Demande d'euthanasie ou de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble psychiatrique : expériences et positionnements de psychiatres français, une étude exploratoire

Lucie Gallé

▶ **To cite this version:**

Lucie Gallé. Demande d'euthanasie ou de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble psychiatrique : expériences et positionnements de psychiatres français, une étude exploratoire. Ethique. 2019. dumas-02511167

HAL Id: dumas-02511167

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02511167

Submitted on 30 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018-2019 **N° 2019M2REM03**

MÉMOIRE DE MASTER 2 DE RECHERCHE EN ÉTHIQUE

Présenté et soutenu publiquement le 17 juin 2019 par

Lucie GALLÉ

Demande d'euthanasie ou de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble psychiatrique : expériences et positionnements de psychiatres français, une étude exploratoire

Dirigé par le Professeur Marie-France MAMZER-BRUNEEL

et le Docteur Sarah SMADJA

JURY

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH Président

M. Marcel-Louis VIALLARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Eva SEGURA, PhD ATER

M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur

Mme Charlotte NGO, MCU-PH

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

MEMBRE DE
USPC
Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source. Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entrainer des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Demande d'euthanasie ou de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble psychiatrique : expériences et positionnements de psychiatres français, une étude exploratoire

Résumé :

L'euthanasie et le suicide assisté sont accessibles, dans les pays qui l'autorisent, aux personnes présentant un trouble psychiatrique grave au motif que la souffrance psychique engendrée par ce trouble est jugée intolérable et son soulagement inatteignable. Bien que persiste une interdiction française d'une assistance active à la mort, et ce pour toute situation médicale, certains ressortissants français réalisent pour ce motif psychiatrique une démarche à l'étranger. Ces situations sont rares mais confrontent les médecins psychiatres français à différents enjeux nouveaux, à la fois d'ordre éthique et médical face à la responsabilité qu'ils ont dans la prise en charge de la maladie mentale et du suicide.

Afin d'explorer pour la première fois l'expérience et le positionnement de professionnels de santé mentale face à ces situations de demande de mort assistée, nous avons réalisé, dans le cadre d'une recherche en éthique, des entretiens semi-dirigés auprès de psychiatres français. Les entretiens ont été analysés selon une méthode d'analyse qualitative de type thématique.

Cette étude a été menée sur l'ensemble de la France et a recueilli le discours de huit psychiatres. Les résultats ont permis de mettre en évidence une manière hétérogène d'aborder la description des situations rencontrées, la réaction et le positionnement des psychiatres face à la situation ainsi que les valeurs et les représentations sous-tendant ces prises de positions. Finalement, les arguments des psychiatres étaient avant tout d'ordres médicaux. Ils relevaient de la spécificité de la maladie psychiatrique et du respect de la déontologie, qu'ils trouvent la démarche du patient acceptable ou non à leurs yeux.

Il existait de fréquents conflits moraux entre la position professionnelle et les convictions personnelles des participants. La prise en compte du patient en tant que sujet avait une place mineure. Elle renvoyait à celle accordée plus généralement au patient dans les soins psychiatres mais aussi aux représentations sociétales de la maladie mentale, de la souffrance psychique et du suicide et au difficultés à concilier l'individuel au collectif.

Cette étude originale, bien que présentant plusieurs limites d'ordre méthodologique, encourage, face aux évolutions sociétales, à poursuivre l'exploration de ce sujet encore mal connu.

Discipline : Sciences du vivant – Éthique médicale

Mots clé : Euthanasie – Suicide-assisté – Trouble psychiatrique – Psychiatres français.

« À travers l'armure rien ne passait, pas un souffle, pas un son, pas une lueur.

- Était-ce la folie ?

- Non, la folie aurait eu des fissures par où vous atteindre.

- Était-ce la mort ?

- Pourquoi cherchez-vous entre la folie ou la mort ?

- Parce que ce sont les deux termes familiers entre lesquels l'ignorance oscille d'habitude... »

Marguerite Duras*, Un homme est venu me voir*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Marie-France Mamzer-Bruneel, responsable du laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale de l'université Paris Descartes. Merci de m'avoir accueillie dans ce master et guidée tout au long de ce travail.

Je remercie également le Professeur Raphaël Gaillard, psychiatre et chef de pôle à l'hôpital Sainte Anne à Paris. Merci de m'avoir encouragée à réaliser ce travail et proposé de suivre ce master.

Un grand merci au Dr Sarah Smadja, psychiatre à l'hôpital Sainte Anne, pour avoir été la toute première à me soutenir dans l'exploration de ce sujet si délicat et pour sa supervision.

Je remercie ensuite tous les participants à cette étude qui ont accepté d'aborder ce sujet avec moi. J'espère avoir retransmis et interprété de la manière la plus juste les propos qui m'ont été livrés.

Merci à tous les enseignants du Master 2 d'éthique médicale et de bioéthique pour leurs cours et leurs conseils méthodologiques.

Merci aussi à tous les étudiants de ce master, pour la richesse de nos échanges et leur bonne humeur tout au long de cette année.

Merci à Flora, pour ses relectures et les corrections rigoureuses de ce travail. Merci pour tes suggestions profondes, merci à l'amitié de que tu me portes.

Merci à tous mes proches, famille et amis, pour leur affection.

Merci à Antoine, pour son soutien indéfectible, sa patience et son amour.

Table des matières

INTRODUCTION **8**

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE **10**

I] DEFINITIONS ET REPERES CONCEPTUELS 10

1) Le suicide *10*

2) L'aide médicale à mourir : euthanasie active, passive, indirecte et suicide assisté *15*

II] AIDE MEDICALE A MOURIR : SITUATION ET CADRE REGLEMENTAIRE EN EUROPE ET EN AMERIQUE DU NORD 18

1) Situation et cadre réglementaire aux Pays-Bas, en Belgique, en Suisse et au Luxembourg *18*

2) Situation et cadre réglementaire en Amérique du nord *25*

3) Données des études rétrospectives sur les personnes ayant eu accès à une mort médicalement assistée pour motif de trouble psychiatrique *26*

4) Situation et cadre réglementaire en France *28*

5) Le « Tourisme du suicide » *31*

III] PARTICULARITES DE LA PSYCHIATRIE ET DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES 32

IV] EUTHANASIE ET SUICIDE ASSISTE EN PSYCHIATRIE : PROBLEMES SOULEVES PAR LA LITTERATURE 34

V] JUSTIFICATION DU PROJET DE RECHERCHE ET PROBLEMATISATION 37

1) Justification de la recherche *37*

2) Problématique *38*

DEUXIEME PARTIE : RECHERCHE **39**

I] HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE 39

1) Hypothèses *39*

2) Objectifs de la recherche *39*

II] METHODOLOGIE ET MATERIEL 39

1) Population de l'étude et recrutement *40*

2) Recueil des données *41*

3) Circuit des données et protection des données personnelles *43*

4) Analyse des données *43*

5) Aspects procéduraux d'éthique de la recherche *44*

III] RESULTATS 44

1) Caractéristiques des participants *44*

2) Résultats de l'analyse qualitative des entretiens semi-dirigés *46*

IV] DISCUSSION 77

1) Forces et limites de l'étude *77*

2) Discussion des résultats *79*

3) Perspectives 96

CONCLUSION 98

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS 100

BIBLIOGRAPHIE 101

TABLE DES TABLEAUX 109

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS 110

ANNEXES I

ANNEXE 1 : E-MAIL TYPE DE RECRUTEMENT II

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN III

ANNEXE 3 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE IV

ANNEXE 4 : AVIS DU COMITE D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE VI

ANNEXE 5 : PARTIE DU DOCUMENT D'INFORMATION DE DIGNITAS DESTINE AU PATIENT VII

Introduction

En France, l'euthanasie active et directe et le suicide assisté sont illégaux. Le débat sociétal sur la pertinence d'une légalisation est néanmoins régulièrement relancé, notamment par le biais de la médiatisation de situations médicales, montrant une limite de la législation actuelle sur la fin de vie et les droits des malades. Ainsi, certains des conflits quant à la meilleure conduite à tenir entre les différents protagonistes, qu'ils soient le patient, ses proches, les équipes médicales et la justice restent irrésolus, démontrant toute la complexité d'inscrire une situation individuelle dans une dimension collective.

Plusieurs pays européens ont cependant franchi le pas ces 20 dernières années. Ils autorisent désormais non seulement l'assistance active à la mort dans des situations médicales de pathologies somatiques considérées comme incurables ou en phase terminales, mais aussi pour des situations de souffrance psychique non soulagée liée à une maladie psychiatrique jugée incurable. Il s'agit de la Suisse, des Pays-Bas, de la Belgique et du Luxembourg. Deux éléments en permettent l'accès dans les mêmes conditions aux ressortissants français : la libre circulation dans l'espace Schengen et la non-inscription législative d'un accès interdit aux personnes étrangères à ces pays.

Les souffrances psychiques non soulagées et liées à une maladie psychiatrique chronique, sévère et résistante au traitement médical et psychologique sont des situations rares. Les personnes qui en sont porteuses en France ne disposent pas à ce jour de recours particuliers inscrits dans la loi, telles que l'arrêt des soins actifs et l'accès à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'à la mort. Ces dernières dispositions ne sont prévues que dans le cadre d'une « fin de vie » c'est à dire pour des maladies graves et incurables en phases avancée ou terminale. Il existe plusieurs preuves à ce jour montrant que certaines personnes présentant une maladie psychiatrique réalisent, via un « tourisme du suicide », une démarche de demande de suicide assisté ou d'euthanasie à l'étranger.

L'ensemble de ces éléments amène les psychiatres français à être confrontés à des situations dans lesquelles un patient leur expose cette démarche de demande de mort assistée. Cela soulève ainsi plusieurs interrogations : à la fois leur réaction et leur positionnement face à ces situations particulières (dans le cadre inhabituel d'une assistance à la mort pour une pathologie mentale), mais aussi dans un contexte où cette assistance est illégale en France. À ce jour, il n'existe aucune documentation scientifique sur ce sujet dans notre pays. L'exploration de ce phénomène auprès des

professionnels de santé mentale que sont les psychiatres permet de soulever des questionnements éthiques et médicaux sur de la place et des responsabilités du professionnel face à des démarches individuelles.

Première partie : Contexte

I] Définitions et repères conceptuels

Une définition des termes qui constituent nos outils de réflexion dans l'exercice présent nous semble indispensable pour débuter notre propos. Ainsi, même si le thème principal de notre mémoire est l'assistance active à la mort dans un contexte médical, celui-ci s'examine dans un champ psychiatrique et il nous semble indispensable d'évoquer le suicide, acte au carrefour des entités que sont la maladie mentale et de la demande de suicide assisté.

1) Le suicide

a. Définition

Le terme « suicide » provient du latin *suicidium*, du préfixe *sui* qui veut dire « de soi-même » et du radical *cidium*, « meurtre », également de *caedere*, « tuer » (dictionnaire Littré). C'est l'Abbé Desfontaines qui employa en 1737 ce mot pour la première fois, le terme d'« homicide de soi-même » étant utilisé jusqu'à lors. Le suicide est donc l'« acte de se donner volontairement la mort » comme le stipule le dictionnaire *Larousse* qui en donne une définition à la fois simple et restrictive (1). Diverses autres définitions du suicide ont été élaborées par de nombreux auteurs. Retenons celle de qu'en donne E. Durkheim en 1897 : « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». On voit dans cette définition qu'à la fois l'acte létal apparaît comme pouvant être de diverses natures et que la personne qui l'exécute a conscience des conséquences de son geste. À cela, il convient d'examiner l'ensemble des conduites suicidaires auxquelles s'ajoute le suicide à proprement parler : la tentative de suicide (« acte incomplet ou se soldant par un échec ») ; la velléité de suicide (intention plus ou moins ébauchée), l'idée simple de suicide ; le chantage au suicide ; et les équivalents suicidaires, que détaille M. Quidu (*Le suicide, étude clinique*) (2). Par ailleurs, divers termes sont employés comme adjectifs du suicide : « rationnel », « de bilan », « existentiel » ou « philosophique ». Ils montrent tous finalement une volonté de désigner un acte « compréhensible » et accessible à une certaine logique, non sous-tendu par une maladie mentale évolutive. K. Siegel définit les caractéristiques d'un suicide pouvant être qualifié de rationnel : il s'agit d'un suicide établi dans une évaluation réaliste de sa situation, avec un processus mental qui a conduit à la décision du

suicide. Dans ce sens, cette décision n'est pas altérée par une maladie psychologique ou une détresse émotionnelle sévère et, les motivations de la décision sont compréhensibles par une majorité d'observateurs de la communauté ou du groupe social (3).

b. Aspects historiques

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie ». Ainsi débute l'essai sur l'absurde *Le mythe de Sisyphe* d'Albert Camus, en 1942. De tout temps, la question de la légitimité et du caractère moral ou non du suicide a été soulevée par des philosophes, des religieux, des écrivains, des médecins et des sociologues. Durant l'Antiquité, le suicide est un sujet de réflexion des plus grands philosophes : pour Aristote, il constitue « un mal et un acte de lâcheté et d'injustice à l'égard des autres citoyens » (Aristote, *Éthique à Nicomaque*); Platon le condamne dans *Phédon* mais nuance son propos dans *La République* et *Les Lois*, où il justifie le suicide dans le cadre d'une maladie grave et chronique ; pour les Stoïciens en revanche le suicide est un acte de liberté, mais de liberté paradoxale puisqu'elle s'abolit au moment où il s'accomplit. Après un début de l'ère chrétienne marquée par une large tolérance du suicide (la frontière avec le sort du martyre étant étroite) l'Église, qui a désormais besoin de fidèles bien vivants, va par la suite condamner fermement le suicide via notamment les voix de Saint Augustin au IV^{e} siècle et de Saint Thomas d'Aquin au XIII^{e} siècle. Le débat sur le caractère légitime du suicide ressurgit au siècle des Lumières où s'affrontent deux idées : celle d'un suicide justifié par l'exécution d'une liberté individuelle, promu par les libéraux, et celle de l'existence d'un devoir envers soi-même. Ainsi D. Hume dans son *Essai sur le suicide* considère le suicide comme un acte moral quand la vie de quelqu'un devient une charge pour lui-même ou pour autrui. À l'inverse pour E. Kant, l'être humain a une liberté intérieure qui ne s'exprime pas dans la possibilité de faire tout ce que l'on veut mais dans la possibilité de se donner à soi-même une loi : s'anéantir, c'est anéantir la possibilité de l'existence même de la moralité et ainsi un homme n'a pas le droit d'employer sa liberté pour se détruire (4,5).

Mais ce n'est qu'à partir du XIX^{e} siècle que le suicide constitue un phénomène étudié en soi et de manière scientifique. Dès cette époque deux thèses portant sur le déterminisme du suicide s'opposent. Une première thèse psychiatrique, individuelle, menée par l'aliéniste J-E. Esquirol tente de trouver une explication dans l'individu et en fait un symptôme « psychopathique ». Pour autant, certains auteurs de l'époque sont moins dogmatiques et pensent que tous les suicidants ne sont pas des malades mais que l'état affectif émotionnel, ou pathologique au moins, est altéré durant l'acte du suicide. Une deuxième thèse, collective, tente de chercher une explication dans le milieu social. E.

Durkheim voit dans le suicide un phénomène social constant lié à des influences multiples, sociales, familiales et religieuses (le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu). Selon lui les causes psychiatriques représenteraient une minorité de cas. Pour M. Halbwachs, la seule cause du suicide est le « vide social » créé autour de l'individu (2). Ainsi, contexte psychopathologique et crise psycho-sociale se dégagent comme étant les deux grands terreaux des conduites ou des intentionnalités suicidaires (6).

Finalement, le suicide est aujourd'hui, dans nos sociétés occidentales, de moins en moins tabou du fait d'une sécularisation des valeurs occidentales (7). Il est même considéré comme un véritable problème de santé publique.

c. Point de vue psychiatrique

À la considération du suicide comme l'expression d'une liberté de choix individuelle s'oppose la conception médicale du suicide. De nos jours, un consensus existe en médecine occidentale : les troubles psychiatriques apparaissent comme les premiers facteurs de risque pour le décès par suicide et les tentatives de suicide. Ces facteurs regroupent à la fois les troubles de l'humeur (dépressions, troubles bipolaires), les troubles schizophréniques, les troubles anxieux et les troubles liés à l'abus de substances. Les recherches montrent que la hiérarchie de ces différents troubles, quant à leur impact sur les comportements suicidaires, varie selon le sexe, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation, de revenus, l'emploi ou la catégorie socioprofessionnelle mais aussi et surtout selon le risque observé : décès par suicide, tentatives de suicide ou idées suicidaires. Les liens entre mécanismes neurobiologiques et conduites suicidaires sont étudiés depuis une trentaine d'années. Ils s'appuient sur une approche transdisciplinaire (psychiatrie, neurobiologie, génétique, épigénétique) sous-tendue par divers moyens d'étude (biologie, imagerie, in vivo ou post mortem). Ces travaux de recherche tendent à démontrer l'existence d'un modèle « stress-vulnérabilité ». Ce dernier explique qu'à situation de stress égale (troubles psychiatriques ou événements de vie graves vécus récemment ou pendant l'enfance), le risque de conduite suicidaire est très variable d'un individu à l'autre et dépend d'antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide, des traits de personnalité (impulsivité, pessimisme par exemple), et des abus subis dans l'enfance. Seules les personnes porteuses de cette vulnérabilité réaliseraient un geste suicidaire (8,9). Ces travaux sont complétés par des études sur les mécanismes neurobiologiques qui cherchent à identifier les biomarqueurs du risque suicidaire dans des études à la fois post mortem et in vivo. Deux grands systèmes biologiques seraient impliqués dans le comportement suicidaire : l'hyperactivité de l'axe du stress (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien) et le déficit en sérotonine dans le système neurotransmetteur sérotoninergique. Ces

modifications, pouvant trouver leur origine dans le développement précoce et des mécanismes épigénétiques, seraient la manifestation d'une altération du contrôle cognitif de l'humeur, du pessimisme, des traits de réactions agressives, des résolutions de problèmes, une hyper-réactivité aux signes sociaux négatifs, une douleur émotionnelle excessive et des idéations suicidaires conduisant au comportement suicidaire. Des recherches actuelles autour de biomarqueurs du suicide permettraient de donner des informations sur les procédures d'évaluation du risque suicidaire et d'orienter les choix thérapeutiques. Les biomarqueurs identifiés à ce jour sont des indices liés à la fonction sérotoninergique, à l'inflammation, à la plasticité neuronale et aux lipides (10,11).

Le suicide constitue pour le psychiatre un risque majeur qu'il se doit d'évaluer en tout temps. Ainsi, il est actuellement admis qu'il est de son devoir de repérer et de prendre en charge toute idée et conduite suicidaire qui pouvant se présenter sous différentes temporalités (brève, longue, survenue aiguë ou brutale) et intentionnalités (expression explicite ou non explicite). Il s'agit par exemple de la « crise suicidaire » qui se définit comme « un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture » (12) ayant un début et une fin. Cette « crise suicidaire » peut survenir aussi bien chez des personnes habituellement bien portantes que chez des personnes malades sur le plan psychiatrique. Elle s'inscrit dans une temporalité brève et selon une intentionnalité explicite. Il peut aussi s'agir de conduites autodestructrices directes et indirectes (actes volontaires qui comportent un risque significatif pour la vie) d'intentionnalité implicite et de temporalité longue auxquelles s'ajoutent les idéations suicidaires d'intentionnalité explicite et de temporalité variable. Le psychiatre est également de plus en plus amené à réaliser une évaluation de l'état psychiatrique des personnes recevant des soins terminaux en demande d'un arrêt de ces soins (6). Sur le plan thérapeutique, la prise en charge de l'individu suicidaire se résume le plus souvent en une mise à l'abri (hospitalisation), à un traitement symptomatique de l'état de détresse psychique (anxiolytique, hypnotique), et au traitement spécifique de la pathologie psychiatrique sous-jacente. Des espoirs prometteurs sont formulés depuis quelques années, des résultats d'études démontrant l'efficacité spécifique de la kétamine (médicament anesthésique central) à court terme (quelque heures) sur les idées suicidaires dans les états dépressifs sévères (13).

La prévention du suicide, cause de décès considérés évitables, constitue un enjeu majeur de santé publique. Plusieurs groupes de travail, associations et instituts de veille sont en place en France. Ces derniers étudient les paramètres et les caractéristiques du suicide, de renforcer les stratégies de détection précoce des idées suicidaires et des risques de passages à l'acte, et de mettre en place des dispositifs en amont et en aval des passages à l'acte. Ils soutiennent également la formation des

professionnels de santé. La direction générale de la Santé a monté en 2016 le groupe de travail « Prévention du suicide » (mise en place des dispositifs VigilanS, soutien du programme Papageno par exemple (14,15)).

d. Données épidémiologiques

Le nombre de décès par suicide en France métropolitaine serait de 8 885 en 2014 (chiffre sous-estimé de 10% selon l'Observatoire national du Suicide) contre 10 524 en 2011 et 11 403 en 1990 (données CépiDC-Inserm). Les victimes du suicide sont au trois-quarts des hommes et le suicide est la première cause de mortalité des 25-34 ans (20% du total des décès dans cette tranche d'âge)(16). Environ 80% des personnes décédant par suicide souffriraient de troubles mentaux. Sous un autre angle, selon un rapport de Santé publique France sur la période 2000-2013, parmi les causes de décès des personnes souffrant de troubles mentaux, le suicide se situerait en 3e position (11,1% des décès). Les causes de ces suicides seraient les troubles de l'humeur (31,8% des décès par suicide) et surtout la dépression (mentionnée dans 30,6% des décès par suicide contre 0,9% des décès par autre cause)(17).

e. Aspects juridiques

L'ancien droit français se conformait pour le suicidé et le suicidant aux dispositions du droit canonique (qui prive de sépulture chrétienne et exclut des prières publiques) et à celles du droit romain. Aujourd'hui, le suicide est considéré comme une liberté en France depuis 1791, chacun étant libre de sa vie et de son corps. Depuis l'instauration du code pénal sous Napoléon Bonaparte, la tentative de suicide n'est plus punissable. Ce même code ne considère pas le suicide comme un crime d'assassinat ou de meurtre de soi-même. La complicité en matière de suicide n'existe pas non plus en droit français. La complicité antérieure au suicide (menace, abus d'autorité, donner les moyens nécessaires) n'est pas répréhensible. En revanche, l'acte concomitant au suicide tel que l'assistance active (c'est-à-dire l'euthanasie dans le domaine médical qui constitue un meurtre) ou l'assistance passive (qui constitue de fait une non-assistance à personne en danger) sont répréhensibles pénalement (2).

Ainsi, quatre actes en lien avec le suicide constituent en France un délit :

- La provocation au suicide (art. 223-13 du Code pénal) tout comme la propagande ou la publicité au suicide (art. 223-14 du Code Pénal) et ce depuis 1987 suite à l'affaire provoquée par la publication du livre intitulé *Suicide mode d'emploi*, de C. Guillon et Y. Le Bonniec (1982)(18) ;
- La non-assistance à personne en danger (art. 223-6 du Code pénal) ;

- L’abus frauduleux de l’état d’ignorance ou de la situation de faiblesse (art. 223-15-2 du Code pénal).

2) L’aide médicale à mourir : euthanasie active, passive, indirecte et suicide assisté

a. Définition

Le terme euthanasie dérive du grec *euthanasia* qui signifie « bonne mort, mort douce et sans souffrance » du grec *eu* « bien », et *thanatos* « mort » (dictionnaire Littré). Le dictionnaire *Larousse* le définit comme l’« acte d’un médecin qui provoque la mort d’un malade incurable pour abréger ses souffrances et son agonie, illégal dans la plupart des pays » (19). La définition qu’en donne P. Letellier souligne davantage la complexité que renferme le terme : il s’agit d’une « action ou omission dont l’intention première vise la mort d’un malade pour supprimer sa souffrance » (20). De nos jours, l’aide médicale à mourir est employée pour désigner différentes pratiques. Ainsi le Sénat explicite diverses appellations (21) :

- L’euthanasie active consiste en « l'administration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort, à la demande du malade qui désire mourir, ou sans son consentement, sur décision d'un proche ou du corps médical » ;
- L’aide au suicide (ou suicide assisté) est une action « où le patient accomplit lui-même l'acte mortel, guidé par un tiers qui lui a auparavant fourni les renseignements et/ou les moyens nécessaires pour se donner la mort » ;
- L'euthanasie indirecte consiste en « l'administration d'antalgiques dont la conséquence seconde et non recherchée est la mort » ;
- L'euthanasie passive définit « le refus ou l'arrêt d'un traitement nécessaire au maintien de la vie ».

À cela nous pouvons ajouter les notions d’euthanasie volontaire (conformément aux vœux d’une personne autonome) et involontaire (lorsque les vœux d’une personne ne sont pas connus) (4). Nous voyons donc ici qu’il est question du type d’acte, de l’auteur de l’acte et de l’intentionnalité contenue dans l’acte.

Dans ce travail nous emploierons simplement les termes d’ « euthanasie » et de « suicide assisté », ou les termes désignant les deux pratiques : « assistance active à mourir » ou « mort assistée » – davantage de précisions ne sont pas justifiées ici et les différentes déclinaisons du terme euthanasie sont peu employées et mal connues en France. Concernant le terme de « suicide assisté », nous conserverons cette forme tout au long de notre travail sans parler de « suicide médicalement assisté » car la démarche en Suisse consiste en une assistance au suicide non médicalisée (sans

médecin au chevet de la personne), comme nous le verrons ci-après. Il reste évident que nous ne traiterons pas ici du suicide assisté par les proches (amis, famille) et que nous resterons dans un contexte de demande s'effectuant auprès de la médecine, ici auprès du psychiatre.

b. Aspects historiques

Dans l'Antiquité, comme nous l'avons vu avec l'origine étymologique, l'euthanasie désigne à la fois une bonne mort, une belle mort, une mort douce, mais également une mort rapide et sans souffrance. Certains incluent même dans ce concept l'acte du suicide, jugé comme une mort belle et honorable pour échapper aux mains de l'ennemi après un échec militaire (selon Polybe en parlant du roi de Sparte Cléomène). F. Joseph, lui, raconte l'histoire de lépreux qui préfèrent avoir une mort « plus douce » en se rendant à l'ennemi qui les égorgera, plutôt que de mourir d'épuisement dans la ville. Du IV^{e} au II^{e} siècle avant J.-C., même si le serment d'Hippocrate l'interdit, les médecins fournissent régulièrement à leurs patients un poison en fonction de la gravité et du pronostic de la maladie. Thrasyas de Mantinée, herboriste et médecin grec du III^{e} avant J.-C. reste connu pour avoir inventé une « drogue de la mort douce » à base de pavot et de ciguë (22). Ainsi, le terme d'euthanasie renvoie à l'idée d'une mort choisie et oscille entre mort douce et suicide alors jugé préférable à une mort plus pénible. Au XVII^{e} siècle, F. Bacon dans son texte *De euthanasia exteriore* assigne au médecin un double devoir, celui de soigner et celui d'adoucir la douleur y compris au moment de la mort : « plus encore, j'estime que c'est la tâche du médecin non seulement de faire recouvrer la santé, mais encore d'atténuer la souffrance et les douleurs, non seulement quand un tel adoucissement est propice à la guérison, mais aussi quand il peut aider à trépasser paisiblement et facilement ». Les médecins devraient « faciliter et adoucir l'agonie et les souffrance » (F. Bacon, *Du progrès et de la promotion des savoirs*). L'euthanasie y apparait donc comme une mort douce entourée de soins. Dans son livre *Utopie* (1516), T. More décrit l'organisation d'une société dans laquelle le malade devenu une charge pour lui-même et pour autrui est exhorté par les prêtres et les magistrats à accepter la mort et à se débarrasser de sa vie ou à inviter les autres à l'en délivrer. C'est bien un monde utilitariste que décrit T. More, plus de deux siècles avant J. Bentham. Reprenant les concepts utilitaristes de ce dernier, J. S. Mill soutient en 1863 que « la seule chose désirable comme fin est le bonheur, c'est-à-dire le plaisir et l'absence de douleur » et si la douleur l'emporte sur le plaisir alors la vie est considérée comme inutile. Dans le courant du XIX^{e} siècle puis au début du XX^{e} siècle, le concept d'euthanasie est repris et détourné par les courants hygiéniste puis eugéniste avec à sa tête F. Galton. L'eugénisme désigne alors une science de l'amélioration de la lignée permettant de perfectionner l'hérédité de l'espèce humaine. De 1907 à 1940 de nombreux États d'Amérique du nord et d'Europe du nord promulguent des lois de stérilisation de personnes affectées de maladies présumées héréditaires, dont les malades mentaux.

En 1920, K. Binding et A. Hoche publient *La libéralisation de la destruction d'une vie qui ne vaut pas la peine d'être vécue*. Leurs thèses seront reprises par A. Hitler qui expose dans *Mein Kampf* en 1924 que « toute vie improductive est considérée comme une vie sans valeur ». Est créé alors un comité d'euthanasie composé de 25 médecins dont 7 sont titulaires d'une chaire de neurologie et de psychiatrie. La suite de l'histoire est malheureusement effroyablement célèbre : on estime qu'environ 100 000 personnes handicapées sont mortes des suites de L*'Aktion T4* fomenté par A. Hitler de 1939 à 1941 en Allemagne. La France n'est pas en reste puisque 40 000 malades mentaux auraient été laissés morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques sous le régime de Vichy. Parallèlement à ces mouvements extrémistes se développe le concept d'euthanasie compassionnelle. L. Daudet, médecin à l'Hôtel-Dieu décrit en 1915, comment après un échec du traitement contre la rage administré par L. Pasteur, six paysans russes torturés par la douleur demandèrent à ce qu'on les achève, ce que firent Pasteur et le pharmacien de l'hôpital. Ainsi tout au long du dernier siècle, de nombreuses voix s'élèvent en faveur de cette euthanasie dite compassionnelle et plusieurs associations voient le jour dans le monde à partir des années 1970, réclamant « un droit à mourir dans la dignité ». De plus, plusieurs pays, comme nous le verrons au prochain chapitre, ont légiféré en Europe et ailleurs pour un encadrement de l'aide active à mourir dans un contexte de maladie dont les souffrances sont jugées réfractaires aux traitements médicaux actuels. Aujourd'hui en France c'est l'Association pour le droit à mourir dans la dignité (ADMD), créée en 1980, qui en constitue le fer de lance tout comme le principal groupe de pression visant à obtenir une loi qui légaliserait l'euthanasie et le suicide assisté en France. Cette association regroupait environ 68 000 adhérents en 2018 (23). Selon son article premier, l'ADMD prône un « droit à mourir » : elle a pour but « de promouvoir le droit légal et social de disposer, de façon libre et réfléchie, de sa personne, de son corps et de sa vie ; de choisir librement la façon de terminer sa vie, de manière à la vivre jusqu'à la fin dans les conditions les meilleures » (20). Ainsi ces associations et leurs adhérents souhaiteraient faire du droit à mourir qui constitue un droit-liberté actuellement en France (on est libre de se donner la mort), un droit-créance (on peut exiger une aide à mourir).

Nous voyons donc que tout au long de son histoire, l'euthanasie a été associée à l'idée de maladie, de souffrance incurable, mais aussi de dignité, de droit et de liberté. Elle n'a été associée explicitement aux maladies mentales que dans des dérives meurtrières et génocidaires, où ces suppressions de vie n'étaient aucunement liées à la souffrance mais à la croyance d'une inutilité de ces individus ou à leur caractère délétère pour la société.

Les aspects juridiques précis de l'euthanasie et du suicide assisté en France et à l'étranger seront traités plus précisément ci-après.

II] Aide médicale à mourir : situation et cadre réglementaire en Europe et en Amérique du nord

Dans ce chapitre nous expliciteront les situations des pays où :

- L'aide active à mourir est possible y compris pour un motif exclusivement psychiatrique (Pays-Bas, Belgique, Suisse, Luxembourg), afin d'en comprendre les modalités juridiques et d'accès pour les personnes souhaitant y recourir ;
- L'aide active à mourir est autorisée pour les maladies physiques terminales et où l'accès aux maladies psychiatriques suscite régulièrement débat (États-Unis, Canada) ;
- En France, lieu et objet de notre étude et où l'aide active à mourir n'est pas autorisée par la loi mais où il existe une aide passive.

1) Situation et cadre réglementaire aux Pays-Bas, en Belgique, en Suisse et au Luxembourg

En Europe, le recours à l'euthanasie ou au suicide assisté pour souffrance psychique résultant d'un trouble psychiatrique en dehors d'une pathologie organique sévère en phase terminale est reconnu comme valide légalement ou non répréhensible dans quatre pays : en Belgique, aux Pays Bas, au Luxembourg et en Suisse. Nous nous attarderons sur les systèmes belges et néerlandais. Ce sont deux pays où il existe une législation sur le sujet et où les données de la littérature sont les plus riches.

a. Pays-Bas

Aux Pays-Bas, le *Termination of life on request and Assisted Suicide Act* en 2001 a permis de donner une base légale à des pratiques professionnelles (euthanasie et suicide assisté) qui faisaient déjà l'objet d'un rapport obligatoire aux instances officielles depuis 1991 et d'une dépénalisation depuis 1994 (21,24,25). Depuis cette date, des rapports de mort médicalement assistée pour motifs psychiatriques sont connus. En 1994, un avis de la Cour suprême hollandaise avançait déjà que la souffrance mentale intolérable peut exceptionnellement justifier une mort médicalement assistée, sans motif somatique (26).

La loi néerlandaise exige du médecin référent qui procède à l'euthanasie ou au suicide assisté de veiller à ce que les 6 critères (« *due care criteria* ») définis par la loi soient présents et ce quel que

soit le motif de demande de mort assistée (les motifs de maladie organique ou psychiatrique, terminale ou non terminale ne sont pas explicités dans les critères d'accès) (25) :

- « La demande du patient doit-être volontaire et bien considérée.
- La souffrance est insupportable avec peu de chance ou de perspectives d'amélioration.
- Le patient est informé de sa situation et de son pronostic.
- Le praticien en est venu à la conclusion avec le patient qu'il n'y a pas d'alternative raisonnable à sa situation.
- Le praticien doit avoir consulté au moins 1 autre médecin indépendant (*qui n'a jamais participé aux soins du patient*) qui doit voir le patient et donner son opinion par écrit si les critères sont remplis.
- Le médecin doit apporter un soin médical et une attention à la fin de vie du patient ».

De plus, la demande doit être récurrente dans le temps. Le médecin doit ensuite adresser après la mort du patient un rapport détaillé à la commission régionale de régulation, la RTE (*Regionale Toetsingscommissies Euthanasie*). Ces RTE sont au nombre de 5 aux Pays-Bas. Elles sont en place pour effectuer un contrôle de la procédure du médecin a posteriori du décès du patient ; ce dernier peut être poursuivi si les *dure care criteria* n'ont pas été respectés. Tous les cas psychiatriques de suicide assisté sont publiés en ligne par la RTE depuis 2012, et ce dans une volonté de transparence liée à la particulière complexité de ces cas. Depuis 2014 ils sont publiés dans une relation proportionnelle au nombre total d'euthanasies (27,28).

La loi ne spécifie donc pas de critères particuliers d'accès à la procédure pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques ni même ne recommande explicitement que le patient soit vu par un psychiatre. La RTE a cependant mis à disposition des médecins un « guide de bonne pratique » pour l'ensemble des cas d'euthanasie, guide révisé en 2018 (édition de 2015 en anglais) (28,29). Le code de la RTE mentionne des recommandations spécifiques pour les situations psychiatriques qu'elle estime relever d'une expertise particulière : « une attention particulière doit être apportée dans l'évaluation du caractère volontaire et bien-considéré de la demande, l'absence de possibilité d'amélioration et le manque d'alternatives raisonnables » ; « il est exclu que le jugement du patient soit affecté par le trouble psychiatrique. […] Le médecin doit s'assurer que le patient est capable de montrer des informations pertinentes, d'avoir un aperçu de la maladie et d'être cohérent dans ses considérations ». Nous pouvons encore citer : « le désir de mort du patient doit-il être considéré comme une demande volontaire et réfléchie ou comme une expression de sa maladie ? A-t-il été établi qu'une alternative raisonnable pouvait être envisageable ? Un psychiatre indépendant a-t-il été consulté à côté du médecin consultant ou le consultant lui-même est-il un psychiatre ? » (29). Depuis 1998, la *Dutch*

Psychiatric Association propose des recommandations pour assister les psychiatres face à ces demandes (*Guidelines for Responding to the Request for Assisted Suicide by Patients With a Psychiatric Disorder)*. Elle propose trois critères pour considérer qu'une option thérapeutique est à envisager devant une demande de suicide assisté : « elle doit offrir une vraie perspective d'amélioration, doit être administrée de manière adéquate sur une période de temps raisonnable et il doit y avoir une balance raisonnable entre les effets attendus du traitement et les conséquences néfastes possibles pour le patient ». Cependant, aucun outil de mesure standardisé (échelles, questionnaires par exemple) n'est recommandé pour l'évaluation des différents critères d'accès à la démarche. Ces évaluations semblent donc très prises dans une forme de choix « médecin-dépendant ».

Quelques rares cas d'euthanasie pour motif psychiatrique ont été saisis jusqu'à maintenant par le Cour suprême des Pays-Bas. Il s'agit notamment du cas du Dr Chabot en 1994 (psychiatre qui avait assisté au suicide une femme de 50 ans sans que les autres médecins consultés n'aient vu la patiente, il s'était vu reconnaitre coupable sans peine prononcée contre lui) et du cas Brongersma en 2002 (E. Brongersma avait demandé à son médecin généraliste le Dr Sutorius, de l'assister à mourir face à une « fatigue de vivre » ; le médecin fut acquitté en première instance puis condamné en appel).

Par ailleurs, les Pays-Bas se sont dotés de plusieurs outils d'information et de formation des professionnels sur la pratique. Depuis 1997, le *Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands* (SCEN), est une organisation composée de médecins (généralistes et psychiatres essentiellement) spécifiquement formés pour assister leurs collègues dans le respect des critères exigés par la loi.

Le nombre total d'euthanasies et de suicides assistés tous motifs confondus était de 6091 en 2016 aux Pays-Bas (contre 3136 en 2010), soit 4% des décès totaux (96% étaient représentés par les euthanasies) (27). Le nombre de suicides assistés pour motif de trouble psychiatrique a augmenté sur les 25 dernières années et serait passé de 2 à 5 cas entre 1994 et 1995 (30) à 42 en 2013 puis 60 en 2016, alors que le nombre total d'euthanasies et de suicides assistés pour cette même année était de 6091 (27).

Malgré cette organisation de l'aide active à mourir qui pourrait apparaître comme libérale, l'année 2012 a vu la création de la *End-of-life clinic* (*Levenseindekliniek*). Cette dernière pratique l'euthanasie et le suicide assisté pour des personnes qui se sont vu refuser la procédure par leur médecin. Cette organisation est financée par l'association Right to Die NL (*euthanasia advocacy organisation*) et serait responsable d'une large partie des suicides assistés réalisés pour motif

psychiatrique. Un nouveau pas en faveur de la primauté du droit individuel à disposer de sa vie aurait pu être franchi en 2016 : une proposition de loi a été présentée au parlement pour ouvrir l'accès à l'euthanasie/suicide assisté pour les personnes sans motif médical mais qui ont le sentiment « d'avoir fini leur vie », même celle-ci a pour le moment été rejetée (27).

b. Belgique

La Belgique s'est dotée d'une législation sur l'euthanasie en 2002 (Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002) qui affirme explicitement que la souffrance peut être d'ordre psychique. Il n'y a pas eu jusqu'à présent de légiférération sur le suicide médicalement assisté (qui peut être poursuivi du chef de non-assistance à personne en danger) (24,31). Selon l'article 3 de cette loi, « le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- Le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande ;
- La demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure ;
- Le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. »

Toujours dans ce même article, le médecin doit « informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire » ; il doit « s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ». Pour accéder à la démarche, la personne demandeuse doit faire une demande par écrit et le premier médecin référent consulté doit prendre l'avis d'un second médecin indépendant afin de vérifier le caractère « constant, insupportable et inapaisable de la souffrance ». Si le patient ne souffre pas de pathologie en phase terminale, un troisième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée doit être consulté et un délai d'un mois doit être respecté entre la demande écrite et l'euthanasie. L'article 14 de la loi prévoit une « clause de conscience » pour les médecins (31).

Depuis 2014, la Belgique autorise l'accès à l'euthanasie aux mineurs mais sous certaines conditions restrictives : la souffrance doit être d'ordre physique et la situation médicale sans issue doit entraîner le décès à brève échéance (Loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs). Trois euthanasies sur mineurs ont à ce jour été réalisées en Belgique (en 2016 et 2017) (32).

Le médecin qui procède à l'euthanasie doit envoyer un formulaire écrit dans les quatre jours ouvrés après le décès du patient à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE) qui assure une analyse du volet anonyme de ce formulaire. Cette commission est composée de 16 membres effectifs et de 16 membres suppléants (médecins, philosophes, juristes) (33). La CFCEE peut ensuite demander des informations complémentaires ou des éléments du dossier médical au médecin. Si la commission estime que les conditions de la loi n'ont pas été respectées, elle peut envoyer le dossier au Procureur du Roi du lieu du décès du patient (34). En 2018, la justice belge a renvoyé trois médecins devant la cour d'assises pour non-respect des conditions légales pour une euthanasie pratiquée chez une femme autiste de 38 ans. Il s'agissait de la première décision de renvoi devant une juridiction de jugement, d'autres informations judiciaires ayant été ouvertes mais ayant toujours abouti à un classement sans suite (35).

Le LEIF (*Life End Information Forum*) en Flandre, créé en 2003 est une formation regroupant 500 médecins formés aux problématiques d'euthanasie, de soins palliatifs et de fin de vie qui peuvent orienter les patients vers des professionnels compétents dans leur demande de fin de vie et faire également office de deuxième ou troisième avis. L'équivalent francophone du LEIF est le EOL (*End of Life doctors*). ULteam est une formation médicale multidisciplinaire flamande fondée sur le même concept. Devant l'absence de guide pratique à destination des professionnels de santé mentale en Belgique, Thienpont a adapté les recommandations de la *Dutch Psychiatric Association* et proposé une approche concordante avec la législation belge (36–38).

Durant l'année 2015, 2022 personnes sont décédées par euthanasie en Belgique, ce qui représente une augmentation de 41% sur les 4 années précédentes (34). Ce chiffre a de nouveau augmenté et est passé à 2309 en 2017. 78% du total des euthanasies en Belgique s'effectueraient en Flandre (32). La CFCEE mentionne le nombre d'euthanasies pour les troubles mentaux depuis le rapport 2004-2005 mais celui-ci était regroupé avec le nombre d'euthanasies pour les affections neurologiques (36). Les chiffres pour les euthanasies pour motif d'« affections psychiatriques » seules (catégorie comprenant les troubles mentaux et du comportement) sont disponibles depuis le rapport 2014-2015. Les études belges rapportent une nette augmentation des cas « neuropsychiatriques »

(incluant donc les cas de maladies neurodégénératives) depuis une dizaine d'années. Sur le nombre total d'euthanasies pour le pays, le pourcentage d'euthanasie pour motif neuropsychiatrique serait passé de 1,2% en 2004-2005 à 2,8% en 2010-2011 (passant de 9 à 58 par an en nombre absolu). Entre 2008 et 2011 sur les 8,5% d'euthanasies pour motif de souffrance liée à une pathologie non terminale, 24% souffraient de troubles neuropsychiatriques. Entre 2014 et 2015, sur les 15% d'euthanasies pour motif de pathologie non terminale, 19% souffraient de pathologie mentale ou de trouble du comportement (36,39). En 2017, 40 personnes sont décédées par euthanasie pour motif de troubles mentaux ou du comportement, soit 1,7% du total des euthanasies (32). Certains auteurs s'insurgent contre le fait que la moitié des cas d'euthanasie en Flandre ne seraient pas déclarés à la CFCEE (40). Il est également important de souligner que la Belgique est le pays d'Europe occidentale en tête en termes de taux de suicide, derrière les pays de l'est (7^{e} position des pays d'Europe) selon les chiffres de 2017 de l'OMS (41).

Cependant, même si la souffrance psychique est mentionnée dans la loi belge, celle-ci n'était pas prévue initialement pour encadrer une démarche pour motif de maladie mentale (à l'époque de la préparation de la loi, la Commission estimait « à l'unanimité, qu'une souffrance purement psychique ne pouvait jamais justifier l'acte euthanasique » et excluait clairement les cas de dépression). La CFCEE tolérerait quant à elle des interprétations de plus en plus larges de cette législation. Elle serait composée pour moitié de personnes membres de l'ADMD, se trouvant donc potentiellement à ce titre en situation de conflit d'intérêts (33). Dans la même mouvance, pour certains auteurs (24), l'application *stricto sensu* des termes de la loi belge sur l'euthanasie avançant explicitement que le malade doit être « capable » juridiquement (31) entraîne une exclusion systématique de toutes les personnes souffrant de maladie mentale. Sans aller jusque-là, depuis quelques années, face à l'augmentation importante du nombre d'euthanasies pour ce motif, plusieurs voix s'élèvent pour que la question de l'euthanasie pour seule souffrance psychique fasse l'objet d'une réflexion plus sérieuse au sein de la communauté des psychiatres, dénonçant parfois des abus et des euthanasies par excès. Le 31 octobre 2017, 42 professionnels (médecins, psychologues, et universitaires) principalement originaires de Flandre, ont signé une lettre ouverte pour demander une évolution en ce sens. Pour eux, certains de leurs confrères font preuve de négligence et ils pointent les failles importantes que présente la loi de 2002, trop imprécise et laissant une trop libre place à l'interprétation (38). En outre, des suicides assistés déclarés comme des euthanasies sont réalisés en Belgique, notamment pour les personnes porteuses de troubles psychiatriques, ce que n'autorise pas la loi belge. Certains auteurs en appellent donc à inclure dans la loi des dispositions légales pour le suicide médicalement assisté, comme c'est le cas pour la loi néerlandaise (42).

La Belgique et les Pays-Bas présentent donc des procédures de démarches et des systèmes de contrôle similaires, même si la procédure de contrôle aux Pays-Bas est considérée comme plus élaborée et transparente (procédure non anonyme, plus de détails sur la procédure et de documents médicaux exigés du médecin) (43). Dans les deux pays, le contrôle de la démarche du médecin s'effectue *a posteriori* du décès du patient. Il n'existe pas de procédure spécifique pour les maladies mentales et aucun pays ne mentionne si un psychiatre doit faire partie de la commission de contrôle des procédures. L'analyse des études sur la pratique dans ces deux pays met en évidence qu'un psychiatre n'est pas consulté dans 100% des cas de demande de mort assistée pour motif de souffrance psychique. En outre, de nombreux désaccords entre les médecins surviennent quant à l'applicabilité de certains critères tels que le caractère « insupportable » ou « incurable » de la souffrance ou encore les capacités de discernement du sujet (27,28,36,37). De nombreuses voix s'élèvent en faveur de contrôles plus stricts sur les pratiques de la part des commissions de régulation et contre des actes toujours plus nombreux et pour des motifs de plus en plus larges.

c. Suisse

En Suisse, le suicide assisté n'est pas pénalisé en l'absence de « mobile égoïste » c'est-à-dire quand il n'y a pas d'avantages personnels pour l'aidant à aider à réaliser l'acte : « celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire» (Art.115 du Code Pénal Suisse de 1937 (44)). En Suisse, le suicide assisté est « non médicalisé » car le rôle du médecin y est considéré comme mineur puisque ce dernier ne fait « que » délivrer l'ordonnance donnant accès au produit létal mais n'est pas présent au moment du décès. D'après l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) « l'assistance au suicide n'est pas un acte médical auquel le patient peut prétendre ». Il est donc organisé uniquement par des organisations indépendantes privées qui sont au nombre de 6 (EXIT DS, EXIT ADMD, Exinternational, Dignitas, Spirit, StHD + SterbeHilfe Deutschland). EXIT et Dignitas en sont les plus importantes en termes de nombre d'adhérents. La démarche de suicide assisté est accessible pour motif de « souffrance insupportable » causée par « les symptômes de la maladie ou ses limitations fonctionnelles » et possible explicitement pour motif de trouble psychiatrique depuis les nouvelles directives élargies de l'ASSM de 2018 (45). Mais le motif psychiatrique était en réalité permis bien avant cette date puisque dès février 2011, le Tribunal fédéral suisse avait autorisé l'assistance au suicide d'une personne porteuse d'un trouble bipolaire. À noter toutefois qu'en 2007, la Fédération des Médecins Suisses (FMH), devant la complexité de ces troubles, recommandait l'abstention de toute aide au suicide dans les cas de maladie mentale (46,47). Chaque organisation fait cependant varier les conditions et les modalités exactes

d'accès à leur service ainsi que leurs tarifs (pouvant aller jusqu'à 10 500 CHF soit environ 9250 euros, pour un suicide assisté sans compter les frais d'adhésion annuel à l'association) (48).

Il y a eu plusieurs tentatives de régulation de la pratique du suicide assisté en Suisse, aussi bien au niveau fédéral (par amendement de l'article 115, et par régulation des différentes organisations), qu'au niveau cantonal (restriction de l'accès aux personnes résidant dans le canton, notamment parce que chaque décès entraine des investigations légales) ; pour l'instant toutes ces tentatives ont échoué.

En Suisse, il n'y a donc pas de système national de contrôle en amont ou en aval de la démarche effectuée par le patient ou de celle faite par le médecin. L'office fédérale de la statistique (OFS) de la Confédération suisse ne précise pas dans ses rapports le nombre de suicides assistés pour motif de trouble psychiatrique. Cependant le nombre total de suicides assistés en Suisse serait en constante augmentation : en 2014, l'OFS a enregistré 742 suicides assistés de personnes domiciliées en Suisse, ce qui correspond à 1,2% des décès, et une progression de 26% par rapport à l'année précédente avec des chiffres qui ne cessent d'augmenter depuis 2008 (49). Selon EXIT, entre 1990 et 2000, 3 % des suicides assistés étaient en relation directe avec un « trouble mental pur » (50).

d. Luxembourg

Au Luxembourg, l'euthanasie et le suicide assisté sont autorisés depuis 2009 (loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide) (51). Cette loi est très inspirée du modèle belge. Peuvent être concernées les personnes qui se trouvent « dans une situation médicale sans issue à la suite d'un accident ou d'une maladie. L'origine de l'état de santé sans issue est indifférente. Les problèmes de santé du patient peuvent résulter de toute affection grave, incurable et irréversible qui entraîne des souffrances physiques ou psychiques insupportables » (52). Le médecin qui reçoit la demande doit consulter un autre médecin spécialiste de la pathologie concernée.

2) Situation et cadre réglementaire en Amérique du nord

a. Etats-Unis

Le suicide assisté est légal dans cinq États américains : L'Oregon, l'État de Washington, Le Vermont, la Californie et le Colorado. Il est dépénalisé dans le Montana (pas de législation sur le sujet). L'euthanasie passive est par ailleurs acceptée par la Cour suprême (53). Aucun de ces États n'autorise

à ce jour le suicide assisté pour motif psychiatrique exclusif. Mais en février 2018 *l'American Association of Suicidology* a publié une déclaration qui laisse entendre que la mort médicalement assistée ne doit pas être considérée comme un suicide et que par conséquent cette pratique est en dehors du champ d'action et de prévention de l'association, pouvant laisser croire à une évolution de la pratique pour motif psychiatrique selon certains auteurs (54).

b. Canada

Au Canada, l'aide médicale à mourir volontairement (euthanasie et suicide assisté) est légale depuis juin 2016 suite au procès Carter concernant une femme atteinte d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA). Au Québec, seule l'euthanasie volontaire (à la demande du patient) est possible, et ce depuis décembre 2015. Le débat a récemment été lancé pour l'ouverture de cette aide médicale à mourir pour les souffrances occasionnées par des troubles mentaux (55).

3) Données des études rétrospectives sur les personnes ayant eu accès à une mort médicalement assistée pour motif de trouble psychiatrique

a. Caractéristiques médicales et socio-démographiques

Des éléments de connaissance concernant les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des personnes demandant et/ou accédant à une euthanasie ou à un suicide assisté pour motif psychiatrique exclusif peuvent être tirés des expériences belges et néerlandaises. Plusieurs études rétrospectives ont été menées sur le sujet depuis 1997 dans les deux pays (27,28,30,36,37,39,56). Ces études peuvent parfois mélanger les motifs purement psychiatriques à des maladies neuro-dégénératives ou à des retards mentaux, mais elles restent instructives. Aucune étude examinant spécifiquement les caractéristiques des personnes recevant un suicide assisté pour motif psychiatrique n'a été trouvée à ce jour pour la Suisse et le Luxembourg.

Ainsi, les études montrent que ces personnes semblent porteuses majoritairement de deux troubles psychiques : les troubles de l'humeur pour environ 50% des individus et les troubles de la personnalité, dans une même proportion et souvent comorbides (28,30,36,37,56). Deux études évoquent une large majorité de dépression parmi les troubles de l'humeur (28,36). Les troubles de la personnalité limite (borderline) et les troubles de la personnalité « non spécifiés » sont les plus fréquents. Les troubles psychotiques apparaissent à plusieurs reprises et dans une proportion notable. Finalement, on retrouve un large panel de troubles psychiatriques (dont les troubles anxieux, les

troubles du spectre autistique et les troubles du comportement alimentaire). La plupart du temps, les personnes souffrent de plusieurs troubles psychiatriques à la fois au moment de la démarche. Une seule étude mentionne de manière chiffrée la proportion de patients ayant un antécédent d'une ou plusieurs tentatives de suicide (52%) ainsi que la durée d'évolution des troubles (durée des troubles psychiatriques entre 11 et 30 ans pour 41% des patients) (28). Dans les études néerlandaises, plus de la moitié des personnes avaient déjà été hospitalisées en service de psychiatrie. Le pourcentage de personnes ayant également une pathologie organique variait de 22 à 58% selon les études.

Toujours dans ces mêmes études, la moyenne d'âge de ces personnes se situe aux alentours de 50 ans, les moins de 40 ans et plus de 70 ans sont les âges les moins concernés. Le genre le plus touché est sans conteste le genre féminin dont la proportion varie entre 63 et 77,1% dans les 5 études où ce paramètre est disponible (proportion la plus importante dans les études belges). Seul un tiers de ces études mentionne l'activité des personnes et il en ressort que plus de 80% des personnes sont professionnellement inactives. Quatre études évoquent de manière imprécise les conditions de vie et l'environnement social, mais l'idée générale qui s'en dégage est la tendance à un isolement social de ces personnes.

Deux grandes tendances se dégagent des données en lien avec les motivations de la démarche de demande d'accès à une fin de vie médicalement assistée chez une personne ayant un trouble psychiatrique. S'une part, les notions de « souffrance psychique insupportable ou intolérable » perçue par les personnes, de « perte d'espoir » de toute amélioration de leur état en lien avec les échecs thérapeutiques et un épuisement face aux démarches de soins constituent une première tendance. Apparaissent d'autre part le sentiment d'être un poids pour la société ou d'y être inadapté (27,30,36,37,39). Dans une étude qualitative (la seule menée à ce jour sur le sujet) M. Verhofstadt rapporte que la souffrance perçue par ces personnes n'est pas seulement directement liée aux symptômes psychiatriques en eux-mêmes. Cette souffrance est également liée aux dimensions psychologiques de la maladie (stress, honte, désespoir), à la relation médecin-malade (difficultés de communication) et aux dimensions socio environnementales (inactivité, problèmes financiers, isolement, conflits, pertes, défaut de soutien des proches, sentiment d'être incompris, de manquer à ses devoirs sociaux…) existentielles (peur de la vie, peur de perdre le contrôle de sa vie, « mort symbolique de soi »…) et biographiques (expériences traumatiques passées), démontrant ainsi la complexité de la notion de souffrance psychique et son étendue possible (39).

4) Situation et cadre réglementaire en France

a. Aspects législatifs

Actuellement, la législation française encadre une politique de soulagement de la souffrance en « fin de vie » et non d'aide « directe » et « active » à mourir : l'euthanasie active et le suicide assisté sont illégaux. C'est la loi dite Leonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie qui introduisit pour la première fois des dispositions légales à ce sujet en France dans les suites de l'affaire Vincent Humbert (septembre 2003). M. J. Leonetti fut mandaté par le président de l'Assemblée nationale de l'époque afin de constituer une mission d'information chargée d'évaluer les réformes législatives requises pour éviter de semblables cas et dont le rapport *Respecter la vie, accepter la mort* fut publié en juillet 2004 (20). Cette loi autorise une euthanasie passive dans certaines circonstances. Le malade conscient se voit reconnaitre le droit de refuser tout traitement pour autant qu'il soit « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable » et le droit de refuser l'obstination déraisonnable pour les actes apparaissant « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autres effets que le maintien artificiel de la vie ». Une procédure collégiale est nécessaire pour les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté. Le patient a également le droit de désigner une personne de confiance dont l'avis (lorsque la personne qui l'a désignée est en fin de vie et dans l'incapacité d'exprimer sa volonté) prévaudra sur tout autre avis non médical à l'exclusion des directives anticipées. Ces directives anticipées, instructions écrites rédigées par une personne majeure, sont destinées à informer le médecin des conduites de limitation et d'arrêt des soins qu'elle voudrait voir respectées si elle se trouve dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté (57).

Cette loi a été complétée en 2016 par la Loi dite Claeys-Leonetti du 6 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Elle introduit la possibilité, cette fois, d'une euthanasie indirecte par la mise en place à la demande du patient, afin « d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie » (art. L1110-5-2. du Code la santé publique). Cette disposition est valable dans deux circonstances : « lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements » et « lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme est susceptible d'entrainer une souffrance insupportable […] » (*ibid*.).

Ainsi, le Code de la santé publique modifié par cette loi ne permet pas la mise en place de dispositions particulières pour les situations de souffrance réfractaire avec impasse thérapeutique en dehors d'une « affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme », ce qui exclut de fait totalement les maladies psychiatriques isolées des possibilités de suspension des thérapeutiques ou de sédation profonde et continue. L'article L1110-5-3. du Code de la santé publique, lui, donne droit au soulagement et à la prise en compte de la souffrance de toute personne sans distinction de la nature de la souffrance ou de la capabilité de la personne. En revanche la possibilité que les antalgiques et les sédatifs mis en place pour soulager cette souffrance puissent avoir pour conséquence d'abréger la vie est valable uniquement lorsqu'il s'agit d'une souffrance réfractaire en phase avancée ou terminale (*ibid*.). Ici, la maladie somatique est clairement désignée. La souffrance liée à une maladie mentale et son soulagement n'ont pas de place dans la loi sur la fin de vie, justement parce qu'il s'agit d'une loi sur *la fin de vie*.

L'euthanasie active est donc susceptible en France de recevoir deux qualifications pénales : celle du meurtre ou celle de l'assassinat (meurtre avec préméditation). Il existe, de plus, des circonstances aggravantes lorsque la victime est considérée comme une personne vulnérable du fait de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse (Art. 221-1, 221-3 et 221-4 du Code pénal). Enfin, l'assistance au suicide est illégale en France puisque le Code pénal fait de l'assistance au suicide un délit pour non-assistance à personne en danger (Art. 223-6).

Les lois de 2005 et 2016 sur la fin de vie ont donc apporté une évolution de la conception de la médicalisation de l'existence jusqu'à son terme. Selon E. Hirsch, celle de 2016 a été présentée comme « un temps intermédiaire encore nécessaire avant que ne soit adoptée plus tard, lorsque le contexte politique y serait favorable, une loi qui permette d'instituer l'euthanasie dans les pratiques médicales en fin de vie » (58). Selon un sondage Ifop datant de 2016, les français seraient près de 80% à être favorables à l'euthanasie pour des personnes « en fin de vie affectées par des douleurs physiques ou psychologiques intolérables » et 76% se diraient favorables à « la possibilité pour un patient de disposer d'une substance létale qu'il s'administrerait lui-même en bénéficiant d'un encadrement médical » (59). Ainsi, dans le cadre de la révision de la loi de bioéthique, les sociétés civile et savante ont été consultées au début de l'année 2018 sur les questions – entre autres – de fin de vie au travers des États généraux de la bioéthique. Le rapport du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) de juin 2018 met en évidence une absence de consensus sociétal sur le suicide assisté et l'euthanasie ainsi qu'une large et ferme opposition à ces pratiques de la part des professionnels de

santé et des sociétés savantes. La notion de souffrance psychique y est plusieurs fois abordée tout comme la place à accorder dans notre société aux malades psychiques : « il semble nécessaire d'avoir une attention particulière pour les plus vulnérables, socialement, physiquement, dont la volonté et le consentement ne sont pas toujours respectés », ou encore « les débats sur la fin de vie sont l'occasion d'interroger notre rapport à la norme, la marginalité, la vulnérabilité - et recoupent en ce sens des interrogations plus larges et relatives […] aux tabous pérennes autour […] des malades psychiques et du handicap » (60). Enfin, l'avis n°129 du 29/09/2018 de ce même comité entérine une absence de modification de la loi existante sur la fin de vie (61) alors que plusieurs propositions de loi ont été déposées et rejetées depuis de nombreuses années appelant à une évolution vers un suicide médicalement assisté, une euthanasie ou un droit à mourir (5 propositions de loi déposées à l'Assemblée nationale depuis 2003 et 8 au Sénat depuis 1970) (62,63). Les rebondissements récents de l'affaire Vincent Lambert (mai 2019) qui s'étend depuis le début des années 2010, montrent cependant les limites importantes de la loi actuelle lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté.

b. Aspects déontologiques

Le Code de déontologie médicale en vigueur en France reste, lui, marqué par les valeurs du Serment d'Hippocrate : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies » (64). Il s'agit donc de soulager mais ne pas tuer délibérément (article 38 : « [Le médecin] n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort »)(65). La question du suicide assisté n'y est jamais directement abordée, alors qu'elle était présente dans la version originale du texte d'Hippocrate : « Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion » (traduction du texte d'origine, E. Littré, 1839). Ainsi, aujourd'hui tout médecin qui se verrait provoquer de manière intentionnelle la mort d'un de ces patients risque des sanctions disciplinaires.

c. Place de la psychiatrie dans le débat

Dans d'autres pays où la pratique est illégale, l'existence « d'affaires » médiatisées permettent régulièrement de faire éclater le débat de la mort assistée pour les maladies psychiatriques dans la société civile et dans la communauté des professionnels de santé (en Italie par exemple avec les cas Lucio Magri et Mario Monicelli). En France, ce sujet reste à la fois tabou, probablement inconnu de la majorité des psychiatres, et non exploré. Cependant, certaines sociétés savantes ont récemment invité la communauté psychiatrique au débat sur la place de la psychiatrie dans le suicide médicalement assisté, notamment lors de congrès nationaux (3 interventions retrouvées depuis 2017), ce qui

témoigne d'une émergence du sujet parmi les professionnels médicaux (66–68). Quant aux tendances des politiques publiques actuelles, l'examen du Programme pluriannuel de santé mentale et psychiatrie de la HAS 2018-2023 (juin 2018) nous révèle qu'un des trois axes se penche sur la question des « troubles mentaux sévères et persistants et handicap psychique ». Il montre la part de réflexion accordée aux troubles sévères ayant des conséquences majeures sur la vie des personnes. Il existe également une volonté actuelle de la part des professionnels de santé mentale de travailler sur la déstigmatisation sociétale des personnes porteuses de troubles mentaux (missions inscrites dans les objectifs principaux des fondations Pierre Deniker et de la Fondation Fonda Mental par exemple) corroborant l'idée d'un questionnement actif sur la place que nous accordons aux personnes porteuses de troubles mentaux sévères et graves dans notre société.

5) Le « Tourisme du suicide »

Le concept de « tourisme du suicide » ou « tourisme de la mort » est apparu il y a quelques années, via les médias notamment. Il désigne le voyage vers un pays où l'euthanasie ou le suicide assisté sont légaux ou dépénalisés de personnes en provenance d'un pays où ce n'est pas le cas, pour y avoir recours. Cette appellation renvoie essentiellement au transit de ces personnes vers la Suisse, pays d'Europe qui semble « accueillir » le plus grand nombre de ces personnes.

En effet, il existe en Suisse un vide juridique qui permet l'accès aux étrangers à l'assistance au suicide auprès des organisations Dignitas et EXIT. Entre 2008 et 2012, il a été rapporté 66 cas de français décédés dans le canton de Zurich par Gauthier et al. (seule étude à ce jour disponible). Sur 611 cas d'étrangers dans ce même canton, 14 étaient venus demander l'assistance au suicide pour un motif de trouble mental (48). Certaines de ces associations suisses (Dignitas notamment), ne collaborant pas avec des psychiatres francophones, demanderaient qu'un psychiatre français trouvé par le patient lui-même réalise une expertise de l'état mental du patient afin de pouvoir déterminer si le patient peut avoir accès au suicide assisté.

Il existe également un « tourisme du suicide » vers la Belgique. Celui-ci reste très peu documenté, et nous n'avons pas retrouvé à ce jour d'éléments quantitatifs recueillis de manière scientifique explicitant l'importance du phénomène. Le 7^{e} rapport aux chambres législatives de la CFCEE (2014-2015) ne mentionne à aucun moment la nationalité des personnes ayant eu recours à l'euthanasie dans le pays. Cependant, divers médecins témoignent régulièrement dans les médias français de l'accomplissement d'euthanasie pour des personnes de nationalité française. Ce fut notamment le cas pour la romancière Anne Bert en 2017 qui souffrait d'une maladie de Charcot (SLA)

(69,70). La journaliste du reportage *Fin de vie, le dernier exil* de l'émission *Le monde en face* diffusé sur France 5 le 23 avril 2018 rapportait qu'une cinquantaine de français passerait la frontière franco-belge chaque année pour débuter une telle démarche et que ce nombre serait en augmentation constante. Elle ne précise pas si ce chiffre correspond au nombre de démarches ou au nombre de personnes décédées, ni quelle est le motif principal de la démarche (71).

Au Luxembourg, un patient résidant à l'étranger et ayant un médecin traitant au Luxembourg peut prendre des dispositions de fin de vie et les faire enregistrer. En effet, aucune clause de résidence ou de nationalité n'est attachée à un tel enregistrement ni aux autres conditions de fond et de forme. Cependant, il est exigé du médecin traitant d'avoir suivi le patient pendant un temps continu et suffisamment long (52). Il n'a pas été retrouvé de preuve tangible de l'existence d'un afflux d'étrangers pour des démarches de fin de vie dans ce petit pays du Benelux, tout comme vers les Pays-Bas.

Il n'existe à ce jour aucune littérature scientifique sur la place et le positionnement des psychiatres français face au phénomène de « tourisme du suicide » vers les pays limitrophes.

III] Particularités de la psychiatrie et des troubles psychiatriques

La psychiatrie est de nos jours une discipline dont le champ d'intérêt recoupe de multiples domaines : les neurosciences, les sciences cognitives, la génétique, la psychopathologie, la psychologie, la psychanalyse, mais aussi la sociologie, l'anthropologie et la criminologie et dont l'exercice est articulé avec la médecine, le social et la justice. Si le fondement de l'art du psychiatre est la « clinique de la souffrance psychique » selon J-D. Guelfi et F. Rouillon, cette discipline a évolué de la Psychiatrie à la Santé mentale : en plus des soins délivrés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques constitués, le psychiatre se doit désormais de prendre en charge les différentes formes de malaise social, exclusion, précarité, toxicomanie, comportements déviants, deuil, victimes d'événements, souffrance au travail et des formes de plus en plus larges de dépression. Il doit promouvoir une bonne santé mentale (72,73). Ainsi, comme le définit l'Organisation mondiale de la santé : « la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté » (74). Le trouble mental est défini, quant à lui, comme suit par le 5^{e} Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de *l'American Psychiatric Association* (DSM-5) (75): il s'agit « d'une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un

dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental […], processus fréquemment associé à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement ». Ces définitions très larges et englobantes reflètent bien, sans y porter de jugement, la tendance actuelle de la psychiatrie moderne fondée sur un modèle bio-psycho-social à considérer comme « trouble psychique » un panel de plus en plus large de dysfonctionnements humains.

Si l'on s'en tient aux maladies psychiatriques avérées altérant significativement le fonctionnement de l'individu qui les porte ainsi que sa qualité de vie, la plupart des pathologies mentales prises en charge par la psychiatrie ont une évolution chronique sur l'ensemble de la vie ponctuée de phases d'acutisations et de rémissions plus ou moins longues, pouvant nécessiter une hospitalisation en service de psychiatrie lorsque les symptômes sont trop envahissants, handicapants ou mettant en danger la personne. Le développement de programmes de réhabilitation psycho-sociale pour certains troubles (schizophrénie notamment) a, depuis plusieurs années, montré que le fonctionnement de ces personnes dans leurs activités quotidiennes pouvait être « rééduqué », soutenu et amélioré sur le long terme.

Les pathologies psychiatriques n'ont pas de caractère dégénératif à proprement parler (aggravation progressive et inéluctable des fonctions cognitives sans possibilité de recouvrir ces fonctions) et ne sont pas considérées comme « terminales ». En effet, elles n'entrainent pas le décès de manière inéluctable. Même si les différentes pathologies démentielles sont inscrites dans le DSM-5 sous l'appellation « troubles neurocognitifs » (Maladies d'Alzheimer, démence fronto-temporale, démence à corps de Lewy…) et comportent régulièrement une symptomatologie psychiatrique associée aux troubles cognitifs (troubles de la mémoire, trouble des fonctions supérieures), elles ne feront pas partie du propos ici. Ces maladies sont actuellement considérées comme relevant d'une prise en charge en neurologie. Cependant, les maladies mentales provoquent de manière intrinsèque des modifications cognitives pouvant entraîner une altération du discernement et des perceptions, comme c'est le cas le plus typiquement lors d'épisodes dépressifs plus ou moins sévères (les symptômes pouvant aller du pessimisme à la perte totale d'espoir, aux idées délirantes d'incurabilité, d'indignité et au vécu de persécution par exemple) et lors des décompensations psychotiques. Ces altérations du jugement peuvent parfois rendre l'accès aux soins difficile pour ces personnes qui ne se sentent pas malades ou n'ont pas l'impression de pouvoir être aidées par la médecine. Ainsi, le médecin psychiatre peut selon la loi du 27 septembre 2013 (modifiant la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge) recourir aux soins sans consentement pour une personne si deux conditions sont

réunies : « ses troubles mentaux rendent impossible le consentement » ; « son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante justifiant soit d'une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L.3211-2-1» (art. L3212-1 du Code la santé publique). Diverses modalités de soins sans consentement en milieu psychiatrique existent, requérant selon les cas de figures un nombre plus ou moins important de certificats de psychiatres différents. Cette possibilité de privation de liberté n'est valable que dans le cadre de troubles mentaux avec absence de consentement jugé possible. Ainsi, dans toutes les autres circonstances médicales, et en dehors des situations d'urgence vitale, c'est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui s'applique et qui permet à toute personne de refuser ou de ne pas recevoir de traitement ni de subir d'investigation si son consentement libre et éclairé n'a pas été affirmé (art. L1111-4 du Code la santé publique).

Par ailleurs, la psychiatrie reste encore aujourd'hui une discipline essentiellement clinique fondée sur l'observation du malade et de son comportement pour laquelle le recours à des examens complémentaires d'objectivation des troubles est impossible en pratique courante (absence de substrat anatomique ou biologique consensuels ou pathognomoniques). Selon l'avancée actuelle de la recherche, les mécanismes étiologiques de ces maladies mentales sont multiples, à la fois d'origine génétique, épigénétique, environnementale, et liée à des événements de vie.

IV] Euthanasie et suicide assisté en psychiatrie : problèmes soulevés par la littérature

Nous avons exploré les données de littérature via des bases de données médicales (PubMed) et de sciences humaines et sociales (Cairn, Persée). Nous avons aussi utilisé un moteur de recherche généraliste (Google) afin d'évaluer la présence du sujet dans la presse et les médias de façon plus large. Nous avons trouvé une cinquantaine de documents dont la majeure partie était constituée d'articles de revues scientifiques médicales, d'éthique médicale ou de médecine légale, ainsi que quelques articles de presse, publiés essentiellement dans des revues internationales (une dizaine d'articles d'auteurs français publiés en français). Nous observons un nombre croissant de publications sur le sujet depuis quelques années, la très large majorité des documents ayant été publié dans les années 2010. Il s'agit surtout d'articles de réflexion et non d'études. Quelques recherches aux Pays-Bas ont exploré l'opinion des professionnels de santé mentale sur la pratique en psychiatrie (opinion en faveur ou en défaveur de la pratique) (26,30), mais sans explorer les arguments sous-tendant ces attitudes.

Plusieurs grandes problématiques d'ordre médicales, déontologiques, morales mais également sociétales sont soulevées par différents auteurs.

Les questions d'ordre médicale sont les plus discutées. La question de la nature des troubles psychiatriques et des manifestations de la maladie mentale est celle qui revient le plus fréquemment. J. Vandenberghe résume parfaitement les quatre problèmes identifiés par divers auteurs concernant la demande de mort assistée et les troubles psychiatriques : la capacité à prendre des décisions, la nature irrémédiable de la pathologie, les significations implicites de la demande, et le fait que la demande elle-même puisse interférer avec le processus de la maladie mentale (42). C'est surtout le problème que pose la maladie dépressive qui est soulevé, via deux grandes questions : la demande d'assistance à mourir est-elle la manifestation de la maladie dépressive, donc susceptible d'évoluer et traitable ? Et comment doit-être reçue cette demande si la maladie altère les capacités de jugement et les capacités décisionnelles de la personne ? La question subsidiaire étant la manière dont sont évaluées ces altérations du discernement (76,77). Pour certains, en tout cas, la simple présence d'une pathologie mentale ne veut pas dire incapacité totale à prendre une décision sur son traitement (78,79). En plus de leur nature, l'évolutivité et l'ambivalence des idées suicidaires sont également interrogées, tout comme la non-fixité des symptômes psychiatriques (3,55,80). Pour certains, cette demande reflète une demande à vivre (55). Des auteurs évoquent le fait que chez les personnes en situation terminale de pathologies physiques, il existe également des symptômes dépressifs et de désespoir pourvoyeurs d'un désir de hâter la mort qui ne sont pas toujours recherchés (77,81). Par ailleurs, J. Hewitt soulève la question de l'origine « physique » des troubles psychiques fondée sur des dysfonctions neuro-structurales et neurochimiques ainsi que la croyance selon laquelle la douleur psychogène serait moins réelle que la douleur physique. Au-delà de la souffrance de ces personnes, c'est aussi leur qualité de vie qui est interrogée. Pour certains, puisque les maladies psychiatriques ne conduisent pas inéluctablement à la mort, l'assistance au suicide reviendrait à mettre fin à une vie susceptible de se poursuivre (55,79,80).

Le rôle du psychiatre est également interrogé. Cette mission d'accompagnement vers la mort fait-elle partie de la mission du psychiatre ? (82) Que doit faire le professionnel de cette demande ? Le psychiatre est plutôt habitué à s'occuper du suicide sans pour autant l'accompagner : être dans la prévention, les mesures de protection et le traitement (42). Pour certains son rôle est même de « relancer l'élan vital », et accepter l'accès à la mort aux patients psychiatriques reviendrait à la négation de leur état de vulnérabilité psychique et des motifs inconscients de la demande (83). Pour autant, il ne faut pas court-circuiter la parole dans ces situations car la demande d'assistance à la mort est un moyen de communiquer (42,83). Pour d'autres, il existe un risque à rester dans un modèle

médical du médecin qui doit réparer l'organisme défectueux à l'aide du traitement, sans mettre l'état du patient en relation avec son expérience de souffrance (3).

Vient ensuite la question du respect de l'autonomie des personnes porteuses d'un trouble mental. Pour certains auteurs, ces personnes ont des droits et des devoirs comme tout autre (82). Mais de fait il existe un conflit entre le droit du patient à prendre des décisions de manière autonome et à faire des choix pour sa vie et pour sa mort et la mission du médecin à préserver la vie, conflit qui existe aussi dans d'autres situations médicales extérieures à la psychiatrie. Mais ce respect du principe d'autonomie présuppose que les décisions concernant sa propre vie ne peuvent être valides que si la personne a ses pleines capacités de décision (79).

Le débat sur l'existence ou non d'un suicide rationnel et donc sur l'origine du suicide est également très présent : le suicide rationnel peut-il exister chez des personnes présentant des troubles psychiatriques ? Pour certains, l'idéation suicidaire conçue comme l'expression d'une pathologie mentale exclut l'existence du suicide rationnel de fait (3,79) ; pour autant, J. Hewitt pense que l'irrationalité n'est pas l'apanage des maladies mentales et ne leur est pas constitutive. Il n'existe de compassion pour le suicide rationnel qu'envers les situations de maladies physiques et les états terminaux, dans une mise en relation avec la qualité de vie.

Les questions sont également d'ordre sociétal. Ainsi, les difficultés à aborder le sujet seraient liée à une persistance de la stigmatisation et à une intolérance de la maladie mentale. Ceci s'explique par les stéréotypes négatifs toujours très présents dans nos sociétés (irrationalité, désirs d'action incompréhensibles, dangerosité) et la « peur » des professionnels de faire surgir le débat.

Pour finir, des questions d'ordre moral sont présentes. Pour certains auteurs, accepter qu'un patient sévèrement déprimé accède au suicide assisté reviendrait à dire que dans certaines pathologies mentales, le suicide est acceptable. Pour d'autres s'il est acceptable de ne pas donner un traitement antibiotique pour une pneumonie à un patient en fin de vie, il apparait irrecevable de la part d'un psychiatre que celui-ci ne traite pas un patient qui exprime pourtant le désir de mourir, et ce jusqu'au moment de son décès (79). La question de l'implication des proches dans la procédure soulève également plusieurs questions, dont celle du respect du secret médical. Par ailleurs, des auteurs soulignent les graves conséquences des proches non informés de la procédure (84).

Une seule étude réalisée auprès de professionnels de santé mentale, dans le domaine public en France, a été trouvée. Il s'agissait d'une étude qualitative menée en 2016 par l'Espace de Réflexion

Ethique Bourgogne-Franche-Comté (EREBFC), chargée d'explorer les enjeux éthiques soulevés par la pratique de la psychiatrie adulte. La question posée aux professionnels de santé (infirmiers, médecins, psychologues, cadres de santé) portait sur la reconnaissance ou non d'un droit à mourir par leur propre moyen pour des personnes suicidaires (« *certains patients suicidaires ont-ils un désir de mourir qu'il faudrait respecter ? »)*. Cette interrogation n'intégrait pas la question de l'assistance à la mort en psychiatrie ni celle du « tourisme du suicide ». Les deux types d'arguments en tension mis en avant par ces professionnels (nombre d'interviewés non mentionné) étaient ceux du respect de l'autonomie de ces personnes – en faisant notamment le parallèle avec les personnes atteintes de maladie somatiques – et ceux du devoir d'assistance, devant la réversibilité des idées suicidaires. Les auteurs soulignaient que l'absence de soins restait considérée comme une transgression du principe de bienfaisance pour des patients ayant potentiellement un défaut de discernement dans une situation de souffrance et de vulnérabilité.

V] Justification du projet de recherche et problématisation

1) Justification de la recherche

Ainsi, nous avons vu que le suicide constitue à la fois un objet d'étude philosophique, sociologique et médical, et un enjeu majeur sur le plan sociétal en termes de prévention en santé publique. Nous avons aussi montré que la demande de suicide assisté constitue un véritable changement de paradigme pour le psychiatre à qui l'on attribue la mission de lutter contre le suicide. En France, la maladie psychiatrique n'a pas sa place parmi les situations de souffrances réfractaires pour lesquelles une aide à mourir passive ou indirecte est permise par la loi puisqu'il ne s'agit pas d'une situation de « fin de vie ». Ce sont des pratiques étrangères (et l'existence d'un tourisme du suicide vers les pays où la pratique est acceptée pour un motif psychiatrique) qui confrontent le psychiatre à des situations nouvelles. Au regard du droit français, il n'apparait pas répréhensible pour un médecin d'évoquer avec son patient un projet de suicide assisté ou d'euthanasie à l'étranger.

À ce jour, il n'existe aucune documentation scientifique en France sur les personnes malades psychiatriques exécutant une démarche de mort assistée à l'étranger. Dans ce sens il est donc difficile d'évaluer l'ampleur du phénomène, même si les quelques données disponibles sur le tourisme du suicide suggèrent que le phénomène est marginal. Il n'existe pas non plus de données concernant le positionnement des psychiatres face à ce phénomène. Même si des discussions émergent dans la discipline, elles n'ont pas encore réellement été élaborées autour de réalités situationnelles.

2) Problématique

Ainsi, les éléments de notre contextualisation nous permettent de poser la problématique suivante : **Comment les psychiatres français se positionnent-ils face à une démarche d'euthanasie ou de suicide assisté à l'étranger pour raison unique de trouble mental ?**

Il s'agit d'interroger via une recherche qualitative deux aspects :

- L'action (« comment faire », « quoi faire ? ») ;
- Et la nature des arguments, qui, en situation réelle, ont permis à ces professionnels de santé de se positionner par rapport au patient et à sa demande, tout en explorant les représentations de cette demande.

Deuxième Partie : Recherche

I] Hypothèses et objectifs de la recherche

1) Hypothèses

Si à ce stade et, compte-tenu de l'absence de recherche dans ce domaine en France (pas de littérature sur l'expérience des psychiatres, pas de retour d'expériences, pas de guideline), il est difficile d'émettre des hypothèses quant à la place et aux positionnements que peuvent prendre les psychiatres français dans ces situations complexes, les données de la littérature émanant d'autres pays nous permettent d'élaborer des pistes. Les psychiatres français pourraient se positionner en fonction :

- De l'état clinique du patient ;
- De la déontologie médicale ;
- De l'éthique personnelle du psychiatre ;
- Des aspects légaux (français et étrangers) ;
- Du recours à l'avis ou à la discussion avec un tiers.

2) Objectifs de la recherche

Les objectifs de l'étude présente étaient les suivants :

- Premièrement, recueillir et décrire l'expérience individuelle des psychiatres confrontés à une demande de mort assistée à l'étranger afin d'explorer leur réaction et l'action qu'ils ont mise en place ou non face à cette situation.
- Deuxièmement, recueillir et analyser les arguments et les représentations sous-jacentes qui leur ont fait prendre cette position et confronter arguments et représentations entre eux.

Il s'agira ensuite de discuter les résultats au regard de la littérature et de les mettre en perspective quant à l'évolution possible de la place de cette question dans la pratique médicale ainsi que leurs enjeux sociétaux et légaux.

II] Méthodologie et matériel

Il s'agissait d'une étude qualitative de nature exploratoire fondée sur la réalisation puis l'analyse d'entretiens semi-dirigés.

La méthode qualitative est une méthode inductive fondée sur une approche constructiviste. Sa fonction première est de prendre acte des phénomènes psychologiques et sociaux et non d'en faire des mesure objectives. L'analyse qualitative vise à construire des descriptions et des interprétations, elle est au service de la quête du sens des actions et des expériences humaines. Elle ne s'intéresse donc pas seulement à la forme ou à la structure des actions ou des expériences. Cette méthode est adaptée pour la description de situation complexe et de contexte peu connu (85,86).

1) Population de l'étude et recrutement

a. Population étudiée

La population étudiée était composée de médecins psychiatres. Le choix de cette population a été fait selon plusieurs arguments :

- Le médecin psychiatre est le professionnel de santé mentale habilité à prendre en charge et à prévenir les troubles mentaux et le suicide. Sa responsabilité pénale, civile et ordinale est engagée dans toutes ses prises en charge médicales, et ce dès lors que des éléments sont portés à sa connaissance. Il semble être le professionnel le plus susceptible d'être confronté à la problématique nous intéressant.
- La pauvreté de la littérature sur le sujet en France et les connaissances du chercheur ne permettaient pas à ce stade de présager si d'autres professionnels de la santé mentale (psychologues, infirmiers…) avaient déjà pu être confrontés ou non à cette problématique.
- Interroger des patients s'avérait à ce stade prématuré (rareté des situations) et trop complexe à mettre en place.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être un médecin psychiatre diplômé (ayant soutenu sa thèse d'exercice en médecine) et exercer en France. Il a été choisi d'exclure les internes en cours de spécialisation en psychiatrie pour deux raisons. À la fois, il s'agissait que les participants aient une durée minimale d'expérience en psychiatrie. En même temps, les internes ne sont pas habilités à prendre certaines décisions (production de certificats médicaux dans le cadre d'hospitalisation sans consentement notamment).
- Et avoir été confronté à une situation dans laquelle un patient avait informé le psychiatre d'une démarche ou d'une volonté de démarche de mort médicalement assistée (euthanasie ou suicide assisté) à l'étranger ou lui avait demandé un avis dans le cadre de cette démarche.

b. Recrutement

Cette étude a été réalisée sur l'ensemble de la France. Le recrutement des participants était de deux types pour maximiser les chances de recevoir le plus de réponses positives :

- L'un via la diffusion par messagerie électronique de la proposition à participer à la recherche (voir Annexe 1) dans la liste d'adresse nationale d'associations de psychiatres (L'Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues et l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie uniquement, les autres associations ou sociétés savantes de psychiatrie contactées n'ayant pas répondu favorablement à la demande de diffuser l'annonce).
- L'autre par effet dit « boule de neige » (par recommandation de personnes ayant connu cette situation) via messagerie électronique.

Plusieurs relances via la nouvelle diffusion de ces messages électroniques ont été faites.

L'échantillonnage était raisonné (non probabiliste) après la prise de contact par messagerie électronique et cherchait à ce que l'échantillon soit le plus diversifié possible en termes de sexe, d'âge des psychiatres, de niveau « d'expertise » sur le sujet et de localisation géographique.

2) Recueil des données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels devant le caractère exploratoire de la recherche.

a. Guide d'entretien

En amont de la réalisation des entretiens, nous avons constitué un guide d'entretien construit au préalable et soumis à la critique d'un comité de chercheurs en sociologie, en anthropologie, en philosophie et en éthique médicale. Ce guide était composé de plusieurs questions ouvertes fondées sur les données de la revue de la littérature réalisée en amont. Ces questions permettaient de guider de manière souple la réalisation de l'entretien afin d'explorer le sujet de recherche tout en laissant libre cours au discours du participant, certains éléments pouvant être abordés de manière spontanée (voir Annexe 2). Le guide d'entretien était constitué de deux parties. La première partie explorait la situation à laquelle avait été confronté le psychiatre participant en lui demandant de raconter cette expérience puis, en le questionnant sur sa réaction, son positionnement par rapport à la situation et les éventuelles difficultés liées à la demande du patient. Par la suite et en fonction du participant, soit

le chercheur laissait libre cours à la parole du participant si ce dernier continuait à explorer le sujet par lui-même, soit le chercheur lui posait quatre questions destinées à explorer les arguments sous-tendant sa prise de position par rapport à la situation rencontrée. Ces questions abordaient plusieurs thèmes : les différences éventuelles entre suicide et suicide assisté ; entre situations de demande de mort médicalement assistée lors de troubles d'origine somatique et ces demandes lors de troubles psychiatriques ; les questions de limites des soins à travers les notions d'« acharnement thérapeutique » et de « sédation profonde et continue » en interrogeant leur applicabilité à la psychiatrie. Une dernière question totalement ouverte permettait de s'assurer que le participant avait pu s'exprimer autant qu'il le désirait sur le sujet et même en dehors du cadre des questions de l'entretien semi-dirigé. Comme il est d'usage en méthodologie qualitative, ce guide d'entretien n'était pas fixe et pouvait être amené à évoluer et à s'enrichir au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Le recueil de données socio-démographiques des participants était également prévu : recueil du sexe, de la tranche d'âge (pour garantir la confidentialité des données vu la faible taille de l'échantillon de participants attendue), du nombre d'années d'exercice en tant que psychiatre diplômé ainsi que du département d'exercice.

b. Entretiens semi-dirigés

Nous avons réalisé des entretiens individuels en face à face et de type semi-dirigés. La réalisation d'un « entretien-test » était prévue afin de vérifier l'adéquation des questions du guide d'entretien avec l'objet de recherche et l'aspect compréhensible de ces questions.

Les entretiens ont été menés par la même personne (chercheur), étudiante en Master 2 d'éthique médicale et de bioéthique à l'université Paris Descartes et interne en médecine en spécialité psychiatrie, dans un lieu choisi par le participant. Le recueil du contenu des entretiens a été fait par enregistrement audio-numérique à l'aide d'un dictaphone (Appareil PHILIPS Voice TracerDVT1150).

Le recueil des données était prévu jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que le chercheur ait l'impression qu'un nouvel entretien n'apporterait aucun élément nouveau pour répondre à la question de recherche.

c. Journal de bord

Tout au long de la recherche, un « journal de bord » a été utilisé par le chercheur dans lequel il prenait des notes personnelles sur son travail de recherche. Il s'agissait d'un outil de réflexivité et d'autocontrôle permettant de travailler sur les préjugés vis-à-vis de l'objet de recherche, de rapporter

les évolutions de la question de recherche puis ses impressions durant et après les entretiens ainsi que lors de la retranscription des enregistrements. Tout ceci a été mené afin que ces préjugés interfèrent le moins possible lors du travail d'analyse.

3) Circuit des données et protection des données personnelles

Une fois l'entretien réalisé, les enregistrements audios ont été stockés sur l'ordinateur personnel du chercheur de manière anonymisée (intitulation : date de passation de l'entretien) et ce jusqu'à la fin de la durée de l'étude. Les entretiens ont été retranscrits par la même personne (chercheur) de manière intégrale au mot à mot, y compris les questions, en respectant l'anonymat des participants (non-retranscription des éléments identifiants tels que les noms de personne et les noms de lieux). Ces retranscriptions ont ensuite été intitulées avec le numéro du participant et sauvegardées sur l'ordinateur personnel du chercheur dans des fichiers sécurisés par un code que seul le chercheur détenait (délai d'effacement deux ans en base active, dix ans base d'archives).

Afin de respecter le cadre réglementaire européen sur la protection des données à caractère personnel (Règlement général sur la protection des données n°2016/679 de l'Union européenne, RGPD), un dossier contenant des informations sur la recherche et ses caractéristiques a été déclaré auprès du Data Protection Officer (DPO) de la faculté de médecine Paris Descartes. Ce dossier contenait : le guide d'entretien de l'enquête ; un document d'information précisant les objectifs de l'enquête, le caractère obligatoire ou facultatif de l'enquête, la base juridique du traitement, le destinataire des données, ainsi que la durée de conservation des données ; le formulaire de consentement qui devait correspondre aux exigences du RGPD.

4) Analyse des données

La méthodologie utilisée pour l'analyse des entretiens semi-dirigés était basée sur une méthode de type analyse thématique. L'analyse thématique a deux fonctions principales : celle de repérage (il s'agit de relever tous les thèmes pertinents dans le corpus de texte, en liens avec les objectifs de la recherche) et celle de documentation (qui concerne la capacité à tracer des parallèles et ou de documenter des divergences et des oppositions entre les thèmes). Elle vise finalement à faire un panorama – et est donc indiquée pour un nombre faible de sujets.

L'analyse de l'ensemble des entretiens retranscrits a été réalisée par la même personne ayant effectué les entretiens semi-dirigés (chercheur), après plusieurs écoutes et plusieurs relectures des retranscriptions. L'annotation des éléments du texte puis leur regroupement en thématiques

différentes ont été faits manuellement sur papier avec un mode d'inscription en marge, en codant les éléments du texte répondant aux objectifs selon une thématisation séquenciée (85).

5) Aspects procéduraux d'éthique de la recherche

a. Information et consentement

Une information orale et écrite sur la recherche et ses objectifs a été délivrée à chaque participant en début d'entretien, puis un consentement écrit a été signé par le participant et le chercheur (voir Annexe 3). Les formulaires de consentement ont été stockés dans un endroit fermé à clé au laboratoire d'éthique médicale et de bioéthique de l'université Paris Descartes.

b. Comité d'éthique

Le projet de recherche a obtenu l'accord d'un Comité d'Éthique de la Recherche le 18 janvier 2019 auprès du CERAPHP.5 (Institutional Review Board – IRB registration : #00011 928) (voir Annexe 4).

III] Résultats

1) Caractéristiques des participants

a. Recrutement et entretiens semi-dirigés

Huit médecins psychiatres ont été recrutés. Tous avaient été confrontés dans leur cadre professionnel à une situation dans laquelle un patient les avait sollicités ou leur avait évoqué une volonté - ou une démarche déjà en cours - de demande de suicide assisté à l'étranger dans le cadre d'un trouble psychiatrique. Six participants ont été recrutés par le chercheur via ses contacts professionnels car il avait eu la connaissance de l'existence d'une confrontation à une telle expérience chez ces médecins psychiatres. Un seul participant a été recruté via la diffusion de l'annonce de la participation à la recherche à une liste nationale de psychiatres (via un syndicat national de psychiatres). La diffusion de l'annonce de la recherche à une liste de psychiatres dans l'environnement du chercheur (connus ou non par ce dernier) a permis de recruter via l'effet « boule de neige » 5 participants potentiels. Un seul a été retenu. Les 4 autres psychiatres évoquaient des situations qui ne correspondaient pas à l'objet d'étude : il s'agissait de demande de mort assistée dans le cadre de processus organiques, sans précision concernant l'ancienneté du suivi psychiatrique ni l'existence d'un lien entre la symptomatologie psychiatrique et le processus organique (2 pour des situations de

maladie organique chronique (maladie de Charcot-Marie-Tooth, Bronchopneumopathie chronique obstructive), 1 pour une situation de cancer et 1 pour une situation de Scléroses latérale amyotrophique).

L'entretien-test a été inclus dans l'analyse qualitative pour deux raisons : le recrutement était particulièrement difficile et la conduite de cet entretien-test a démontré que les questions du guide d'entretien étaient claires. La grille d'entretien a évolué entre le 4e et le 5e entretien car le chercheur avait l'impression qu'un point particulier aurait pu apporter un éclairage sur une partie du sujet non encore explorée mais néanmoins centrale, celle du « tourisme du suicide ». Pour cela, une seule question a été ajoutée : *« que pensez-vous du fait que la démarche de suicide assisté soit accessible à nos patients à l'étranger pour motif psychiatrique alors que notre pays n'autorise pas cette pratique ? ».* Cette question n'a pas suscité d'éléments nouveaux dans le discours des participants.

Les entretiens ont été réalisés entre le 18 janvier 2019 et le 3 avril 2019. La durée moyenne des entretiens était de 42 minutes. L'entretien le plus court était de 17 minutes et l'entretien le plus long de 66 minutes.

Six entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail du participant : 4 pendant leur temps de travail, 2 pendant l'heure du déjeuner. Les 2 autres entretiens ont été réalisés au domicile du participant pour l'un et dans un lieu public pour l'autre.

b. Description de la population étudiée

Sur les 8 entretiens réalisés, nous avons rencontrés 5 hommes et 3 femmes. Leur tranche d'âge était de 30-34 ans pour 2 d'entre eux, de 35-39 ans pour 1, de 45-49 ans pour 2 et de 50-54 ans pour 3 d'entre eux. La tranche d'âge au-delà de 54 ans n'était pas représentée, ni celle allant de 40 à 44 ans.

Le type d'exercice actuel des psychiatres se répartissait comme suit : 6 psychiatres exerçaient en centre hospitalier public parmi lesquels 4 en service hospitalo-universitaire et 2 en service de psychiatrie sectorisée ; 1 psychiatre exerçait en ville en libéral (consultation) et 1 en clinique avec une activité de type libérale.

Concernant le lieu d'exercice des psychiatres, 7 psychiatres exerçaient en Ile de France (6 dans le département 75, 1 dans le département 92) et 1 psychiatre exerçait en région (département 69).

Le nombre d'années d'exercice en tant que psychiatre diplômé (sans compter les années d'internat) variait pour les professionnels interrogés de 1 à 22 ans et était en moyenne de 12 ans.

2) Résultats de l'analyse qualitative des entretiens semi-dirigés

L'analyse qualitative des résultats selon une méthode d'analyse thématique a permis de dégager différents sujets abordés par les participants. Ces sujets étaient soit induits par les questions posées lors de l'entretien semi-dirigé, soit apparaissaient spontanément dans le discours.

Les sujets abordés via les questions de l'entretien semi-dirigé étaient :

- La situation du patient à laquelle avait été confronté le psychiatre ;
- La réaction et le positionnement du psychiatre face à cette situation ;
- Les représentations du suicide et du suicide assisté ;
- Les représentations des différences et similitudes ou la comparaison avec les situations non psychiatriques ;
- Les représentations de la notion de limites des soins, notamment à travers l'acharnement thérapeutique et la sédation profonde et continue.

Les sujets abordés spontanément par les participants étaient :

- Les représentations de la spécialité « psychiatrie » ;
- Les représentations de la maladie psychiatrique ;
- Les représentations du rôle du psychiatre et de ses devoirs ;
- Les représentations liées à la souffrance et à la douleur ;
- Les représentations de la démarche de mort assistée dans les pays qui la pratiquent ;
- Les représentations d'un éventuel modèle légal d'assistance active à mourir en France.

Devant cette diversité de sujets abordés, trois grands axes thématiques se sont dégagés, eux-mêmes divisés en différents thèmes et sous-thèmes (tableau 1).

Tableau 1 : Organisation des résultats en axes thématiques, thèmes et sous-thèmes

La description par les psychiatres de la situation rencontrée	La description factuelle du patient et de sa démarche	• Le patient • Sa démarche
	L'appréhension de la démarche	• Le contexte de la demande • La place des proches et de la famille • L'analyse de la demande
Les réactions et le positionnement des psychiatres face à la situation particulière	Une démarche jugée non acceptable	• Sans conflit de valeur apparent • Avec conflit de valeur apparent
	Une démarche jugée acceptable et légitime	• Sans conflit de valeur apparent • Avec conflit de valeur apparent
Les représentations et les valeurs abordées par les psychiatres	La psychiatrie et ses particularités	• La maladie psychiatrique • Les limites du soin en psychiatrie • Le rôle du psychiatre
	Une réflexion d'ordre médical	• La douleur et la souffrance physique et psychique • Le suicide et le suicide assisté • L'accès à une mort assistée
	L'aspect juridique	• Les modalités étrangères de la démarche • La législation française

Nota bene : Pour conserver un maximum l'anonymat des participants et des patients qu'ils évoquent, nous avons choisi d'utiliser l'emploi du genre masculin pour toutes les situations évoquées. Les participants sont désignés par un « P » suivi du numéro qui leur a été attribué au moment du recrutement.

a. Description par les psychiatres de la situation rencontrée

La description des situations rencontrées par les psychiatres variait d'un participant à l'autre et était racontée avec plus ou moins de détails par la majorité des participants (P1 à P6). Elle était à peine évoquée par deux d'entre eux (P7, P8).

La description factuelle du patient et de sa demande

La description factuelle du patient et de sa démarche était essentiellement riche en informations médicales (clinique, histoire des soins). Les caractéristiques socio-démographiques apparaissaient au second plan.

Sur le 8 psychiatres interrogés, 7 d'entre eux avaient été confrontés à une seule situation de démarche de mort assistée engagée (c'est-à-dire débutée). Le dernier avait été sollicité par un patient qui envisageait seulement cette démarche (le patient s'était renseigné sur la démarche mais ne l'avait pas entamée). Deux psychiatres ont évoqué en plus chacun une situation dans laquelle un patient avait évoqué l'idée d'entamer une démarche de demande de suicide assisté à l'étranger à plusieurs reprises mais sans commencer à se renseigner sur le sujet. Nous avons choisi de ne pas rapporter ces deux dernières situations supplémentaires car elles étaient évoquées de manière anecdotique par le psychiatre : les informations à leur sujet étaient trop partielles.

Pour 7 psychiatres sur 8, cette situation de demande de mort assistée s'était déroulée lors du suivi d'un de leur patient, soit dans le cadre d'une prise en charge en hospitalisation, soit dans le cadre d'un suivi ambulatoire. Un psychiatre mentionnait des soins sous contrainte mis en place au moment où il avait rencontré le patient, mais la demande de mort assistée était antérieure à ce type de soins. La privation de liberté pour les soins n'avait été évoquée par aucun autre psychiatre. Le psychiatre restant avait été sollicité par le patient, à la demande de l'association suisse mandatée pour un suicide assisté, afin d'émettre un avis médical psychiatrique au sujet de cette demande. La question posée à ce psychiatre par l'association suisse était de savoir si ce patient présentait « une maladie mentale sévère, de longue durée et résistante au traitement » et si le désir de mettre fin à ses jours reposait sur « une décision autonome, bien pensée et durable, d'une personne capable de discernement » (document d'information de Dignitas destiné au patient : voir Annexe 5).

Tous les psychiatres ont évoqué le trouble psychiatrique actuel du patient. Les autres caractéristiques du patient rencontré par ces psychiatres étaient rapportées et détaillées de manière assez inégale en termes de détails (voir Tableau 2).

Sur les 8 situations principales de démarches de demande de mort assistée évoquées, 7 ont été réalisées par des femmes, 1 par un homme. L'âge des patients n'était pas toujours rapporté par les

psychiatres mais lorsque l'information était disponible, il était d'une vingtaine d'années (2 patients) et d'une soixantaine d'années (4 patients).

D'après les psychiatres, les patients présentaient un trouble de l'humeur chronique de type dépression dans 6 situations, s'intégrant pour 2 d'entre eux dans un trouble bipolaire. Un patient présentait un épisode dépressif dans le cadre d'un deuil pathologique. Le patient restant souffrait de douleurs physiques chroniques d'origine psychique selon le psychiatre, compliquées d'un syndrome dépressif. Les patients présentaient par ailleurs (comorbidités) un trouble de la personnalité histrionique pour 1 patient, un trouble de la personnalité de type « état limite » pour 1 patient, un état de stress post-traumatique (ESPT) pour 2 patients et des symptômes psychotiques pour 2 patients (délire, dont l'un avec hallucinations). Deux patients présentaient des comorbidités somatiques rapportées par les psychiatres, toutes sous la forme d'une maladie chronique. L'ancienneté du trouble psychiatrique était très variable et pouvait aller d'un début dans l'enfance, à une évolution depuis 10 ans, voire depuis 1 ou 2 ans.

La place occupée au cours des entretiens par la description des soins dispensés (type de prise en charge, temporalité, évolution) et des traitements reçus par le patient était hétérogène. La prise en charge antérieure était rapportée par 5 psychiatres (P2, P3, P4, P5, P6). L'histoire des soins était alors toujours évoquée de manière spontanée, et les détails sur les traitements étaient obtenus après relance. Deux psychiatres (P7, P8) n'évoquaient pas cette question. Le patient de P1 n'avait pas de prise en charge en cours ou récente au moment de la demande.

Les informations sur la profession ou l'occupation principale du patient étaient rapportées spontanément par trois psychiatres (P2, P4, P6), sur relance pour un psychiatre (P3).

Les informations sur la démarche de demande de mort assistée étaient très hétérogènes. Dans cinq situations, le psychiatre avait du mal à se souvenir des modalités de la démarche entreprise par le patient (P4, P5), ne la détaillait presque pas (P6) ou pas du tout (P7, P8). Lorsque l'information était disponible, les pays où la démarche était réalisée étaient la Suisse ou la Belgique. Au moment de la réalisation des entretiens, aucune démarche n'avait été acceptée pour aboutir à la réalisation effective d'une euthanasie ou d'un suicide assisté.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients dans les 8 situations décrites par les psychiatres

Caractéristiques	Eléments rapportés par les psychiatres
Age	- 1 patient de 21 ans - 1 patient d'une vingtaine d'années - 1 patient de 65 ans - 3 patients d'une soixantaine d'années - Âge non rapporté pour deux patients
Sexe	- 7 femmes - 1 hommes
Trouble psychiatrique principal concomitant à la démarche et comorbidités psychiatriques éventuelles associées	- Deuil compliqué d'une dépression - Dépression mélancolique avec symptômes psychotiques (avec doute sur un trouble de symptôme neurologique fonctionnel) - Dépression sévère avec troubles de la personnalité « hystéro-sensitive » - Episode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire à cycle rapide, personnalité de type état limite, ESPT. - Douleurs chroniques de la face sans étiologie organique retrouvée compliquées d'un syndrome dépressif sévère - Dépression chronique sévère avec idéations suicidaires, trouble du spectre autistique avec haut potentiel, trouble hallucinatoire chronique, ESPT - Dépression résistante - Episode dépressif dans le cadre d'un trouble bipolaire
Informations sur les traitements et les soins psychiatriques reçus	- Information sur le traitement médicamenteux rapportée pour 5 situations. - Information sur le traitement autre que médicamenteux (psychothérapie, prise en charge sociale) rapportée pour 1 situation - Aucune information rapportée sur le traitement par les psychiatres pour 2 situations - Pas de prise en charge psychiatrique en cours dans une situation
Antécédents de tentatives de suicide	- Pour 3 patients : absence de tentatives de suicide antérieures - 1 patient : plusieurs tentatives de suicide dont une grave au paracétamol - 1 patient : plusieurs tentatives de suicides « non graves » - Donnée non disponible pour les 3 patients restants
Comorbidités somatiques	- 2 patients présentaient une maladie chronique somatique associée, qui n'engageait pas le pronostic à court ou moyen terme
Age de début ou ancienneté des troubles psychiatriques	- 1 patient : « évolution chronique depuis une dizaine d'années » - 1 patient : « début des troubles dans l'enfance » - 1 patient : « début des troubles très tôt, première hospitalisation à l'âge de 16 ans » - 1 patient : « évolution depuis plusieurs années » - 1 patient : « début vers l'âge de 10 ans » - 1 patient : « évolution depuis 1 à 2 ans » - Pour deux patients l'ancienneté des troubles ou leur durée n'était pas mentionnée
Informations sur la démarche de mort assistée réalisée, lieu et réponse éventuelle reçue	- 1 patient : démarche en cours en Suisse - 1 patient : demande d'accompagnement en fin de vie et d'euthanasie en France. Réorientée par le psychiatre vers l'ADMD, qui oriente elle-même vers la Belgique puis la Suisse. Démarche inaboutie - 1 patient : démarche débutée en Suisse. Abandon de la démarche devant absence de psychiatre français ayant bien voulu évaluer la demande - 1 patient : demande d'euthanasie réalisée en Belgique. Renvoyée vers la Suisse où la demande est réalisée. Demande rejetée - 1 patient : demande d'euthanasie faite en Belgique, rejetée - 1 patient : demande d'euthanasie envisagée en Suisse - 1 patient : demande déjà engagée, sans notion de pays ni d'avancement - 1 patient : demande réalisée en Suisse

L'appréhension de la démarche

L'appréhension et l'investissement de la compréhension de la demande effectuée par le patient étaient abordés de manière très inégale dans les entretiens par les 8 participants. Certains retraçaient spontanément très précisément l'histoire et le contexte de vie du patient (P2, P4, P5) les éléments contextuels sociaux ou familiaux (P1, P2, P3, P5) et la compréhension qu'ils avaient eue de cette demande (P1, P2, P3, P4, P5). Certains ne retraçaient aucun de ces éléments, s'engageant après une description minimale du patient dans une réflexion plus théorique (P7, P8).

Précision du contexte de la demande par les psychiatres

Les psychiatres interrogées rapportaient de manière variable les éléments du contexte de la demande de mort assistée effectuée par le patient. Dans 5 des situations décrites par les participants, le patient aurait exprimé un contexte de sentiment d'isolement ou de rejet marqué.

Dans trois situations (P1, P2, P5), les psychiatres auraient identifié chez leur patient une expérience de perte douloureuse (récente ou ancienne) d'un être cher entrant en résonance plus ou moins directe avec leur mal-être et la demande de mort assistée.

Dans deux situations (P2, P3), les psychiatres évoquaient un contexte de fort sentiment de rejet du patient de la part de ses proches, d'abandon et d'absence d'étayage de la part de ceux-ci ainsi qu'un vécu de solitude intense dans une ambiance de conflit familial.

P2 : *« son fils a pris beaucoup de distance, et actuellement, elle n'a plus aucun lien avec lui et donc ça aussi c'est une grande source de souffrance, et on a eu l'impression que vraiment au cours de son histoire il y a une accumulation de pertes, elle a perdu son père, perdu son compagnon, perdu son travail, perdu son autonomie, puis la capacité de conduire, puis la capacité de lire […] et puis effectivement la perte de contact avec son fils, avec sa sœur, ou ses sœurs, avec sa mère et un isolement comme ça à l'hôpital psychiatrique, même si elle a toujours un compagnon, ex-compagnon, parce qu'ils sont toujours plus ou moins en conflit »*

Une forme de rejet de la part du corps médical psychiatrique pouvait être également rapporté par les participants : refus de rencontrer le patient du fait de sa demande de mort assistée par d'autres psychiatres (P1) ; non prise au sérieux de l'authenticité des troubles et de la souffrance ressentie par la patiente par le corps médical et paramédical de santé mentale mis en avant par P2 ; refus de prise en charge du fait de la sévérité des troubles, de la complexité médicale du patient et de ses sollicitations intempestives mettant à mal l'action des psychiatres (P4).

P6 rapportait une demande uniquement liée à la résistance des troubles aux thérapeutiques et au non-soulagement de la souffrance liée à ces troubles, sans évocation de facteurs environnementaux (sociaux, familiaux) interférant de manière forte avec cette demande de mort assistée.

Pour P7 et P8, le contexte de la demande en dehors du trouble psychiatrique ou les éléments d'ordre environnementaux ou sociaux n'étaient pas évoqués.

La place des proches et de la famille dans le récit du psychiatre

La place accordée aux proches du patient dans le récit des participants était très variable, que ce soit leur place par rapport au trouble psychiatrique du patient ou celle par rapport à la démarche de demande de mort assistée.

Pour deux situations (P6, P8), le psychiatre rapportait la présence claire des proches au sein de la discussion face à la démarche de demande de mort assistée : dans les deux cas, il s'agissait du conjoint. Pour deux situations (P5, P7), les proches étaient évoqués comme présents dans la problématique du trouble psychiatrique et participant aux discussions d'organisation des soins. Pour P1, le désir de démarche de demande de mort assistée avait été occulté par le patient à son conjoint. Pour trois situations (P2, P3, P4), l'opinion ou la place des proches face à la démarche de mort assistée n'était pas du tout évoquée.

Analyse par le psychiatre des raisons de la demande du point de vue du patient

5 psychiatres abordaient en entretien les motifs de demande de mort assistée avancés par le patient :

- P1 : la demande de suicide assisté du patient était d'ordre existentiel : ne plus vivre seul. Il existait un contexte de maladie chronique physique mais qui n'était à aucun moment mis en avant par le patient selon le psychiatre ;
- P2 : la demande était liée à la souffrance liée à une maladie physique grave évolutive au stade terminal nécessitant des soins palliatifs et une fin de vie assistée ;
- P3 : la démarche était d'ordre existentiel et il s'agissait d'un « projet de vie » : ne pas mourir seul ;
- P4 : la demande était due à une souffrance liée au trouble psychiatrique avec l'impression d'être empêché de se suicider ;
- P5 : la demande était liée à une douleur physique insupportable non soulagée.

3 psychiatres (P6, P7 et P8) n'évoquaient pas la justification de la demande de mort assistée du point de vue de leur patient.

P2, P4 et P5 employaient le discours direct pour évoquer la demande faite par le patient. Ainsi, nous pouvions avoir l'impression que, pour eux, les mots du patient utilisés pour exprimer la demande étaient importants et les avaient marqués.

P4 et P6 apportaient une interprétation au sous-entendu que pouvait contenir, pour eux, la demande de leur patient : P4 pensait que le patient souhaitait finalement un regard extérieur sur son état ; P6 que son patient lui demandait « s'il y avait toujours quelque chose à faire pour lui ».

c. La réaction et le positionnement des psychiatres face à la situation particulière

Les positionnements des psychiatres face à la démarche du patient pouvaient être regroupés en deux groupes : les psychiatres pour lesquels la démarche du patient leur apparaissait comme non acceptable (5 psychiatres) et les psychiatres pour lesquels cette démarche leur apparaissait acceptable et légitime (3 psychiatres).

Une démarche jugée non acceptable pour le psychiatre

5 psychiatres (P1, P3, P4, P7, P8) considéraient la demande de mort assistée du patient comme non recevable : la demande du patient était perçue comme l'expression d'un symptôme psychique entrant dans le cadre d'un trouble psychiatrique de type dépressif traitable ou améliorable.
Pour 3 de ces psychiatres (P1, P7, P8) cette demande était clairement identifiée comme un symptôme qualifié de suicidaire.

P7 : *« c'était clairement une dépression, ça il n'y avait pas de doute là-dessus mais euh, mais euh, mais euh, mais les idées alors suicidaires, ou de suicide assisté euh… étaient évoquées de manière assez détachée, assez froide »*

De ce fait, la position de ces 5 participants était corrélée à la représentation qu'ils se faisaient selon leur point de vue du motif de cette demande. Ces psychiatres apportaient une réponse commune qui était de rester dans un rôle de soignant délivrant un soin, c'est-à-dire de faire une proposition thérapeutique. Ces soins avaient pu se poursuivre pour les patients de P3, P4, P7, P8. P1 avait adressé le patient à des confrères pour des soins.

Cette réponse était fondée sur des valeurs communes :

- Le psychiatre doit rester dans des soins thérapeutiques psychiatriques actifs (P1, P3, P4, P7, P8) ;
- L'action thérapeutique est toujours possible en psychiatrie (P1, P3, P7, P8).

Pour 4 de ces psychiatres, leurs discours ne faisaient pas ressortir l'expression d'une empathie pour la souffrance ou l'état du patient, et la relation apparaissaient comme distante, voire froide. P3 montrait même une certaine condescendance envers son patient et affichait le caractère irrationnel et incongru de sa demande. Seul P4 verbalisait une sympathie et une empathie pour son patient.

Les 5 entretiens faisaient tous ressortir un inconfort net du psychiatre face à la situation mais qui pouvait être de différentes natures, comme nous allons le voir ci-après.

Une démarche de mort assistée jugée non acceptable sans conflit de valeurs internes évident : P1, P3, P4

Les convictions personnelles et professionnelles de ces psychiatres apparaissaient en adéquation : aucun conflit n'était verbalisé. Cependant, il existait un inconfort important provoqué par le fait que la demande du patient les mettait dans une position qu'ils rejetaient ou qu'ils ne souhaitaient pas adopter :

- L'inconfort de la position de juge et de bourreau (P1) ;
- L'inconfort de la confrontation à une situation nouvelle (P1, P3) ;
- L'inconfort du psychiatre mis dans une position de passivité et d'impuissance face à la démarche du patient (P3) ;
- L'inconfort du psychiatre mis dans une position d'impuissance, inconfort masqué par une réaction sur le mode de l'ironie et de la provocation auprès du patient (P4).

Cet inconfort était marqué par l'expression d'une réaction émotionnelle souvent vive et palpable lors de l'entretien. Même s'il employait un registre flou (« mal à l'aise », « difficulté », « compliqué), souvent associé à des superlatifs (« extrêmement difficile », « énorme enjeu »), le ressenti que P1 déclarait avoir eu lorsqu'il s'était trouvé face au patient était intense et marqué par le poids et l'enjeu de cette nouvelle responsabilité. Étaient mises en avant la violence de la situation (décider si un patient peut mourir) ainsi que la peur des conséquences de son positionnement (en défaveur de la démarche) pour le patient (mise en danger). Pour P3 et P4, il se dégageait un sentiment de stupéfaction : la réaction émotionnelle de P3 était marquée par l'étonnement et le doute face au caractère pour lui incongru de la demande ; P4 partageait avoir été bouleversé par la demande du patient, y voyant une grande souffrance, mais tout en affirmant très rapidement ensuite ne pas vraiment avoir pris au sérieux cette demande.

Une démarche jugée non acceptable mais avec un conflit de valeurs entre position personnelle et devoir professionnel : P7, P8

P7 et P8 mettaient en place une démarche plus intellectuelle et rationnelle en réaction à la demande de démarche du patient, fondée sur l'expérience et la clinique. L'inconfort était initialement plus contenu voire dénié et masqué par cette intellectualisation. Ils n'accordaient pas de place dans leur narration à un dialogue qu'ils auraient pu avoir au sujet de la démarche avec le patient, montrant ainsi que leur position professionnelle prise face au patient ne semblait pas liée à la situation et à la demande particulière du patient. Aucune place n'était accordée à l'expression d'une empathie envers le patient et son ressenti. P8 se demandait même en fin d'entretien si sa position n'était pas le reflet d'un manque d'empathie.

Il existait une contradiction, verbalisée par ces deux participants, entre leurs convictions idéologiques personnelles et leur position professionnelle de psychiatre. Pour P7, l'accès au suicide assisté était inacceptable du fait de la présence d'un trouble traitable et donc modifiable, et d'une altération du jugement du patient. Pour lui il existait un devoir du psychiatre de procurer des soins « acharnés » et de ne pas abandonner son patient en le laissant accéder à un suicide assisté. Il reconnaissait, embarrassé et de manière un peu confuse, que cette position professionnelle était en tension avec sa position personnelle d'un souhait d'une légalisation de l'aide active à mourir dans le respect de l'expression de la liberté individuelle des personnes, libéralisme qui s'étendait à d'autres domaines que celui de l'euthanasie. Ce psychiatre a par exemple émis le souhait d'une légalisation de l'accès aux substances dites « toxiques ».

« donc il y a forcément une forme de décalage entre des principes euh…euh… généraux qu'on peut avoir et le fait d'être confronté à des situations individuelles pour lequel euh…. Pour pour pour lequel euh je ne peux faire bien en tant que psychiatre si je me convaincs moi que je ne dois jamais lâcher… dans dans dans la dans la euh dans la dépression dans les troubles de l'humeur dans les troubles psychiatriques résistants et en particulier dans la dépression résistante je pense que la première règle et le premier… le premier… la règle d'or c'est never give up (rires) !! »

« et en même temps mon discours vis-à-vis de de…. de mes patients est probablement très différent donc il y a une forme de, je sens bien qu'il y a une forme de tension et d'hypocrisie potentiellement entre oui il faut le faire mais ah non pas les miens, euh donc oui il y a probablement cette tension-là »

P8 admettait, en tant qu'individu, l'idée d'un droit à mourir lorsque les motivations de la personne sont fondées uniquement sur une position dite philosophique et qu'il n'existe aucun signe de « souffrance morale » (au sens psychique), sur l'argument qu'on ne peut pas lutter contre cette position et qu'aucune action n'est possible. En tant que psychiatre, il adoptait une position plus dogmatique en reprenant celle de ses maitres : l'impossibilité pour un psychiatre de reconnaitre à

autrui un droit à disposer de sa vie. Le psychiatre ne peut pas discuter du bien-fondé philosophique de ce choix car pour celui-ci, toute expression d'un désir de mort est l'expression d'une souffrance pathologique ou est symptôme d'une maladie.

*« Après euh… c'est peut-être assez décevant mais finalement ça m'a pas posé de problème tant que ça au sens où… fin je m'étais déjà posé la question […] : « bah oui mais c'est vrai nous en tant que psychiatres dans quelle mesure on doit reconnaitre aux gens le droit de disposer de leur vie, d'abréger des souffrances importantes, alors même qu'on n'a pas forcément des critères de diagnostic d'EDC [épisode dépressif caractérisé] » et puis euh finalement, en y ayant réfléchi […] j'étais resté sur la position très euh très ***** (nom d'un chef de service) euh en gros : « on n'a pas vraiment d'avis à avoir à partir du moment où on est psychiatre et qu'on nous dit qu'on a envie de mourir, il faut qu'on considère qu'il y a une pathologie et qu'on essaye de de d'améliorer les symptômes » […] du coup ça m'a un peu allégé la tête et euh je me suis pas posé plus de question que ça »*

« j'imagine en tant que citoyen qu'il y a des gens qu'ont une attitude philosophique sur le droit de disposer de leur vie et tout ça mais… en tant que soignant donc je me considère comme non en droit d'écouter ça, et en tant que citoyen euh… ben je trouve que c'est… en tant que médecin j'aime pas qu'on me demande ça… ».

En apparence P8 évoquait une position qui le protégeait d'un dilemme mais masquait un sentiment de malaise. Il justifiait ce malaise par le fait que ce sujet ne soit pas préparé ni abordé entre professionnels, mais pensait que l'absence de ces discussions n'était peut-être pas un mal.

P7 et P8 abordaient au fil de l'entretien un regard critique sur leurs positions dont ils percevaient et verbalisaient les contradictions.

Une démarche jugée acceptable et légitime

Trois psychiatres (P2, P5, P6) considéraient la demande du patient comme acceptable et légitime. Pour ces participants, la demande du patient était en rapport avec une situation de souffrance psychique importante qu'ils reconnaissaient, liée au trouble psychiatrique, non soulagée, et dans une situation d'échec et d'impasse thérapeutique malgré l'arsenal de soins déployé. Ils ne reliaient en aucun cas la démarche avec une symptomatologie suicidaire.

P2 : *« puis, l'impression que les choses se dégradaient progressivement que de toute façon rien n'améliorait les choses, ni les consultations en ophtalmologie, ni les entretiens médicaux, ni les modifications de traitements antidépresseurs, anxiolytiques, ni les propositions de thérapies alternatives qu'on avait proposées ».*

P5 : *« quand on est dans une souffrance telle, que l'espoir n'est que le soulagement et que de se dire en fin de compte que la mort pourrait être le soulagement ultime à la souffrance vécue quotidiennement […] c'est vrai qu'on était face à une douleur euh, … qui euh… …. insupportable au quotidien, dans le vécu et autre mais, euh… ».*

P6 : *« Cette patiente a reçu à peu près tous les traitements qu'on peut imaginer euh y compris les ECT, moi quand je l'ai reçue elle était sous clozapine plus euh… plus thymorégulateur plus antidépresseur, enfin une combinaison thérapeutique mais allant quand même très mal » ; « elle est dans cet état de détresse psychique permanente à la maison avec des crises d'angoisses des crises suicidaires, une, une tension interne permanente, ses hallucinations résistantes à la clozapine et aux ECT, sa dépression résistante » ;*

Pour ces psychiatres, le patient était en capacité de demander une mort assistée.

P6 : *« sachant qu'elle est consciente de ses troubles qu'elle a pas de trouble du jugement et qu'elle est demandeuse de soins ».*

La demande du patient était comprise et ne leur paraissait pas incongrue :

P5 : « cette démarche ne m'a pas paru, enfin en tous les cas ça n'a pas heurté ma pensée […], moi ça m'a pas paru choquant, voilà, j'en n'ai pas été plus qu'étonnée et en tous les cas c'est pas quelque chose qui a heurté ma conscience »

Dans deux de ces trois situations (P2, P5), les psychiatres percevaient que pour le patient la demande s'inscrivait dans la perception d'une souffrance d'origine physique intolérable qui pour le psychiatre était d'origine psychiatrique et il existait donc une notion d'incertitude quant à la nature du diagnostic médical posé.

Les réponses apportées en tant que professionnels de psychiatrie face à l'évocation de la démarche de demande de mort assistée avait donc un caractère rationnel : démarche acceptable car limite des soins atteinte et souffrance intense non soulagée. Elles comportaient l'idée commune d'une volonté de soutenir le patient dans la démarche tout en poursuivant les soins psychiatriques :

- P2 encourageait le patient à formuler sa demande et proposait d'accompagner activement la démarche (proposait de solliciter tel pays, avait donné des coordonnées à deux reprises, proposait de rédiger un courrier médical retraçant l'histoire du patient dans le cadre de la demande). Il justifiait aussi sa position par le fait qu'entendre la demande de la patiente pouvait l'apaiser ;
- P5 avait conseillé au patient de s'informer sur la démarche et de la réaliser si telle était sa volonté ;
- P6 restait pour le moment dans la poursuite des soins mais envisageait d'accompagner le patient dans sa démarche jusqu'en Suisse une fois la certitude que le dernier traitement disponible essayé n'était pas efficace.

Ces trois attitudes n'avaient pas rompu le lien médecin-malade et la confiance du patient envers le système médical, ni empêché la poursuite du suivi et des soins psychiatriques investis par le patient (consultation, adhésion au projet de soins, et prise régulière du traitement) mais il est important de souligner que P6, et c'est le seul de tous les participants, ne semblait pas avoir partagé ouvertement son positionnement à son patient.

Pour ces psychiatres, la place du patient en tant que sujet était importante. Ils mettaient en avant des principes de respect de la volonté et des libertés individuelles, de justice et une vision non paternaliste de leur position :

- Dans un respect de la primauté du choix et de la volonté du patient (P2, P5, P6) ;
- Le refus d'être juge face à un choix personnel (P5, P6), de rester neutre (P5) ;

- La volonté de rester humble (P5) ;
- Une équité entre souffrance d'origine psychique et d'origine physique (P5, P6) ;
- Laisser au patient la liberté d'émettre une demande et que celle-ci soit analysée (P2, P5).

P5 : *« j'y ai pas porté de jugement de valeur en tous les cas » « le suicide assisté ne, pour moi c'est autre chose, c'est une démarche très personnelle »*

P6 : « j'aurais vraiment, encore j'ai aucun jugement moral à avoir par rapport à ça je crois que chacun doit être libre »

Leurs discours décrivaient explicitement une attitude très empathique et compatissante envers le patient et sa souffrance (P2, P5, P6) voire même sympathisante (P6) et traduisait l'existence d'un dialogue et d'une véritable discussion avec le patient sur la demande de suicide assisté (P2, P5). Pour P2, son discours montrait qu'il avait clairement exprimé cette empathie auprès de son patient.

P2 : *« j'entends et je vous dis, je pense que vous ressentez réellement ces symptômes-là, et que c'est effectivement très souffrant et très difficile au quotidien […] donc ça c'était important pour moi et donc cette démarche elle allait avec ça, c'était de dire bah oui, face à autant de souffrance que ça, j'entends que vous pouvez avoir cette demande de suicide assisté et donc je , je… vous propose de faire les démarches dans ce sens-là »*

Cependant, deux de ces psychiatres (P2, P6) rapportaient l'émergence d'un conflit de valeurs lié à cette position.

Une démarche jugée acceptable mais avec une importante ambivalence et un conflit entre position personnelle et devoir professionnel : P2, P6

Les propos de P2 dénotaient une certaine ambivalence qui tranchait avec sa position d'apparente ouverture à la démarche. Il rapportait une insuffisance de moyens en psychiatrie pour soulager les patients mais se disait dans le refus de vouloir répondre à la souffrance par la mort. Il était en faveur d'un accompagnement du patient dans sa démarche mais refusait d'intégrer le geste létal comme une mission soignante et critiquait les organismes de pression faisant valoir un « droit à mourir ». Le discours était souvent flou, soulevant des questions sans y répondre ou sans prendre position, et à certains moments il était difficile de savoir si les propos désignaient des situations psychiatriques ou non psychiatriques.

« voilà, c'est vrai que au départ moi ma démarche elle est plutôt dans comment on arrive à accompagner la souffrance plutôt que d'y répondre par euh… euh… bah l'arrêt de la vie qui en fait…, effectivement, il n'y a plus besoin de… d'accompagner la souffrance et d'être soignant quand il n'y a plus de vie, fin… parce qu'après il n'y a plus rien à soigner quoi… fin bon… donc c'était… voilà »

« moi je suis parfois gêné par certains discours, qui voudrait que, ça fasse partie de façon intégrante des missions du médecin ou des infirmiers, voilà, c'est une mission de soins, que… d'accompagner les gens dans un décès volontaire, c'est quelque chose moi qui me questionne euh… voilà. »

Le discours de P6 mettait encore plus clairement en évidence un conflit entre position personnelle et professionnelle. Il pensait que la demande du patient était entièrement légitime et se disait en faveur de l'aide active à mourir pour tous malades en grande souffrance mais disait ne pas pouvoir exprimer son approbation pour plusieurs raisons : la loi interdit cette pratique en France et cela en reviendrait à envoyer un message d'abandon au patient contraire au devoir du psychiatre. Ce conflit et cette confusion des places étaient renforcés par le fait d'adopter lui-même dans son discours la position de « soigné » : à la place du patient, il en ferait autant et souhaiterait que sa famille l'aide en ce sens.

« je comprends sa demande […] je, je peux la comprendre, je peux pas y répondre parce que on est dans un pays ou la loi l'interdit et d'autres parts j'ai compris que psychologiquement c'était rattaché au fond si je lui dis ça c'est elle va se dire en fait il n'y a plus rien à essayer donc c'est même plus la peine d'essayer, or ce n'est pas mon discours parce que je pense que ça vaut quand même la peine d'essayer donc vous voyez tout mon ambivalence […] je comprendrais, fin je crois que je me dis qu'à sa place, sérieusement je l'envisagerais, mais dans le discours, je me vois pas… parce que je pense ça la renverrait à en fait il m'abandonne, voilà, pour résumer. »

Une démarche jugée acceptable sans conflit de valeurs apparent : P5

P5 déployait un raisonnement très rationnel avec un registre émotionnel neutre. Il montrait que malgré la surprise causée par la demande du patient, il avait déployé un ensemble de questionnements professionnels de l'ordre des devoirs de diagnostic et de traitement qui lui avait permis d'être en accord avec son positionnement : « pourquoi nous n'y arrivons pas ? », « suis-je passé à côté de quelque chose ? », « est-ce que j'ai tout essayé ? ». Il arrivait pour finalement à l'idée qu'il avait fait tout ce qui était en son devoir et en son pouvoir de médecin. Cela lui permettait de ne pas s'opposer à la réalisation de la démarche par le patient et de lui donner un accord tacite.

« ce qui était plus complexe pour moi, c'était pas forcément sa demande, c'était de me dire plus, est-ce qu'on a tout essayé et est-ce que euh… qu'est-ce qui fait qu'on y arrive pas, qu'est-ce qui impose que, à cette femme on ait pas, on ne parvienne pas en tous les cas à apaiser l'intensité de sa douleur… » ; « c'est vrai que c'était très surprenant, et de m'interroger, de me dire, oui, après tout, pourquoi pas ? et après tout pourquoi pas ? ».

d. Les représentations abordées par les psychiatres

Indépendamment des positionnements que les participants avaient dit avoir pris face à la situation particulière du patient, ils abordaient différentes représentations de la psychiatrie, des devoirs du psychiatres, de la limite des soins, du suicide et du suicide assisté, de la démarche de demande mort assistée et de sa légalisation en France.

La psychiatrie et ses particularités

La maladie psychiatrique et ses complexités

Les psychiatres interrogés mettaient en avant le fait que la psychiatrie est une spécialité à part dans la médecine et que les troubles psychiatriques possèdent des particularités et une complexité qui n'est pas retrouvée dans d'autres spécialités, ou qui y est plus forte. Pour 6 participants ces particularités complexifiaient de manière très importante la prise de décision face à une démarche de mort assistée, sans l'en empêcher complètement, ou alors en la rendant impossible :

- L'altération du jugement liée aux troubles psychiatriques et l'une de ses conséquences qui est de pouvoir imposer les soins psychiatriques en privant la personne de sa liberté d'aller et venir (P2, P7, P8) ;
- L'évolutivité des troubles : fluctuation ou non fixation dans le temps des symptômes psychiatriques (P6, P7, P8) ;
- Le caractère incertain des troubles psychiatriques (diagnostic, pronostic, découvertes futures) (P4, P6) ;
- Le mélange entre arguments de demande de suicide assisté et symptomatologie suicidaire (P7) ;
- Le caractère « non terminal » des troubles psychiatriques (P1) ;
- Le fait qu'en psychiatrie, le moyen létal est le suicide simple (P4, P8) ;
- Les particularités de la prise de décision en psychiatrie qui entrainent une culpabilité spécifique au psychiatre lorsque son patient décède par suicide (P7).

P2 évoquait ces particularités tout en restant ambivalent : la notion d'altération du jugement (et la possibilité, donc, de réaliser des soins psychiatriques sous contraintes) est unique et spécifique à la psychiatrie et rend difficile, quand elle est présente, de penser la problématique de la mort assistée. Cette impasse est renforcée, pour lui, par le fait que l'altération du jugement est corrélée à la gravité des troubles, sous-entendu que les personnes avec des troubles plus graves seraient celles qui demanderaient davantage un recours à la mort assistée. Mais pour autant, cette particularité n'est pas toujours présente. De ce fait, cela n'empêcherait pas d'envisager l'accès aux troubles psychiatriques à une mort assistée selon des critères de gravité, d'incurabilité et de souffrance qui peuvent être remplis pour les maladies psychiatriques.

Pour P6, l'évaluation de l'accès à une mort assistée est complexe en soi, car elle se fait pour les situations psychiatriques dans une évolutivité et une curabilité potentielle des troubles et parce que ces situations peuvent donner des idées suicidaires. Les troubles psychiatriques sont caractérisés par une plus forte incertitude que les pathologies somatiques quant à la curabilité des troubles, à leur évolution et à leur pronostic, et quant aux découvertes thérapeutiques futures. Mais pour ce dernier,

ces difficultés sont dépassables et n'empêchent pas de penser l'accès au suicide assisté pour les troubles psychiatriques.

« Parce que c'est plus facile de dire qu'un cancer est incurable, un cancer du pancréas métastasé, personne va remettre en cause le fait que c'est incurable, une mélancolie, même si elle est multi-résistante, c'est plus compliqué de s'assurer que euh… l'évolution, c'est quand même vachement plus compliqué… ».

Pour P7 et P8, la potentialité même de l'existence de ces deux particularités que sont l'altération du jugement et la fluctuation des troubles rend incompatible la possibilité de penser une démarche de mort assistée en psychiatrie : les éventuels troubles du discernement liés aux symptômes altèrent potentiellement la possibilité de consentir aux soins ; les symptômes psychiatriques peuvent toujours s'améliorer et les idées suicidaires sont toujours fugaces. Elles ne sont pas dépassables pour le moment du fait de l'absence d'outils de mesure et de connaissance scientifiques suffisantes à leur sujet. Ces arguments étaient très présents dans leur discours :

P7 : « le point clé c'est le trouble du jugement c'est à dire que c'est difficile le fait de concilier que euh…on considère qu'un patient peut être hospitalisé sous contrainte et le fait qu'un patient peut euh… fin je veux dire il y a une contradiction dans les termes, c'est-à-dire que si on considère qu'un patient n'a pas, n'est pas en état de donner son consentement aux soins puisque c'est ça le c'est ça le point clé hein de l'hospitalisation sous contrainte, c'est difficile de considérer qu'il est en état de donner son consentement pour un suicide assisté »

« si on considère qu'elle est en état de donner son consentement euh.. la question c'est ça c'est la permanence… c'est-à-dire est-ce que je suis dans une phase ou je suis dans euh quelque chose dont je peux considérer que de toute façon ça ne peut pas s'améliorer, pas seulement au niveau du symptôme mais aussi du ressenti du symptôme et euh… et l'altération et l'abolition du jugement on en revient toujours à ça mais mais ça … mais je ne sais pas à l'heure actuelle ce qui permet de dépasser ça en psychiatrie c'est-à-dire je je je… je n'ai pas les outils je pense à l'heure actuelle pour dire euh… »

P7 ajoute que les arguments de demande de mort assistée peuvent toujours être potentiellement confondus avec des éléments pathologiques psychiatriques Pour lui, le problème de la mort assistée existe surtout pour la dépression. Il évoque une maladie liée intrinsèquement à l'idée d'abandon, de découragement ou d'incurabilité, idées qui justement sont des motifs avancés par les personnes demandeuses d'une mort assistée selon lui. Il évoque cependant l'idée qu'il n'est pas évident qu'il n'y ait pas d'altération du jugement dans une demande de suicide assisté pour motif de maladie non psychiatrique.

« parce que justement c'est des pathologies qui incitent tout le monde à arrêter à abandonner les patients eux-mêmes incitent, les patient veulent arrêter fin les patients veulent veulent… les, les… par définition dans les dépressions y a des idées d'incurabilité le fait que personne peut rien faire pour nous, voilà, ils sont par définition découragés, ça fait partie du trouble euh »

Pour P1 cette incompatibilité avec la mort assistée en psychiatrie est radicale puisqu'elle réside dans le fait que les pathologies psychiatriques ne sont pas « terminales » c'est-à-dire qu'elles n'aboutissent

pas à la mort et que de fait, les personnes porteuses de ces troubles exclusivement ne peuvent pas accéder à la démarche pour cette raison.

Un autre argument revient à deux reprises qui est celui de dire qu'en psychiatrie les patients ont toujours la possibilité de se suicider par eux-mêmes (P4, P8).

P4 : *« face au suicide assisté, moi, ma réponse euh… oui c'est-à-dire que j'aime pas tellement le, la, je vous l'ai expliqué clairement il y a un moment, la notion de suicide assisté, surtout en psychiatrie alors qu'on peut se suicider quoi, en psychiatrie ! (rires), ce qu'on apprend d'abord c'est que les gens euh… euh… on est censé se suicider, enfin on parle, on est censé ne pas se suicider ».*

Pour P7, il existe un sentiment de culpabilité, d'échec et de trahison face au décès du patient propre au psychiatre, lié à la particularité des décès auxquels il est confronté : le décès par suicide. Le suicide est un élément dévastateur pour le psychiatre alors que pour l'oncologue par exemple la mort du patient est moins culpabilisante, parce qu'il a fait son devoir. En ce sens les autres spécialités médicales sont davantage « protégées » dans la prise de décision médicale car cette dernière se fonde sur une prise de décision consensuelle (du groupe donc) sous la forme de protocoles thérapeutiques et de « guidelines » validés collectivement, inexistants en psychiatrie. Le psychiatre, lui, prend ses décisions sur des éléments uniquement subjectifs, considérés comme non scientifiques, tels que l'intuition, le sentiment, l'expérience ou encore l'habitude. C'est ce choix finalement « personnel » qui renforce la culpabilité du psychiatre lorsqu'il est face à un échec (suicide d'un patient, échec thérapeutique).

Les limites du soin en psychiatrie : de l'obligation de l'action à l'acceptation de l'impuissance

5 psychiatres (P1, P3, P6, P7, P8) prônaient l'idée qu'une action thérapeutique au sens large (médicaments, thérapie, accompagnement, aménagement du cadre de vie) est toujours possible en psychiatrie et qu'aucune issue n'est inéluctable. Ils rejetaient l'idée de l'existence d'impasses thérapeutiques. La phrase « il y a toujours quelque chose à faire » revenaient dans tous ces entretiens. Pour eux, cette action peut être longue à mettre en place, lente à porter ses fruits ou parfois incomplète - montrant une possible insuffisance du traitement - mais une efficacité est toujours atteinte.

P3 : *« Non, je me dis toujours qu'il y a peut-être quelque chose à faire, et euh… que faire mourir quelqu'un pour euh… »*

P8 *: « j'ai pas vu de cas où on était à plus rien faire quoi, c'est vrai que ça peut prendre plusieurs année de passer par toutes les étapes mais euh… moi j'ai pas encore vu ça pour l'instant de cas où on dit on peut rien faire »*

Pour P1, même si les maladies psychiatriques ne sont pas curables, elles peuvent toujours bénéficier d'un accompagnement non médicamenteux, d'une adaptation ou d'une réhabilitation. Pour P3, les situations psychiatriques sont caractérisées par l'espoir.

P3 : *« Pour une maladie psychiatrique, on a toujours l'espoir de… de pouvoir faire passer la crise et de pouvoir améliorer euh… une dépression. » « En psychiatrie il y a toujours un espoir que ça puisse aller mieux. »*

Pour P6, le devoir de rester dans l'action et la proposition thérapeutique est une règle absolue pour le psychiatre : lâcher cette position reviendrait à abandonner le patient, notamment dans un contexte de dépression.

« Moi on m'a formé et enseigné que y a rien de pire de dire à un patient déprimé « il n'y a plus rien à faire pour vous » parce que c'est le renvoyer d'une certaine façon à la douleur morale et au sentiment déréliction, d'abandon terrible dans lequel il est que il faut toujours proposer quelque chose et continuer de proposer des stratégies thérapeutiques »

Pour P7, les soins psychiatriques n'ont pas de sens sans l'obstination du psychiatre à traiter le patient de manière pro-active. Le médecin a le devoir de s'acharner, selon ses termes, à trouver le traitement qui aide le patient, même au prix d'effets indésirables et même dans les traitements les plus extrêmes (« dernières lignes » de traitement). Cette position est justifiée par l'impression de faire le bien : les patients l'en remercient toujours après coup. Toutefois, il reconnait que cette obstination n'a de sens que si des mesures environnementales sont prises en parallèle des traitements pharmacologiques. Il ajoute que la disparition du modèle asilaire oblige à moins tolérer l'existence de certains symptômes et à viser l'autonomie fonctionnelle du patient pour que sa vie soit compatible avec une vie à l'extérieur de l'hôpital.

« quand on s'y attelle de façon prolongée, acharnée, douloureuse, répétée (rires) et voilà, euh, il y a une large majorité de ces patients pour lesquels on finit par trouver une combinaison de traitement »

« mais il y a une forme d'acharnement dans l'expertise médicamenteuse si elle n'est pas accompagnée de, de ,de de mesure euh environnementales euh sur lesquelles on a pas forcément la main donc il y a ce côté-là euh… »

Pour P7 et P8, certains psychiatres ne font pas leur devoir et ne s'acharnent pas assez à soulager le patient.

Pour P8, ce positionnement soignant pro-actif sur le plan thérapeutique nécessite un effort, un engagement, une certaine originalité : il faut alléger, traiter, faire disparaitre. P8 pondère cependant son propos au fil de l'entretien et reconnait de possibles limites à l'efficacité des traitements en psychiatrie liées à l'insuffisance des options thérapeutiques et à la méconnaissance des mécanismes des pathologies psychiatriques. Cette insuffisance doit rester pour lui un moteur d'avancées pour la recherche et l'innovation. L'acceptation de la mort assistée est une absurdité car elle reviendrait à dire que les psychiatres ont toutes les connaissances en main, ce qui aboutirait à dénier leur impuissance temporaire en quelques sortes.

Pour P7 et P8, les psychiatres ne doivent pas faire porter leur insuffisance en termes thérapeutiques au patient en lui en attribuant un diagnostic réputé plus difficile à traiter (trouble de la personnalité par exemple).

Ces considérations semblaient être abordées par les participants uniquement sous l'angle de la maladie dépressive. Trois psychiatres ont finalement changé leurs discours lorsqu'il s'agissait de maladies psychotiques chroniques ou de trouble du spectre autistique (P1, P3, P8) : dans ces situations, ils reconnaissaient que les moyens d'améliorer l'état du patient peuvent être vraiment limités et l'apaisement du patient difficile. Pour P3, les moyens thérapeutiques sont très réduits dans certaines de ces situations : la prise en charge perd son sens devant l'absence de projet d'avenir pour le patient. Cependant, il ressortait de manière évidente pour 2 psychiatres (P3, P8) que les patients présentant ces types de troubles ne sont pas « capables » de demander une mort assistée (n'ont pas les capacités de s'exprimer sur le sujet) ou n'en ont pas la volonté.

P3 : « Sur ce type de patients l'acharnement thérapeutique… en tout cas l'absence de solution thérapeutique efficace à terme, fait qu'on voit pas quel avenir on peut proposer… quel avenir thérapeutique et quel avenir euh… satisfaisant tout court on peut proposer, on se demande un peu à quoi on sert à part camisoler et enfermer et sédater… donc là oui, sur ce type de patient… »

En opposition, trois psychiatres (P2, P4 et P5) acceptent d'emblée l'idée d'une possible impuissance médicale en psychiatrie et ne mettent pas en avant l'idée d'une « action à tout prix ».
Pour P4, le psychiatre doit savoir accepter son impuissance médicale, ne pas faire miroiter à son patient un traitement miraculeux et accepter ce qui constitue la maladie psychiatrique : l'incertitude pronostique, l'inefficacité thérapeutique, la chronicité des troubles, la possibilité d'une mort prochaine par suicide. Le psychiatre doit s'efforcer de procurer des soins non malfaisants, doit tolérer que les symptômes ne soient pas tous maitrisés et doit rester attaché au confort et à la qualité de vie du patient. P4 évoque en ce sens la notion de « soins palliatifs psychiatriques ».

Pour P2 et P5, il peut exister en psychiatrie une impuissance thérapeutique du fait de la limitation des moyens thérapeutiques actuels, ce qui selon lui est d'ailleurs vécu douloureusement par le psychiatre.

En lien avec la question qui leur était posée, certains psychiatres ont tenté de répondre à la question de l'applicabilité de la notion d'acharnement thérapeutique et de sédation profonde et continue à la psychiatrie. La portée de ces réponses est à prendre avec précaution. Ces réponses semblaient en grande partie « forcées » par la question posée, la plupart des psychiatres disant ne jamais y avoir réfléchi en ces termes.

Lorsqu'elle semblait applicable à la psychiatrie, la notion d'acharnement thérapeutique était abordée de deux manières :

- Soit comme l'idée d'être hors cadre des soins habituels (P1, P7) ;
- Soit comme l'idée de nuire au patient plutôt que le soulager (P2).

Pour P1, la notion d'acharnement thérapeutique pouvant s'interroger en psychiatrie se définit comme un recours à des soins hors protocole une fois les soins classiques administrés au patient.

P2 s'appuyait sur sa vision du concept en contexte somatique : il s'agissait pour lui de l'exécution d'un traitement qui apporterait plus d'effets délétères ou de souffrance au patient sans notion de prolongation de la vie (car celle-ci n'est pas applicable à la psychiatrie).

P7 employait le terme d'acharnement des soins sans connotation négative, dans une recherche inépuisable de soulagement du patient, y voyant même un devoir du psychiatre. Néanmoins il pouvait dire que l'acharnement thérapeutique consisterait à « faire au-delà de ce qu'on devrait faire ».

Pour deux psychiatres, la notion d'acharnement thérapeutique était une notion non applicable à la psychiatrie (P5, P8). Pour P5, tenter à tout prix d'apaiser le patient ne relevait en aucun cas de l'acharnement thérapeutique. Pour P8, cette notion qu'il définissait comme « la poursuite des soins sans espoir de modification de l'état du patient » était proprement contraire à sa vision de la maladie psychiatrique, où toute modification est toujours possible. Mais sa position évoluait au fil de sa réflexion et une ambivalence émergeait : il envisageait l'existence d'un acharnement thérapeutique pour des cas de psychoses graves schizophréniques. Il se posait alors une question qui semblait profondément le mettre mal à l'aise : le psychiatre peut-il forcer un individu à se traiter alors même qu'il n'arrive pas à le soulager ?

La notion de sédation profonde et continue suscitait encore moins de réaction. P2 et P8 verbalisaient le fait de ne jamais y avoir réfléchi. Pour aucun des psychiatres cette pratique n'était envisageable en psychiatrie et ce pour plusieurs raisons :

- Le fait que la sédation temporaire était déjà employée en psychiatrie et efficace pour le soulagement des symptômes (P1, P7, P8) ;
- La non-autorisation par la loi de cette pratique en psychiatrie clôturait immédiatement le propos pour deux psychiatres (P5, P6) ;
- L'absence de connaissance sur l'effet de soulagement de la souffrance d'une sédation temporaire et la non-praticabilité d'une sédation continue du fait du caractère non terminal des pathologies psychiatriques (P2).
- P3 n'apportait pas de raison.

P7 ajoutait que, pour lui, l'utilisation de traitement pouvant soulager le patient comme des traitements antalgiques ou une sédation temporaire n'était pas assez pratiquée en psychiatrie alors que la loi, selon lui, promeut le soulagement de la souffrance même si elle peut conduire à des effets néfastes.

Le rôle du psychiatre : la place primordiale du respect de la déontologie

Comme nous avons déjà pu le voir en partie dans le dernier paragraphe, les participants dépeignaient le rôle du psychiatre face à son patient sous l'angle de la réalisation d'un certain nombre de devoirs. Pour la majorité de ces psychiatres, ces valeurs déontologiques s'opposaient clairement à l'idée de l'accompagnement dans une démarche de mort assistée en psychiatrie :

- Le devoir de l'action thérapeutique « pro-active » (P4, P6, P7, P8) ;
- Le devoir de ne pas abandonner le patient (via cette action thérapeutique) (P6, P7) ;
- Le devoir de respecter l'enseignement reçu (P3, P6) ;
- Le suicide assisté vu comme un paradoxe des devoirs du médecin envers le suicide (P4, P3) ;
- Le devoir du médecin n'est pas d'accompagner vers la mort (P2, P3) ;
- Le devoir d'accompagner via le soin (P4).

Pour P2, le rôle du soignant est remis en cause par l'absence de vie car sa mission est d'accompagner la souffrance.

« c'est vrai que au départ moi ma démarche elle est plutôt dans comment on arrive à accompagner la souffrance plutôt que d'y répondre par euh… euh… bah l'arrêt de la vie qui en fait…, effectivement, il n'y a plus besoin de… d'accompagner la souffrance et d'être soignant quand il n'y a plus de vie, fin… parce qu'après il n'y a plus rien à soigner quoi… fin bon »

Pour P3, accompagner le patient vers la mort n'est pas envisageable pour le psychiatre et est contraire à la déontologie médicale et à l'enseignement reçu. Le rôle du psychiatre consiste plutôt à lutter contre la nature pathologique du patient et à lui sauver la vie (P3) :

« on essaye plutôt de les rattraper à chaque fois et de la maintenir en vie… » « […] de faire des HDT quand il y a des patients qui veulent se suicider et les forcer à vivre en hospitalisation, pour lutter contre leurs pulsions, de les sauver contre eux-mêmes et malgré eux-mêmes, le suicide assisté c'est un peu l'inverse, c'est un peu l'inverse de ça… »

Pour P4 à nouveau, le suicide assisté est antinomique avec le rôle du psychiatre qui est d'empêcher le suicide.

« en fait il y a un paradoxe parce que le psychiatre aide le patient, prend en charge le patient pour justement euh… qu'il n'ait pas ses troubles et qu'il ne se suicide pas, et on nous demande la démarche inverse, qui d'aider son patient à se suicider donc déjà, il y a déjà un peu un paradoxe dans le titre »

Cependant, pour d'autres, certains devoirs se montraient en cohérence avec l'idée d'une mort assistée ou d'une réflexion à son sujet :

- Le devoir d'accompagner jusqu'à la mort comme tout autre médecin (P6) ;

- Le devoir en tant que médecin de participer au débat sur la fin de vie et de discuter de la demande du patient (P2).

Pour P2, le psychiatre est un médecin comme les autres et la psychiatrie ne doit pas rester en dehors du débat de la mort assistée, étant une spécialité déjà suffisamment ostracisée au sein de la médecine., Les psychiatres doivent recevoir et écouter la demande de mort assistée du patient via des dispositifs de Réunion de concertation pluridisciplinaires (RCP) tel que cela se fait dans d'autres spécialités. Ces dispositifs permettent à la fois de garantir un caractère « éthique » et de lutter contre une décision médicale individuelle.

P6 voit le rôle du psychiatre comme celui d'un médecin, et comme tout médecin, le psychiatre ne se doit pas que de soigner, il doit aussi accompagner son patient jusqu'au seuil de la mort.

Une réflexion d'ordre médical

Douleur et souffrance physique et psychique : entre hiérarchie et équivalences

À travers les différents discours recueillis, les participants abordaient la question de la souffrance et de la douleur liées au trouble mental, mais aussi celles liées à la maladie somatique.

En premier lieu, ces notions avaient une place plus ou moins importante dans le discours des psychiatres. Certains ne les abordaient quasiment pas durant tout leur entretien : P1 employait une fois les termes de « douleur morale » et P3 une fois le terme de « souffrance ». Pour tous les autres psychiatres, ces deux notions apparaissaient centrales dans la discussion autour de la démarche de mort assistée de leur patient ou de manière générale.

En second lieu, il existait un mélange dans l'emploi des termes de « souffrance » et de « douleur » : leur différenciation et leurs particularités (ou le re-questionnement de leur définition ou de leurs mécanismes) n'étaient jamais effectuées par les participants, ce qui pouvait porter à confusion sur la représentation qu'ils pouvaient avoir de ce qu'ils appelaient justement « douleur » et « souffrance ».

À titre d'illustration parmi, les 6 participants évoquant de manière récurrente ces notions, nous pouvons citer :

- P2 et P4 parlaient de « souffrance » ou « souffrance psychique », mais jamais de douleur ;
- P5 employait distinctement les termes de « souffrance » et de « douleur » ;

- P6 parlait de « douleur morale[1] », de « souffrance physique » et de « souffrance psychique » ;
- P7 et P8 se distinguaient par l'emploi d'un très grand nombre de déclinaisons. Pour P7, les termes « souffrance », « douleur physique », « douleur psychique », « douleur aiguë ou chronique », « douleur morale » étaient mentionnés ; P8 employait les termes de « souffrance », « souffrance morale » ou « souffrance physique » « souffrance immédiate et dépressive intense », « souffrance somatique intense et immédiate » mais aussi « douleur morale ».

Par ailleurs, la question des moyens d'évaluation du degré de souffrance du patient par le médecin n'était jamais abordée. Une élaboration autour des différences entre mécanisme de douleur physique et psychique n'était abordée que par P7 et P8.

De plus, certains participants (P1, P8) rapportaient une vision hiérarchisée des souffrances, douleurs ou conséquences de la maladie physique ou mentale.

Pour P1, il existait une gradation de la perte d'autonomie, la perte d'autonomie lors des maladies psychiatriques ne valant pas celle des maladies physiques.
Pour P8, la souffrance physique était clairement vue comme plus importante, plus grave ou source d'un plus grand handicap. Autrement dit, la souffrance psychique n'était jamais durable ni fixée comme dans les situations somatiques et le porteur d'un trouble psychiatrique ne serait jamais autant handicapé que ne pourrait l'être des personnes ayant une maladie physique.

P8 : *« le nombre de fois où les patients psychiatriques seraient comme quelqu'un qui est tétraplégique et qui demande à mourir parce qu'il ne peut pas le faire lui-même euh chez les patients psychiatriques c'est plus le cas en fait »*

P8 effectuait aussi une catégorisation des maladies psychiatriques en fonction des souffrances engendrées et de leur temporalité. Cette vision lui permettait de résoudre en quelque sorte le problème de l'assistance active à mourir : les patients atteints de psychoses souffrent davantage et de manière chronique mais ne sont de toute façon pas en mesure de demander un suicide assisté ; les patients atteints de dépression sont capables de formuler ce souhait mais il n'est pas acceptable de leur accorder car ils ne souffrent jamais sur le long terme.

[1] Le terme « douleur morale » en psychiatrie désigne un symptôme dépressif douloureux pénible liée à la détresse morale d'une dépression souvent grave comme la mélancolie. L'intensité de cette douleur est souvent comparée en psychiatrie à celles de douleurs physiques très intenses et est considérée comme un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire.

D'autres psychiatres (P5, P6, P7) rejetaient l'idée d'une hiérarchie des douleurs et des souffrances physiques et psychiques entre elles, sources selon eux d'une discrimination des malades psychiatriques.

Pour P5 et P6, les souffrances physiques et psychiques auraient une valeur comparable. Ne pas considérer la souffrance psychique comme tout aussi légitime que la souffrance physique pour l'accès à une mort assistée aurait été une forme de discrimination des malades porteurs de troubles psychiatriques.

P5 : *« je crois que c'est l'intensité de la douleur ressentie, fin je pense que c'est pas euh probablement l'échec d'un certain nombre de choses et puis la, fin, c'est l'intensité de la douleur ressentie, je crois […] En tous les cas pour moi c'est entendable euh […] je ne vois pas pourquoi cette demande serait moins… serait moins, moins source d'analyse en tous les cas pour des patients souffrants de pathologies psychiques que de pathologies somatiques. Fin je … »*

P6 : *« parce que finalement ce serait, si on l'autorisait ce serait restreindre, ce serait une forme de ségrégation, une nouvelle discrimination des patients psychiatriques, considérant qu'ils ont moins de droits que les autres et pour moi la souffrance psychique n'est pas une sous-souffrance, où on souffre moins, moins que la souffrance physique ».*

P7 dénonçait la hiérarchie faite des douleurs et développait davantage son propos sur la discrimination de la douleur psychique qui entraine une discrimination des personnes porteuses de troubles psychiatriques. Pour lui, les mécanismes sous-tendant douleur physique et psychique sont comparables. Cette discrimination est liée à la perception collective de la douleur physique comme étant moins grave, banale ou transitoire, car sans causes visibles et en lien avec l'idée d'une dépression perçue comme un manque d'effort. Les médecins acceptent également mieux les effets indésirables du traitement dans le soulagement de la douleur physique. Ainsi, ce qu'il appelait tantôt douleur morale, tantôt douleur psychique ne serait pas assez prise en charge.

P7 : *« ça veut dire qu'on considère que la douleur morale est beaucoup moins grave que la douleur physique »*

Le suicide et le suicide assisté : différences et similitudes, entre représentations positives et négatives

Plusieurs questionnements autour des différences et similitudes entre suicide et suicide assisté étaient soulevés lors des entretiens dans le discours des participants : le suicide et le suicide assisté rendent-ils compte d'un même type de pensée ? D'une même démarche ? Du même acte ? Les réponses étaient souvent très ambigües. Le concept d'euthanasie était souvent confondu dans les propos des psychiatres et semblait être équivalent pour eux. La distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie n'était faite véritablement que par P4.

Pour P2, le suicide assisté relevait clairement d'une démarche psychique différente de celle du suicide.

P7 évoquait, à première vue, une grande différence entre les deux types d'actes. Pour lui, le suicide assisté était associé à une dimension d'impulsivité de l'acte moins grande et à une temporalité plus étalée. Il se demandait même si le terme de suicide assisté était adapté et s'il ne faudrait pas employer un autre terme pour désigner ce geste. Mais lorsqu'il évoquait le cas rencontré, P7 employait indistinctement idée de suicide et idée de suicide assisté comme s'il s'agissait d'une même idée. Cette ambiguïté persistait lorsqu'il parlait de la notion de consentement du patient qui devrait interpeller, selon lui, la vigilance du psychiatre face à une démarche de suicide assisté. Parlait-t-il de la question de l'altération du jugement ? Pourquoi la notion de consentement puisque par définition, le suicide assisté est une démarche et est demandée par le patient ?

Pour P8, l'acte du suicide assisté était un moyen comme un autre de se suicider, sans pour autant être l'équivalent du suicide : l'accès au suicide assisté est plus contraignant (il existe des « barrières ») notamment lorsqu'il s'agit d'une volonté impulsive de se tuer.

En revanche pour P1, idée de suicide et idée de suicide assisté sont clairement superposables. Dans ce sens, l'idée de suicide assisté est une idée suicidaire passive reflétant un mal-être psychique en rapport avec une douleur morale transitoire et dont le traitement et le soulagement sont par conséquent possibles.

Le suicide assisté était tantôt vu négativement, tantôt vu positivement. Ainsi, pour quatre participants (P1, P2, P3, P4), le suicide assisté pouvait être associé à des représentations ayant une connotation négative (il déresponsabilise, expose aux autres un choix qui doit rester intime) et était également décrit comme une sorte de chimère (une mort fantasmée, un contrôle illusoire sur la mort).

P1 et P4, évoquaient un acte qui déresponsabilise le patient. Pour P1, le suicide assisté facilite le passage à l'acte car il s'agit d'un acte illusoirement passif ; pour P4, le suicide assisté viole le caractère intime de la mort en le médicalisant et en l'exposant à autrui. C'est un acte incompréhensible, lâche, permettant de se déresponsabiliser sur autrui.

P4 : *« suicide assisté ça a un côté de médicaliser quelque chose qui est intime » ; « dans le suicide assisté, l'autre qui va assister il va être pris dans quelque chose qui ne le regarde pas, ça ça me…. Ça ça m'ennuie, euh… alors que pour moi un suicide c'est intime, je veux dire on prend la décision de se suicider, ça ne regarde que soi, même si on a trouble » ; « […] donc il n'y a pas besoin de spectateur ».*

Pour P2 et P3 le suicide assisté dans l'esprit du patient représente une mort idéalisée, permettant de prendre le contrôle sur le mort. P2 parlait d'une mort idéale fantasmée (douce, sans souffrance), à

laquelle on peut se préparer dans une volonté de contrôle et de préparation de sa fin de vie qui peut s'inscrire dans une illusion de toute puissance. Le discours de P3 dénonçait le caractère crédule du patient qui croit en l'existence d'une mort idéale et y voyait une idée incongrue : il s'agissait d'une « illumination » et d'une « idée miraculeuse ».

P3 : *« ils se sont pris l'idée, comme ça, un peu miraculeuse, ça y est on a trouvé la solution on va se suicider tous les deux en Suisse… » ; « pour elle c'était la fin idéale ».*

Par ailleurs, pour P4, le seul choix possible en psychiatrie est le suicide et le terme « assisté » constitue un non-sens.

« si on veut mourir et ben on meurt, voilà, on s'assume quoi » ; « donc c'est très bizarre pour moi le suicide euh.. le suicide assisté, pour moi suicide (rires), ça peut pas aller avec assisté, voilà, alors c'est, c'est autre chose… ».

P4 allait même plus loin en ajoutant que le concept de suicide assisté comporte un aspect pernicieux : il lisse l'image du suicide, change le regard que l'on porte sur cet acte en le rendant plus acceptable et en retirant son aspect honteux tout en le justifiant par la souffrance de la personne qui l'accomplit.

Toutefois, les psychiatres interrogés pouvaient associer l'acte du suicide assisté à des avantages voire à une dimension vraiment positive. Pour eux, le suicide assisté permet :

- D'éviter la solitude de la mort (P4, P6) ;
- L'aboutissement à une mort certaine (P1, P2, P4, P7) ;
- De réduire la violence de la mort vécue par la famille (P6) ;
- Une souffrance moins importante durant l'acte du suicide et moins de culpabilité (P7) ; la limitation du risque de dommage physique lié à l'acte (P7).

Pour P5, le suicide assisté est une démarche personnelle liée à une souffrance insurmontable. Dès lors, cette démarche peut s'inscrire dans quelque chose de compréhensible et peut être effectuée par une personne stable psychiquement tandis que le suicide dénote un profond mal-être. Pour P6, en un mot, le suicide assisté, comparé au suicide, rend la mort plus « humaine ».

Les représentations liées au suicide étaient abordées via des registres très divers : celui du patient, celui du psychiatre et celui de la morale. Elles distinguaient deux versants de l'acte : d'un côté un acte à éviter absolument car source de souffrance pour le patient ou son entourage ; de l'autre un acte sans caractère négatif résultant d'un choix du patient. Cet acte suicidaire pouvait être envisagé aussi par certains psychiatres (P5, P7, P8) comme survenant en dehors d'état de pathologies psychiatriques. Cela dénotait une certaine contradiction avec l'idée exprimée que la demande de mort assistée était uniquement le reflet d'un trouble mental (P7, P8). Le suicide pouvait être également associé à un vécu de culpabilité de la part du psychiatre.

Le suicide était associé à :

- La souffrance et la violence liées à l'acte P2, P5, P6
- L'autodétermination P3, P4
- L'idée de l'acte interdit car immoral P4, P5
- La culpabilité du psychiatre face au suicide de son patient P5, P7

Pour P2, le suicide est associé à la violence, à la peur, à la souffrance et à l'angoisse. Pour P6, c'est la question de la solitude face à la mort qui est cruelle dans l'acte de se suicider. Cet acte comporte en plus un double risque : celui de survivre et ce avec des séquelles. Pour P5 le suicide est le reflet d'un mal-être non verbalisable nécessairement lié à une altération du jugement au moment du passage à l'acte.

Pour P3 et P4, le suicide spontané s'inscrit dans l'autodétermination du patient.

P3 : *« Un suicide spontané, un patient décide de faire ce qu'il veut, »*

Pour P4, même si le suicide doit rester « l'option privilégiée » en psychiatrie face au suicide assisté, il verbalisait le caractère immoral de l'acte de se suicider, évoquant même un acte interdit par la loi.

P5 était le seul psychiatre à s'interroger sur les représentations collectives liées au suicide et à la confrontation de la mort chez le psychiatre. Pour lui, le psychiatre n'est pas habitué à accompagner vers la mort car il est seulement confronté à la mort a posteriori via le suicide. Le suicide, même s'il n'est plus interdit par la loi, reste marqué par l'interdit religieux et culturel. Dans ce sens, vouloir mourir n'est pas accepté ou compris socialement car la mort est perçue comme une injustice.

Pour P5 et P7, le suicide était associé à l'échec et au sentiment de culpabilité du psychiatre. Pour P5, cet acte reste traumatisant pour tout psychiatre car le patient lui a échappé, ce n'est pas le cas pour le suicide assisté. Pour P7, il s'agissait d'un signe de manque de confiance de la part du patient envers son psychiatre, voire une trahison liée au sentiment du patient d'être abandonné. Pour autant, il disait que ces sentiments devaient être réprimés car étant, finalement, du ressort du narcissisme du médecin. Il ajoutait que de fait ces sentiments sont également associés à la démarche de suicide assisté.

Trois psychiatres distinguaient les suicides pour raisons psychiatriques d'autres formes de suicide (P5, P7, P8). Pour P5, il existait un suicide qu'il nommait « altruiste », rare, mais qu'il semblait confondre avec le suicide existentiel lié au refus de la vieillesse. P7 et P8 évoquaient un suicide qu'ils nommaient « existentiel » ou « philosophique », difficile à identifier et à différencier de la dépression,

que l'on peut trouver notamment chez les personnes âgées disant avoir « assez vécu » et pour lesquelles une intervention thérapeutique n'aurait probablement pas d'effet.

Conditions d'accès à la mort assistée : des psychiatres divisés

Les psychiatres qui s'opposaient pour leur patient à l'accès à une mort assistée (active ou passive) pour motifs psychiatriques s'y montraient en revanche – et ce quasiment à l'unanimité (sauf P8) – davantage ouverts pour certaines situations de troubles somatiques. Ils trouvaient cette dernière acceptable ou compréhensible. Ces quatre psychiatres (P1, P3, P4, P7) évoquaient pour cela des éléments médicaux d'ordre clinique et pronostique associés à ces maladies somatiques sans pour autant que l'aspect de souffrance ne transparaisse :

- Une dégradation future prévisible de l'état clinique (P7) rapide (P1) ou lente (P4) ;
- L'aspect terminal de l'évolution ou la certitude d'une mort prochaine (P1, P3, P4) ;
- La grabatisation associée à certaines de ces maladies (P1) ;
- La certitude de ne plus pouvoir agir médicalement, de ne pouvoir soulager la souffrance entièrement (P3).

Les participants pouvaient aussi mettre en avant des arguments de l'ordre de la volonté du sujet :

- La possibilité de l'autodétermination du sujet dans ces situations (P4) ;
- Une justification de la demande de mort assistée différente de celle de malades psychiatriques (sans préciser) (P7).

Quatre participants citaient les maladies somatiques pour lesquelles ces considérations leurs semblaient valables :

- La Sclérose Latérale Amyotrophique[2] (P1, P7) ;
- Le Locked-in syndrome[3] (P1, P7) ou d'autres formes graves d'Accidents Vasculaires Cérébraux (P1) ;
- Les maladies neurodégénératives en général (P7) ;
- La maladie d'Alzheimer (P4) ;
- Les cancers (P3).

---

[2] SLA, aussi appelée maladie de Charcot. Il s'agit d'une maladie neurodégénérative par atteinte des motoneurones qui induit une paralysie progressive des muscles impliqués dans la motricité volontaire et entraine au bout de quelques années le décès par atteinte des muscles respiratoires (asphyxie). À noter que des atteintes cognitives sont possibles dans 10 à 15% des SLA, notamment sous la forme de démence Lobaire fronto-temporales (association de troubles cognitifs et de troubles comportementaux). Les troubles anxieux et dépressifs associés sont fréquents (87,88).

[3] Le Locked-in syndrome ou syndrome d'enfermement est un trouble gravissime et rarissime d'une partie du cerveau d'origine vasculaire ou traumatique (lésion du tronc cérébral, lésion ou thrombose de l'artère basilaire ou vertébrale, ou compression des pédoncules cérébraux par herniation tentorielle). Dans la forme classique, les patients sont tétraplégiques et anarthriques, conscients et avec des cognitions préservées et peuvent réaliser des mouvements oculaires verticaux et des mouvements des paupières supérieures uniquement. Cette maladie n'est ni évolutive ni terminale, ni n'entraîne un état végétatif ; des progrès sont possibles (89).

Pour P1, ces patients ont, eux, le droit de « mourir dans d'autres conditions » alors que les maladies psychiatriques n'entrainent pas la mort ou n'empêchent pas que le patient puisse « vivre » avec la maladie.
Pour P7 cependant, la démarche est acceptable si la demande est répétée dans le temps.

Pour trois de ces psychiatres, leur position d'ouverture à un accès à une mort assistée pour les troubles non psychiatriques était renforcée par le vécu d'une expérience antérieure d'étudiant hospitalier (« externe ») ou d'interne dans un service de maladie somatique. Ils évoquaient au cours de l'entretien : une expérience « riche en enseignement » en soins palliatifs (P2), une confrontation aux discussions de fin de vie en cancérologie (P3), la souffrance des patients atteints de SLA (P7).

Concernant ces expériences étudiantes avec des patients souffrant de maladie neurodégénérative, P7 prenait néanmoins de la distance et se demandait si avec son expertise psychiatrique aujourd'hui, il ne trouverait pas ces patients « déprimés ».

Parmi les trois psychiatres qui ne s'opposaient pas à la démarche de leur patient (P2, P5, P6), deux d'entre eux (P5, P6), comme nous l'avons déjà vu, se déclaraient ouvertement en faveur d'une vision égalitaire de l'accès au suicide assisté. Leur ouverture reposait sur des critères communs de souffrance non soulagée.

L'aspect juridique

Les modalités étrangères de la démarche de mort assistée

Trois psychiatres (P2, P5, P8) avouaient une méconnaissance des principes généraux de la démarche de demande de mort assistée dans les pays qui la pratiquent actuellement.

Trois participants (P2, P3, P4) évoquaient les éléments sur lesquels se fondait leur connaissance de la démarche. Ils ne rapportaient à aucun moment une démarche active de lecture personnelle ou de revue de la littérature sur le sujet à travers divers moyens (médias, articles scientifiques, livres…). L'un d'entre eux évoquait des discussions à ce sujet avec des confrères.

- Discussions avec d'autres psychiatres (P4) ;
- Expérience rapportée de confrères belges via une conférence (P2, P4) ;
- Un reportage télévisuel sur le système suisse (P2) ;
- Les dires du patient (P3).

Enfin, cinq psychiatres (P2, P3, P5, P7, P8) abordaient des représentations hétérogènes de cette démarche, parfois idéalisées ou au contraire très négatives. L'ensemble de ses représentations apparaissaient éloignées de la réalité. Les critères d'évaluation et d'accès, les personnes évaluatrices ou encore les frais associés à la démarche étaient évoqués.

Pour P2, la demande de démarche du patient était examinée par une équipe pluridisciplinaire qui se réunit pour examiner la demande à l'instar d'une démarche de demande d'interruption médicale de grossesse ou d'une réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie en France.

P3 se représentait le système d'organisation du suicide assisté suisse comme un système malveillant, profiteur et intransigeant. Choqué par les sommes demandées pour les frais de dossiers, il parlait d'arnaque financière lorsqu'il comprenait que si le patient ne trouvait pas de psychiatre expert pour évaluer son état psychique, il ne serait pas remboursé des frais déjà avancés à l'association.

« ils ont un peu laissé tomber, quand ils ont commencé à demander à la Suisse, « si on trouve pas, comment ça se passe et est-ce qu'on se fait rembourser nos… nos 3000 ou 4000 euros de frais de dossiers ? », et euh… et là ils se sont retrouvés devant une fin de non-recevoir, donc euh, avec l'idée que finalement c'était un peu une arnaque tout ça et euh »

P5 pensait que dans les pays où la mort assistée est encadrée, les critères d'accès à la demande ne se fondent que sur des symptômes somatiques avérés d'intensité de douleur ressentie et d'échec thérapeutique, et que la démarche pour une maladie psychique n'est pas acceptée. Il jugeait que ces pays étaient plus avancés et leur législation avait été pensée après « une réflexion éthique ».

P7 pensait que le psychiatre traitant était exclu du processus décisionnel et associait, de fait, la démarche de mort assistée du patient à une dépossession pour le psychiatre. Il craignait l'incompétence de l'interlocuteur face au patient lors de la démarche. Le fait que la procédure se déroule en dehors du territoire national ne changeait rien à ses considérations.

P8 rapportait une méconnaissance de la démarche en termes de niveau de contrôle et d'évaluation de la demande. Il supposait que l'évaluation excluait tout patient porteur d'un « épisode dépressif caractérisé » ou d'un état de délire.

La question de la légalisation de l'assistance active à mourir en France

5 psychiatres apportaient spontanément une réflexion ou se projetaient dans une légalisation française de l'aide active à mourir, qu'ils soient en sa faveur ou sa défaveur :

- 3 psychiatres formulaient explicitement le souhait d'une évolution de la législation française en faveur d'une aide active à mourir (P2, P6, P7), implicitement pour l'un d'eux (P5) ;
- 2 psychiatres insistaient sur un modèle français où la demande pourrait être formulée et examinée (P2, P5) ;
- 2 psychiatres évoquaient une évaluation de la demande faite par un collège de praticiens (P2, P6) ;
- 2 psychiatres parlaient d'un modèle où cette assistance active à mourir serait accessible pour des maladies d'ordre physique et psychique avec l'idée de critères identiques (P5, P6), un semblait exclure les maladies psychiatriques (P7) ;
- 3 psychiatres précisaient les critères d'accès à une assistance à mourir. Ces critères étaient fondés sur des éléments sensiblement différents : l'histoire du patient et de son trouble et le fondement de la demande (P5), des critères cliniques uniquement (chronicité, curabilité pour P6, stabilité clinique du trouble pour P7) ; primat du respect de la liberté individuelle (P5, P6, P7) ;
- Un seul psychiatre se disait ouvertement contre toute évolution législative sur l'assistance active à mourir (P8)

La position de P2 était influencée selon lui par l'expérience d'une consœur psychiatre belge entendue lors d'une conférence. Il reprenait l'idée tirée de l'expérience de cette consœur selon laquelle la formulation d'une demande de mort assistée semblait soulager un certain nombre de patients dans leur souffrance. Cependant, le discours de P2 restait vague sur la légitimité à formuler cette demande et sur les critères d'acceptation de cette dernière. Il s'opposait à l'intégration du geste létal dans la mission soignante mais ne proposait pas non plus d'autres options. L'évaluation par une équipe pluridisciplinaire empêcherait selon lui une position arbitraire et garantirait le caractère « éthique » de la décision.

P2 : *« mais j'aime bien l'idée, que… et peut-être que un jour la législation française évoluera dans ce sens-là et j'aime bien cette idée-là, que, à un moment on peut formuler une demande, on peut l'argumenter, on peut dire pourquoi on formule cette demande et que cette demande va être entendue et examinée, par euh… une équipe pluridisciplinaire, des gens qui vont se réunir et qui vont dire euh… demander à mourir de façon volontaire, c'est pas quelque chose d'anodin, euh… on peut pas juste formuler une demande auprès d'un médecin et un médecin va dire oui ou non, comme ça… un positionnement singulier et personnel » […]» ;*

Sans évoquer le souhait d'une évolution de la légalisation française à proprement parler, P5 se projetait dans un modèle rejetant la dichotomie somatique-psychique. Il évoquait une démarche entendable et recevable pour les pathologies psychiatriques et pensait que les critères d'acceptabilité de la démarche devraient se fonder sur les mêmes éléments dans toutes les situations médicales : la force de la demande, l'histoire du patient, l'intensité de sa douleur, les échecs thérapeutiques et le fondement de la demande. Il faisait un parallèle avec les modalités d'évaluation d'une demande de changement de sexe dans le cadre d'une dysphorie de genre.

P6 souhaitait une euthanasie active légale pour les pathologies somatiques et psychiatriques fondée sur des critères identiques dans une idée d'équivalence des souffrances qu'elles peuvent entrainer : la chronicité et l'incurabilité des troubles. Il évoquait néanmoins des critères d'exclusion pour les situations psychiatriques : les situations « de crise » et les situations dans lesquelles le patient se sentirait abandonné par le psychiatre. Il envisageait également un examen collégial de la demande.

« je pense que ce serait bien que le cadre de loi évolue en France sur ce plan y compris pour les personnes atteintes de maladies psychiques quand on est dans des situations identiques aux maladies physiques, c'est-à-dire on considère une situation d'incurabilité, de chronicité, etc., etc., »

P7 se déclarait ouvertement pour une légalisation de l'euthanasie active en France, tout en précisant qu'il s'agissait d'une position de citoyen liée à une conviction personnelle fondée sur la volonté de respecter les libertés individuelles. Pour lui il s'agissait d'uniformiser des pratiques tolérées mais illégales existantes en France dans un rejet de l'idée communément admise selon lui que la légalisation conduit à des abus dans ce registre. Les critères d'accès envisagés étaient une permanence des capacités de jugement, des symptômes et de leur vécu. Autrement dit, le patient pouvait être symptomatique mais devait être capable de décider. Mais dans le reste de son discours, ces considérations ne semblaient s'appliquer qu'aux situations non psychiatriques sans que cela soit assumé oralement.

P8 était le seul psychiatre à se distinguer par le rejet total de toute légalisation sur une assistance active à mourir. Il insistait sur le caractère immoral d'envisager cette assistance notamment pour les situations de handicap, qu'il soit physique ou psychique. Il admettait cependant que des situations de « souffrance immédiate et intolérable » pouvaient le justifier. Mais, pour lui, il était dangereux pour la société de légiférer sur ce sujet du fait du risque d'abus : cela autoriserait les médecins à pouvoir adopter une politique de soin du moindre effort. Même si la législation actuelle (avec la loi Leonetti) était pour lui suffisante et adaptée aux situations de « souffrances intolérables », il évoquait une société déjà trop permissive sur le plan du droit et sur le plan spirituel : l'autorisation par la loi d'une accélération de la mort et la levée de l'interdit religieux du suicide (plus d'ex-communion des suicidés et des suicidants).

IV] Discussion

1) Forces et limites de l'étude

La force principale de cette recherche résidait dans l'originalité de son sujet d'étude et son aspect novateur. Il s'agissait à notre connaissance de la première étude menée en France sur

l'expérience de professionnels de santé mentale confrontés à une demande de mort assistée pour motif de trouble psychiatrique. L'échantillon de psychiatres était plutôt hétérogène notamment en termes de situations rencontrées, d'âge des psychiatres, de l'ancienneté de leur pratique psychiatrique et de leur lieu d'exercice, ce qui permettait d'exprimer une certaine diversité d'expériences et de points de vue. Néanmoins les résultats sont à prendre avec précaution : il s'agissait de discours recueillis à un instant « t » et ne reflétant donc pas toute la complexité de la pensée des psychiatres et du phénomène étudié.

Cependant, la première limite de cette étude était la petite taille de l'échantillon qui n'a pas été définie à partir de la saturation de données mais par la faisabilité : l'ensemble des candidats volontaires qui correspondaient aux critères d'inclusion ont été inclus. Cependant, l'objectif d'une recherche qualitative n'est pas l'exhaustivité et le caractère exploratoire de cette recherche permettra d'affiner les questions du guide d'entretien et de poser des lignes directrices pour une recherche ultérieure avec une taille d'échantillon plus importante. Dans le même sens, il est difficile de savoir si les entretiens ont pu être menés jusqu'au point de saturation des données car ils ont été réalisés jusqu'à épuisement du nombre de participants disponibles à la participation à la recherche. De plus, ont émergé à chaque entretien, des positionnements et des arguments nouveaux. Le caractère exploratoire de cette recherche a pu également limiter la possibilité d'atteindre ce point de saturation.

La deuxième limite notable était que cette étude n'a été réalisée qu'auprès de psychiatres de formation et qu'elle délivre donc un point de vue partiel et marqué par la pratique de cette discipline médicale. Le chercheur était également lui-même interne, en formation de psychiatrie, ce qui a pu induire des biais dans l'analyse des résultats. Cependant, le chercheur n'avait jamais rencontré lui-même une telle situation dans sa pratique médicale.

Il existait par ailleurs plusieurs biais de recrutement. Le recrutement a été long et difficile, obligeant le chercheur à multiplier les moyens de recrutement pour trouver des participants s'il voulait tenir son objectif principal qui était de recueillir une expérience vécue par le psychiatre et non une simple réflexion sur le sujet, déconnectée de la une réalité. Cette difficulté pourrait s'expliquer à la fois par la rareté de la situation étudiée, mais aussi par l'absence de volonté de la part des autres psychiatres candidats potentiels, qui n'ont pas répondu à l'annonce de la recherche, d'évoquer ce sujet, pour des raisons que nous ignorons. Un seul participant a été recruté via la diffusion de l'annonce à une liste nationale. Le reste de la recherche de participants s'est réalisée dans un réseau large de professionnels entourant le chercheur. Finalement, 5 participants étaient connus du chercheur en amont de la réalisation de l'étude (relations professionnelles antérieures) ce qui pouvait introduire des

biais lors de la réalisation des entretiens (rétention d'information ou au contraire expression plus « libre » des participants). Cet élément va en revanche plutôt à l'encontre de l'idée que la situation de demande d'un mort assistée par des patients français est peu fréquente : il n'y avait a priori pas de raisons valables pour que ces cas se concentrent autour du chercheur. Deux biais d'hétérogénéité pouvaient être également relevés : 3 participants travaillaient au moment de l'étude dans le même service d'hospitalisation ; la catégorie la plus âgée de psychiatres (au-delà de 54 ans) n'était pas représentée, alors qu'on pouvait s'attendre qu'avec un plus grand nombre d'années d'expérience, ils auraient pu davantage être exposés à la situation étudiée.

Cette recherche disposait également de limites en termes de validité au sujet de la triangulation de l'analyse des données. Cette triangulation n'a pas été réalisée avec d'autres chercheurs pour des raisons d'organisation, de disponibilité et de spécificité de l'objet d'étude. Cette triangulation n'est néanmoins pas recommandée par tous les auteurs en recherche qualitative (C. Lejeune). Elle n'a pas empêché que le chercheur ait échangé et confronté ses résultats de recherche à plusieurs reprises à l'analyse critique de ses directeurs de mémoire, d'autres confrères de sa discipline et des autres étudiants en master 2 d'éthique médicale et de bioéthique. Les retranscriptions des entretiens n'ont pas été retournées aux participants pour commentaires ou correction. Les autres critères des lignes directrices COREQ proposés pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative ont été respectés (90).

2) Discussion des résultats

Cette étude qualitative exploratoire menée chez des psychiatres sur leur expérience d'une demande de mort assistée à l'étranger et le positionnement qu'ils avaient pris face à cette situation a permis de dégager 3 grands axes thématiques eux-mêmes divisés en 2 à 3 thèmes et en 2 à 3 sous-thèmes. Ainsi, les objectifs de la recherche qui étaient de décrire ces expériences et d'identifier les arguments sous-tendant les positionnements adoptés ont été atteints. Les résultats convergents et divergents pertinents ont été pris en compte et présentés. Les résultats ne validaient qu'une partie des hypothèses émises avant le commencement de l'étude. Les psychiatres interrogés utilisaient bien des arguments fondés sur l'état clinique du patient, la déontologie médicale et leurs convictions personnelles. En revanche, les aspects légaux de la démarche n'étaient évoqués que très superficiellement et sans réelles connaissances du sujet. Le recours à des ressources extérieures comme des discussions entre professionnels de la même discipline ou experts sur la question lors de l'évaluation de la situation rencontrée n'était pas abordé.

L'une des principales difficultés rencontrées par le chercheur après l'analyse des données a été l'organisation des résultats en axes thématiques devant la diversité des éléments apportés par les psychiatres. Il existait également une continuité de leur argumentation qu'il ne semblait pas toujours pertinent de dissocier d'un ensemble, d'un récit narratif fait d'évolutions et de contradictions. En effet, les résultats auraient pu être également présentés sous la forme d'études de cas, mais il aurait fallu sélectionner les entretiens les plus pertinents et représentatifs. Devant la petite taille de l'échantillon, ce procédé paraissait inadapté. Finalement, les seuls arguments et valeurs convergents apportés par les psychiatres représentaient véritablement trois thèmes : la notion de maladie psychiatrique comme complexe et singulière au sein du reste de la médecine, la justification du positionnement des psychiatres – quel qu'il soit – par le respect de la déontologie médicale, et le partage d'une méconnaissance et de représentations erronées au sujet des modalités de la démarche de demande de mort assistée à l'étranger. L'ensemble des autres thèmes abordés montraient une divergence de leurs valeurs mais aussi une ambivalence souvent très marquée, assumée ou non, au sein même de leur propre discours. Ainsi leurs propos pouvaient évoluer au fil de l'entretien et se contredire. Ces particularités pouvaient découler de plusieurs choses. D'abord, ces psychiatres avaient tous été confrontés à une seule situation de démarche de mort assistée et n'avaient donc pas une véritable « expérience » de la problématique. D'autre part, ils ne montraient pas, pour la plupart d'entre eux, qu'ils s'étaient particulièrement penchés activement et volontairement sur la question en en discutant avec des confrères ou en se documentant plus précisément sur la question. Cela pouvait donc expliquer des réponses très spontanées et mouvantes, non ancrées dans une représentation et une élaboration construite de la question, et non influencée par une doctrine, une formation spécialisée ou la médiatisation du sujet (puisqu'elles n'ont pas émergé pour le moment en France). En même temps, ces contradictions et ces ambivalences semblaient rendre compte des dilemmes moraux auxquels étaient confrontés les psychiatres. Ces dilemmes pouvaient être illustrés par des mécanismes de défenses psychiques apparents dans le discours des psychiatres (idéalisation, identification, projection, dénégation, annulation). Les participants argumentaient sur la base de représentations qui leur étaient connues et qu'ils avaient davantage l'habitude de manipuler dans leur discipline : les représentations de la maladie psychiatrique, de la symptomatologie psychiatrique et du suicide. Ils étaient davantage en difficulté avec les représentations de la souffrance et de la mort. Il semblait que le positionnement pris face à la démarche reposait surtout sur les convictions et les représentations antérieures à la confrontation à cette expérience, mais il était difficile d'évaluer à quel point il avait été influencé par celle-ci.

Ces considérations nous invitent à discuter trois points particuliers : les dilemmes moraux rencontrés par les psychiatres dans leur prise de position médicale, la place du sujet en psychiatrie, et les représentations du suicide, liées aux représentations de la mort.

a. Dilemmes moraux et prise de position du médecin

Les psychiatres rendaient compte, quasiment à l'unanimité, d'un profond inconfort face à la situation qu'ils avaient rencontrée et d'une forte ambivalence de leur positionnement. Cette ambivalence semblait refléter les dilemmes moraux que les psychiatres rencontraient entre respect de la déontologie médicale (du psychiatre dans son rôle de médecin et dans sa pratique) et adéquation avec leurs convictions personnelles (de citoyen, en dehors de leur statut de médecin). Certains pouvaient distinguer ces deux positions et verbaliser leur rapport conflictuel ce qui n'était pas le cas pour d'autres.

Un conflit entre éthique de conviction et éthique de responsabilité

Max Weber, sociologue et économiste allemand du début du XX^{e} siècle, définit l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité dans sa conférence parue en 1919 et intitulée *Le métier et la vocation du politique* (91). Cette conférence contient réflexions et interrogations sur l'*ethos* de l'homme politique. Ces deux éthiques ont souvent été transposées dans le monde scientifique et médical. Elles s'opposent à première vue : l'éthique de conviction consiste à faire son devoir et à ne pas se soucier des résultats de nos actions ; l'éthique de responsabilité prend en compte les conséquences prévisibles de nos actes. Nous pouvons dire que le médecin, ici le psychiatre, peut être assimilé au politique dans le microcosme de la relation médecin-malade. Il détient un certain pouvoir : par exemple celui de prendre une décision médicale ou de donner un avis d'expert reconnu car il jouit d'une certaine connaissance que n'a pas le patient ; celui de délivrer un certificat qui faciliterait l'accès à la mort assistée demandée dans le pays étranger ; encore celui de faire hospitaliser le patient dont l'état requiert des soins. Les participants adoptaient principalement l'une de ces deux postures archétypales : ils cherchaient à agir par respect des principes énoncés par la déontologie tels qu'enseignés par leurs pairs ou par le code de déontologie médicale et intégrés totalement dans leur pratique : soigner en toutes circonstances, chercher à soulager, ne pas tolérer du patient qu'il puisse se tuer ou l'y aider. Cette action était donc guidée par un idéal s'inspirant de la morale kantienne du devoir – E. Kant le définissant comme « la nécessité d'accomplir une action par respect pour la loi » (92) – mais aussi selon M. Weber découlant d'une « simple acceptation résignée du monde ». Ce recours à la déontologie leur permettait également de gérer leur sentiment d'impuissance face à la

situation. Mais, l'application de ce principe d'éthique de conviction n'était pas si confortable pour les psychiatres du fait de la possibilité d'un conflit entre plusieurs devoirs. M. Weber exposait lui-même dans *Le métier et la vocation de savant* (91): « le devoir du médecin consiste dans l'obligation de conserver la vie purement et simplement et de diminuer autant que possible la souffrance ». Aussi, le devoir de soulager la souffrance de leur patient n'était pas toujours rempli, et les psychiatres se posaient alors la question de l'impuissance médicale et du sens des soins dispensés au patient. Pourquoi, en ce cas, leur serait-il légitime d'imposer au patient de poursuivre ces soins ou même de conserver la vie ? Seul l'un des psychiatres formulait la question si visiblement impensable et si violente pour un médecin : et si la suppression de la souffrance n'avait plus d'autre possibilité que de se résoudre dans la mort ? Pour V. Camus, psychiatre, la dépénalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie constituerait [en France] une mise en tension majeure des valeurs et des pratiques des médecins de « soigner et préserver la vie », mise en tension source d'une violence que l'on peut percevoir dans certains discours des psychiatres interrogés. Pour ce même auteur, « cette violence est inhérente à la nature même de la question posée, l'intentionnalité suicidaire interrogeant par la violence faite à soi-même jusqu'à l'extrême finitude de la mort ». Ainsi, pour V. Camus, c'est aussi la violence de la question posée – comme nous l'avons mentionné plus haut – par l'absence de réflexion préalable sur les réponses à apporter et par l'absence de préparation aux éventuelles évolutions des représentations des valeurs et des pratiques. Ces évolutions seraient imposées par une pression sociale croissante d'une demande de médicalisation de la mort volontaire telle qu'elle existe en Belgique ou en Suisse (6).

Les psychiatres n'adoptaient pas toujours cette « position déontologique » convenue « du soulager mais ne pas tuer ». Ils s'interrogeaient aussi parfois sur le devoir « d'accompagner vers la mort » et essayaient davantage de remettre en question leur pratique, son sens, et de jauger la portée de leur action dans une approche plus pragmatique. Cela les mettait face à l'inconnu : du fait de la nouveauté des situations, la portée de leur acte leur était difficilement prévisible. Mais le psychiatre peut-il seulement prévoir toutes les conséquences de son positionnement favorable face à la demande de mort assistée ? Est-il responsable de ce qu'il n'a pas pu prévoir ? S'il agit en faveur de la démarche, a-t-il pensé aux conséquences au niveau individuel (pour les proches par exemple), et aux conséquences sociétales qu'il ouvre (autres patients qui vont vouloir faire de même, positionnement de la discipline, aspect légal) ? À l'inverse le patient peut aussi, dans un moment de désespoir face à sa souffrance psychique non soulagée et non entendue, se suicider par ses propres moyens et mourir dans des circonstances atroces et violentes pour lui et sa famille. Il est également possible qu'il sorte mutilé de sa tentative de suicide. Finalement, l'éthique de responsabilité est-elle accessible ? Le psychiatre peut-il tout simplement être responsable, au sens fort énoncé par M. Weber (93)?

L'absence d'une éthique de la discussion

Les participants interrogés tentaient donc pour certains de concilier éthique de conviction et éthique de responsabilité comme le suggère M. Weber à la fin de sa conférence sur *le politique*. Cependant, la rationalité de leur réflexion ainsi que leur argumentation, d'ordre très médical, montraient qu'ils restaient en tout cas éloignés d'une éthique de la discussion telle que théorisée au XX^{e} siècle par les philosophes allemands J. Habermas et K-O. Apel. Ainsi, l'un des impératifs de l'éthique de la discussion exposé par J. Habermas, appelé principe « D » pour *Discussion*, établit le principe selon lequel « une norme ne peut prétendre à la validité que si toutes les personnes qui peuvent être concernées sont d'accord (ou pourraient l'être) en tant que participants à une discussion pratique sur la validité de la norme ». Dans l'analyse de nos entretiens, nous n'avons pas décelé systématiquement les marques d'une véritable coopération entre le médecin et son patient. Il n'y avait pas non plus de discussion au sujet des « normes » en jeu ici afin de prendre une décision adéquate – à quel moment peut-il être considéré comme « normal » de demander une assistance à la mort ? Nous avons plutôt observé un point de vue monologique (sauf pour deux participants), de professionnels se posant seuls des questions (voire ne s'en posant pas) (94). Pour K-O. Appel, l'éthique de la discussion permet au processus interne de sortir du sujet pour prendre le terrain de la discussion pratique, externe, et de faire appel à l'intersubjectivité, qui selon lui ne s'oppose pas à l'objectivité mais en est le prérequis. À la fois la discussion autour d'une norme, celle du patient, du psychiatre, voire d'une norme commune, sociétale, n'était jamais discutée par les participants et la notion de discussion entre deux individus faisant appel à l'intersubjectivité non plus. Elles étaient vraiment de grandes absentes de ces entretiens. B. Golse, pédopsychiatre, définit l'intersubjectivité comme « la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes distinctes ayant chacune des intentions, des désirs différents » (95) et la met en lien avec l'empathie. Or cette empathie, comme nous l'avons vu dans nos résultats, ne semblait transparaitre et n'être exprimée presque que par les participants trouvant la demande de mort assistée de leur patient acceptable. L'absence d'empathie rapportée par les autres psychiatres semblait rendre de compte de la mise en place de mécanismes de défense psychologique.

Ainsi, les psychiatres interrogés fondaient leur décision à partir de ce qui leur était connu : la clinique psychiatrique et les principes de la déontologie médicale. Le médecin est habitué dans sa pratique à faire « comme il a l'habitude de faire ». Ici, de fait, il leur fallait faire avec l'incertitude et en fonction de qu'ils pensaient devoir faire, « en leur âme et conscience ». Quand un médecin exerce en son âme et conscience est-il toujours dans une attitude professionnelle ? N'impose-t-il pas sa propre

vision du monde au patient ? Ainsi ces considérations nous permettent de faire le lien avec le point discuté suivant : la place du sujet dans le discours de ces psychiatres.

b. La place du sujet

Même si la notion de sujet est une notion contestée, elle reste utilisée dans le champ des sciences humaines sociales. Pour A. Renaud, l'homme se trouve, par la notion de sujet, valorisé par une double aptitude : l'auto-réflexion, aptitude à la conscience de soi, et l'auto-fondation, capacité à fonder son propre destin. Ces deux grands axes ont déterminé depuis Descartes la notion de subjectivité, fondée sur la possibilité pour l'homme d'être conscient et responsable de ses pensées et de ses actes. Avec le développement de la sociologie, la réflexion sur la subjectivité et l'intériorité a rompu avec cette conception du sujet et s'est étoffée à travers la figure de l'individu. L'individu moderne se caractérise par l'émergence de cette dimension spécifique qu'est la subjectivité. D. Martucelli évoque des concepts de plusieurs traditions intellectuelles traduisant la notion de subjectivité : « intériorité, intimité, conscience, introspection, auto-conscience… ». Le terme de subjectivité, plus complet, permet d'insister sur le fait qu'elle est d'abord « une expérience particulière de soi » et un espace réflexif : celui de la représentation de soi (96).

Le sens du soin

La large prédominance des références à des réflexions souvent de natures bio-médicales (sur le diagnostic, les symptômes et leur évolutivité) et internes au psychiatre détonnaient par rapport à la quasi-absence non seulement de la parole du patient et de sa place en tant que sujet doué d'une volonté mais aussi d'une représentation de sa personne. Même si les participants pouvaient accueillir la demande du patient avec plus ou moins de considération, plus de la moitié des participants répondaient à la demande du patient uniquement par la dispensation de soins sous la forme d'un traitement médicamenteux ou d'une hospitalisation en psychiatrie. Cette position s'inscrivait toujours dans une bonne intention, celle de faire « le bien du patient ». Ainsi, si cette demande du patient était reçue et respectée, elle ne semblait pas toujours être véritablement écoutée par les psychiatres en défaveur de l'accès à la démarche. L'interrogation de son sens était donc très partielle. Selon les recommandations de la *Dutch Psychiatric Association*, la demande de mort assistée doit d'abord être prise comme « un appel à l'aide » de la part du patient, incitant « à une compréhension profonde de sa situation et à une ré-interrogation des soins à lui proposer » (39). Cette idée d'un appel à l'aide pour une assistance à vivre plutôt qu'à mourir est étudiée chez les personnes souffrant de pathologie en

phase terminale (97) mais nécessite davantage d'exploration pour les personnes demandant une mort assistée avec troubles mentaux.

Tout comme le réel sens de la demande de suicide assisté, le sens et la nature du soin que les participants proposaient étaient peu réinterrogés. Les psychiatres restaient pour la plupart centrés sur un soin fait de traitements médicamenteux, de consultations médicales et d'hospitalisation en service de psychiatrie, et la formulation de prises en charges alternatives et complémentaires (psychothérapie, accompagnement et étayage social notamment, inclusion des proches) était rarissime. La détermination des objectifs du soin n'était pas non plus discutée et partagée avec le patient dans leur discours, pas davantage que l'interrogation des objectifs propres du patient : s'agissait-il de guérir le patient ? De soulager sa souffrance ? Ses symptômes psychiatriques ? De lui permettre de « fonctionner » dans sa vie ? Et sur quels critères ? Ceux du psychiatre ou du patient ? Ceux de la société ? Là encore résonne l'absence de définition autour d'une norme commune. La réponse du psychiatre semblait davantage plaquée sur une demande sociétale, comme nous avons pu le voir dans la définition de la santé mentale de l'OMS : « la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ». Cette non-interrogation de la place de la volonté du patient dans ses soins est par ailleurs fréquente en psychiatrie. Elle découle de la répétition et de la multiplication d'épisodes pathologiques graves avec altération du jugement mettant en danger le patient, ou plus rarement son entourage, et dans lesquels la priorité est donnée à la protection des personnes, « pour leur bien ». Ainsi, la volonté du sujet est souvent mise, par habitude, et même en dehors de situations le justifiant totalement, au second plan. Mais S. Tregouet met en garde sur les dangers qui guettent le soignant en santé mentale à vouloir être dans le « bien de l'autre », et sur le risque d'affirmer savoir ce qui est bon pour l'autre, conduisant à une relation de pouvoir où le patient souffrant de trouble psychiatrique n'aurait « rien à dire ». Pour cet auteur, la vigilance doit se situer dans l'importance à accorder à cette rencontre intersubjective avec le patient, dans laquelle ce dernier à une place de sujet désirant, afin de ne pas développer des contre-attitudes soignantes. D'où l'importance de ne pas imposer son propre savoir et de respecter également le savoir du patient. Cet auteur appelle cela « la posture de clinicien » : se mettre à l'écoute de l'autre. Cet état d'esprit du médecin renvoie dans le domaine juridique à la notion plus large de « démocratie sanitaire », définie à travers plusieurs lois dans une volonté de rendre le patient plus « acteur » de ses soins. Cette notion a cependant des limites car elle désigne surtout, selon E. Bidaud-Petitbon, des droits des usagers du système de santé et plus largement des droits de l'homme (98). Or cette attitude n'a pas été majoritairement employée par les participants dans notre étude, qui pour la plupart s'inscrivaient dans une conception du soin différente pour les cas des patients qu'ils avaient évoqués. Ainsi, pour S. Klopp, deux conceptions du soin s'opposent : « nous passons d'une clinique où l'objet de

soin, c'est d'atténuer la souffrance psychique (consciente ou inconsciente) du sujet, à une clinique où l'objet de soin est d'éradiquer le symptôme. Dans le premier cas, le symptôme n'est que l'indicateur de la souffrance de la personne. Ce qui importe, c'est la psychodynamique propre à chaque individu et non une normalisation de son comportement. Normalisation à laquelle aboutit immanquablement le second modèle » (99). Cette approche dynamique ne transparaissait que chez deux participants. Un travail autour de la demande était peu rapporté : la dynamique de la demande du patient dans son être au monde, l'histoire de vie du patient, dans sa relation avec ses proches, sa place dans la société. Les seuls psychiatres qui considéraient la demande de mort assistée (ou au moins l'accompagnement de la demande de mort assistée) comme un soin étaient ceux jugeant la démarche du patient recevable.

Autonomie et vulnérabilité

Le terme « vulnérabilité » vient du latin *vulnerare*, qui veut dire « blesser ». L'individu vulnérable est donc l'individu susceptible d'être blessé, qui a un « point faible ». Généralement, ce ne sont pas les personnes vulnérables qui se définissent comme telles, et l'utilisation de cette notion peut dépeindre une vision négative ou déficitaire renvoyant à l'idée de marginalisation, d'invisibilité sociale, mais aussi à un rapport de domination. Ici, les psychiatres interrogés montraient majoritairement qu'ils percevaient le patient comme un être vulnérable, même si cet adjectif n'était à aucun moment employé en tant que tel dans leur discours. Cette idée de vulnérabilité était incarnée pour eux par l'existence de symptômes dépressifs, l'altération des capacités de discernement ainsi que par l'instabilité des symptômes psychiatriques. Bien que réelle, elle semblait prendre toute la place et totalement occulter la part d'autonomie accordée au patient. Ce dernier concept était néanmoins effleuré par quatre participants via les notions de respect de la volonté ou des libertés individuelles du patient, et en très large majorité chez des psychiatres qui considéraient comme recevable la démarche du patient. Pour S. Rouillard, si elle altère fortement la rationalité du sujet et sa cognition, la maladie mentale permet malgré toute la conservation d'une « partie saine » plus ou moins active à partir de laquelle le malade peut manifester une certaine « autonomie morale ». Elle prend, pour illustrer son propos, l'exemple de l'interne qui commence sa formation. Novice en psychiatrie, on lui dit (de manière un peu caricaturale) : « il est fou mais il n'est pas bête ! ». Elle y voit l'affirmation du « tu ne tueras point », c'est-à-dire, « tu ne tueras point l'humanité en l'autre, tu iras à sa rencontre en étant attentif à la moindre de ses capacités à agir rationnellement » (100). Or parfois, la violence des situations psychiatriques et la nécessité d'y remédier médicalement peut faire mettre de côté cette humanité.

Ainsi, si la question de la possibilité de l'exercice d'une autonomie du patient souffrant de trouble psychiatrique – au sens kantien d'une capacité à décider par soi-même – était peu élaborée et investie par les participants, elle était davantage accordée aux patients souffrant de pathologies somatiques graves, neurologiques ou terminales, en demande d'une aide à mourir. Pourtant ces derniers ne sont-ils pas d'une certaine manière aussi vulnérables face à la mort, comme le verbalise, gêné, l'un des participants ? À aucun moment les psychiatres ne verbalisaient la distinction entre une altération du discernement due aux symptômes psychiatriques et une modification du jugement pouvant apparaitre en dehors de symptômes d'une maladie psychiatrique, comme on peut le voir chez tout individu sain ou chez les personnes souffrant de pathologies somatiques incurables ou en phases terminales (3). Comment ne pouvons-nous pas dire que pour ces dernières, la maladie qui les ronge et les conséquences qu'elle créé sur leur vie ne modifient pas leurs prises de décision ? Qu'elles ne provoquent pas la mise en place d'un certain nombre de mécanismes de défense psychique (déni, idéalisation, clivage…), voire n'entrainent pas de véritables troubles psychiques lorsque les capacités d'adaptation sont dépassées (les syndromes anxieux et dépressifs et les idéations suicidaires sont fréquents dans cette population (101,102)) ? Dans le cadre du rapport intitulé « Du droit au consentement au droit au refus de soins » adopté lors du Conseil national de l'ordre des médecins des 29 et 30 janvier 2004, V. Camus et al. précisent qu' il est nécessaire dans toutes les situations de fin de vie de mettre en œuvre une évaluation psychiatrique et psychologique afin de rechercher les contraintes « psychologiques ou psychiatriques qui pourraient faire obstacle au plein exercice de l'autonomie de la décision ». Ils ne sont pas les seuls auteurs à souligner cela. E. D. Pellegrino évoque, rappelant les propos de l'un de nos participants, la difficulté, en général, à qualifier d'actes autonomes l'expression d'une volonté de mourir. Pour d'autres (103), de toute façon, « les conditions effectives de l'exercice de l'autonomie ne sont jamais idéales. Nos décisions ne sont jamais pures de composantes émotionnelles (comment déciderions-nous ?), nous sommes tous pris dans des réseaux de dépendance affective, nous pensons tous à partir de représentations socialement partagées et de valeurs communes ; ces données font partie des conditions dans lesquelles s'exerce notre pouvoir d'autodétermination. Des contraintes réelles peuvent, bien sûr, s'exercer sur notre volonté de l'extérieur (manipulation psychologique, violence physique) ou de l'intérieur (maladie mentale, choc émotionnel violent), mais toute influence ne représente pas toujours une entrave à l'exercice de l'autonomie (...). Notre liberté n'est pas affaire de tout ou rien, mais de degré. Il est alors légitime de penser que certaines des personnes qui choisissent la mort font cette requête librement ». Cela comprendrait-il les personnes souffrant de trouble mental ? Mais où se situe alors la limite entre refus de soin et demande d'assistance à la mort ?

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé encadrant le respect de la volonté du malade et de ses choix, précise dans son article L. 1111-4 que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». En conséquence, « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». En dehors des situations psychiatriques justifiant de soins sous contrainte, ces considérations s'appliquent, a priori, à tous les malades, y compris ceux atteints de maladie psychiatrique. Ces directives entrainent souvent – dans les situations de soins somatiques chez des patient atteints de pathologies graves en phase terminale – une tension majeure pour le médecin. En effet, ce dernier est pris entre respect des principes d'autonomie du patient et bienfaisance, obligeant celui-ci à se dégager du modèle paternaliste traditionnel. Ici, ce conflit entre respect de l'autonomie et bienfaisance ne transparaissait pas explicitement, et le refus des soins de la part du patient n'était, chose notable, jamais évoqué par les participants. La demande de mort assistée n'était jamais analysée comme une posture de rejet des soins proposés par le psychiatre et d'ailleurs, la grande majorité des démarches, comme nous l'avons dit, n'entravait pas le processus de proposition thérapeutique. Cela montre encore une fois toute la complexité de la signification de la demande du patient. Elle semble apparaitre malgré tout comme une forme de demande de prendre soin de la personne, même si l'aboutissement est au final la mort.

Pour les psychiatres interrogés, la question des capacités de jugement apparaissait comme centrale et comme une limite même de la possibilité d'une mort assistée pour motif psychiatrique. Des solutions pour mieux l'apprécier et l'évaluer n'étaient jamais envisagées, et, pour certains psychiatres, la simple présence d'un trouble mental annulait ce questionnement. Une réflexion sur les outils potentiels à disposition du psychiatre pour déterminer formellement les capacités décisionnelles d'un patient à prendre une telle décision (que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte lorsque le patient requiert des soins imminents ou dans le cadre qui nous intéresse ici) n'était évoquée que chez un seul participant. Celui-ci mettait en avant le seul recours au jugement clinique subjectif du praticien. En outre, si la question de l'incapacité à prendre une décision adéquate revenait régulièrement dans leur discours, les participants ne distinguaient pas incapacité à prendre des décisions pour les soins (et donc la question des soins sans consentement) et incapacité à prendre des décisions pour sa vie. Or quelques études montrent que la présence de symptômes psychiatriques ne veut pas dire forcément altération des capacités à décider. Ainsi G. Owen et al. (2008) ont étudié la prévalence des troubles psychiatriques qui altèrent le jugement des personnes et les rendent inaptes

à prendre des décisions concernant leur soins médicaux. Ces auteurs ont utilisé pour cela le modèle de MacArthur (*Appelbaum capacity criteria)*. Ce modèle est traduit dans une échelle évaluant quatre composantes garantissant, selon leurs auteurs, des aptitudes du patient à faire des choix autonomes pour sa santé : être capable de comprendre les informations relatives à son état, être en mesure d'évaluer les implications de ces informations, être en mesure de réfléchir à ces informations, et être capable d'exprimer son choix de traitement (104). Il s'agit à ce jour de l'outil standardisé discuté par la littérature scientifique psychiatrique dans l'évaluation des capacités décisionnelles. G. Owen avançait que 60% de personnes admis en soins psychiatriques dans un centre hospitaliser londonien étaient inaptes à prendre des décisions concernant les soins, avec une prévalence variable selon les diagnostics : des taux plus hauts étaient retrouvés pour les patients atteints d'un épisode maniaque (97%) et d'une schizophrénie (81%) et plus bas pour la dépression (31%) et les troubles de la personnalité (4%) (78). Cette étude suggère que des personnes présentant un épisode dépressif nécessitant des soins hospitaliers (donc d'intensité sévère) pourraient, même dans les moments les plus aigus de leur maladie, être aptes à faire des choix pour leurs soins médicaux. Les personnes présentant des troubles mentaux font par ailleurs des choix dans leur vie de tous les jours dans des champs divers (familiaux, professionnels, financiers) et ne sont pas, pour la plupart, sous mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle). La question – que se posent un certain nombre d'auteurs réfléchissant à la mort assistée en psychiatrie – de savoir comment évaluer de manière fiable et fine si ces personnes peuvent faire des choix concernant leur mort n'est pas encore élucidée sur le plan médical. Dans le cadre d'un travail de la *Commission of Assisted Dying* au Royaume-Uni sur une proposition de loi sur le suicide assisté, Price et al. ont réinterrogé la manière dont les experts de cette commission conceptualisaient la notion de capacité mentale chez des personnes demandant un suicide assisté (en relation avec les principes du *Mental Capacity Act* de 2005). Il y existait, selon les auteurs, un consensus sur l'importance de la notion de capacité mentale comme rempart, mais celle-ci apparaissait inconsistante. En outre, une tendance à une présomption d'incapacité fondée sur la croyance que le suicide assisté ne devait être ouvert qu'aux personnes possédant un « haut degré de capacité mentale à prendre des décisions » était relevée. Ainsi, les limites de la définition de la capacité mentale apparaissaient comme un continuum entre une définition légale circonscrite et d'ordre « cognitif » des capacités (dans laquelle la plupart des personnes serait considérées comme en capacité à moins d'une incapacité cognitive significative) et une définition plus inclusive. Cette définition prendrait en compte des concepts plus profonds, tels que l'autonomie, la rationalité, la volonté et des facteurs spécifiques comme la motivation (105). Pour certains auteurs (24), l'application *stricto sensu* des termes de la loi belge sur l'euthanasie, stipulant explicitement que le malade doit être « capable » juridiquement (31), entraîne une exclusion systématique de toutes les personnes souffrant de maladie mentale. Ainsi, cette notion de « capacités

décisionnelles », qui transparait comme un problème de premier plan à la fois dans la littérature scientifique et dans l'étude présente, devrait être davantage être explorée et éclaircie.

Au final, cette vulnérabilité du patient n'est-elle pas aussi la vulnérabilité des soignants ? Pour S. Rouillard (100), par la confrontation quotidienne avec la pathologie mentale, les soignants en santé mentale sont exposés à ce qu'il y a de plus intime en l'homme. Cela leur rappelle chaque jour la vulnérabilité ontologique de l'être et suscite des registres émotionnels allant « de l'empathie à la terreur ».

Les représentations de la souffrance

Nous avons, dans nos résultats, mis en lumière la confusion qu'il existait entre les différentes représentations de la souffrance et de la douleur psychique chez les psychiatres interrogés et la non-distinction des deux termes. De plus, un clivage pouvait être observé entre douleur physique et douleur psychique. La souffrance physique était tantôt vue comme supérieure en intensité à celle psychique et tantôt perçue comme identique. Ce clivage physique-psychique, bien que dépassé depuis longtemps, renvoie au dualisme et à la vision cartésienne de la séparation corps et esprit. Les études neurobiologiques des maladies psychiatriques mais aussi de mécanismes psychiques normaux montrent qu'il existe bien – par l'observation des phénomènes de neurotransmissions entres les neurones – un substrat physico-chimique à tout événement psychique, corroborant ainsi la non-pertinence de la vision dualiste (3). Par ailleurs, un seul psychiatre évoquait les similitudes des mécanismes neurobiologiques entre les deux types de douleur et dénonçait la discrimination dans les prises en charge de la douleur d'origine psychique. De plus, il est désormais notoire en médecine que les expériences physiquement douloureuses ont des conséquences psychiques, et que les maux psychiques peuvent s'exprimer par des syndromes douloureux physiques. Les douleurs faciales de la névralgie du trijumeau (par compression de ce nerf de la face par un vaisseau sanguin adjacent le plus fréquemment) sont souvent citées en exemple comme des douleurs pourvoyeuses de graves dépressions et de passages à l'acte suicidaire. À l'inverse, les psychiatres rencontrent fréquemment des syndromes dépressifs difficiles à diagnostiquer car s'exprimant par des plaintes corporelles douloureuses (notamment chez le sujet âgé). Nous voyons donc ici, au-delà des compétences et des connaissances médicales, la puissance des représentations collectives non-« scientifiques » de la douleur et leur pouvoir d'influence sur les prises de décisions des médecins.

Selon l'OMS, « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou décrite comme telle ». La douleur est donc, selon cette définition, une expérience pluridimensionnelle, neurophysiologique (« sensorielle ») mais également affective, cognitive, comportementale (« émotionnelle ») et subjective, dans laquelle l'expert est le patient face à l'objectivité de l'observation et du diagnostic médical. Selon cette même organisation internationale, « la souffrance qualifie un être qui supporte, endure, ou subit une douleur physique et morale, un état de mal-être, c'est-à-dire un sentiment de non-adaptation au monde, d'étrangeté aux êtres et aux choses, d'indifférence douloureuse ». On y retrouve l'association du corporel et du psychique. Pour E. Gilloots, cette définition « englobe l'expérience douloureuse et ses répercussions sur l'être-au-monde ». Il évoque également la souffrance comme une blessure narcissique, dans une image dévalorisée de la personne et un manque de confiance (106).

Les psychiatres employaient régulièrement un terme consensuel en psychiatrie, celui de « douleur morale ». Cette appellation renvoie à un symptôme de la maladie dépressive souvent sévère, considéré comme douloureux et pénible et lié à la détresse morale de la personne. L'intensité du ressenti de cette douleur est souvent comparée à celles de douleurs physiques très intenses et est considérée comme un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire. L'utilisation de ce terme renvoyait donc à un symptôme précis et défini. Mais la plupart des psychiatres n'interrogeaient pas véritablement la place de l'expression d'une souffrance psychique plus globale du patient dans son vécu subjectif de celle-ci, dans son origine comme dans toutes ses dimensions ; ils n'abordaient pas davantage les moyens de soulager cette souffrance. Ils ne la percevaient comme à l'origine de la demande de mort assistée que lorsqu'ils trouvaient la démarche acceptable. Les autres voyaient la demande comme un symptôme psychiatrique. Or, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, un auteur a pu identifier chez des personnes souffrant de maladie mentale, et demandant une assistance à la mort, toute la complexité de la notion de « souffrance psychique intolérable », régulièrement mise en avant comme cause de ces démarches. Elle est exprimée par ces patients comme d'origine multifactorielle (intrapersonnelle, interpersonnelle, sociétale et existentielle), non liée uniquement à la maladie mentale en elle-même, mais également liée à toutes les conséquences de cette dernière sur le vie de la personne (39). Ces différents facteurs sont confirmés par d'autres auteurs. Par ailleurs, pour M. Dees et al., le caractère continu de la « souffrance intolérable » serait propre aux troubles psychiatriques (107). La littérature scientifique a également identifié le sentiment de désespoir, face à l'absence d'amélioration de la maladie et aux échecs thérapeutiques, comme facteur de demande d'euthanasie ou de suicide assisté. Selon L. Grassi, cette notion de désespoir est ambiguë. Elle n'est pas uniquement un symptôme de dépression mais peut correspondre à une réponse rationnelle à une absence d'espoir d'amélioration correspondant à des mécanismes de coping

dépassés (108), comme nous pouvons le retrouver chez des personnes ne souffrant pas de maladie mentale.

Ainsi, tant le vécu de la douleur et de la souffrance psychiques que la manière de s'y adapter étaient peu évoqués. Ce vécu subjectif de la maladie semble pourtant éminemment important car les individus sont inégaux face à ces dimensions. Nous nous sommes doublement questionnés sur le vécu de la maladie grave après le visionnage du film d'A. Georget *Quand un homme demande à mourir* (2012). Ce documentaire narre la situation d'un homme d'une soixantaine d'années, père de famille, atteint d'un Locked in syndrome par lequel il est entièrement paralysé. Il ne peut plus subvenir à ses fonctions vitales et ne peut plus communiquer avec sa famille qu'à l'aide de la récitation d'un alphabet et de clignements des yeux. Il demande, par cet intermédiaire, à ce qu'on l'aide à mourir : c'est bien ici la souffrance psychique engendrée par sa situation qui le pousse à cette demande, et non une souffrance physique (109). Mais le film bien connu *Le Scaphandre et le Papillon* (J. Schnebel, 2007), tiré du livre éponyme et retraçant la vie de Jean-Dominique Baudy, atteint du même syndrome, décrit un tout autre tableau : celui d'un homme, qui malgré l'immense épreuve à laquelle il est confronté, poursuit sa vie et la réinvestit d'une manière nouvelle à travers son imagination et sa mémoire. En cela, nous voyons la preuve que la souffrance, dans ces mêmes situations, est subjective et vécue individuellement différemment. Nous n'avons pas tous les mêmes ressources pour la surmonter. L'idée d'une qualité de vie altérée et la notion de handicap psychique n'étaient pas non plus envisagées par les participants. La notion de handicap était rejetée frontalement par un unique participant qui considérait comme immoral le fait d'accorder aux personnes souffrant de handicap, qu'il soit physique ou psychique, la possibilité de se supprimer. Ainsi, pour D. Pringuey et al., la notion de handicap renvoie à un vocable flou, emprunté à l'anglais et qui peut signifier à la fois désavantage, infirmité et déficience. Le mot handicap fait donc allusion à une altération par rapport à la norme (110). Assister dans la mort les personnes porteuses de handicap et de troubles mentaux renvoie-t-il donc inconsciemment à l'eugénisme, aux exactions nazies auxquelles elle est assimilée, pour que cette assistance à la mort soit à ce point impensable ? Là encore, la volonté de la personne paraît s'effacer derrière des considérations d'ordre moral.

c. Le suicide et la mort

Ainsi, le patient en tant que sujet tenait une place mineure dans les discours recueillis. La particulière gravité et la violence des sujets abordés (l'assistance à la mort, le suicide) mettaient finalement au premier plan les représentations propres des psychiatres au sujet de la mort et du suicide, reléguant en seconde place le sujet mais aussi les aspects concrets de la procédure, qui comme

nous l'avons vu, étaient mal connus. Mais aussi faut-il que ces représentations puissent-elles être penser. Comme le disait le philosophe stoïcien Épictète, « ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les événements, mais l'idée qu'ils se font des événements ».

Le rapport à la mort et la gestion de l'impuissance médicale

Les dilemmes moraux auxquels étaient confrontés les participants à travers la demande de mort assistée de leur patient leurs apparaissaient comme nouveaux. Cependant, ils ne sont pas entièrement spécifiques à la pratique psychiatrique. En effet, les demandes de la part du patient dépassant stricto-sensu l'objectif thérapeutique (guérir, réduire, soulager) peuvent se retrouver dans d'autres situations de prise de décision dans le reste du champ médical (décisions de limitation ou d'arrêt des traitements en fin de vie, de sédation profonde et continue jusqu'au décès, interruption volontaire de grossesse, interruption médicale de grossesse). Ces situations sont d'autres situations de potentiel conflit majeur entre déontologie médicale et respect de la volonté du patient mais aussi, entre l'exercice de deux libertés individuelles (de faire des choix pour sa santé pour le patient et de recourir à une clause de conscience pour le médecin). Elles constituent aussi d'autres situations où il existe une volonté de mourir ou de ne pas souffrir. Les psychiatres mettaient régulièrement en avant l'aspect paradoxal pour leur discipline de la demande d'accompagner au suicide alors qu'ils ont pour mission habituelle de lutter contre celui-ci. A priori, il apparait paradoxal pour tout médecin, quelle que soit sa discipline, d'accompagner un malade vers la mort, qu'elle soit volontaire ou non. Par ailleurs, tout médecin, même sans être spécialiste du suicide, possède une certaine responsabilité dans la prévention et la détection des idéations et velléités suicidaires. N'est-il pas tout autant paradoxal pour un cancérologue dont le métier est avant tout de guérir le patient de son cancer de devoir à un moment arrêter de lutter contre la maladie car il ne dispose plus d'outils efficaces pour prendre le dessus ? Quel médecin envisage de voir mourir ses patients ? (En référence au participant qui disait que le suicide assisté n'était pas ce qu'il « projetait » pour les patients présentant une dépression). La différence se tient-elle seulement dans le fait que la maladie mentale n'entraine pas directement la mort, comme le soulevaient certains participants ? L'acte suicidaire, tant considéré comme symptôme d'une maladie, n'entraine-t-il pas parfois la mort ? Est-ce uniquement le caractère évitable et incertain de celle-ci qui change la perspective dans ces situations ? Probablement en partie. C'est aussi sûrement lié aux représentations spécifiques de la mort chez le psychiatre, qui découlent en partie de la particularité de la mort par suicide. Les médecins psychiatres ne sont pas habitués à être confrontés à la mort. Ils n'y sont frontalement exposés que très rarement par le suicide (suicide d'un patient dans un service hospitalier), le plus souvent de manière passive et ultérieurement à la mort du patient. Ainsi,

la mort de leur patient les effraie-t-elle plus ? Elle est surtout associée chez le psychiatre, comme le disaient deux participants, au sentiment de culpabilité. Le psychiatre est forcément fautif face au suicide. Il est passé à côté de quelque chose qu'il n'a pas vu ou il n'a pas mis tout en place pour l'empêcher (il ne répond pas donc à « l'obligation de moyens »). La mort est a priori évitable en psychiatrie. Vient donc, par ce biais, la question de la gestion de l'impuissance : impuissance à soulager et à empêcher le suicide en toute circonstance. L'acceptation de cette impuissance et la gestion de la culpabilité face à l'impasse thérapeutique ou à l'acte du suicide du patient n'étaient exprimées que par deux participants parmi ceux interrogés. John Keats, poète anglais romantique, parle de « capacité négative » qu'il définit comme cette capacité à supporter l'angoisse, l'incertitude, l'impuissance face à une situation.

La nature et le sens du suicide

C'est aussi la question du suicide, de sa nature et de sa légitimité qui apparaissait à travers l'analyse des entretiens recueillis. Tout d'abord, les psychiatres interrogés rationnalisaient le phénomène du suicide en le décrivant comme presque systématiquement sous-tendu par un processus psychique pathologique, reflet d'un trouble mental et donc accessible à une prise en charge visant à supprimer ces idéations suicidaires. Comment auraient-ils vraiment pu faire autrement ? N'est-ce pas le rôle attendu du psychiatre de porter ce discours ? La nature « rationnelle », ou « réfléchie » du suicide n'était élaborée que par trois participants, qui, pour deux d'entre eux, le qualifiaient de « philosophique ». Il existait par ailleurs un flou dans la distinction entre les phénomènes de suicide et de suicide assisté, ces actes étant tantôt identifiés comme similaires, tantôt comme différents de par leur nature et de par leurs conséquences possibles. L'ambiguïté du terme « suicide assisté » mettait, à raison, très mal à l'aise deux participants. Ainsi, l'espace individuel et l'espace collectif semblaient également se retrouver en conflit dans la notion de suicide assisté. Le suicide était affirmé comme un acte individuel alors que la mort assistée apparaissait comme une démarche intégrant finalement le collectif, parfois même « pris en otage » dans cette démarche individuelle. Cette difficile distinction montrait aussi à quel point le suicide reste un phénomène – bien que très étudié sur le plan des mécanismes psychiques, comportementaux et neurobiologique qu'il sous-tend – qui échappe, y compris au psychiatre. L'idée d'une mort volontaire et choisie s'inscrivant dans une temporalité plus longue, donc plus élaborée, non sous-tendue par l'impulsivité que l'on peut trouver dans beaucoup de moments de maladies psychiatriques, semblait encore plus déboussoler les participants. Le suicide reste un acte qui, en dehors d'une mort prochaine certaine liée à une maladie somatique de pronostic inéluctable, est incompréhensible. La mort n'est pas prévue, pourquoi alors la

désirer ? Le philosophe D. La Balme distingue le suicide par nature « insensé », du sacrifice pour une « cause », qui lui, est « sensé ». Le suicide est insensé mais il a une « signification » : « le suicide dit au monde qu'il y a un échec : son propre échec et aussi l'échec de toute une société qui n'a pas réussi à « porter » son existence » ». Mais cet auteur ajoute que le suicide n'ayant pas de visée, de direction, est un acte « sans-pourquoi » : « on meurt pour rien, pour ne plus souffrir » (111). Mourir pour ne plus souffrir, est-ce mourir pour rien ? N'est-ce pas à nouveau l'exploration des raisons de la souffrance du suicidaire qu'il faut interroger plus profondément ?

La mort volontaire est aussi un acte interdit dans notre société occidentale, marquée par la tradition judéo-chrétienne. Choisir la mort lorsque, a priori, rien n'y conduit invariablement la personne, reste difficilement acceptable. Se projeter dans un acte actif vers la mort – acte par ailleurs, idéalisé par le patient comme le soulevaient certains participants – relevait du pathologique pour certains psychiatres. L'individu sain n'est pas censé imaginer sa mort ou est censé en avoir peur. Pour D. La Balme, « la mort nous fait disparaître : elle menace notre être mais aussi tous nos projets, nos désirs, nos réalisations, on vit non pour vivre mais pour donner sens à notre vie » (*ibid.*). Mais par leur demande de mort assistée, n'est-ce pas aussi le sens de leur vie qui est interrogé par ces patients ? Et si le psychiatre ne peut pas à lui seul redonner un sens à la vie de ces personnes, peut-il les y accompagner ? Les dimensions de honte et de culpabilité étaient aussi associées au suicide, caractéristiques de la morale judéo-chrétienne. Dans d'autres sociétés, elles peuvent être remplacées par des dimensions d'honneur, de dignité et de courage. Ainsi, selon une tradition culturelle venue de Chine, le *seppuku* était un acte suicidaire rituel pratiqué au Japon jusqu'en 1868 dans le but d'éviter un déshonneur au *samouraï.* D'autres suicides ritualisés se retrouvent également en Inde (le *jauhâr* et le *satî)* (112,113).

C. Spadone et L. Hass, concluent leur interrogation sur la légitimité du suicide comme ont pu le faire les participants qui ont émis l'idée d'une démarche de suicide assisté acceptable pour le patient qu'ils avaient rencontré. Pour ces auteurs, le psychiatre doit rester dans une démarche thérapeutique, de soulagement de la maladie causale des idées suicidaires, démarche inscrite dans la déontologie médicale. Il reste plus difficile pour le médecin que pour le philosophe d'accepter la possibilité d'un suicide légitime. Cependant une ouverture est envisageable : « pour autant, il ne nous semble pas que le médecin doive refuser l'idée que le suicide puisse être, dans certains cas exceptionnels, légitimes. Il peut être alors conduit, lorsqu'il a connaissance ou qu'il a perçu un risque suicidaire manifeste chez une personne qui refuse toute aide, à récuser la mise en œuvre de soins psychiatriques sous la contrainte et à privilégier la liberté individuelle du patient ». Dans une temporalité non aiguë, en dehors d'une altération significative du jugement, et suite à de multiples prises en charge inefficaces

sur la souffrance du patient, la question du vouloir vivre appartient-elle toujours au professionnel de santé ? La question n'est- elle pas plutôt ce que peut apporter le soignant au patient et finalement, la discussion des limites du soin ?

3) Perspectives

Cette étude et ses résultats comportent plusieurs lacunes et imperfections. Cependant, elle dessine un socle qui pourrait être réutilisé et perfectionné pour des recherches ultérieures. Ainsi, les thèmes dégagés lors des résultats pourront servir de canevas à de prochaines études. Il semblerait également pertinent que plusieurs pistes partiellement élaborées ici puissent être davantage explorées : le rôle du psychiatre et la place de la psychiatrie dans notre société, le rapport du psychiatre à la mort, la place du sujet en psychiatrie, les représentations sociétales de la souffrance psychiques et la question de la légitimité du suicide. De plus, il apparait primordial de compléter la discussion développée ici par une critique médicale en regard des connaissances scientifiques actuelles sur : le caractère rationnel ou non des idéations et velléités suicidaires ; l'évaluation de l'altération des capacités de discernement dans les situations de troubles psychiatriques ; la question de la limite de l'efficacité des stratégies thérapeutiques et de la gestion de l'incertitude médicale et, par là-même, la question de la limite des soins psychiques. Ce travail sera pour cela, repris et complété dans une thèse d'exercice de médecine.

Par ailleurs, l'existence du tourisme du suicide n'a pas soulevé de commentaires particuliers de la part des participants, ni dans le sens d'une indignation, ni dans le sens d'un cautionnement. En revanche, nous pouvions percevoir que la question d'une législation française sur l'euthanasie ou le suicide assisté suscitait un intérêt vif, car elle était abordée par la majorité des participants sans que le chercheur les ait directement invités à cette idée. Il serait pertinent d'explorer les positions des professionnels de santé mentale si la loi française était amenée à changer.

Enfin, le vécu expérienciel et le point de vue recueillis ici étaient uniquement ceux de médecins psychiatres. Cette question pourrait être également abordée avec d'autres professionnels en santé mentale (psychologues, infirmiers, assistants sociaux), ce qui permettrait notamment de se dégager des représentations strictement médicales, un des points faibles de cette étude. Enfin, il s'agirait de recueillir le discours de patients, pour permettre un tableau plus entier de la question, puisque ces derniers sont les acteurs centraux de cette démarche de demande de mort assistée. Cela permettrait à la fois de mieux comprendre la dynamique réelle qui sous-tend la démarche, dans quoi elle s'inscrit (la maladie psychiatrique et ses conséquences multiples, la place de ces individus dans l'espace

collectif) mais aussi de documenter plus précisément l'expérience de « tourisme du suicide » qui garde à ce jour sa part de mystère.

Conclusion

La demande d'euthanasie ou de suicide assisté via un tourisme du suicide pour motif de souffrance psychique non soulagée dans le cadre d'une pathologie psychiatrique est un phénomène sociétal récent en France. Il s'inscrit en outre dans un contexte de permanence de l'interdiction pour tout médecin français de porter assistance active à un malade de mettre fin à ses jours. Il fait émerger un nouveau paradigme pour les professionnels de santé mentale prenant en charge ces individus que sont les médecins psychiatres : celui de la possibilité d'intervenir auprès de personnes souhaitant accéder à une mort assistée, mais dont la maladie est mouvante et l'issue non inéluctable.

Ainsi, ces professionnels n'ont pour le moment, face à la rareté et la particularité de ces situations, pas pu encore élaborer complètement une attitude systématique à avoir dans ces situations. Ils n'ont, de plus, pas identifié tous les outils médicaux ou non médicaux pour y faire face, tout en restant dans une attitude responsable et professionnelle. Encore sous l'ascendance de leurs propres projections, face à la violence du sujet et à la présence d'une maladie mentale, ces professionnels restent dans une prise en compte partielle du caractère individuel de la démarche.

Bien qu'étudiant l'expérience et le positionnement de professionnels de santé face un phénomène émergent, cette étude novatrice fait aussi ressortir les représentations communes et sociétales actuelles. Cela démontre que, bien qu'experts des maladies mentales, les psychiatres ne sont pas sans être influencés par ces représentations populaires : leur prise de position s'inscrit dans une dimension collective. Ainsi, la maladie mentale est souvent vue comme source systématique de vulnérabilité et comme moins pourvoyeuse de souffrance et d'altération de la qualité de vie que la maladie physique. Le suicide est, quant à lui, un phénomène qui est perçu sous le double prisme de la violence et du pathologique. Dans ce sens, il reste donc difficilement cautionnable. Enfin les dimensions collective et individuelle entrent en conflit dans la notion même de mort ou de suicide assisté, le suicide étant vu comme une démarche strictement individuelle, et l'assistance à la mort perçue comme intégrant le collectif.

Cette étude reflète donc la difficulté à intégrer l'individuel au collectif. Elle met aussi en lumière la place que la société accorde en tant qu'individu aux personnes porteuses d'une maladie psychiatrique : une place différente. Nous devons rester vigilants. La maladie mentale ne définit pas ces personnes. Ces personnes restent des êtres à part entière. Seuls l'échange, la discussion, et

l’exploration plus approfondie de ce sujet entre professionnels et non professionnels nous permettront d’avancer avec les évolutions de notre société, dans le respect de la place de chacun.

Liste des principales abréviations

ADMD : Association pour le Droit à mourir dans la dignité

AVC : Accident vasculaire cérébral

CFCEE : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

ECT : Electroconvulsivothérapie

ESPT : État de stress post-traumatique

OMS : Organisation mondiale de la santé

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SLA : Sclérose latérale amyotrophique (autrement appelée Maladie de Charcot)

Bibliographie

1. Définitions : suicide - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75284

2. Moron P. Le suicide: « Que sais-je » n° 1569. Paris: Presses universitaires de France; 2006.

3. Hewitt J. Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate? International Journal of Law and Psychiatry. sept 2013;36(5-6):358-65.

4. Marzano M. L'éthique appliquée. Chapitre III : Faire vivre et laisser mourir : mort, suicide et euthanasie. p 41-59. Paris: Presses universitaires de France; 2008.

5. Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2010.

6. Camus V, Dubois-Carmagnat F, Péru N, Suzanne I, Fillatre M. De quelques questions éthiques posées par l'intentionnalité et les conduites suicidaires. Revue d'éthique et de théologie morale. 2008;n°248(1):59-78.

7. Cholbi M. Suicide: The Philosophical Dimensions. Broadview Press; 2011.

8. Suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport de l'Observatoire national du suicide, février 2016 [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.geps.asso.fr/recup.php?nom=ons2016_mel_010216.pdf

9. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. févr 1999;156(2):181-9.

10. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. Lancet Psychiatry. juin 2014;1(1):63-72.

11. Sudol K, Mann JJ. Biomarkers of Suicide Attempt Behavior: Towards a Biological Model of Risk. Curr Psychiatry Rep. juin 2017;19(6):31.

12. Fédération française de psychiatrie, ANAES. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaitre et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000, Texte de recommandations. [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf

13. Sanacora G, Frye MA, McDonald W, Mathew SJ, Turner MS, Schatzberg AF, et al. A Consensus Statement on the Use of Ketamine in the Treatment of Mood Disorders. JAMA Psychiatry. 1 avr 2017;74(4):399-405.

14. http://dispositifvigilans.org/ [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: http://dispositifvigilans.org/

15. Papageno P. Papageno Suicide [Internet]. Papageno Suicide. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://papageno-suicide.com/

16. DICOM_Anne.G, DICOM_Anne.G. État des lieux du suicide en France [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-

sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france

17. Ha C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. :9.

18. 13 ans après, les auteurs et l'éditeur de «Suicide, mode d'emploi» en procès [Internet]. Libération.fr. 1995 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://next.liberation.fr/culture/1995/02/16/13-ans-apres-les-auteurs-et-l-editeur-de-suicide-mode-d-emploi-en-proces_123067

19. Larousse É. Définitions : euthanasie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/euthanasie/31769

20. Aumonier N, Beignier B, Letellier P. L'euthanasie: « Que sais-je ? » n° 3595. Presses Universitaires de France; 2016. 114 p.

21. Sénat. Sénat - L'EUTHANASIE [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc49/lc49_mono.html

22. Serment d'Hippocrate. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Serment_d%27Hippocrate&oldid=158652035

23. Journal de l'ADMD n°143 [Internet]. 2018 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.admd.net/sites/default/files/2018-02/Journal%20n%C2%B0143.pdf

24. Massion J. L'exception euthanasique en droit belge. Louvain Médical. 2005;124(7):238-45.

25. The Minister of Justice, The Minister of Health, Welfare and Sports. The Dutch « Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act » , 28 November 2000. Official translation provided by the Dutch Department of Justice, http://www.justitie.nl (accessed: December 10, 2002);

26. Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? J Med Ethics. août 2015;41(8):592-8.

27. Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016). BMC Med Ethics. 5 mars 2018;19(1):17.

28. Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. JAMA Psychiatry. avr 2016;73(4):362-8.

29. RTE. Regional Euthanasia Review Committees RTE, Code of practice. 2015.

30. Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. N Engl J Med. 19 juin 1997;336(25):1795-801.

31. Ministère de la justice belge. Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002 et publiée au Moniteur belge le 22 juin 2002. sept 22, 2002.

32. Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie. Huitième rapport aux Chambres législatives, années 2016-2017. 2018.

33. Diesbach, Loze, Brochier, Monterp. Euthanasie : 10 ans d'application de la loi en Belgique [Internet]. Les dosseirs de L'institut européen de bioéthique; 2012 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/euthanasie-belgique-10-ans-de-depenalisation.pdf

34. Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie. Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015. 2016.

35. Belgique: 3 médecins aux assises pour euthanasie non conforme [Internet]. FIGARO. 2018 [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2018/11/23/97001-20181123FILWWW00267-belgique-3-medecins-renvoyes-aux-assises-pour-euthanasie-non-conforme.php

36. 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. 27 juill 2015;5(7):e007454.

37. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. BMC Psychiatry. 23 2017;17(1):203.

38. Belgique : vers un débat sur l'euthanasie des malades psychiatriques ? [Internet]. Institut Européen de Bioéthique - Bruxelles; 2017 [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20171214-vers-un-debat-euthanasie-souffrance-psych.pdf

39. Verhofstadt M, Thienpont L, Peters G-JY. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. Br J Psychiatry. oct 2017;211(4):238-45.

40. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, Mortier F, Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. BMJ. 5 oct 2010;341:c5174.

41. Classement des États d'Europe par taux de suicide [Internet]. Atlasocio.com. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: https://atlasocio.com/classements/societe/suicide/classement-etats-par-taux-de-suicide-europe.php

42. Vandenberghe J. Euthanasia in Patients with Intolerable Suffering Due to an Irremediable Psychiatric Illness: A Psychiatric Perspective. In: Jones DA, Gastmans C, MacKellar C, éditeurs. Euthanasia and Assisted Suicide [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2017 [cité 18 janv 2019]. p. 150-72. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781108182799%23CT-bp-10/type/book_part

43. Smets T, Bilsen J, Cohen J, Rurup ML, De Keyser E, Deliens L. The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. Health Policy. mai 2009;90(2-3):181-7.

44. Code Pénal Suisse, 21 décembre 1937.

45. ASSM. Attitude face à la fin de vie et à la mort. ASSM. 2018.

46. RTS.ch. Temps présent - - Dignitas, la mort sur ordonnance [Internet]. rts.ch. 2011 [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: http://pages.rts.ch/emissions/temps-present/sante/2867404--dignitas-la-mort-sur-ordonnance.html

47. Raggenbass R. L'aide au suicide n'est pas un droit humain. Bulletin des médecins suisses. 14 mars 2007;88(11):455-6.

48. Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C. Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. J Med Ethics. août 2015;41(8):611-7.

49. Office fédéral de la statistique. Statistique des causes de décès en 2014. Suicide assisté et suicide en Suisse. Confédération suisse, Département fédéral de l'intérieur; 2016.

50. Montariol D. L'assistance au suicide en Suisse. Médecine & Droit. juill 2008;2008(91):106-12.

51. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. - Legilux [Internet]. [cité 20 juill 2018]. Disponible sur: http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo

52. commission nationale de controle et d'évaluation. S'informer sur une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide Luxembourg [Internet]. [cité 30 juin 2018]. Disponible sur: https://guichet.public.lu/fr/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide.html

53. Législation sur l'euthanasie et le suicide assisté par pays. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=L%C3%A9gislation_sur_l%27euthanasie_et_le_suicide_assist%C3%A9_par_pays&oldid=157465855

54. Kim SYH, Conwell Y, Caine ED. Suicide and Physician-Assisted Death for Persons With Psychiatric Disorders: How Much Overlap? JAMA Psychiatry. 1 nov 2018;75(11):1099-100.

55. Provencher-Renaud G, Larivée S, Sénéchal C. L'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. 11 oct 2018 [cité 20 janv 2019]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718302622

56. 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. 19 févr 2019;19(1):74.

57. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.

58. Hirsch E, Cordier A, Froucht-Hirsch S. Fins de vie, éthique et société. 2016.

59. 80% des Français favorables à l'euthanasie [Internet]. [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2016/11/22/97001-20161122FILWWW00056-80-des-francais-favorables-a-l-euthanasie.php

60. CCNE. Etats généraux de la bioéthique, Rapport de synthèse. 2018.

61. CCNE. Avis 129 CCNE Résumé 25.09.2018. 2018.

62. Assemblée nationale. Propositions de loi - XVe législature - Assemblée nationale [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/liste/(type)/propositions-loi/(legis)/15

63. Sénat. Textes et rapports législatifs sur le thème : Questions sociales et santé [Internet]. [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: http://www.senat.fr/themes/dossiers-legislatifs-questions-sociales-et-sante.html#plus_anciens

64. Conseil national de l'ordre des médecins. Serment d'Hippocrate. 2012.

65. Article 38 - Soins aux mourants - accompagnement | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-38-soins-aux-mourants-euthanasie-262

66. Olié E. Regard de psychiatre sur l'euthanasie pour motif psychiatrique. CNIPSY. 2017;

67. Genest P, Chastang F, Camus V. Assistance médicale au suicide : la psychiatrie doit-elle prendre part au débat ? Débats, Psychiatrie et société; 2018 nov 29; Congrès Français de Psychiatrie, Nantes.

68. Van leuven F. L'euthanasie pour souffrance psychique. 2017; Congrès de l'encéphale 15e édition.

69. Euthanasie en Belgique : un recours pour les patients français ? [Internet]. France Bleu. 2017 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/euthanasie-en-belgique-le-recours-pour-les-patients-francais-1507284876

70. Euthanasie : «J'ai euthanasié quatre Français cette année», raconte un généraliste belge [Internet]. leparisien.fr. 2017 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: http://www.leparisien.fr/societe/euthanasie-j-ai-euthanasie-quatre-francais-cette-annee-raconte-un-generaliste-belge-03-10-2017-7303929.php

71. France 5. Le monde en face - Fin de vie : comment mourir dans la dignite ? [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=fFamcKzoZGo

72. Jovelet G. Les conditions de la psychiatrie publique. L'information psychiatrique. 2011;Volume 87(10):769-79.

73. Jentz EB, III, Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2012.

74. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

75. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016.

76. Deschepper R, Distelmans W, Bilsen J. Requests for euthanasia/physician-assisted suicide on the basis of mental suffering: vulnerable patients or vulnerable physicians? JAMA Psychiatry. juin 2014;71(6):617-8.

77. Pignon B, Rolland B, Jonas C, Vaiva G. Place de la psychiatrie dans le suicide médicalement assisté. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. oct 2014;62(5):279-80.

78. Owen GS, Richardson G, David AS, Szmukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. BMJ. 30 juin 2008;337:a448.

79. Frati P, Gulino M, Mancarella P, Cecchi R, Ferracuti S. Assisted suicide in the care of mentally ill patients: the Lucio Magri's case. J Forensic Leg Med. janv 2014;21:26-30.

80. Raggenbass R. La psychiatrie forensique les «nouveaux experts» au droit de mourir sain suicidé par un médecin? Bulletin des médecins suisses. 8 août 2007;88(32):1289-1289.

81. 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. août 2012;53(4):319-26.

82. Hoff P. Le désir de suicide exprimé par des patients souffrant d'une maladie psychique: un symptôme ou une décision autonome? Bulletin des médecins suisses. 6 juin 2012;93(23):852-3.

83. Chastang F, Omnès C, Védrinne J, Walter M. Fins de vie médicalisées : quelles positions pour le psychiatre ? [Internet]. ERES; 2016 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cairn.info/fins-de-vie-ethique-et-societe--9782749251905-page-712.htm

84. Aviv R. Who Has the Right to a Dignified Death? The New Yorker [Internet]. 22 juin 2015 [cité 30 janv 2019]; Disponible sur: https://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment

85. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 2016.

86. Santiago Delefosse M, Carral M del R. Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé. Malakoff: Dunod; 2017.

87. Viader F, Mondou A, Desgranges B, Carluer L. Troubles cognitifs et SLA. Au-delà de l'atteinte motrice. La Presse Médicale. mai 2014;43(5):587-94.

88. Sclérose latérale amyotrophique (SLA) / maladie de Charcot | Inserm - La science pour la santé [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/sclerose-laterale-amyotrophique-sla-maladie-charcot

89. RESERVES IU--TD. Orphanet: Locked in syndrome [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=751&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Locked-in-syndrome&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Locked-in-syndrome&title=Locked-in%20syndrome&search=Disease_Search_Simple

90. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. /data/revues/17790123/v15i157/S1779012314004331/ [Internet]. 9 janv 2015 [cité 29 mai 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/949716

91. Weber M, Freund J, Aron R. Le savant et le politique. Paris: 10-18; 2006.

92. Kant E. Fondement de la métaphysique des mœurs.

93. L'Ethique de responsabilité, un piège ? [Internet]. Objection ! 2013 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: http://www.objectiondelaconscience.org/lethique-de-responsabilite-un-piege/

94. Jaffro L. Habermas et le sujet de la discussion. Cites. 2001;n° 5(1):71-85.

95. Golse B. De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). Le Carnet PSY. 2006;n° 109(5):25-9.

96. Bertucci M-M. La notion de sujet. Le francais aujourd'hui. 2007;n° 157(2):11-8.

97. Block SD, Billings JA. Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness. The role of the psychiatrist. Psychosomatics. oct 1995;36(5):445-57.

98. Bidaud-Petitbon E. La démocratie sanitaire : un concept juridique ambigu ? [Internet] [thesis]. Nantes; 2009 [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: http://www.theses.fr/2009NANT4002

99. Tregouet S. Pour une clinique du soin en psychiatrie. L'histoire de Guillaume, une personne hors sujet. VST - Vie sociale et traitements. 2009;n° 104(4):94-8.

100. Rouillard S. Soigner en psychiatrie. Conjuguer, au quotidien, vulnérabilité et autonomie [Internet]. ERES; 2010 [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/traite-de-bioethique-3--9782749213071-page-153.htm

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

102. Sheehan K, Gaind KS, Downar J. Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness. Curr Opin Psychiatry. janv 2017;30(1):26-30.

103. La mort assistée en arguments [Internet]. Genève: Georg; 2007 [cité 28 mai 2019]. 419 p. (Bondolfi A. Controverses en éthique). Disponible sur: http://data.rero.ch/01-R004519007/html?view=IF_V1

104. Tuffrey-Wijne. The Appelbaum Criteria for assessing mental capacity, Additional file 2 from « Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016) ». BMC medical ethics; 2018.

105. Price A. Mental capacity as a safeguard in assisted dying: clarity is needed. BMJ. 19 août 2015;351:h4461.

106. Gilloots E. Souffrance et douleur. Gestalt. 1 juill 2006;no 30(1):23-32.

107. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, van Weel C. « Unbearable suffering »: a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. J Med Ethics. déc 2011;37(12):727-34.

108. Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E, Tomamichel M, et al. Hopelessness and related variables among cancer patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). Psychosomatics. juin 2010;51(3):201-7.

109. Infrarouge. Quand un homme demande à mourir - INFRAROUGE [Internet]. [cité 29 janv 2019]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=rPdlPDT1Pp0

110. Pringuey D, Papetti F, Cherikh F, Tible O. Vulnérabilité et trouble mental. Vie sociale. 2009;N° 1(1):93-101.

111. La Balme D. La mort, le sens, l'existence: thèmes et sujets. 1re éd. Paris: Presses Universitaires de France; 1997. 124 p. (Major bac).

112. Hara-kiri. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hara-kiri&oldid=159658373

113. Suicide. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Suicide&oldid=159535310

Table des tableaux

Tableau 1 : Organisation des résultats en axes thématiques, thèmes et sous-thèmes 47

Tableau 2 : Caractéristiques des patients dans les 8 situations décrites par les psychiatres..... 50

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur de ce mémoire déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexes

Annexe 1 : E-mail type de recrutement

Objet : Recherche en éthique suicide assisté en psychiatrie – Appel à participation

Bonjour,

Interne en 7e semestre de psychiatrie, je réalise un travail de recherche dans le cadre d'un Master 2 d'éthique médicale et de bioéthique (Université Paris Descartes) qui porte sur l'expérience et le vécu des psychiatres français face à une démarche de suicide assisté à l'étranger d'un de leur patient pour motif de trouble mental.

Je suis à la recherche de participants à des entretiens semi dirigés en face à face sur le sujet, qui se dérouleront entre janvier et mars 2019. Il faut être psychiatre thésé, et avoir déjà rencontré un patient réalisant (ou souhaitant réaliser) une démarche de suicide assisté à l'étranger (Suisse, Belgique…) pour motif de trouble mental. Le chercheur ferait le déplacement vers les participants.

Si vous êtes intéressés, merci de me répondre par e-mail **[données personnelles retirées**], et de me laisser vos coordonnées pour que je puisse vous recontacter.

En vous remerciant par avance pour vos réponses,
Cordialement,

Lucie Gallé
Interne en médecine, DES de psychiatrie.
Master 2 d'éthique médicale et de bioéthique, Université Paris Descartes.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Présentation brève de l'investigateur :

« Bonjour. Tout d'abord merci d'avoir accepté de participer à cette recherche. Je me représente rapidement. Je suis Lucie Gallé interne en psychiatrie et étudiante en Master d'éthique médicale ».

Rappel de la question de recherche et des objectifs :

« Je vous rappelle l'objet principal de la recherche qui est l'étude de l'expérience des psychiatres français et l'exploration de leur positionnement face à un patient se présentant dans un contexte de trouble mental et de démarche pour un suicide assisté à l'étranger ».

Rappel des principes de l'anonymisation et de l'enregistrement :

« Je vous rappelle que cet entretien est enregistré de manière anonyme, qu'il sera intégralement retranscrit puis détruit. Vous pouvez-vous opposer à tout moment à la poursuite de votre participation sans justification. »

Explication du déroulé de l'entretien :

« L'entretien se passe en deux temps, une première partie qui porte plus sur votre expérience et une seconde où je vais vous poser des questions d'ordre général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. L'idée est que ça soit surtout vous qui parliez et que moi j'intervienne le moins possible. »

1ère partie

- Pourriez-vous me raconter la situation (ou une des situations) à laquelle vous avez été confronté ?
- Comment avez-vous réagi ? Vous êtes-vous senti mal à l'aise ?
- Qu'avez-vous fait ? Cela vous a-t 'il posé un problème ?

2e partie

- Pour vous, est-ce qu'on pourrait distingue et si oui qu'est-ce qui pourrait distinguer une suicide « spontané » d'un suicide assisté ?
- Voyez-vous des différences entre des situation de demande de mort assisté dans des contextes de maladie organique pure et dans des contextes de maladie mentale ?
- Est-ce qu'il vous paraitrait envisageable ou non de définir des circonstances dans lesquelles on parlerait d'acharnement thérapeutique (ou d'obstination déraisonnable) pour des situations de soins psychiatriques ?
- La loi Clayes Leonetti encadre la possibilité d'une sédation profonde et continue pour les cas de souffrance réfractaire dans des cas de maladies organiques au stade terminale. Cela vous paraitrait-il envisageable dans certains cas de souffrance psychique réfractaire ?
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement à la participation à la recherche

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet : *Les psychiatres français face à une démarche de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble mental : place, positionnements et pratiques professionnelles.*

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de médecins psychiatres

Contextualisation :

Le suicide assisté et l'euthanasie sont légaux dans certains pays d'Europe (dont le Suisse et la Belgique) selon différentes modalités et accessibles pour un motif de souffrance psychique dans le cadre d'une maladie mentale en dehors d'une pathologie organique terminale ou incurable. En France, l'euthanasie et le suicide assisté sont illégaux et la sédation profonde et continue n'est possible que dans des cas de pathologies organiques incurables en phase terminale. Face à ces différents éléments, comment les psychiatres français se positionnent-ils face à un patient informant d'une démarche ou demandant un avis dans un contexte de demande de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble mental ?

Les objectifs de ce projet sont :

- ➔ D'explorer le vécu et l'expérience individuelle des psychiatres confrontés à une demande de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble psychiatrique.
- ➔ Confronter les entretiens des différents participants et les mettre en perspective pour aborder une compréhension du phénomène.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Lucie Gallé (investigateur) suivant vos disponibilités.
Il durera de 30 à 90 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre expérience professionnelle d'une telle situation.
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Lucie Gallé.

Les résultats seront utilisés dans le cadre d'un Master 2 d'éthique médicale et de bioéthique et d'une thèse de médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans un mémoire, une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)

Date_____

Nom_____

Signature (investigateur)

Date_____

Nom_____

Annexe 4 : Avis du Comité d'Éthique de la Recherche

CERAPHP.5

Comité d'éthique de la recherche AP-HP.5

IRB registration : #00011928

Présidente : Marie-France MAMZER-BRUNEEL

Vice-présidente : Anne-Sophie JANNOT

Membres : Maxime WACK, Brigitte SABATIER, Aziz ZAANAN, Nicolas PALLET, Charlotte NGO, Christian BALLOUARD, Stéphane DANNADIEU, Anne-Laure FERAL-PIERSSENS, Olivier PELLERIN, Nicolas GARCELON, Flore-Anne DE BAUDINIERE, Julie NEVANT, Antoine NEURAZ, Nicole KARAM, Cécile HANON, Marie-Caroline LAÏ

Secrétariat scientifique : Marie-Caroline LAÏ

Paris, le 19 février 2019

Réf. 2019-01-05

Le Comité a été saisi le 8 janvier 2019, d'une demande du Professeur Marie-France MAMZER concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

« Les psychiatres français face à une démarche de suicide assisté à l'étranger pour motif de trouble mental : place, positionnements et pratiques professionnelles ».

Investigateur principal : Professeur Marie-France MAMZER,
Centre universitaire des Saints-Pères
45 Rue des Saints-Pères, 75006 Paris.
Numéro de téléphone : 06 62 50 24 78

Ce projet a obtenu un avis éthique favorable de la part des membres du CERAPHP.5, lors de la réunion de l'IRB du 18 janvier 2019.

Dr Anne-Sophie JANNOT
Vice-présidente du CERAPHP.5

15 Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris
Courriel : contact.ceraphp5@listes.parisdescartes.fr

Annexe 5 : Partie du document d'information de Dignitas destiné au patient

Assistance au suicide en cas de troubles psychiques
Le tribunal fédéral Suisse a reconnu que le droit de l'être humain à déterminer la façon et le moment de mettre fin à sa vie constitue un droit fondamental, garanti selon la convention européenne des droits de l'homme. Par conséquent, les personnes présentant des troubles psychiques jouissent de ce droit comme toute autre personne, à condition qu'elles soient capables de discernement. La capacité de discernement doit être prouvée dans **une évaluation psychiatrique approfondie exposée par un médecin spécialiste en psychiatrie**. Cette évaluation doit montrer que la maladie mentale est **sévère, de longue durée et résistante au traitement**. Elle doit également montrer que le désir de mettre fin à ses jours repose sur **la décision autonome, bien pesée et durable, d'une personne capable de discernement.**

La clarification de la capacité de discernement est un **processus complexe**. Il ne faut pas seulement examiner le désir de mourir mais également les options pour l'avenir.

Expertise psychiatrique

S'il n'y a plus d'autres options pour vous que la demande d'un suicide assisté, n'arrêtez pas votre traitement actuel, mais demandez un psychiatre de faire une expertise concernant la capacité de discernement en ce qui concerne le désir de mourir. Pour une telle demande, il faut faire la distinction entre „le désir de mourir „qui est l'expression d'un trouble psychique qui doit être traité, et le" désir de mettre fin à ses jours" qui repose sur la décision autonome, bien pesée et durable d'une personne capable de discernement. Cela n'est ni illégal, ni non éthique. Mais il est essentiel de vérifier soigneusement la mentalité de votre médecin psychiatre avant de lui parler dans quel but vous désirez avoir une expertise psychiatrique approfondie.

4) *** une **évaluation psychiatrique approfondie** exposée par un médecin spécialiste en psychiatrie. En outre, cette expertise doit comprendre que vous avez la capacité de discernement en ce qui concerne votre désir de mourir et que vous êtes capable de prendre des décisions existentielles concernant votre vie et votre avenir. L'évaluation doit donc montrer que votre désir de mourir n'est pas l'expression d'un trouble psychique qui doit être traité mais un désir qui repose sur la décision autonome, bien pesée et durable d'une personne capable de discernement.

Sans cette **documentation complète** et **détaillée** il nous ne sera pas possible de vous faire bénéficier d'un accompagnement à la mort volontaire.

Dès que Dignitas recevrait l'évaluation psychiatrique approfondie, il nous est possible de réévaluer votre demande. Malgré que, pour l'instant, il n'y a pas de psychiatre francophone qui collabore avec Dignitas et qui pourrait examiner votre cas et accorder « le feu vert provisoire », nous vous prions quand même de nous faire parvenir l'évaluation psychiatrique approfondie en langue Français. Comme ça il nous est ainsi possible de vous laisser savoir si l'évaluation peut finaliser votre dossier du point de vue médical, avant de la faire traduire en Anglais ou en Allemand. [redacted]

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter. [redacted]

Veuillez agréer nos salutations les meilleures
DIGNITAS
Vivre dignement - mourir dignement

Ou trouver un psychiatre pour mon expertise psychiatrique?

- Cette expertise sera faite par préférence par un autre psychiatre qui vous n'a pas encore traité. Idéalement il s'agit d'un psychiatre qui suit la méthode analytique.
- Lancez une recherche sur Internet avec le mot clé „expert psychiatre"
- Consultez les auteurs de la littérature psychiatrique: Souvent il s'agit des experts psychiatre
- [redacted]

Comment éviter le refus du psychiatre pour faire une expertise?

- Ne semblez pas désespéré
- Mettez la priorité sur le bilan personnel et non sur le désir de mourir
- Choisissez un expert psychiatre plutôt qu'un thérapeute
- Vérifiez soigneusement la mentalité de votre médecin psychiatre avant de lui parler dans quel but vous désirez avoir une expertise psychiatrique approfondie.