soins palliatifs. Un médecin LEIF-EOL est un médecin généraliste ou spécialiste qui a reçu une formation complémentaire financée et reconnue par les pouvoirs publics belges concernant

la problématique relative à la prise de décision en fin de vie, réalisée par deux associations militantes : LEIF et EOL (Leif : LevensEind InformatieForum - EOL : End Of Life).
2) Si le patient n'est pas en phase terminale de maladie (15 % des cas), la procédure fait intervenir 3 médecins : successivement un médecin déclarant, un premier médecin consultant indépendant, un deuxième médecin consultant indépendant, pour vérifier que les critères définis par la loi sont remplis. Quelle que soit la pathologie, le deuxième médecin consultant est un psychiatre dans 61 % des cas [19].
3) Dans le cas où une DAM est formulée par un mineur à partir de 12 ans et avec l'accord de ses tuteurs légaux, un pédopsychiatre, ou un psychologue doit être consulté systématiquement pour évaluer la capacité de jugement du mineur.

Au Luxembourg, comme au Pays-Bas, le médecin référent de la DAM doit consulter un médecin indépendant. La consultation du médecin indépendant n'est pas soumise à des conditions de forme précises, mais la loi exige que le médecin consulté soit compétent quant à la pathologie concernée. Sa mission est de confirmer que le patient se trouve dans « *une situation médicale grave, incurable et sans issue, et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration* » [27]. Le médecin indépendant consultera le dossier médical et examinera le patient pour s'assurer que l'état de ce dernier correspond aux exigences de la loi. Les conclusions du médecin indépendant seront formulées par écrit dans un rapport remis au premier médecin. C'est le médecin référent qui informera le patient des conclusions du rapport du médecin indépendant. En fonction de cet avis, il donnera suite, ou non, à la DAM.
Dans le 5ème rapport de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, la formation des médecins est abordée. Il préconise la création d'une formation spécifique ciblée sur l'euthanasie, comme les médecins EOL et LEIF en Belgique et les médecins SCEN aux Pays-Bas [20].

En Oregon, le médecin référent de la DAM doit consulter un médecin indépendant qui est qualifié soit par sa spécialité soit par son expérience en ce qui concerne la maladie du patient [12]. La maladie psychiatrique n'autorise pas une demande d'assistance au suicide. Une maladie psychiatrique peut cependant être suspectée comme comorbide par le

médecin référent. Dans ce cas, s'il suspecte que le jugement de son patient est altéré pour une raison psychologique il peut demander une ou des consultations dites de « *counselling* » auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue. La procédure d'assistance au suicide ne se poursuivra qu'après la validation de ce dernier quant au discernement du patient.

En Suisse, la littérature ne permet pas de déterminer si les associations de DAM ont recours à un psychiatre dans leurs procédures.

2.3.4.2. La DAM pour une pathologie psychiatrique

Les pays autorisant une DAM pour des pathologies psychiatriques sont : la Belgique, la Hollande, le Luxembourg, la Suisse. Les difficultés de ces demandes ont principalement trait à trois critères de rigueur : le caractère volontaire et mûrement réfléchi de la demande, l'absence de perspectives d'amélioration de la souffrance et l'absence d'autres solutions raisonnables [28-30]. Dans ce cas, un psychiatre est systématiquement sollicité dans les procédures d'évaluation de la demande. Cette sollicitation a été inscrite dans les pratiques récemment, à la suite de retours d'expériences et de recours en justice.

En Belgique, ce cas de figure s'intègre à une demande de patient qui n'est pas en phase terminale de maladie. Trois médecins doivent être consultés successivement, au moins l'un d'entre eux est psychiatre [10]. Dans le huitième rapport euthanasie 2016/2017, les caractéristiques du médecin déclarant ne sont pas précisées. Le premier médecin consultant est dans *« presque la moitié des cas un psychiatre indépendant* ». Le deuxième médecin consultant est dans 98 % des cas un psychiatre indépendant (qui n'est donc pas le psychiatre traitant), 17 % d'entre eux ont reçu une formation complémentaire dans la problématique relative à la prise de décision en fin de vie [19]. S'il existe une équipe soignante « *en contact régulier* » avec le patient, la loi belge précise que le médecin référent de la DAM doit s'entretenir de la demande du patient avec celle-ci. L'ordre des médecins belges précise par ailleurs dans ses directives déontologiques d'avril 2019 qu'il est recommandé que cette sollicitation des soignants réguliers du patient inclue les psychologues et psychothérapeutes qui le prennent en charge [31].

Aux Pays-Bas, 65 % des médecins signaleurs de DAM en lien avec une pathologie psychiatrique appartiennent à l'Association de la Clinique de la fin de vie. Selon le Code de l'Euthanasie de 2018 [26], dans le cas de demandes de patients psychiatriques, le rôle d'un médecin consultant évaluant les critères règlementaires est nécessaire mais non suffisant. Il faut avoir un avis « *de spécialiste* » notamment quant aux possibilités thérapeutiques. Pour ce faire si le médecin consultant est psychiatre, il ajoute un avis thérapeutique, sinon, un avis supplémentaire est demandé à un psychiatre indépendant. Cet avis n'est pas systématiquement réalisé à la suite d'une consultation formelle.

Au Luxembourg, la loi n'interdit pas la DAM en lien avec des pathologies psychiatriques ; cependant nous n'en retrouvons aucune dans les données épidémiologiques disponibles. A l'inverse de la Belgique et des Pays-Bas, la pratique ne s'est pas enrichie des expériences. Théoriquement, le psychiatre peut être le consultant dans la procédure.

En Suisse, les associations d'aide à mourir proposent des procédures internes. Cependant à la suite d'un premier procès pénal en 2011 (procès Baumann 2007-2011) la demande de suicide assisté pour raisons psychiatriques doit systématiquement être validée par une « expertise indépendante » d'un psychiatre [32].

2.3.5. Les facteurs influençant la demande d'aide à mourir

2.3.5.1. Les déterminants d'une DAM en dehors d'une pathologie psychiatrique

Ganzini, Smith et leurs collaborateurs ont mené une série de travaux visant à comprendre les déterminants de la demande. L'analyse de ces déterminants révèle que, même en absence de pathologie psychiatrique, il existe des déterminants d'ordre psychologique et psychopathologique qui argumenteraient le bénéfice d'entretiens psychiatriques.

Dans une intéressante étude cas témoin (DAM versus non DAM) 6 déterminants ont été comparés : la spiritualité, la dépression, le désespoir, la douleur physique, le support social, la modalité d'attachement [33]. La variable la plus significativement liée à une DAM est la spiritualité, qui est un concept multifactoriel plus large que la religiosité. Un faible niveau de

spiritualité est corrélé à une plus forte tendance à faire appel à une DAM. Une analyse objective à l'aide de la sous échelle dépression de l'échelle HAD de Snaith et de l'échelle de désespoir de Beck le confirme [33]. Le désespoir, comme symptôme psychiatrique ou problématique existentielle, est corrélé positivement à un désir de mort et à un intérêt pour l'assistance médicale au suicide [34-36]. Enfin, ces travaux indiquent que le manque de contrôle de la douleur physique influence peu la demande [33,37].

Dans leurs études interrogeant les familles des défunts, celles-ci affirment que les sujets faisant une DAM présentaient une dépression et un désespoir importants [37].

2.3.5.2. Les déterminants de DAM formulés dans le cadre d'une pathologie psychiatrique primaire

Deux études récentes permettent de réfléchir à cette problématique : une étude de Thienpont et coll. menée en Belgique, publiée en 2015 et une étude de Kim et coll. menée en Hollande, publiée en 2016 [38,39].

L'étude belge explore les caractéristiques socio-démographiques et les pathologies à l'origine de la DAM chez 100 patients entre 2007 et 2011. Il s'agit principalement de femmes (77 %) dont la majorité est âgée de moins de 60 ans. Les deux troubles psychiatriques principaux à l'origine d'une DAM sont les troubles de l'humeur (58%) et les troubles de la personnalité (50%), dont essentiellement le trouble borderline. 90 % des patients présentent plusieurs comorbidités psychiatriques.

L'étude de Kim et coll. aux Pays-Bas décrit les caractéristiques de la demande de 66 patients bénéficiant d'une euthanasie ou d'un suicide assisté dans la cadre d'une pathologie psychiatrique, entre 2011 et 2014. On retrouve les mêmes caractéristiques que dans l'étude précédente. Elle aborde les principaux facteurs associés à la DAM : une durée supérieure à 10 ans des troubles psychiatriques, (83,3%), la co-occurrence de plusieurs troubles psychiatriques (78.7%), des antécédents d'hospitalisations en psychiatrie (80%), la comorbidité d'un trouble somatique chronique (58%), un isolement social (56%), un trouble dépressif (55%), un trouble de la personnalité (52%), des antécédents de tentative de suicide (52%), la présence de symptômes psychotiques (26%).

2.3.5.3. Les déterminants d'un refus de DAM pour des patients souffrant de troubles psychiatriques et leur devenir

Une seule étude, à notre connaissance, conduite aux Pays-Bas par Evenblij et coll. en 2019 [40], porte sur les DAM auprès de psychiatres. Elle nous apporte deux éléments d'intérêt.
Au cours de l'année 2016, le nombre de DAM formulés par des patients souffrant de troubles psychiatriques était estimé à 1150 demandes. Sur ces 1150 demandes, seules 60 ont ouvert sur une procédure de mort assistée. Par ailleurs sur la base de questionnaires remplis par des psychiatres, l'étude précise le devenir de 66 patients dont la demande a été récusée. Les patients récusés sont âgés de moins de 65 ans dans 81,8 % des cas et essentiellement des femmes (62,5%). Le diagnostic le plus fréquent est un trouble de la personnalité (59,1%). La majorité des patients vit au domicile, seule ou avec des proches. 2/3 des patients étaient suivis par leur psychiatre depuis moins d'un an. Il existe deux types de raisons au refus de la DAM. Dans trois quarts des cas il s'agit d'une non-validation des critères réglementaires : présence d'alternatives thérapeutiques proposables au patient, possibilité d'une amélioration de la souffrance, doute sur une demande « volontaire et bien considérée ». Dans un quart des cas, le psychiatre refuse pour des raisons personnelles ou parce qu'il juge que la relation de soin n'est pas assez bonne. Après le refus de la procédure, 15,6 % des patients décéderont par suicide et 3,1 % solliciteront l'association de la clinique de la fin de vie. En revanche 80,5% des patients ne rechercheront pas un médecin pour solliciter une nouvelle procédure [40].

Ainsi, dans cette population bénéficiant d'un avis psychiatrique, un nombre relativement faible de demande a abouti à une procédure de mort assistée. De plus le refus de la procédure n'a pas débouché sur une escalade de la sollicitation du système, autorisant à imaginer que l'évaluation psychiatrique a répondu à une demande.

2.4. Discussion

La polysémie des termes employés entretient un flou conceptuel. Le travail de structuration formelle des pratiques et de définition du CCNE contribuent à sortir de la confusion. Si les mots ont de l'importance, et ils en ont, nous ne pouvons passer à côté d'une articulation : est-ce qu'un suicide peut être assisté ? Une autre question mérite d'être discutée, les

médecins consultés peuvent-ils se cantonner à un rôle d'expert ? Ceci nous conduit à rappeler la différence entre la bioéthique et l'éthique médicale. Enfin, à la lumière des données de la littérature nous interrogeons les liens entre une demande d'aide médicale à mourir et une crise suicidaire et le rôle du psychiatre dans ce cas.

2.4.1. Un suicide peut-il être assisté ?

Les pratiques analysées ci-dessus sont décrites sous les termes : assistance au suicide, suicide assisté et « *Physician assisted suicide* ». Mais, un suicide peut-il être assisté ? Marchesini en doute, et souligne que le suicide assisté associe de manière particulière terme à terme « suicide » et « assisté » et constitue un « véritable oxymore » [41].

Suicide, du latin « *sui* » et « *caedere* », signifie « *meurtre de soi* » ou l'homicide de soi. Se suicider, c'est se tuer soi-même. Du reste dans le DSM 5, la définition du suicide est la suivante « *le fait de causer intentionnellement sa propre mort* » [42].

Être assisté implique donc l'aide active de tiers. Comme on a vu, ces pratiques impliquent de nombreux acteurs : le médecin prescripteur, le pharmacien qui délivre la prescription, les autres médecins, consultés pour avis et expertise, les membres d'associations, les soignants, les membres de la famille ou amis présents lors du décès… Tous ces acteurs, au plan symbolique, représentent la société qui permet et/ou organise ces pratiques**.** Ne pourrait-on pas considérer qu'assister un suicide est une complicité d'homicide avec préméditation ? D'ailleurs, les avocats américains, craignant cette interprétation, récusent le terme « *Physician Assisted Suicide* » (PAS), et lui préfèrent « *Physician Assisted Death* » (PAD) ou « *Medical Aid in Dying* » (MAID) [43].

De plus, l'assistance sous-entend le plus souvent un lien d'engagement personnalisé entre deux personnes, c'est ce qui se passe entre le médecin traitant et son patient. Or, dans l'assistance au suicide, celle-ci est symboliquement inopérante, dans la mesure où les participants sont des personnes autorisées, mais indépendantes de l'individu requérant. La dimension de l'acte se trouve dans le service proposé et non dans l'identité des protagonistes. Comme le souligne Jandrok, « *les officiants jouent leur fonction, leur singularité n'est pas engagée* » [44].

Christian Gallopin dans son article : « *Un suicide n'est jamais accompagné* », aborde une erreur de la dialectique contemporaine sur la notion d'autonomie [45]. Selon lui, « *Lorsque, en stoïcien, je décide de me tuer, je n'implique pas l'autre, parce que c'est ma décision, mon espace de liberté, et que je ne me contente pas de les revendiquer l'une et l'autre, je les assume* ». Le suicide assisté est donc une posture paradoxale qui, sous prétexte de revendiquer une liberté à mourir, « *confisque la liberté de l'autre pour arriver à ses fins* ».

2.4.2. Bioéthique ou éthique médicale ; citoyen-médecin ou médecin-citoyen ?

En France, le contexte de révision des lois de bioéthique révèle qu'une partie de la société est favorable à un droit à l'aide médicale à mourir. Dans les pays que nous avons étudiés, les médecins peuvent être confrontés au dilemme suivant : en tant que citoyen, ils suivent l'évolution des lois bioéthiques, en tant que professionnel ils restent assujettis à l'éthique médicale. En d'autres termes, est-ce que le médecin doit aborder la demande d'aide à mourir d'un point de vue citoyen et sociétal, celui de la bioéthique, ou d'un point de vue professionnel et de l'éthique médicale ?

L'avis n°129 de 2018 du CCNE précise les principes sur lesquels repose la bioéthique : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, l'équité [46]. Elle résulte du questionnement « *sur les conflits de valeurs suscités par le développement technoscientifique dans le domaine du vivant* » [47]. Comme le dit Klein dans ce contexte se développe une médecine contemporaine, une « *biomédecine* » régie « par une éthique universelle et systématique ». La biomédecine normalise par protocole la pratique clinique et « *tente d'exclure l'incertitude et la subjectivité au profit d'une objectivisme massif* » [48]. D'un point de vue bioéthique une demande d'aide à mourir peut apparaitre légitime, car la bioéthique est fondée sur la notion d'autonomie de l'homme qui est en capacité de décider. Selon la législation des pays deux attitudes en découlent. Soit la réglementation autorise la demande à mourir, le médecin est alors sollicité en tant qu'expert et prestataire de service : il évalue les critères d'inclusion réglementaires ; soit la réglementation ne l'autorise pas et ce type de demande d'aide à mourir est ignorée car l'application en est interdite. En bioéthique, l'approche ne peut pas être strictement médicale mais s'enrichit d'approches philosophiques, sociologiques, juridiques dans lesquelles la personne autonome est, comme développée par Kant, un sujet de droit [49]. Dans son rapport, Leonetti développe une

intéressante argumentation. Pour lui un droit à mourir semblerait plus accepté dans des sociétés privilégiant l'autonomie et la liberté individuelle, a contrario des sociétés privilégiant l'assistance et la solidarité [8].

L'éthique médicale est « *l'exigence d'une certaine forme de comportement du médecin au service du malade* » [47]. Elle se réfère au champ de la relation interpersonnelle entre le médecin et son patient. Elle se fonde sur le code de déontologie des pratiques du médecin. Pour un médecin, a fortiori un psychiatre, une demande d'aide à mourir s'inscrit a priori dans un processus psychopathologique, une crise suicidaire et comporte une demande implicite d'aide. Du point de vue de l'éthique médicale et quelle que soit la réglementation, il se doit d'entendre la demande implicite, en n'accédant pas nécessairement à la demande explicite. Pour Neuburger, personne n'est pur sujet de sa demande dans le sens où « *toute demande est intransitive* » [50]. Il convient en effet d'entendre dans la demande du patient, non seulement le besoin qu'elle exprime : « je veux que vous m'aidiez à mourir pour ne plus souffrir », mais également une demande « *pour demander* ». Selon Freud, toute personne souffrant d'un conflit interne et ne pouvant le résoudre seule sollicite un tiers à qui elle se plaint et demande de l'aide [51]. C'est pourquoi la demande d'être aidé à mourir du malade n'est pas seulement une demande de mourir, mais aussi une demande d'être délivré des conditions l'ayant conduit à en faire la demande, pensée comme la seule issue possible. C'est pourquoi Lucien Israël affirme que « *si l'on veut que le malade lui-même prenne conscience de ses propres réactions, il faudra s'efforcer à le faire s'exprimer surtout en parole* » pour lui donner une véritable autonomie [52]. La pratique belge semble étayer cela. En effet, pour les patients dont le décès n'est pas prévu à brève échéance, un troisième médecin (psychiatre dans plus de la moitié des cas) a pour mission non pas de valider les critères règlementaires mais d'explorer la demande proprement dite [19]. La consultation du psychiatre n'est plus alors pensée comme celle d'un expert devant valider ou infirmer la demande en fonction d'une altération du discernement d'origine psychiatrique de l'individu. Il s'agit d'une consultation d'échange soignant qui vient réinscrire la demande du patient dans sa biographie.

2.4.3. <u>Une demande d'aide à mourir, un équivalent suicidaire ?</u>

La littérature questionne le lien éventuel entre une demande d'aide à mourir et une crise suicidaire. « *The American Association of Suicidology* » (AAS) prend position pour une différence conceptuelle fondée sur des arguments cliniques : « *suicide is not the same than physician assisted death* ». Dans le contexte spécifique de l'Oregon où l'assistance au suicide est limitée à la fin de vie, l'AAS liste des différences concernant : la situation de l'individu, le désir de mort, le geste suicidaire, la planification du geste, l'ambivalence du désir de mort, l'impact sur les proches, la répercussion légale et sociale et les comorbidités dépressives, de désespoir [53].

Par ailleurs, l'ambivalence existe dans les deux cas, celle-ci est particulièrement nette dans la crise suicidaire. L'espace psychique entre l'intention suicidaire (émergence d'idées de mort) et leur résolution (le passage à l'acte) est épais. Lorsqu'un sujet se suicide, le désir de mort ne suffit pas [44]. D'ailleurs, les données épidémiologiques témoignent de l'importance de l'ambivalence de la demande de « *physician assisted death* ». En Oregon, 41,4% des prescriptions de solution létale ne seront pas absorbées. Aux Pays-Bas, 45 % des requêtes n'aboutiront pas à l'euthanasie car d'autres solutions ont pu soulager le patient [54].

La dépression et le désespoir sont également des déterminants du suicide et de la demande d'aide à mourir. Il a été montré que la dépression et le sentiment de désespoir sont plus hautement corrélés que la douleur physique au désir de hâter la mort, chez les malades en phase terminale [34,55,56]. Dans le contexte spécifique de fin de vie, la symptomatologie dépressive peut être induite par des douleurs chroniques, la perspective de finitude, des médicaments dépressiogènes et pourvoyeurs de troubles du jugement comme les immunosuppresseurs et les morphiniques. Les troubles dépressifs sont aussi présents dans les demandes d'assistance au suicide [33]. Le traitement d'une dépression, même dans les phases terminales des maladies, pourrait par ailleurs diminuer ce désir de mort [29]. Même s'il existe des résistances au traitement antidépresseur, la probabilité de rémission de la maladie augmente avec le nombre de traitements testés [57]. Ce résultat contredit la notion de « maladie dépressive incurable », potentiellement source de demande d'aide à mourir.

Les antécédents de tentative de suicide sont un des principaux facteurs de risque de récidive de nouvelle tentative de suicide. Cet antécédent est aussi présent dans plus de la moitié des

cas des patients souffrant de troubles psychiatriques dans l'étude de Kim et coll. [39]. Or, la littérature sur les déterminants à type d'évènements de vie dans des populations aux antécédents de tentative de suicide retrouve que ces patients sont plus sensibles aux événements de vie affectant leur santé qu'aux autres événements de vie négatif [58]. C'est pourquoi, les auteurs recommandaient d'être vigilant aux problèmes somatiques, chez des patients ayant des antécédents de tentative de suicide.

Certes, une DAM n'est pas assimilable cliniquement à une crise suicidaire. Cependant certains de ses déterminants cliniques font écho chez le psychiatre à sa pratique en matière de prévention de suicide et gagneraient à être explorés dans leur psychopathogénie. Le pourcentage de patients souffrant de troubles psychiatriques ne poursuivant pas leur dessein d'une DAM s'élève à 80,5% des cas [40], et plaide en faveur d'une intervention déterminante du psychiatre en ce sens. Si les soins palliatifs assument la position que la souffrance peut être soulagée par des soins appropriés, les politiques de prévention du suicide pourraient s'inscrire dans cette tentative de soulager le sentiment de désespoir. Nous préconisons un entretien psychiatrique systématique devant chaque demande d'aide à mourir. Celui-ci permettrait de reconnaitre parmi ces patients ceux d'entre eux qui pourraient retrouver un désir et des raisons de poursuivre leur vie, ce que de plus en plus d'auteurs préconisent [28,59].

2.5. Conclusion

La demande d'aide à mourir est un fait de société. Des pays ont légiféré et d'autres ouvrent le débat. Dans ce contexte, l'analyse effectuée nous incite à recommander des entretiens psychiatriques pour toute personne formulant une demande d'aide médicale à mourir. En effet, le rôle du psychiatre est, d'une part détecter les comorbidités psychiatriques connues comme précipitant un désir de mourir, d'autre part d'appréhender l'implicite de la demande en contextualisant celle-ci dans la dialectique du patient.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

2.6. Bibliographie

[1] Rapport de synthèse du Comité Consultatif National d'Ethique suite aux États généraux de la bioéthique : opinions du comité citoyen. [internet]. Paris : CCNE ; juin 2018. [cité 19 mai 2020]. 198 p. Disponible sur : https://www.espace-ethique.org/ressources/etuderapport/rapport-de-synthese-du-comite-consultatif-national-dethique-suite-aux-etats

[2] Les questions liées à la loi de bioéthique : IFOP pour la Croix et le Forum Européen de Bioéthique. [internet]. Paris : IFOP ; janvier 2018. [cité 19 mai 2020]. 29 p. Disponible sur : https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-les-questions-liees-a-la-bioethique/

[3] Leonetti J. C'est ainsi que les hommes meurent. Plon. 2015. 178 p.

[4] Wasserman D. Suicide an unnecessary death. Martin Dunitz. 2001. 286 p.

[5] Jones RM, Simpson AIF. Medical Assistance in Dying : Challenges for Psychiatry. Front Psychiatry 2018 ; 9(678).

[6] Le MeSH bilingue : information scientifique et technique [internet]. France : Inserm [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp

[7] Dyer O, White C, García Rada A. Assisted dying : law and practice around the world. BMJ 2015; 351 : h4481.

[8] Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. [internet]. France : Assemblée nationale ; 28 novembre 2008. Rapport n° 1287. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1287-t1.asp

[9] Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. [internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2014-02-15

[10] Loi relative à l'euthanasie. 28 juin 2002 [internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837

[11] Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. [internet]. [cité 19 mai 2020Disponible sur : http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo

[12] Oregon Revised Statute: Oregon's Death with Dignity Act : Death with Dignity Act. [internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible : https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ors.aspx

[13] RS 311.0 Code pénal suisse du 21 décembre 1937 [internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a115

[14] Wacker J. Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse. Etudes Sur Mort 2016; 150(2) : 79-92.

[15] Enderlin S. En Suisse, pas d'interdit sur le suicide assisté : le droit helvétique permet à deux associations de proposer une mort autoadministrée. Libération : 25 mars 2008 [internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : https://www.liberation.fr/evenement/2008/03/25/en-suisse-pas-d-interdit-sur-le-suicide-assiste_68165

[16] Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA 2016; 316(1) : 79-90.

[17] L'assistance au suicide. [internet]. Suisse : Commission Nationale d'Ethique pour la Médecine Humaine ; 2005. Prise de position n°9. [cité 19 mai 2020]. 42 p. Disponible sur : https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/fr/suizidbeihilfe_fr.pdf

[18] Aubry R, Azoulay M, Beaufils F, Benmakhlouf A, Claeyes A, Comte-Sponville A, et al. Avis N° 121 : Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir. [internet] Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé. Paris ; 30 juin 2013 [cité 19 mai 2020]. 79 p. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourir

[19] Huitième rapport aux Chambres législatives : années 2016 – 2017. [internet]. Belgique : Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie ; 12 mai 2018. [cité 19 mai 2020]. 70 p. Disponible sur : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2018

[20] Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018). [internet]. Luxembourg : Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ; 21 mai 2019. [cité 19 mai 2020]. 52 p. Disponible sur : https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/index.html

[21] RTE : rapport 2018. [internet]. Pays-Bas : Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie ; 27/01/2020. [cité 19 mai 2020]. 67 p. Disponible sur : https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2018/april/11/jaarverslag-2018

[22] Annual Reports : Death with Dignity Act. [internet]. State of Oregon ; Oregon Health Agency ; 6 mars 2020. [cité 19 mai 2020]. 17p. Disponible sur: https://www.oregon.gov/oha/PH/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx

[23] Statistique des causes de décès en 2014 : suicide et suicide assisté en Suisse. [internet]. Suisse : Office Fédéral de la Statistique. 24 novembre 2017. [cité 19 mai 2020]. 4 p. Disponible sur : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.3902306.html

[24] Suicide assisté selon le sexe et l'âge : 2003-2017 [internet]. Suisse : Office Fédéral de la Statistique. 16 décembre 2019 [cité 19 mai 2020]. Tableau. Disponible sur : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante.assetdetail.11348856.html

[25] Snijdewind MC, Willems DL, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD, Chambaere K. A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands. JAMA Intern Med 2015 ;175(10) : 1633-40.

[26] Code d'euthanasie 2018 : code de déontologie en matière d'euthanasie. [internet]. Pays-Bas : Commissions Régionales de Contrôle de l'Euthanasie ; avril 2018. [cité 19 mai 2020]. 62 p. Disponible sur : https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/code-of-practice

[27] L'euthanasie et l'assistance au suicide : 25 questions, 25 réponses [internet]. Luxembourg : Ministère de la Santé ; juin 2010. [cité 19 mai 2020]. 56 p. Disponible sur: https://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/index.html

[28] Olié E, Courtet P. The Controversial Issue of Euthanasia in Patients With Psychiatric Illness. JAMA 2016; 316(6) : 656-7.

[29] McCormack R, Fléchais R. The Role of Psychiatrists and Mental Disorder in Assisted Dying Practices Around the World: A Review of the Legislation and Official Reports. Psychosomatics 2012; 53(4) : 319-26.

[30] Miller FG, Appelbaum PS. Physician-Assisted Death for Psychiatric Patients - Misguided Public Policy. N Engl J Med 2018 ;378(10) : 883-5.

[31] Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique. [internet]. Belgique : conseil national de l'ordre des médecins belges ; 27 avril 2019. [cité 19 mai 2020]. Bulletin 165 (doc a165002). Disponible sur : https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/directives-deontologiques-pour-la-pratique-de-l-euthanasie-des-patients-en-souffrance-psychique-a-la-suite-d-une-pathologie-psychiatrique

[32] Stavrianakis A. Le suicide assisté au tribunal : le modèle suisse face à la demande des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Sci Soc Sante 2018; 36(4) : 93-117.

[33] Smith KA, Harvath TA, Goy ER, Ganzini L. Predictors of Pursuit of Physician-Assisted Death. J Pain Symptom Manage 2015;49(3) : 555-61.

[34] Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, et coll. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. JAMA 2000; 284(22) : 2907-11.

[35] Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics 1998; 39(4) : 366-70.

[36] Ganzini L, Silveira MJ, Johnston WS. Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. J Pain Symptom Manage 2002; 24(3) : 312-17.

[37] Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Why Oregon Patients Request Assisted Death: Family Members' Views. J Gen Intern Med 2008; 23(2) : 154-7.

[38] Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. BMJ Open 2015; 5(7) : 1-8.

[39] Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. JAMA Psychiatry 2016; 73(4) : 362.

[40] Evenblij K, Pasman HRW, Pronk R, Onwuteaka-Philipsen BD. Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. BMC Psychiatry 2019; 19(1) : 74.

[41] Marchesini SM. Le suicide assisté : la nouvelle « peine de mort » induite par la société contemporaine ? Une analyse à la frontière entre droit et psychanalyse. Etudes Sur Mort 2012; 141(1) : 37-53.

[42] American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson ; 2015. P 978.

[43] Physician aid in dying? Euthanasia? Getting the terminology straight | Center for Health Journalism [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur : https://www.centerforhealthjournalism.org/2015/09/15/physician-aid-dying-euthanasia-getting-terminology-straight

[44] Jandrok T. La question du suicide assisté, ou du parricide à l'institution du massacre ? Etudes Sur Mort 2016; 150(2) : 93-111.

[45] Gallopin C. Un suicide n'est jamais accompagné. VST - Vie Soc Trait 2008; 98(2) : 94-99.

[46] Ameisen J C, Ansermet F, Basset C, Benachi A, Bidar A, Camby C, et al. Avis N°129 : Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019 [internet]. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé. Paris : 18 septembre 2018 [cité 31 mars 2020]. 165 p. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_129_vf.pdf

[47] Sicard D. L'éthique médicale et la bioéthique. Presses Universitaires de France : « que sais-je ? » ; 2015. 128 p.

[48] Klein A. Du corps médical au corps du sujet : étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine [Thèse de philosophie et histoire des sciences]. Université de Lorraine : 2012. 606 p.

[49] Kant E. Critique de la raison pure. Librairie de Ladrange. 1836. 472 p.

[50] Neuburger R. L'autre demande, psychanalyse et thérapie familiale systémique. Petite Bibliothèque Payot. 1984. 274 p.

[51] Freud S, 1920, « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », Névrose, psychose et perversion. Paris. PUF. 1977. 320 p.

[52] Israël L. Le médecin face au désir. Erès. 2007. 415 p.

[53] Statement of the American Association of Suicidology : « suicide » is not the same as « physician assisted suicide ». [internet]. Etats-Unis : American Association of Suicidology ; 30 octobre 2017. [cité 19 mai 2020]. 5 p. Disponible sur : https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf

[54] Mishara BL, Weisstub DN. Is suicide prevention an absolute? Considerations when medical assistance in dying is an option. Crisis J Crisis Interv Suicide Prev 2018; 39(5) : 313-17.

[55] Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, et coll. Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27(4) : 258-62.

[56] O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, et coll. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. J Pain Symptom Manage 2005; 29(5) : 446-57.

[57] Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et coll. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. Am J Psychiatry 2006; 163(11) : 1905-17.

[58] Laglaoui Bakhiyi C, Jaussent I, Beziat S, Cohen R, Genty C, Kahn J-P, et coll. Positive and negative life events and reasons for living modulate suicidal ideation in a sample of patients with history of suicide attempts. J Psychiatr Res 2017 ; 88 : 64-71.

[59] Pignon B, Rolland B, Jonas C, Vaiva G. Place de la psychiatrie dans le suicide médicalement assisté. Rev DÉpidémiologie Santé Publique 2014 ; 62(5) : 279-80.

2.7. Tableaux

Tableau 1 : Equivalence MeSH des termes d'une demande d'aide à mourir

Descripteur Français	Descripteur Anglais	Termes Français	Termes Anglais
Suicide assisté	Assisted suicide	« Aide au suicide » « Aide à la mort » « Aide à mourir » « Mort assistée » « Suicide assisté par un médecin » « Suicide médicalement assisté » « Aide médicale au suicide »	« Assisted Suicide » « Assisted Death » « Physician-Assisted Suicide » « Medically Assisted Suicide »
Euthanasie	Euthanasia	« Homicide par compassion »	« Mercy Killing »
Droit à mourir	Right to die	« Droit de mourir » « Mort dans la dignité » « Droit au suicide assisté » « Mort avec dignité » « Mort digne »	« Death with Dignity »

Les descripteurs sont les termes du site de l'Inserm qui ont guidé les recherches dans les bases de données et illustrent la pluralité des appellations d'une demande d'aide à mourir (DAM).
Site web : http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/search/index.jsp

Tableau 2 : Législations de la demande d'aide à mourir et son application au Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg, en Suisse et en Oregon

		Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Suisse	Oregon
Loi	Nom	« termination of life on request and assisted suicide act »	« loi relative à l'euthanasie »	« loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide »	« article 115 du code pénal »	« Oregon death with dignity act »
	Année d'entrée en vigueur	2002	2002 puis 2012 [a]	2009	1941	1997
	Cadre légal	dépénalisation conditionnelle	dépénalisation conditionnelle	dépénalisation conditionnelle	vide juridique	dépénalisation conditionnelle
Accessibilité selon	Âge requis	12 [b]	12 [c]	18	18	18
	Incapable au sens de la loi	autorisé	non	non	non	non
	Ressortissant d'un autre pays	oui [d]	oui [d]	oui [d]	oui	non
Critères de la demande	Demande volontaire, réfléchie	oui	oui	oui	NP [e]	oui
	Critère objectif : affection grave et incurable, sans perspective d'amélioration	oui	oui	oui	NP [e]	oui
	Critère subjectif : souffrance physique et/ou psychique intolérable et absence d'alternative de soins jugée raisonnable	oui	oui	oui	NP [e]	non
	Condition de fin de vie requise	non	non	non	non	Oui ; pronostic de décès dans les 6 mois
	Délai entre demande et application	non	1 mois	non	NP	15j et 48h [f]
Evaluation de la demande	A qui est faite la demande	médecin	médecin	médecin	associations	médecin
	Nombre de médecins impliqués dans la procédure	2	2 à 3 [g]	2	1	2
Organisme de contrôle	Nom	RTE [h]	CFCEE [i]	CNCE [j]	/	OHA [k]
	Fréquence rapport d'évaluation	tous les ans	tous les 2 ans	tous les 2 ans	/	tous les ans

a : en 2012, la loi Belge sur l'euthanasie a été étendue aux mineurs de plus de 12 ans
b : à partir de 12 ans inclus. De 12 à 16 ans les titulaires parentaux doivent donner leur accord.
c : à partir de 12 ans inclus. Le mineur doit toujours avoir l'autorisation de ses titulaires parentaux et un pédopsychiatre ou un psychologue doit être rencontré pour s'assurer de la capacité de discernement du mineur.
d : sous couvert d'un suivi médical régulier dans le pays
e : les critères sont définis dans le règlement interne des associations en Suisse
f : 15 jours à partir de la demande orale, et 48 heures à partir de la demande écrite de mourir en Oregon
g : la loi Belge différencie les demandes d'aide à mourir pour une mort naturelle prévue à brève échéance (quelques mois), et non à brève échéance. Dans le premier cas 2 médecins sont rencontrés, dans le second cas il faut 3 médecins.
h : Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
i : Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie
j : Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide
k : Oregon Health Agency
NP : non précisé

Tableau 3 : Trois définitions pour une demande d'aide à mourir (DAM)

Termes conceptuels d'une aide à mourir à la demande de la personne	Définitions du Comité Consultatif National d'Ethique Français (CCNE)*
Assistance au suicide	Lorsqu'on donne les moyens à une personne de se suicider elle-même. - La personne réalise elle-même son suicide en absorbant un produit létal qui lui a été préalablement délivré. - La seule volonté à l'origine de l'acte létal est celle de la personne qui peut, dans sa sphère privée, mettre fin à sa vie. - La personne détenteur du produit létal reste libre de ne pas l'absorber.
Suicide assisté	Lorsqu'une personne qui souhaite mettre fin à son existence n'est pas apte à le faire en raison de son état physique, elle a besoin, pour aller au bout de sa décision, de l'aide active d'un tiers pour l'administration - par absorption ou injection - du produit létal.
Euthanasie	Un acte destiné à mettre fin délibérément à la vie d'une personne atteinte d'une pathologie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable.

**Avis n°121 du Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) du 13 juin 2013 intitulé « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir ».*

Tableau 4 : Redéfinitions* des pratiques de demande d'aide médicale à mourir en fonction des définitions du CCNE de 2013.

Pratique	Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Suisse	Oregon
Euthanasie	oui	oui	oui	non	non
Suicide assisté	oui	oui	oui	oui	non
Assistance au suicide	non	non	non	oui	oui

**Pour tenter de clarifier les ambiguïtés sémantiques, les pratiques de demande d'aide à mourir (DAM) ont été requalifiées à partir des définitions données par le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) dans son avis 121 de juin 2013.*

Tableau 5 : Données épidémiologiques des demandes d'aide à mourir (DAM) au Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Suisse et Oregon

Sur une année *	Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Suisse	Oregon
Nombre de procédures d'aide à mourir réalisé	6126	2309	8	1009	290 [a]
Nombre de suicides **	1829 [b]	1903 [c]	85 [d]	1043 [e]	844 [f]
Pathologie la plus fréquemment associée à une DAM	Cancer : 65.50%	Cancer : 61.40%	Cancer : 87%	Cancer : 42%	Cancer : 68.1%
Fréquence de DAM liée à un trouble psychiatrique	1%	1.70%	0	3% [g]	Non légal
Lieu de réalisation des procédures : Domicile (D) et Hôpital (H)	D : 80,2% H : <5%	D : 45,3% H : 37,5%	D : 62,5%	Non connu	D : 94,1%
Ratio Hommes/Femmes	1.08	1.04	7	0.69	1.44
Âge lors de la procédure	64,3% ≥ 70 ans	65,6% > 70 ans	100% > 60 ans	86,6 ≥ 65 ans	74,5% ≥ 65 ans

** : Les chiffres sont ceux des années 2018 pour les Pays-Bas, 2017 pour la Belgique, 2018 pour le Luxembourg, 2017 pour la Suisse, et 2019 pour l'Oregon. Ils sont issus des organismes de contrôle des états, et pour la Suisse de l'office fédéral des statistiques*

*** : Les chiffres sont ceux des années 2018 pour les Pays-Bas, 2016 pour la Belgique, 2014 pour le Luxembourg, 2017 pour la Suisse, et 2018 pour l'Oregon. Ils sont issus des organismes nationaux de statistiques :*

b : Fewer suicide deaths in 2018 [en ligne]. Nederlands : CBS ; 10 juillet 2019 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible : https://www.cbs.nl/en-gb/news/2019/26/fewer-suicide-deaths-in-2018

c : Décès par sexe et par région, pour quelques groupes de causes, 2016 [en ligne]. Belgique : StatBel ; 13 novembre 2019 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible : https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#panel-12

d : Les suicides au Luxembourg [en ligne]. Luxembourg : ministère de la santé ; 31 juillet 2015 [consulté le 2 mai 2020]. Disponible : https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2015/07/20150731/index.html

e : Causes de décès spécifiques [en ligne]. Suisse : office fédéral de la statistique [consulté le 2 mai 2020]. Disponible : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.html#par_text

f : Deaths and Perinatal Deaths Data : Annual Report Volume 2 [en ligne]. Oregon : Oregon Health Authority (OHA) [consulté le 2 mai 2020]. Disponible : https://www.oregon.gov/oha/PH/BIRTHDEATHCERTIFICATES/VITALSTATISTICS/ANNUALREPORTS/VOLUME2/Pages/index.aspx

a : En Oregon, une procédure consiste à la prescription du produit létal par le médecin.

g: correspond au pourcentage de DAM liées à une dépression, seule donnée selon un rapport de l'office fédéral des statistiques suisses de 2015.

3. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le droit à mourir et le suicide assisté sont un sujet de société au regard des nombreux sondages d'opinion qui l'expriment (5, 32). En France, un Comité Citoyen représentant la société dans sa diversité, constitué dans le cadre des états généraux de la bioéthique en 2018, a émis le souhait que « *la loi française puisse ouvrir la possibilité au suicide assisté et à l'euthanasie au sein des alternatives de fin de vie* » (4). Or le droit à mourir et la fin de vie sont deux entités qui conviennent d'être distinguées (3). Une réflexion sur un « droit à mourir » doit pouvoir s'étudier indépendamment de celle de la fin de vie. Comme références, nous avons interrogé les pratiques d'un certain nombre de pays qui ont légiféré sur ce sujet. L'objectif était de savoir comment, dans la pratique psychiatrique, cette demande d'aide médicale à mourir résonne.

De ces recherches, il nous est apparu tout d'abord que le champ lexical de la demande d'aide médicale à mourir est utilisé de manière imprécise. C'est-à-dire qu'une pratique peut être définie de plusieurs manières et une appellation peut définir plusieurs pratiques. Au lieu d'être richesse, la diversité lexicale est cause de confusion. En France, le terme le plus couramment employé est celui de « suicide assisté ». Cette simplification ne participe pas à la clarté du débat. Les organisations internationales ne proposent pas de définitions opérationnelles. Dans ce contexte, le CCNE avait proposé en 2013 dans l'avis N°121 une classification des pratiques du droit à mourir en distinguant l'euthanasie, le suicide assisté et l'assistance au suicide. Ces trois définitions, que nous avons prises en référence, permettent une base réflexive de l'analyse des pratiques. L'Oregon autorise l'assistance au suicide, la Suisse, via des associations, tolère le suicide assisté et les pays du Benelux autorisent l'euthanasie et le suicide assisté.

Dans les pays étudiés, l'analyse des législations révèle que les demandes d'aide médicale à mourir sont dépénalisées si des critères médico-légaux sont validés. Sauf en Suisse, où il n'existe pas de loi spécifique, mais un vide juridique qui permet à des associations, pour des « motifs altruistes », de pratiquer le suicide assisté (29).

En Belgique, aux Pays-Bas et au Luxembourg, les données épidémiologiques émanent de commissions qui ont été créées pour contrôler la bonne application de la loi. Ainsi les données disponibles sont fonction des critères réglementaires sur lesquels se fondent la validité de la procédure de demande d'aide à mourir. En Oregon au contraire, l'OHA monitore des données plus diverses. En Suisse, les associations n'ont pas obligation de transmettre de données. Ces données confirment, au mieux, que les critères de la loi ont été remplis. Il en ressort que les personnes ayant recours à l'euthanasie, au suicide assisté ou à l'assistance au suicide souffrent de cancer et sont âgés de plus de 60 ans (33-37). En revanche, ces données n'explicitent pas les déterminants du choix d'une demande d'aide médicale à mourir chez ces personnes. De plus, considérant la diversité des pratiques, ces données se réfèrent finalement à des réalités pratiques différentes.

Dans la majorité des pays étudiés, une évaluation par au moins deux médecins des critères médico-légaux encadrant la pratique est indispensable. Le psychiatre n'est pas systématiquement sollicité (30). Lorsque c'est le cas, il peut l'être de deux manières : soit pour évaluer une comorbidité psychiatrique qui pourrait altérer le discernement du patient, soit parce que la demande est faite par un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique primaire. Les médecins experts doivent être « indépendants » du suivi du patient, ce qui dans l'esprit de la pratique serait gage d'objectivité (38-41).

L'analyse des déterminants de la demande d'aide médicale à mourir révèle ainsi que, même en l'absence de pathologie psychiatrique, il existe des déterminants d'ordre psychologique et psychopathologique qui sous-tendent les demandes d'aide à mourir. Il s'agit, entre autres, du sentiment de désespoir, de la spiritualité, de la solitude, de la dépression qui modifient les processus décisionnels et les perspectives de vie (42-47). Ces déterminants pourraient être considérés comme (co)morbides des critères explicites qui, eux, autorisent la pratique.

A partir de cet état des lieux, nous avons discuté trois enjeux qui font écho à la pratique psychiatrique : 1 : est-ce qu'un suicide peut être assisté ? 2 : comment conceptualiser l'ambivalence entre une pratique de prise en charge du suicide et celle d'expert d'une demande d'aide à mourir ? 3 : est-ce que la demande d'aide à mourir est un équivalent suicidaire ?

L'association du mot « suicide » à « assisté » fait ainsi discuter s'il est conceptuellement possible d'assister un suicide. Cette réflexion révèle un paradoxe : celle d'une personne qui, se référant à un principe d'autonomie, demande de l'aide à un tiers. De plus, envisagée comme « une aide au suicide », la frontière avec l'incitation au suicide est poreuse, et les avocats américains, pour ne pas créer d'amalgame, préfèrent ainsi nommer l'ensemble de ces procédures « *PAD : physician assisted death* » (48).

La pratique psychiatrique est de prendre en charge et prévenir des idées et actes suicidaires. Or dans ces procédures, le psychiatre intervient comme expert et prestataire de service pour évaluer des critères d'inclusion réglementaires des demandes d'aide médicale à mourir. La tension dialectique entre bioéthique et éthique médicale permet de contextualiser ce paradoxe. La bioéthique réfléchit, à partir d'axiomes, sur des sujets de société et d'avancée de la science du vivant. L'éthique médicale réfléchit la manière dont un médecin est au service du patient. Ainsi, d'un point de vue de l'éthique médicale, toute demande à mourir ne doit pas être prise au sens explicite en y accédant, mais au contraire, en révéler l'implicite pour soulager le patient. La demande d'être aidé à mourir du malade n'est pas seulement de mourir, mais d'être délivré des conditions l'ayant conduit à faire cette demande, pensée comme la seule issue possible.

Découle alors un troisième enjeu de réflexion, celui de savoir si une demande d'aide médicale à mourir ou de suicide assisté est un équivalent suicidaire. Cette question anime la littérature (49-51). Il y a des avis étayés mais divergents. Il existe des déterminants psychopathologiques et psychologiques dont on sait qu'ils précipitent en des idées d'envie de mourir et qui se retrouvent aussi bien dans la crise suicidaire que dans les demandes d'aide à mourir.

Si on considère qu'un suicide ne peut pas être conceptuellement assisté, que l'éthique médicale doit faire envisager toute demande d'aide à mourir comme souffrance liée à une demande implicite reliée à des déterminants sous-jacents d'ordre psychologique ou psychopathologique, alors il parait argumenté de recommander des entretiens psychiatriques pour toute personne formulant une demande d'aide médicale à mourir.

Des entretiens psychiatriques permettraient de repérer des pathologies psychiatriques dont la clinique est parfois atypique et difficilement perçue en dehors de notre spécialité (52). Il s'agit également, le cas échéant, de pouvoir intervenir dans une perspective thérapeutique :

celle de traiter une dépression, de travailler sur les biais cognitifs, de contextualiser cette demande, car il est au cœur de la profession de psychiatre de comprendre l'implicite et les motifs sous-jacents de la demande qui sont intimement liés aux évènements de vie uniques et aux expériences émotionnelles de la personne.

La littérature scientifique s'enrichit de retours d'expériences de plus de 10 ans de pratiques réglementées de l'aide médicale à mourir. Il en ressort que l'abord de la pratique psychiatrique commence à peine à être abordée. Il apparait de plus en plus évident aux autorités et aux professionnels que les psychiatres doivent intervenir. Pour preuve, il a été décidé qu'un psychiatre est systématiquement nommé dans les Commissions nationales d'évaluation des procédures en Belgique, en Hollande et au Luxembourg (33-35). Par ailleurs, des recommandations de bonnes pratiques ont dû être éditées pour affirmer une évaluation psychiatrique systématique pour les demandes de patients souffrant de pathologie psychiatrique (53-55). En Belgique, lorsque la demande n'intervient pas dans un contexte de « décès attendu », une consultation avec un psychiatre est alors majoritairement envisagée (33).

Quelle que soit la législation en vigueur, la demande d'aide médicale à mourir ne devrait jamais être banalisée ou envisagée dans le cadre d'une procédure purement normative. Elle devrait toujours être l'objet d'un entretien psychiatrique dédié, dans le souci d'une médecine personnalisée. Notre travail de synthèse et de réflexion montre que les données épidémiologiques sont lacunaires. Elles passent sous silence le rôle important des déterminants psychologiques et psychopathologiques dans la demande d'aide à mourir. Les limites de cette étude encouragent alors à mieux étudier les déterminants psychopathologiques, socio-familiaux, les modalités d'attachement qui, spécifiquement, peuvent entrainer des idées de demande d'aide médicale à mourir (56-58). Cela participerait à améliorer l'expertise des psychiatres impliqués dans ces procédures. Dans les pays n'ayant pas légiféré, cela participerait à la compréhension de la demande d'aide médicale à mourir et à la possibilité de fournir, dans l'intérêt du patient, un cadre de réponse.

L'étude de Evenblij et coll. en 2019 évoque le devenir des patients souffrant de pathologie psychiatrique après refus de leur demande d'aide médicale à mourir (59). Dans la même perspective, il nous parait très intéressant de recueillir et étudier des données concernant

toutes les personnes qui ont eu un refus de procédure : les raisons de ce refus, des données médicales, psychologiques et psychopathologiques, des informations sur leur devenir (tentatives de suicide, nouvelles demandes auprès d'autres médecins, sollicitations de systèmes étrangers). Cela permettrait d'étudier l'ambivalence, en lien avec des idées de demande d'aide médicale à mourir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jones RM, Simpson AIF. Medical Assistance in Dying: Challenges for Psychiatry. Frontiers in Psychiatry 2018 ; 9.

2. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 5 juill 2016 ; 316(1) : 79.

3. Aubry R, Azoulay M, Beaufils F, Benmakhlouf A, Claeyes A, Comte-Sponville A, et al. Avis N° 121 : Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir. [internet] Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé. Paris ; 30 juin 2013 [cité 19 mai 2020]. 79 p. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourirmars 2020]. Disponible sur :https://www.ccneethique.fr/sites/default/files/publications/avis_121_0.pdf

4. Rapport de synthèse du Comité Consultatif National d'Ethique suite aux États généraux de la bioéthique : opinions du comité citoyen. [internet]. Paris : CCNE ; juin 2018. [cité 19 mai 2020]. 198 p. Disponible sur : https://www.espace-ethique.org/ressources/etuderapport/rapport-de-synthese-du-comite-consultatif-national-dethique-suite-aux-etats

5. Les questions liées à la loi de bioéthique : IFOP pour la Croix et le Forum Européen de Bioéthique. [internet]. Paris : IFOP ; janvier 2018. [cité 19 mai 2020]. 29 p. Disponible sur : https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-les-questions-liees-a-la-bioethique/

6. Horn R. Le débat sur l'euthanasie et ses répercussions sur les pratiques médicales en fin de vie. Un regard comparatif : France ? Allemagne. Pratiques et Organisation des Soins 2010 ; 41(4) : 323.

7. Ars Moriendi. Bibliothèque Diocésaine de Nancy. 1495. 22 p.

8. Maret M. L'euthanasie : alternative sociale et enjeux pour l'éthique chrétienne. Ed Saint Augustin. 2000. 393 p.

9. Aumonier N, Beignier B, Letellier P. L'euthanasie. Que sais-je ? 2017. 128 p.

10. The World Federation of Right to Die Societies [Internet]. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : https://www.worldrtd.net/fr

11. Pohier J. La mort opportune : Les droits des vivants sur la fin de leur vie. Points. 2004.

12. Dalfin W, Guymard M. Le suicide et la responsabilité médicale. Université de Lorraine ; 2019.

13. Rameix S. Le droit de mourir. Gerontologie et societe 2004 ; 108(1) : 97-111.

14. Code pénal. Des atteintes volontaires à la vie : articles 221 1-5 [internet]. Légifrance ; 1 février 1994. [cité le 11 juin 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=13FD258A4A18FFA8226A53F6800982CF.tplgfr27s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165276&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=19940301

15. Code pénal. De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours : articles 223 5-7. [Internet]. Légifrance ; 19 septembre 2000. [cité le 11 juin 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=6F5650D48549F128249411BE96B393B3.tplgfr31s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165289&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806

16. Code pénal. De la provocation au suicide : articles 223- 13 -15 [Internet]. Légifrance ; 19 septembre 2000. [cité 11 juin 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=6F5650D48549F128249411BE96B393B3.tplgfr31s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165292&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20020101

17. Circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. [internet]. Direction générale de la santé. Paris : 26 août 1986. 8p. [cité le 11 juin 2020]. Disponible sur : http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf

18. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. [internet] Légifrance ; 23 avril 2005. [cité le 11 juin 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id

19. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. [internet]. Légifrance ; 3 février 2016. [cité le 11 juin 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id

20. Loi de bioéthique : les étapes de la révision [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/bioethique/les-evolutions-proposees-par-le-projet-de-loi/article/loi-de-bioethique-les-etapes-de-la-revision

21. Avis 26 : avis concernant la proposition de résolution sur l'assistance aux mourants, adoptée le 25 avril 1991 au Parlement européen par la Commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs. [Internet]. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé. Paris :24 juin 1991. 2 p. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis026.pdf

22. Avis 58 : Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche. [Internet]. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé. Paris : 12 juin 1998. 6p. [cité 8 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis058.pdf

23. Bernheim G, Blanloeuil Y, Boulard G, Filbet M, Glorion B, Gomas J M, et al. Avis 63 : Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé. Paris : 27 janvier 2000. 18 p. [cité le 31 mars 2020]. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf

24. Vialla F. Interrogations autour de la fin de vie. À propos de l'Avis 121 du CCNE « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir ». Médecine & Droit 2013; 2013(122): 147-59.

25. Ameisen J C, Ansermet F, Basset C, Benachi A, Bidar A, Camby C, et al. Avis N°129 : Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la vie et de la santé. Paris : 18 septembre 2018. 165 p. [cité le 31 mars 2020]. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_129_vf.pdf

26. Klein A. Du corps médical au corps du sujet : étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine [Thèse de philosophie et histoire des sciences]. Université de Lorraine : 2012. 606 p.

27. Sicard D, Ameisen JC, Aubry R, Bacqué MF, Cordier A, Deschamps C, Fourneret E, Gruat F, Sebag-Depadt V. Penser solidairement la fin de vie : rapport à François Hollande Président de la République Française. [internet]. Commission de réflexion sur la fin de vie en France : 18 décembre 2012. 197 p. [cité le 11 juin 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf

28. Dworkin R, Nagel T, Nozick R, Rawls J, Scanlon TM, Thomson JJ. Suicide assisté : le mémoire des philosophes. Raisons politiques. 2003 ; 11(3) : 29-57.

29. Wacker J. Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse. Etudes sur la mort. 2016 ; 150(2) : 79-92.

30. Dalfin W, Guymard M, Kieffer P, Kahn J-P. What can a comparative analysis of legislations teach us about assisted suicide ? 19th WPA World Congress of Psychiatry, Lisbon, Portugal, 2019.

31. Wasserman D. Suicide an unnecessary death. Martin Dunitz. 2001. 286 p.

32. Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, Deliens L. Different trends in euthanasia acceptance across Europe. A study of 13 western and 10 central and eastern European countries, 1981-2008. Eur J Public Health 2013 ; 23(3) : 378-80.

33. Huitième rapport aux Chambres législatives : années 2016 – 2017. [internet]. Belgique : Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie ; 12 mai 2018. [cité 19 mai 2020]. 70 p. Disponible sur : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cfcee-rapport-euthanasie-2018

34. Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018). [internet]. Luxembourg : Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ; 21 mai 2019. [cité 19 mai 2020]. 52 p. Disponible sur : https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/index.html

35. RTE : rapport 2018. [internet]. Pays-Bas : Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie ; 27/01/2020. [cité 19 mai 2020]. 67 p. Disponible sur : https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2018/april/11/jaarverslag-2018

36. Suicide assisté et suicide en Suisse - Statistique des causes de décès 2014 - Version corrigée, 24.11.17: page 4, Graphique G12 | Publication [Internet]. Office fédéral de la statistique. 2016 [cité 11 avril 2020]. Disponible sur : /content/bfs/fr/home/statistiken/katalogedatenbanken/publikationen.assetdetail.3902306.html

37. Annual Reports : Death with Dignity Act. [internet]. State of Oregon ; Oregon Health Agency ; 6 mars 2020. [cité 19 mai 2020]. 17p. Disponible sur: https://www.oregon.gov/oha/PH/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx

38. Koninkrijksrelaties M van BZ en. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding [Internet]. [cité 15 mai 2020]. Disponible sur : https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2014-02-15

39. Loi relative à l'euthanasie. 28 juin 2002 [Internet]. Disponible sur: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837

40. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. - Legilux [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur : http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo

41. Oregon Health Authority : Oregon Revised Statute: Oregon's Death with Dignity Act : Death with Dignity Act : State of Oregon [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur : https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ors.aspx

42. Smith KA, Harvath TA, Goy ER, Ganzini L. Predictors of Pursuit of Physician-Assisted Death. Journal of Pain and Symptom Management 2015 ; 49(3) : 555-61.

43. Ganzini L, Silveira MJ, Johnston WS. Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. J Pain Symptom Manage 2002 ; 24(3):312-7.

44. Pearlman RA, Hsu C, Starks H, Back AL, Gordon JR, Bharucha AJ, et al. Motivations for physician-assisted suicide: Patient and family voices. Journal of General Internal Medicine 2005 ; 20(3) : 234-9.

45. Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, et al. Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain. Gen Hosp Psychiatry 2005 ;27 (4) : 258-62.

46. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics. août 1998;39(4):366-70.

47. Olié E, Courtet P. The Controversial Issue of Euthanasia in Patients With Psychiatric Illness. JAMA 2016 ; 316(6) : 656.

48. Physician aid in dying? Euthanasia? Getting the terminology straight | Center for Health Journalism [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: https://www.centerforhealthjournalism.org/2015/09/15/physician-aid-dying-euthanasia-getting-terminology-straight

49. Statement of the American Association of Suicidology : « suicide » is not the same as « physician assisted suicide ». [internet]. Etats-Unis : American Association of Suicidology ; 30 octobre 2017. [cité 19 mai 2020]. 5 p. Disponible sur : https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf

50. Mishara BL, Weisstub DN. Is suicide prevention an absolute? Considerations when medical assistance in dying is an option. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2018 ; 39(5) : 313-7.

51. Gerson SM, Bingley A, Preston N, Grinyer A. When is hastened death considered suicide? A systematically conducted literature review about palliative care professionals' experiences where assisted dying is legal. BMC Palliat Care 2019 ; 18(1) : 75.

52. Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009 ; 374 (9690) : 609-19.

53. Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique - Conseil - Ordre des médecins - Ordomedic [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur : https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/directives-deontologiques-pour-la-pratique-de-l-euthanasie-des-patients-en-souffrance-psychique-a-la-suite-d-une-pathologie-psychiatrique

54. Code d'euthanasie 2018 : code de déontologie en matière d'euthanasie. [internet]. Pays-Bas : Commissions Régionales de Contrôle de l'Euthanasie ; avril 2018. 62 p. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur : https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/code-of-practice

55. Stavrianakis A. Le suicide assisté au tribunal. Le modèle suisse face à la demande des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Sciences sociales et santé 2018 ; 36(4) : 93-117.

56. Department of Clinical and Experimental Medicine, Section of Psychiatry, University of Pisa, Pisa, Italy, Miniati M, Callari A, Pini S, Department of Clinical and Experimental Medicine, Section of Psychiatry, University of Pisa, Pisa, Italy. ADULT ATTACHMENT STYLE AND SUICIDALITY. Psychiatria Danubina 2017 ; 29(3) : 250-9.

57. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. Journal of Affective Disorders 2010 ; 123(1-3) : 123-30.

58. Rebattu M. Styles d'attachement et conduites suicidaires chez les patients souffrant de troubles de l'humeur : revue de la littérature et résultats d'une étude, Thèse DES de psychiatrie, Aix Marseille Université ; 2019.

59. Evenblij K, Pasman HRW, Pronk R, Onwuteaka-Philipsen BD. Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. BMC Psychiatry 2019 ; 19(1) : 74.

VU

NANCY, le **21 mai 2020**
Le Président de Thèse

Professeur Jean-Pierre KAHN

NANCY, le **21 mai 2020**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11157**

NANCY, le **11 juin 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Objectifs : En France, dans le contexte de révision des lois de bioéthique, le débat public fait surgir la question de la possibilité de demander une aide médicale à mourir. Ce travail se propose : de faire un état des lieux du cadre réglementaire et des pratiques dans cinq états ayant légiféré ; de réaliser une analyse critique du rôle du psychiatre et de l'intérêt d'entretiens psychiatriques lors d'une demande d'aide à mourir.

Méthode : Les états étudiés (la Suisse, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, l'état de l'Oregon) bénéficient d'un retour d'expérience de plusieurs années. 127 articles ont été sélectionnés à partir des bases de données Pubmed et Cairn principalement, publiés entre 1997 à 2020. Il s'agit d'articles traitant : des réglementations, d'épidémiologie, de réflexions éthiques et sociologiques.

Résultats : Selon les pays, les modalités pratiques et les terminologies, de ce qu'on appelle à tort « suicide assisté », diffèrent. Il s'agit principalement, d'une pratique médicale qui évalue des critères formels de validité au regard de la loi. Une majorité de demande concerne des pathologies tumorales. L'analyse des déterminants révèle que, même en absence de pathologie psychiatrique, des déterminants d'ordre psychologique et psychopathologique sont présents.

Conclusion : Dans l'intérêt du patient, nous insistons sur la nécessité d'entretiens psychiatriques avec toute personne formulant une demande d'aide médicale à mourir. Cette demande doit s'appréhender, au-delà d'un savoir technique et scientifique, sur le terrain du colloque singulier afin de permettre une contextualisation de la demande dans la dialectique du patient.

TITRE EN ANGLAIS : The right to die and assisted suicide: review and critical analysis

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2020

MOTS CLÉS : demande d'aide médicale à mourir, « suicide assisté », colloque singulier, éthique médicale

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye BP 20199

54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX