#### **Pauline Boudin**

# « Le psychiatre et l'assistance médicale au suicide : enjeux pour la pratique »



*La mort de Socrate*, Jacques Louis David, 1787, Metropolitan Museum of Art, New York

Sous la direction du Docteur Philippe Genest

### TABLE DES MATIERES:

Résumé	3
Introduction	4
I - Généralités sur l'assistance médicale au suicide	7
1- Evolution de l'acceptation du suicide dans l'histoire	7
2 - La législation en France et à l'étranger	10
3 - Des positions qui font débats : les points de vues politiques, sociétaux et religieux	18
II - Les enjeux de l'assistance médicale au suicide	24
1 - Le médecin et la vie	24
2 - Le psychiatre face à l'état suicidaire	25
3 - Changement de paradigme : peut-on parler d'état suicidaire non pathologique ?	27
III - L'assistance médicale au suicide et le positionnement du psychiatre : entre dema	nde,
éthique et convictions	29
1 - Position du psychiatre face à la demande du patient	29
2 - Le psychiatre : un rôle actif dans le processus décisionnel	32
3 - Morale et conscience du psychiatre : le psychiatre peut-il être objecteur de conscience 33	ce?
Conclusion	37
Bibliographie	39

#### **Résumé**

Un médecin peut-il, de façon éthique et déontologique, prescrire ou donner son aval pour la prescription d'une substance qui va entrainer la mort ? Cette question est induite par les nombreux débats qui secouent la société française quand à la question de la fin de vie. Ces débats sont souvent vifs, portés par des cas médiatiques forts en charge émotionnelle, en particulier en ce qui concerne l'assistance médicale au suicide. L'assistance médicale au suicide correspond à l'acte précédant le suicide, dont le geste final est fait, en état de conscience, par celui qui choisit de mourir. Cette assistance peut être la prescription ou la délivrance d'un produit létal, comme l'accompagnement dans la préparation du geste suicidaire. Le médecin peut-il prendre part à cette assistance, peut-il fournir ou prescrire une substance létale ? Cela peut-il correspondre à sa fonction ? Face à la demande de l'opinion publique, le législateur se voit obligé de faire évoluer la loi Léonneti de 2005 encadrant la fin de vie. Une proposition doit d'ailleurs être examinée en mars 2015, à propos de la sédation profonde et continue et des directives anticipées. Dans cette perspective, légiférer pour autoriser l'assistance médicale au suicide, légale en Suisse et aux Pays-Bas, devient un thème récurrent. Les législations des pays voisins ne sont en aucun transposables en France, et celle-ci doit réfléchir, débattre sur le sujet afin de répondre aux attentes de sa société, mais aussi à celles du corps médical. En effet, le questionnement relatif à l'assistance médicale au suicide ne peut se faire sans le médecin qui se retrouve acteur de cette décision. Plus précisément le psychiatre peut, et doit, avoir un rôle bien défini, se poser en évaluateur face à une demande d'assistance au suicide : il est, par définition, dans le corps médical, celui pour qui le suicide est un objet d'étude ou de combat. Ce mémoire s'attache à montrer que l'assistance médicale au suicide implique la création d'un nouveau paradigme pour le psychiatre. Il s'agirait pour lui de définir un nouvel état suicidaire non pathologique dénué de troubles psychiatriques comme de troubles du jugement, alors même que la lutte contre le suicide demeure son principal cheval de bataille. Il s'agirait aussi pour lui de définir son rôle dans le processus décisionnel de l'assistance médicale au suicide.

Introduction

La multiplication des documentaires, des reportages, des films<sup>1</sup> ayant pour thème

l'assistance médicale au suicide et leur large audience, révèlent l'importance du débat que cette

question soulève. La mort dérange, fait peur. Nombreux sont les historiens et anthropologues qui

ont pu mettre en évidence le renversement de ce que la mort peut nous évoquer. Avant, le mourant,

le défunt, avaient une place de choix, on partageait une certaine proximité avec la mort. Cela peut

s'expliquer de plusieurs façons, l'espérance de vie plus courte, jusqu'au XVIIIème siècle 50% des

enfants n'atteignent pas l'âge de 20 ans, mais également la prévalence des maladies, les guerres, la

médecine moins efficace. La mort est alors banale, fréquente, mais aussi plus visible, ce qui la rend

plus familière. Jadis, il n'y avait pas de lieu spécifique pour mourir, on mourrait souvent au

domicile, en famille. Aujourd'hui, les progrès de la médecine, le recul des guerres et des maladies,

font que la mort se raréfie. Même le deuil est allégé. L'incinération et sa rapidité est souvent

préférée au cimetière et à la permanence de la tombe. La Mort advient désormais dans des lieux

définis, souvent l'hôpital, l'individu y est souvent isolé, écarté de la société (La Marne, 2005).

Le rapport à la maladie a également changé. Le patient est mieux informé, la médecine est

beaucoup plus médiatisée, vulgarisée, ce qui contraste avec l'attitude paternaliste qui prévalait. Le

médecin pouvait mentir au patient au sujet de son état de mourant : « Ce mensonge, admis on ne

sait pourquoi par tous, qu'il n'était pas malade et non pas mourant, et qu'il n'avait qu'à rester

calme (...). Il souffrait de ce qu'on mentît en l'obligeant à prendre part à cette tromperie » (Tolstoï,

La mort d'Ivan Illitch, 1886).

Cette meilleure connaissance de la médecine de la part des individus s'accompagne d'une

peur de mal mourir. La douleur devient comme un interdit social, inacceptable, et à raison. La

déchéance devient intolérable, la perte d'autonomie fait peur. A cela s'ajoute les progrès de la

médecine, des progrès en matière de performance, de techniques mais également des progrès de

prises en charge, notamment dans le cas des fins de vie : le soin curatif à tout prix laisse peu à peu

place à une interdiction de l'obstination déraisonnable. La liberté du malade devient fondamentale

et le respect de sa vie ne signifie plus sa prolongation au prix de tous les excès.

Ce mémoire s'attachera à l'assistance médicale au suicide. L'assistance médicale au suicide

est un acte précédant le suicide, validé et assisté par une équipe médicale (médecins, pharmaciens,

infirmiers) dont le geste final — suicide — est fait, en état de conscience, par celui qui choisit de

<sup>1</sup> Quelques exemples:

Drame: Quelques heures de printemps, Stéphane Brizé, 2012

mourir. Il s'agit de délivrer, de prescrire un médicament létal, d'aider à préparer le geste suicidaire. L'euthanasie, autre manière d'aborder la fin de vie, sera exclue de la réflexion même si pour les besoins de l'argumentation elle sera évoquée. L'euthanasie, elle, se définit comme le fait de donner intentionnellement la mort à une personne pour lui éviter des souffrances vaines. Il s'agit d'un geste intentionnel car consciemment choisi, et organisé car préparé et mis en oeuvre (La Marne, 2005). L'euthanasie est définie ainsi : « usage de procédés qui permettent d'anticiper ou de provoquer la mort, pour abréger l'agonie d'un malade incurable ou lui épargner des souffrances extrêmes »². Le suicide médicalement assisté et l'euthanasie sont donc deux actes différents par le geste mais ils convoquent tous les deux un même principe : le principe d'autonomie du sujet.

Il existe peu de données sur le suicide médicalement assisté, peu de statistiques sont faites compte tenu de l'illégalité. Pourtant la pratique de l'euthanasie s'est répandue depuis les années 1980 malgré l'absence de législation. Ces questions de la fin de vie sont pourtant au coeur des pratiques médicales. En effet, déjà en 1995 une étude de D. Peillon mettait en évidence que 26% d'anesthésistes-réanimateurs sur un échantillon de 140 médecins travaillant dans des services de réanimations de Centres Hospitalo-Universitaires répondent positivement à la question « vous arrive-t-il de provoquer le décès de patients par injection de médicament ? ». Ces questions sur la fin de vie amènent plusieurs paradoxes, la population française y est plutôt favorable mais connaît très peu les lois déjà existantes, notamment la loi Léonetti. Les cas médiatiques entretenant le débat sont la plupart du temps forts en charges émotionnelles et mettent en exergue cette liberté de choisir sa mort pour celui qui souffre en regard de la compassion extérieure. Dans la plupart de ces cas, les dispositifs existants comme la sédation prolongée et continue apparaissent insuffisants.

La fin de vie en France est dominée par la mise en place et l'essor des soins palliatifs. Il s'agit de soins actifs, nécessitant compétences techniques et scientifiques, ayant pour but d'accompagner vers la mort en luttant contre les douleurs, en contrôlant tous symptômes sources d'inconfort, « tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire » (Cicely Saunders³). La loi définie également la possibilité pour le patient de rédiger des directives anticipées afin de décider, lorsqu'il n'en sera plus capable, ce qui est le mieux pour lui en fin de vie. Il est également possible pour les médecins d'administrer des analgésiques à doses progressives, susceptibles d'accélérer la mort, il s'agit du « double effet », mais également de pouvoir arrêter des dispositifs de survie artificielle. Le renoncement à l'obstination déraisonnable est permis d'après le code de déontologie

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Dictionnaire de la Langue Française, Robert

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Fondatrice du St Christopher's hospice à Londres et mère des soins palliatifs

médicale, « en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toutes obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ».

La mission fondamentale du médecin peut se voir ainsi : préserver la santé, le bien-être, la sociabilité des patients. « Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux » (Serment d'Hippocrate). Le serment précise que le médecin ne peut provoquer la mort, mais jamais le mot « vie » n'apparait. L'objectif du médecin est bien de préserver la santé et le bien-être et pas seulement la vie.

Le cas de l'assistance médicale au suicide pose problème pour la médecine, mais d'autant plus pour le psychiatre. Comment l'accepter en tant que psychiatre alors même qu'il s'agit de ce contre quoi il se bat tous les jours dans sa pratique quotidienne ? L'autorisation du suicide médicalement assisté changerait nos pratiques, son autorisation créant de fait un état suicidaire non pathologique. Ne s'agirait-il donc pas de la naissance d'un nouveau paradigme ?

Dans un premier temps, il sera question du suicide et de son acceptation, des législations qui autorisent ou restreignent la pratique de l'assistance médicale au suicide, ainsi que du débat de la société, débat politique et religieux. Puis les enjeux de l'assistance médicale au suicide seront étudiés à travers les liens entre médecin et vie, entre psychiatre et suicide, pour finir par nous interroger sur le changement de paradigme que cela implique. Finalement, il sera question du positionnement du psychiatre face à l'assistance médicale au suicide, à travers la demande du patient, la prise de décision, et sa morale propre.

#### I - Généralités sur l'assistance médicale au suicide

#### 1- Evolution de l'acceptation du suicide dans l'histoire

Le suicide et son acceptation ont évolué à travers les âges. Dans l'Antiquité, la mort volontaire par suicide est considérée comme une marque de noblesse, de sagesse. Pour Platon, l'homme peut avoir recourt au suicide lorsque qu'il subit « les souffrances aiguës d'un mal accidentel à l'assaut duquel il ne peut échapper » (Platon, Les Lois, IX, 873c, 1950, Gallimard « Pléiades », t. II, p.986-987). Il est particulièrement influencé par Socrate, qui accepte de se suicider au nom d'un principe supérieur : la justice athénienne. Chez Cicéron le suicide paraît acceptable « pour l'homme chez qui l'emporte ou paraît devoir l'emporter le nombre de choses contraires », pour lui « le devoir est de quitter la vie » (Cicéron, Des termes extrêmes des biens et des maux, III, 18, Paris, Les Belles Lettres, 1989, t.II). Sénèque explique ainsi sa vision de la vie : « Cette vie, il ne faut pas chercher à la retenir, tu le sais : ce qui est bien, ce n'est pas de vivre mais de vivre bien. Voilà pourquoi le sage vivra autant qu'il le veut, non pas autant qu'il le peut (...) Il tient pour chose indifférente de se donner la mort ou de la recevoir, de mourir plus tôt ou plus tard ; l'affaire est de bien ou mal mourir. Or, bien mourir c'est se soustraire au danger de vivre mal » (Sénèque, Lettre à Lucillus, 70, 3, Paris, Les Belles Lettres, 1993). A cette époque, on pense à une vie après la mort.

Pendant les périodes médiévales et modernes le suicide est vigoureusement condamné dans la plupart des sociétés, en particulier en Europe et au Proche-Orient. La morale des mondes monothéistes impose cette interdiction ferme. Le suicide demeure toutefois acceptable dans la morale shintoïste<sup>4</sup>. Le suicide rituel — *seppuku*, suicide par éventration, souvent assisté pour éviter un cri déshonorant — y est acceptable dans des cas très spécifiques afin de racheter un honneur perdu. Il n'est pratiqué sous sa forme rituelle que par les élites militaires et est par conséquent un acte exceptionnel. En Europe, ni les humanistes ni les Lumières ne reviennent sur le suicide qui reste fermement condamné.

La Révolution Française marque le début de l'affirmation de la vision de l'homme comme un individu libre, non soumis à la loi de Dieu. Cependant, il faut attendre la dépénalisation du suicide par Napoléon I<sup>er</sup> en 1810<sup>5</sup> pour que le suicide ne soit plus considéré comme un crime. Il reste cependant moralement condamné et est « *refoulé parmi la masse des interdits implicites et* 

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Pingue M, *La mort volontaire au Japon*, Gallimard, 1991

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Campéon A « De l'histoire de la prévention du suicide en France », Actualité et dossier en santé publique n°45, Documentation Française, décembre 2003

contre-nature ». Le XIXème siècle demeure dans une position ambigüe. Dans humain trop humains, publié en 1878, Nietzsche présente le suicide<sup>6</sup> comme un acte respectable. Cette vision demeure la position anticléricale d'un philosophe athée puisqu'il condamne également le suicide comme un acte lié à la lourdeur d'esprit<sup>7</sup>, insistant sur la menace nihiliste qui pèse encas d banalisation de l'acte.

Mais il faut vraiment attendre Durkheim en 1897 pour avoir une première explication sociologique du suicide et repenser la question sur des bases scientifiques. On s'interroge désormais davantage sur la nature psychologique et sociale du suicide plutôt que sur sa nature morale ou immorale.<sup>8</sup>

Aujourd'hui le suicide demeure un dilemme moral entre croyants et athées. En effet, la philosophie athée détache la pensée religieuse du suicide, pour le rendre acceptable. On peut ainsi citer Michel Onfray, philosophe aux positions médiatiques :

« Se tuer pour ne pas mourir complètement, du moins pour périr vivant, debout, décidé, en s'appropriant ce qui nous échappe mais qu'on peut, dès lors, dans un jeu étroit, revendiquer pour entamer la part de nécessité qui nous déborde. La mort me veut ? Je veux la mort, voilà la seule façon de rester l'épicentre de soi-même, maître de son cap, acteur d'une pièce où l'ultime réplique, au moins, sera signée de son nom... ».9

Ainsi, un très rapide panorama des visions du suicide démontre que cette vision du suicide est liée à des contextes culturels et moraux. De nombreux hommes célèbres se sont ainsi suicidés, seuls, sans intervention de quelques hommes de médecine et sans que cet acte ne soit condamné. On peut ainsi citer Socrate, Thémistocle, Lucrèce, ou Cléopâtre et nombre d'officiers japonais : ces actes glorieux n'étant pas liés à un contexte pathologique. En revanche, on peut penser le suicide pathologique comme un désespoir. Il n'y a pas d'autres choix, ce n'est pas une liberté, contrairement à une envie de mort survenant dans un processus de fin de vie et non influencée par une pathologie psychiatrie. « La liberté ne serait-elle pas d'avoir le choix et de pouvoir choisir en toute raison entre plusieurs possibilités, tel un pur esprit qui penserait le pour et le contre de la vie et pencherait pour la mort ? » (Paula La Marne, 2005).

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> « Abstraction faite des exigences qu'imposent la religion, il sera bien permis de se demander : pourquoi le fait d'attendre sa lente décrépitude jusqu'à la décomposition serait-il plus glorieux, pour un homme vieilli qui sent ses forces diminuer, que de se fixer lui-même un terme en pleine conscience ? Le suicide est dans ce cas un acte qui se présente tout naturellement et qui, étant une victoire de la raison, devrait en toute équité mériter le respect. »

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Nietzsche, Le Gai Savoir, 1882

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Campéon

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> M. Onfray, Fééries anatomiques, généalogie du corps faustien, 2004

Le terme d'euthanasie, est intéressant étymologiquement : euthanasie désigne un vécu, une bonne mort, une qualité des derniers instants vécus. *Euthanatéô* désigne le fait de mourir dignement, si nécessaire par suicide, mais n'a pas le sens restreint et moderne de « donner la mort » à autrui et par l'intermédiaire de moyens médicaux. L'euthanasie est donc une action ou une omission dont l'intention première vise la mort d'un malade pour supprimer sa douleur. L'euthanasie est une mort imposée qui s'oppose à la mort naturelle (Aumonier et al, 2010).

L'assistance médicale au suicide est un terme beaucoup plus moderne, une conception qui voit le jour en Suisse au XXème siècle. En effet, à cette période une loi voit le jour suite à un fait divers. Un officier suisse a *« par amitié facilité le suicide d'un camarade perdu »* et sauvé ainsi son honneur. Cette loi fait suite à cela pour que l'officier en question ne soit pas sanctionné, elle n'autorise pas le suicide assisté pour autant mais ne sanctionne pas si cela a été fait sans mobile égoïste, nous reverrons cela par la suite. Le suicide assisté est donc un acte par lequel une personne se donne elle-même la mort à l'aide de moyens fournis par un tiers.

Le suicide en général, est une grande cause de mortalité en France, il y a environ 12000 suicides par an, ce qui représente plus de morts que les accidents de la route. Malgré cela, l'information sur le suicide, sa prévention, reste quasi inexistante et on en parle très peu. La notion de suicide assisté en France commence à être revendiquée de façon plus importante dans les années 1980, notamment avec la création d'associations telles que l'ADMD, l'Association pour le Droit de Mourir dans le Dignité, qui a pour devise « ne nous laissons pas voler notre ultime liberté ».

#### 2 - La législation en France et à l'étranger

Nous allons présenter les différentes législations existantes en Europe et aux Etats-Unis concernant le suicide assisté. La Belgique a dépénalisé ou légalisé l'euthanasie, la Suisse, les Etats de l'Oregon, de Washington et du Montana ont eux dépénalisé ou légalisé le suicide assisté, et enfin, les Pays-Bas et le Luxembourg ont eux légalisé ou dépénalisé l'euthanasie ainsi que le suicide assisté.



#### a - Le droit français face à l'assistance médicale au suicide

Concernant le suicide dans son sens général, celui-ci n'est pas un droit mais une liberté depuis 1791, chacun étant libre de disposer de sa vie et de son corps. Il n'existe pas d'incrimination du suicide dans le droit pénal français et l'aide au suicide n'est pas pénalisée non plus. Ce que le droit français punit se résume à :

- la provocation au suicide

- la non assistance à personne en danger
- l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse

L'incitation au suicide est punie depuis 1987 de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende, et jusqu'à cinq ans de prison et 75000 euros d'amende s'il s'agit de mineurs de moins de quinze ans. Cette incrimination a été créée dans le code pénal pour réprimer la provocation au suicide contenu dans un ouvrage intitulé Suicide mode d'emploi, de C. Guillon et Y. Le Bonniec, dorénavant interdit à la vente, où il était précisé de façon précise des moyens létaux. Cette loi interdit la provocation du suicide par « propagation, publicité sur des produits, des objets ou des méthodes » 10. L'intervention d'un tiers, elle, différencie du suicide la provocation au suicide. Si le tiers ne fait que fournir le moyen il ne peut pas être considéré comme la cause déterminante de l'acte ayant donné la mort. Le délit de provocation sanctionne la conduite d'un tiers qui affecte l'autonomie de la personne visée, en transformant par son action, ses pressions, son influence, une personne libre en victime. La réalité de la provocation doit être établie à partir de témoignages et de constations matérielles, ce lien de causalité peut donc être très difficile à faire (Leonetti,2010). La différence entre l'aide au suicide et la non-assistance à personne en danger peut sembler difficile également. La non-assistance à personne en danger est définie par l'article 223-6 du code pénal<sup>11</sup>. La troisième disposition du code pénal peut être évoquée dans le cas d'un suicide assisté est donc par la suite l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse de l'individu, défini par l'article 223-15-2 du code pénal<sup>12</sup>. Ces dispositions du droit français font de l'assistance médicale au suicide un délit.

En France, le Code Civil aussi punit le suicide car il est considéré comme un trouble social volontairement provoqué. Cela peut donc priver les ayant-droits du suicidé des mécanismes compensateurs de la mort tels que l'assurance vie ou les assurances sociales.

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup>loi du 31 décembre 1987 tendant à réprimer la provocation, la propagande et la publicité en faveur du suicide, nouveau code pénal art 223-13/223-15

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup>article 223-6 : « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance qui, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> article 223-15-2: « est puni de trois ans d'emprisonnement et 375000 euros d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation dd faiblesse, soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulier vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur, soit d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou réitérées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire ce mineur ou cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables. Lorsque l'infraction est commise par le dirigeant de fait ou de droit d'un groupement qui poursuit des activités ayant pour but ou pour effet de créer, de maintenir ou d'exploiter la sujétion psychologique ou physique des personnes qui participent à ces activités, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende. »

Concernant la fin de vie, ni l'euthanasie ni le suicide assisté ne sont autorisés en France. L'euthanasie est ainsi interdite dans le Code Civil. De plus, le Code de Déontologie Médicale, dans son article 38, précise : « le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. » Le Droit des malades, lui, marque son évolution par un passage de la relation de paternalisme à l'autonomie du patient avec son information éclairée et totale de plus en plus prégnante. Ainsi ces Droits des malades sont renforcés par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et par plusieurs articles<sup>13</sup> du Code de la Santé Publique.

La loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, est également un pilier important dans la législation de la fin de vie en France. Elle reconnait au patient un droit au refus de l'obstination déraisonnable, pour les actes apparaissant inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. Elle définit également une procédure collégiale d'arrêt des traitements. Elle reconnait au patient le droit de designer une personne de confiance dont l'avis, lorsque la personne qui l'a désignée est en fin de vie et inconsciente, prévaut sur tout autre avis médical à l'exclusion de directives anticipées. La rédaction de directives anticipées est donc possible, et correspond à des instructions écrites par une personne majeure et consciente, sur les conduites de limitation ou d'arrêt de traitements qu'elle souhaiterait voir respecter si elle se trouvait en fin de vie et dans l'impossibilité de s'exprimer. Ces directives doivent être établies moins de 3 ans avant la perte de conscience. Enfin, cette loi impose également des obligations de soins palliatifs aux établissements de santé en France. Ainsi, le médecin n'est plus seul responsable de la décision médicale, le patient devient un véritable acteur de sa prise en charge.

#### b - Les pays du Bénélux, premiers législateurs sur l'assistance au suicide

Aux Pays-Bas, euthanasie et suicide assisté existent depuis 2001. Il s'agit du premier pays au monde a avoir dépénalisé, puis légalisé, l'euthanasie active, par administration d'un médicament provoquant la mort, et le suicide assisté, par le biais d'une loi datant de 2001. Dès 1994, par la voie de la jurisprudence, un médecin pouvait assister un malade dans sa mort s'il répondait à des critères de minutie. Le contexte social et administratif du pays en font une exception et une singularité par rapport à la France. Ces avancées ne sont donc pas comparables par rapport à ce qu'il se passe en France. Le médecin est au centre de ce processus, il s'agit d'ailleurs généralement du médecin de

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> L. 1110-5, L. 1111-4, L. 1111-10, L. 1111-11, L. 1111-12, L. 1111-13

famille. Il doit avoir la conviction qu'il n'existe pas d'autre solution raisonnable pour le patient et la souffrance doit être *« insupportable et sans perspective d'amélioration »*, due à une maladie diagnostiquée comme incurable. L'avis d'un second médecin est nécessaire. Des déclarations anticipées sont prévues pour le cas où le patient ne serait pas en état d'exprimer sa volonté. Les Pays-Bas, n'autorisent l'euthanasie que pour les jeunes de plus de 12 ans. De plus, des conditions bien spécifiques sont à respecter pour pratiquer une assistance médicale au suicide :

- être convaincu que la demande du patient est volontaire, réfléchie et réitérée
- être convaincu que la souffrance du patient est insupportable et sans issue
- avoir informé le patient sur son état actuel et sur le pronostic
- être arrivé avec le patient à la conclusion qu'il n'y a pas d'autre solution acceptable
- avoir consulté au moins un autre médecin indépendant qui, après avoir examiné le patient, a émis un avis concernant le respect des critères de minutie
- avoir procédé à la fin de vie selon les critères médicaux puis le praticien doit notifier à l'officier de police municipale l'acte qu'il a accompli.
- rôle des commissions régionales, composées de médecins, juristes et de spécialistes en sciences éthiques, qui vont examiner chaque cas d'assistance au suicide. Elles ne communiquent le dossier à la justice que si elles estiment que les critères de minutie n'ont pas été respectés.

En Belgique, l'euthanasie a été légalisée, pour les majeurs, en septembre 2002, un an après les Pays-Bas. C'est également le premier pays du monde à la légaliser sans condition d'âge depuis janvier 2014. Il existe certaines conditions pour pouvoir bénéficier de cette euthanasie. Le patient doit être confronté à une « souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable », la maladie doit être sans issue, grave et incurable. Il doit également être « capable et conscient », formuler sa demande de façon « volontaire, réfléchie et répétée » et être libre de toute contrainte, elle ne doit pas résulter de pressions extérieures. Il peut exprimer ses volontés dans une « déclaration anticipée » valable cinq ans ou en faire la demande expresse s'il est en état de s'exprimer. Les mineurs, les enfants gravement malades, en phase terminale, affrontant « des souffrances physiques et insupportables » peuvent demander l'euthanasie à condition que leurs deux parents soient d'accord. Il faut également déterminer si la demande d'un patient est éclairée et s'il est « en capacité d'en apprécier toutes les conséquences ». Ce discernement du mineur doit être estimé au cas par cas par l'équipe médicale dont un psychiatre ou un psychologue indépendant. Le médecin doit informer le patient de son état et de son espérance de vie, évoquer avec lui les traitements envisageables, les possibilités de soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable. Un autre médecin doit être

consulté par le premier quant au caractère grave et incurable de l'affection. Ce second médecin doit être indépendant à l'égard du patient et du médecin traitant et compétent dans la pathologie concernée. Il existe également une commission de contrôle qui va recevoir les dossiers des patients euthanasiés. Ces dossiers, qui doivent être adressés dans les quatre jours qui suivent l'acte, incluent les conditions de celui-ci ainsi que la procédure suivie. Si au moins deux tiers des membres de la commission estiment qu'elles n'ont pas été respectées, elle adresse le dossier au procureur du Roi du lieu du décès.

Par ailleurs, il n'y a pas de législation en vigueur concernant le suicide assisté. Mais lorsque les conditions du droit à l'euthanasie sont remplies, l'assistance à l'auto-délivrance procurée par un médecin selon la procédure prévue pour l'euthanasie, est légale. La loi belge ne vise pas expressément le droit à l'aide au suicide mais peut donc le tolérer. L'ouverture de l'euthanasie enlève en effet le verrou de la non-assistance à personne en danger pour des raisons médicales spécifiques. Parallèlement, la loi du 14 juin 2002, relative aux soins palliatifs, défini un texte d'organisation des soins palliatifs en Belgique. La pratique des soins palliatifs peut se développer ainsi sans préjudicier au droit à l'euthanasie. Puis la loi du 22 août 2002, relative aux droits du patient, a affirmé et réglementé le droit à l'information et la liberté de consentir ou de refuser les soins.

Au Luxembourg, un texte légalisant l'euthanasie et le suicide assisté a été promulgué en mars 2009. Ce dispositif, interdit pour les mineurs, concerne les patients en situation médicale « sans issue ». Comme aux Pays-Bas et en Belgique, le médecin est placé au cœur du système et la situation médicale doit être sans amélioration possible. La demande doit se faire par écrit. Si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle peut le faire sous la forme d'une « disposition de fin de vie ».

#### c - Législation et organisation de l'assistance médicale au suicide : le médiatique cas de la Suisse

L'euthanasie est interdite en Suisse et l'assistance au suicide y est tolérée, si elle se fait pour des motifs « non égoïstes ». Contrairement aux autres pays européens reconnaissant une aide au suicide, la suisse ne limite pas cette assistance aux seuls médecins, il existe également des associations privées qui aident à sa mise en oeuvre (Montariol, 2008).

L'euthanasie active indirecte, le fait de donner des substances pour réduire la souffrance avec comme effet secondaire possible la mort, et l'euthanasie passive, interruption du dispositif médical de maintien en vie, sont autorisées.

L'assistance au suicide est organisée par des associations<sup>14</sup>, indépendantes du système de santé<sup>15</sup>, tandis que le médecin ne joue qu'un rôle très mineur. L'Académie suisse des sciences médicales considère que l'assistance au suicide n'est pas une activité médicale, il s'agit donc pour les suisses d'une assistance au suicide et non pas d'un suicide médicalement assisté. La loi n'autorise pas tel quel l'acte du suicide assisté. Une lecture détournée de cette loi le permet, à condition qu'elle ne soit pas réalisée « en fonction d'un mobile égoïste » comme nous l'avons vu précédemment. C'est l'article 115<sup>16</sup> du code pénal helvétique, voté en 1899, qui punit d'une peine de prison de cinq ans maximum ou d'une peine pécuniaire, « toute personne qui agit par mobile égoïste à inciter une personne au suicide ou lui aura prêté assistance en vue du suicide ». Le suicide assisté en tant que tel n'est donc pas répréhensible s'il obéit à un motif qui n'est pas égoïste. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), après avoir considéré en 1981 qu'une déclaration antérieure du patient ne lie pas le médecin, recommande en 1999 aux médecins de respecter les droits du patient, surtout le droit à l'autonomie. Elle précise que les directives anticipées du patient sont à considérer comme déterminantes tant que les données concrètes n'indiquent pas qu'elles ne correspondent plus à sa volonté. En 2001, le Conseil national suisse confirme par un vote que l'assistance au suicide est parfaitement possible, si celui qui la pratique n'a aucun mobile égoïste, et l'a décrit ainsi : le fait de mettre à disposition de la personne qui souhaite mourir les moyens lui permettant de se suicider sans violence.

En Suisse, les conditions pour pouvoir pratiquer l'assistance au suicide sont :

- le discernement, qui doit être évalué et recherché, mais le recours à un spécialiste n'est pas précisé
- la demande doit être sérieuse et répétée
- il doit s'agir d'une maladie incurable
- les souffrances psychiques et/ou physiques souvent être intolérables
- le pronostic de la maladie doit être fatal et/ou conduire à une invalidité importante

#### d - La législation britannique

Le Royaume-Uni n'a pas dépénalisé l'aide au suicide, mais une directive de 2010 du Crown Prosecution Service (Service des poursuites judiciaires de la Couronne) dépénalise une certaine

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> Il existe cinq associations en Suisse permettant la mise en oeuvre du suicide assisté :

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Exit Suisse Romande, Exit Deutsche Schweiz, Dignitas, Ex International et Life Circle

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> article 115 du Code Pénal Helvétique : « 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 5 ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».

forme d'aide au suicide. En effet, normalement l'aide au suicide est pénalisée de 14 ans d'emprisonnement mais cette directive précise que si la décision de suicide a été prise en toute indépendance, que la personne qui a apporté son aide n'y trouvait aucun intérêt et si elle a agit par compassion alors les poursuites judiciaires ne seront pas engagées. Il ne s'agit pas d'une dépénalisation ou d'une légalisation mais d'une certaine forme de tolérance. Il n'y a pas de précision concernant une assistance médicale spécifique surajoutée.

#### e - Le droit européen : une interdiction non subordonnante du Conseil de l'Europe

La recommandation 1418 du conseil de l'Europe du 25 juin 1999<sup>17</sup> rappelle que le droit à la vie est garanti par les états membres : « le désir exprimé par un malade incurable ou mourant de mourir ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers » et ne peut « en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entrainer la mort ». Le conseil de l'Europe encourage le traitement de la douleur et les soins palliatifs et appelle au respect de la dignité en interdisant l'acharnement thérapeutique.

Le 25 janvier 2012 note un tournant dans la prise en charge médicale des patients, notamment concernant leur fin de vie car le conseil de l'Europe adopte cette résolution : « protéger les droits humains et la dignité de la personne en tenant compte des souhaits précédemment exprimés par les patients ». Cette résolution rappelle tout de même l'interdiction de l'euthanasie : « l'euthanasie, dans le sens de l'usage de procédés par action ou omission permettant de provoquer intentionnellement la mort d'une personne dépendante dans l'intérêt allégué de celle ci, doit toujours être interdite ». Cette résolution ne s'impose pas comme une obligation légale pour les états membres mais a nécessairement une influence sur leurs processus de législation propres et sur la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme ne reconnait pas le suicide et l'aide au suicide comme des droits fondamentaux, au sens de la convention européenne des droits de l'homme. La Cour Européenne des Droits de l'Homme déclare que : « il n'existe aucun droit de mourir, que se soit avec l'assistance d'un tiers ou celle de l'Etat ; le droit à la vie ne comporte aucune liberté négative correspondante. Ainsi cela n'oblige en principe pas l'Etat à garantir l'impunité pénale pour l'aide au suicide ou à créer une base légale pour une autre forme d'aide au suicide ; l'Etat ne doit pas cautionner des actes visant à interrompre la vie ».

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants (conseil de l'Europe, assemblée parlementaire 1999)

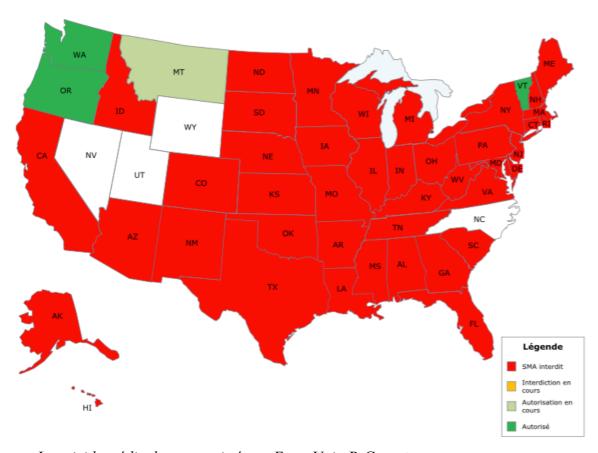
Il existe donc une grande discordance entre les lois des Etats ayant légalisé l'euthanasie et/ ou le suicide assisté et certains textes européens. Les textes précédemment cités émanant du Conseil de l'Europe sont des recommandations et n'ont pas de caractère subordonnant. Seule la Cour Européenne de Justice, qui veille au respect du droit de l'Union Européenne, a ce caractère subordonnant.

#### f - Les Etats-Unis : une importante variété de situations liée au fédéralisme

Plusieurs Etats ont dépénalisé le suicide médicalement assisté. Il s'agit de l'Oregon en 1997, de Washington en 2008, et du Montana en 2010. Ces dépénalisations on vu le jour par des voies de jurisprudence propres à chaque cour suprême de l'Etat en question. Il s'agit d'autoriser l'assistance médicale au suicide uniquement pour les patients en situation terminale. Il faut donc remplir plusieurs critères, comme nous l'avons vu dans les autres pays ayant dépénalisé le suicide assisté, notamment :

- un critère de diagnostic et pronostic : celui-ci doit être inférieur à 6 mois de vie
- cela doit être vérifié par deux médecins et ils doivent attester l'absence de trouble mental
- il faut pouvoir fournir une information au patient sur l'alternative notamment concernant l'existence de soins palliatifs
- le patient doit demander le suicide de vive voix, deux fois, et une fois par écrit au moins, et il doit s'écouler au moins quinze jours depuis la première demande et quarante-huit heures entre la demande écrite et la délivrance de l'ordonnance

La présence de la souffrance intolérable n'est pas exigée, comme cela peut être le cas dans d'autres pays. On peut noter également que parmi les patients ayant bénéficié de la prescription de substances euthanasiques, seulement 62% y ont eu recours. Ces états n'ont par ailleurs pas légalisé l'euthanasie.



Le suicide médicalement assisté aux Etats-Unis, P. Genest

On peut conclure de toutes ces situations, où l'assistance médicale au suicide est autorisée, qu'un nombre important de conditions doivent être remplies pour que celle-ci soit autorisée. Ces pays restent très minoritaires dans le monde.

#### 3 - Des positions qui font débats : les points de vues politiques, sociétaux et religieux

Les rapports au vivre et au mourir sont propres à chacun. Comment ne pas être dans le relativisme en décidant pour les individus ? Ces privilèges communs peuvent-ils être débattus collectivement ?

La position sur le suicide médicalement assisté mène à de nombreux débats. En effet, cela mêle des dimension intimes, relatives au corps, au moeurs, à la vie, à la mort, qui vont devoir se confronter aux dimensions politiques relatives elles aux cadres communs, législatifs, qui construisent les règles de la vie collective, notre capacité à faire la société (Veronique Guienne, 2010).

Dans les religions judéo-chrétiennes et musulmane, la vie est un don de Dieu, puisque celuici a créé l'homme à son image (Aumonier et al, 2010). Dans l'ensemble, les religions considèrent donc euthanasie et le suicide assisté comme des meurtres ou comme de fausses réponses à la souffrance de la mort.<sup>18</sup>

Dans le judaïsme, la vie humaine est également considérée comme sacrée, car il s'agit également d'un don de Dieu : « celui qui détruit une vie est comme s'il détruisait un monde entier » (Mitchna de Sanhédrin, 37a). Tout ce qui peut hater la mort est interdit, même si c'est par compassion. Par contre, intervenir sur un malade au risque d'abréger sa vie peut être licite si ce geste peut avoir une chance de le sauver, sauf s'il s'agit d'acharnement thérapeutique.

Pour les catholiques et les orthodoxes, la vie de chaque être humain est un bien sacré car à l'image de Dieu. Sur le site du Vatican nous pouvons d'ailleurs trouver un texte contre l'euthanasie, intitulé « le respect de la dignité de la personne mourante »<sup>19</sup>. La demande de mort serait plus interprétée comme une demande d'attention et d'intérêt de la part de l'entourage : « le malade qui se sent entouré d'une présence affectueuse, humaine et chrétienne, ne tombe pas dans la dépression et l'angoisse comme celui qui, au contraire, se sentant abandonné à son destin de souffrance et de mort, demande à en finir avec la vie ». Le principe d'autonomie du sujet n'est pas recevable pour les catholiques car « il a reçu la vie en don et ne peut donc pas être le maitre absolu ». L'euthanasie est considérée comme un meurtre, elle « constitue un meurtre gravement contraire à la dignité de la personne humaine »<sup>20</sup>. Ce qui doit influencer les décisions médicales à propos de la fin de vie est la recherche du bien être spirituel du malade pour que la séparation de l'âme et du corps se fasse dans la paix

Pour la religion musulmane, les grands principes de la loi coranique reprennent également ce que l'on vient de voir plus haut, notamment le respect et la dignité de la vie humaine, qui est un don de Dieu. Le crime, le suicide et l'euthanasie sont donc interdits. Le moment de la mort doit être choisi par Dieu exclusivement, personne n'a le droit de le devancer.

Les protestants, eux, sont pour une éthique de responsabilité, qui s'appuie sur des cas uniques et sur la dignité de chacun, car chacun est l'image unique de Dieu. Aucune loi ni aucune instance morale ne peut prétendre supprimer la responsabilité éthique du patient, des médecins et de

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> La religion shintoïste est un des rares à valoriser le suicide. Celui-ci permettant de racheter un honneur perdu.

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Académie pontificale pour la vie, <a href="http://www.vatican.va">http://www.vatican.va</a>

<sup>&</sup>lt;sup>20</sup> Déclaration sur l'euthanasie de la Congrégation pour la doctrine de la foi du 5 mai 1980

l'entourage en légalisant ou interdisant comme un meurtre la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté (Fédération protestante de France, Livre blanc de la commission d'éthique, 1991).

Dans le bouddhisme, il faut tout faire pour supprimer la souffrance sans pour autant accélérer la mort. En effet, cela implique la séparation du corps et de l'esprit. Pour les bouddhistes, la souffrance ne cesse pas à la mort du corps. Se suicider ou aider quelqu'un à le faire en croyant échapper à la souffrance n'a donc pas de sens. Il est alors important de mourir consciemment pour pouvoir se libérer de la souffrance en contrôlant la douleur sans engourdir la conscience. Ils sont plutôt en faveur du développement des soins palliatifs.

La controverse sur la fin de vie est également publique et politique. Cela se voit notamment par les nombreuses affaires médicales ayant soulevé ce débat. Par exemple, l'affaire Vincent Humbert<sup>21</sup> en 2003 a soulevé un très vif débat politique et sociétal. La mère de Vincent Humbert et le médecin ayant pratiqué une injection létale sur celui-ci sont acquittés. S'agit-il d'une banalisation du droit de tuer? D'un décision d'humanité? D'un acte médical courageux? Suite à cette affaire, une commission parlementaire est instaurée en octobre 2003 afin de faire un état des lieux des pratiques et du positionnement dans la vie politique française. Le rapporteur de cette commission concernant « les doits des malades et la fin de vie » est le député Jean Leonnetti. Voici un extrait de l'introduction de la commission qui permet de replacer le contexte:

« La mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie s'est attachée à identifier les attentes de notre société et à proposer des réponses a celles ci, adaptées à nos valeurs, à notre système juridique et à nos pratiques médicales. Les malades refusent la douleur, la souffrance et la déchéance. Ils refusent en même temps l'acharnement thérapeutique. ils redoutent une décision médicale prise à leur insu. les professionnels de santé demandent une clarification des termes et aspirent à une plus grande sécurité juridique. pour légiférer : le premier impératif est de respecter la dignité du patient en tenant compte de sa volonté, en l'accompagnant par des soins palliatifs et psychologiques. le deuxième impératif consiste à conférer un ancrage législatif aux conditions de limitation de traitement ». Il ne s'agit donc pas d'un engagement dans une reconnaissance officielle d'un droit à l'euthanasie.

<sup>&</sup>lt;sup>21</sup> Vincent Humbert, victime d'un accident de la voie publique en 2000, tétraplégique, aphasique, aveugle mais conscient, écrit une lettre en 2002 au Président de la République, Jacques Chirac, demandant le droit de mourir, lettre diffusée dans la presse. Refus de la part du président, en 2003, la mère injecte à son fils un dose de nesdonal qui le plonge en coma profond mais n'est pas suffisant à le tuer. Quelques jours plus tard le Dr Chausson pratique une injection de potassium IV et rend son geste public disant qu'il la fait en accord avec l'équipe soignante, puis une information judiciaire est enclenchée, la mère de Vincent Humbert est poursuivie pour « administration de substances toxiques » et le médecin pour « empoisonnement avec préméditation ».

Nous pouvons mettre en évidence un clivage politique sur ces questions d'euthanasie, de suicide assisté, et de droits des malades (Guienne, 2010). Ce clivage des moeurs, retrouvé au niveau politique, a été mis en évidence notamment dans une enquête européenne. On constate alors que le libéralisme des moeurs est en rapport avec l'orientation politique : plus son niveau est élevé, plus le positionnement à gauche est fréquent (Dagent, 2006). Il est inhérent à la dichotomie droite/gauche d'avoir une position politique de droite plus conservatrice que libertaire et une position de gauche attachée aux conquêtes sociales, à la défense des droits. Un parallèle peut ainsi être fait entre les positions des sénateurs de droite et de gauche lors de la mission parlementaire de 2003 sur la fin de vie. Le positionnement politique droite/gauche semble être un véritable biais sur la prise de position.

D'après le rapport parlementaire, pour les sénateurs de droite il s'agit d'un conflit entre un « droit à la vie » et un « droit de disposer de son corps ». Leur réponse serait de s'en remettre aux médecins, faire confiance à leur sens moral, il s'agit donc d'une affirmation du principe « ne pas substituer la loi à la morale ». Si on doit légiférer se serait pour protéger au mieux les médecins de l'exercice de leurs pratiques morales et mettre en garde sur les points de vue des patients, des proches et de l'opinion publique en général. Pour les sénateurs de droite, il est également mis en évidence des craintes quant aux possibles dérives, par exemple le « jeunisme », on ne peut pas faire confiance à une société pour qui il existe un « idéal totalitaire du corps parfait ». L'argumentation religieuse fait aussi surface, ainsi « le délabrement du corps et la dégradation mentale n'empêchent pas la dignité », « la mort est un destin, il est présomptueux de légiférer sur l'heure de notre mort », « suivre l'exemple de Jean-Paul II : la lucidité devant la mort ». Ils défendent le développement des soins palliatifs au nom du principe de dignité, « la dignité, ce que l'on appelle âme depuis l'Antiquité, est transcendante par rapport au temps et à la mort »<sup>22</sup>.

Pour les sénateurs de gauche, les arguments sont centrés sur les droits des malades, en continuité des lois déjà existantes reconnaissant l'IVG<sup>23</sup>, la PMA<sup>24</sup>, le don d'organes, la loi de 2002 relative à l'information des malades et au refus des traitements. Pour la gauche, « *la fonction de la loi est de donner des droits et non seulement de définir ce qui est permis ou interdit »*. Cela implique alors un droit à une mort volontaire et une liberté, celle de décider de sa propre mort. Ces arguments sont également sous tendus par le principe de laïcité, et insistent sur une determination qui revient à chacun. Les arguments avancés font également ressortir qu'on ne cherche pas à faire

<sup>&</sup>lt;sup>22</sup> Il s'agit ici de paroles de sénateurs de droite lors du débat au sénat sur la loi Léonetti (V. Guienne, 2010).

<sup>&</sup>lt;sup>23</sup> Interruption Volontaire de Grossesse

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Procréation Médicalement Assisté

un texte pour les médecins exclusivement. On cherche plutôt à rétablir un équilibre entre médecins et patients afin de sortir les médecins de leur isolement, supportant une forme d'hypocrisie sociale. A gauche, on s'appuie également sur des sondages d'opinions publique : environ 85% de la population serait favorable à une dépénalisation sur l'euthanasie en prenant exemple sur les autres pays. Un autre argument de gauche important est celui de la revendication de la justice, que cette dépénalisation puisse rétablir une égalité entre les valides, qui peuvent se donner la mort, et les autres ; une égalité entre ceux qui peuvent aller à l'étranger se procurer des produits létaux et les autres. Tout cela est donc sous tendu par la volonté de pouvoir remédier aux inégalités devant la mort. Le risque de dérives mis en avant par les sénateurs de droite n'est pas évoqué directement dans le rapport parlementaire. Ils proposent un dispositif juridique pour les empêcher. Les médecins et les citoyens doivent pouvoir être encadrés par un cadre juridique et « les hommes politiques doivent avoir le courage de donner le droit de se retirer dans la dignité ». Dans cette perspective, l'euthanasie, le suicide assisté et les soins palliatifs ne sont pas alternatifs mais complémentaires.

Les principes mêmes qui conduisent à remettre en cause la fin de vie ne sont pas définis de la même manière selon l'orientation politique, c'est le cas notamment des concepts de légitimité, de bien, de juste et de dignité, piliers fondamentaux du droit en fin de vie.

- La légitimité, que l'on peut définir comme « au nom de quoi », peut être de plusieurs ordres, notamment moral et social. A droite, on va définir une légitimité morale fondée sur la valeur sacrée de la vie et de l'interdit de tuer, alors qu'à gauche on fonde la légitimité sur une légitimité sociale représentée par le progrès démocratique, le développement des droits communs qui permettent ensuite à chaque individu d'exercer son libre arbitre.
- Le bien, ce qui se fait et ce qui ne se fait pas, ou alors le bien dans le bien vivre, bien vieillir, bien mourir. A droite il correspond à un respect absolu du vivant alors qu'à gauche il correspond à un accès à un certain nombres de droits et de libertés d'exercer ceux ci.
- Le juste : il s'agit de la mise en oeuvre du principe d'équité selon Aristote. Mais dans la réalité la plupart des situations sociales mettent en jeu des personnes inégales, l'enjeu de la justice est donc « que chaque cas semblable soit traité de manière semblable et que chacun perçoive son du dans des partages inégaux » (Ricoeur, 1988). Pour la droite et la gauche les inégalités ne sont pas les mêmes. A droite il s'agit d'inégalités relationnelles, par exemple le choix d'en finir ne peut être lié qu'à un déficit de l'entourage, alors qu'à gauche il s'agit d'inégalités sociales dans un sens plus large : ceux qui ont des amis médecins ou non, accès aux produits, possibilité de se rendre à l'étranger, etc. permettant à certains d'abréger leurs jours et à d'autres non.

- La dignité : à gauche il s'agit de quelque chose que l'on a, que l'on gagne, cela renvoie donc une fois de plus aux droits et à la liberté , liberté d'un droit à la mort douce. La dignité est pensée comme l'accès à un ensemble de droits fondamentaux et la liberté d'exercer ceux ci en fonction de sa libre autodétermination. La dignité est alors pensée de façon collective et non pas individuelle. Ce qui rend digne est un ensemble de droits partagés avec d'autres, qu'on exerce ou non en fonction de sa liberté propre. Par exemple, on peut défendre des droits que l'on a pas l'intention d'exercer : IVG, droits des homosexuels, etc. A droite, la conception de dignité n'est pas la même. Il s'agit de quelque chose que l'on est et non pas que l'on a. Il s'agit d'un état de l'humain, le délabrement du corps et des facultés mentales n'empêchent donc pas la dignité comme nous l'avons vu précédemment.

Le projet de loi du 1er décembre 2004, relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire, commence ainsi : « aujourd'hui, dans nos sociétés occidentales, l'être humain se considère comme une personne autonome singulière, capable de fonder sur son propre jugement les décisions relatives à son corps et à sa santé et de moins en moins en référence à une autorité extérieure, quelle qu'elle soit. » L'euthanasie, le suicide assisté sont aujourd'hui pratiqués dans la clandestinité. Faut il proposer un cadre réglementé qui permettrait de la pratiquer dans la légalité et la sécurité ? On ne peut pas prédire l'avenir mais on peut tout de même faire le constat que l'évolution démocratique va dans le sens de la création de nouveaux droits, d'une capacité à reconnaitre digne d'estime sociale des modes de réalisation personnelle différent des siens.

Sur le plan politique les conflits sont donc polarisés, droite versus gauche. Etre pour une loi peut il signifier être pour une vision politique du monde ? Etre contre est-il associé à une vision religieuse du monde ? Sur le plan politique il peut sembler simple de choisir son camp mais il parait très réducteur d'en faire un choix concernant ce débat sur la fin de vie au regard de la complexité des questions posées en milieu hospitalier, et ce d'autant que nous sommes nous mêmes médecin. Sur un tel sujet peut-on être clairement d'un côté ou de l'autre ?

#### II - Les enjeux de l'assistance médicale au suicide

#### 1 - Le médecin et la vie

Une question qui vient rapidement à l'esprit lorsqu'on évoque l'assistance médicale au suicide : la place que le médecin peut prendre dans la réalisation d'un tel acte. Un médecin peut-il aider quelqu'un à mourir parce que cette personne le désire alors que son travaille consiste justement à lutter contre la mort et à rechercher la santé ?

L'ancrage de la médecine dans la non-nuisance est profond (Berthiau, 2008). Cela remonte au serment d'Hippocrate<sup>25</sup>: « dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande et je ne conseillerai d'y recourir. » On y retrouve également le célèbre « je ne provoquerai pas délibérément la mort ». Plusieurs autres pratiques médicales mettent en évidence des dilemmes moraux, on peut citer la procréation médicalement assisté, les greffes d'organes, la pratique de soins sous contrainte en psychiatrie etc. Si ces pratiques amènent des réflexions éthiques, la question de donner la vie et la mort se retrouve aussi en obstétrique avec la procréation médicalement assistée mais également avec la pratique des interruptions volontaires et médicales de grossesse.

Le médecin peut-il à la fois préserver la vie et donner la mort ? Prenons l'exemple de la Suisse, où le suicide assisté existe. Il existe des protocoles de mise en place du suicide assisté dans certains hôpitaux mais cela reste très marginal puisque la plupart des suicides assistés se déroulent en dehors des structures hospitalières, avec l'aide d'associations privées. Revenons sur la pratique de mort volontaire en France. Il existe des lieux de soins où il est possible de réaliser des gestes de mort. En effet, à la maternité, un lieu pourtant dédié à la vie, on peut pratiquer des interruptions médicales de grossesse jusqu'à une heure avant l'accouchement prévu. Cela répond à un cadre particulier et très réglementé. Les équipes travaillant dans ces centres n'ont pas le sentiment d'être des exécuteurs mais plutôt le sentiment de faire ce qui est bien et juste pour la patiente, d'exercer leur pratique avec légitimité. Ces interruptions ne sont possibles et bien conduites que si trois éléments d'importance fondamentale ont pu être réunis : un staff pluridisciplinaire ouvert, qui correspond à un processus délibératif long, en fonction du diagnostic de santé anténatal ; une équipe soudée ; et enfin le respect des choix des parents quoiqu'il arrive. Les interruptions médicales de

<sup>&</sup>lt;sup>25</sup> Serment d'Hippocrate dans sa version actualisée du 5 janvier 2012, voir : http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311

grossesse sont donc pratiquées pour des raisons médicales sur le foetus, en cas de risques de séquelles physiques importants jouant sur la qualité de vie, mais peuvent aussi avoir lieu pour mettre en sécurité la mère. Des interruptions médicales de grossesse pour détresse psychologique maternelle existent également. Les soignants qui pratiquent les interruptions médicales de grossesse n'ont pas le même regard sur l'euthanasie, le suicide médicalement assisté, sur le savoir renoncer, étant plutôt favorables à une législation sur la question (Guienne, 2010).

Avoir une position tranchée sur l'assistance médicale au suicide n'est pas chose aisée, d'autant plus pour un médecin. Assumer la responsabilité de donner la mort en tant que soignant c'est assumer la responsabilité d'une fonction qui ne nous a jamais été dévolue. Il s'agit d'une rupture radicale avec l'éthique traditionnellement attachée à notre exercice médical. On peut se poser alors la question suivante, peut-on faire intervenir des médecins spécialisés en euthanasie, en suicide assisté ? Au sein même d'équipes de soin ? Des médecins dont le rôle ne serait plus le soin actif en prévision d'une guérison, mais des médecins dont le rôle serait d'accompagner vers la mort. En ce qui concerne le suicide assisté, un seul patient est impliqué, autonome, et un médecin qui va agir en général en dehors d'une pratique institutionnelle d'équipe. Les deux parties agissent ainsi de leur plein gré, cela n'implique pas toute une équipe de soins dans laquelle trouver un consensus en faveur du suicide médicalement assisté pourrait être problématique. Ceci peut avoir un intérêt mais pose aussi des limites. Le travail en équipe permettrait d'éviter les dérives, la concertation et le questionnement qui pourraient avoir lieu durant les réunions de concertation pluridisciplinaires permettraient une prise en charge optimale de nos patients et de leur maladies.

#### 2 - Le psychiatre face à l'état suicidaire

Nous allons ici nous intéresser plus particulièrement au rôle du psychiatre, et au suicide dans sa conception psychopathologique. Revenons sur quelques définitions :

- suicide : action de mettre fin à sa propre vie.
- crise suicidaire : « crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle constitue 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 et de rupture (...). Elle est un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles » (HAS, 2000).

Le suicide est, dans la grande majorité des cas, toujours en rapport avec un trouble psychiatrique. Emile Durkheim, sociologue, a étudié cette relation entre suicide et troubles psychiatriques dans une étude de 1897. Il conclut paradoxalement à l'époque que le suicide « dénué de motif », le « suicide vésanique », causé par une maladie mentale représente une minorité des cas (E. Durkheim). A l'heure actuelle, la recherche en psychiatrie permet d'apporter une approche tout à fait différente et la relation entre suicide et maladie mentale est mise en évidence très fréquemment, notamment grâce aux autopsies psychologiques<sup>26</sup>. Ainsi, une étude canadienne montre une association statistique entre troubles psychiatriques et suicide. Ces troubles psychiatriques sont représentés en majorité par la dépression et les troubles de l'humeur chez les femmes et par des troubles liés à l'usage d'alcool ou d'autres substances ainsi qu'à des troubles de la personnalité chez les hommes (Arsenault-Lapierre et al, 2004).

La dépression est donc une cause majeure de suicide. Elle est notamment caractérisée par des distorsions cognitives qui amènent le sujet déprimé à ne pouvoir envisager d'autre solutions que le suicide. Ainsi le jugement de nombreux patients en situation de crises suicidaires est altéré, qu'il s'agisse de patient déprimés, halluciné, délirants..

Autre fait important, il a été établit dans une autre étude que 85 à 95% des patients ayant fait une tentative de suicide sont toujours vivants quinze ans après. Ceci est en faveur d'un désir de mort non durablement ancré dans le temps (Greenberg, 1975).

Le suicide, l'évaluation de son risque, sa prévention, le traitement des troubles psychiatriques associés, sont donc l'apanage du psychiatre. Il doit évaluer le risque suicidaire, la dangerosité du geste, l'intentionnalité. Le suicide fait appel à cette notion d'intentionnalité, une intentionnalité individuelle, comme une auto-détermination qui s'opposerait à l'interdit légal du crime.

Cette relation entre crise suicidaire, suicide et troubles psychiatriques atteste de la nécessité d'une évaluation psychiatrique dans la prise en charge de chaque passage à l'acte, et de l'absolue nécessité de répéter cette évaluation psychiatrique dans les procédures de mise en marche de suicide assisté. Il parait nécessaire de pouvoir repérer ces situations d'altération du jugement ou d'impulsivité venant motiver un désir de mort (Pignon et al, 2014), auquel cas celui-ci serait le fruit d'une maladie, un désir non raisonné.

26

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> L'autopsie psychologique consiste à évaluer psychiatriquement un patient suicidé, de façon retrospective, en interrogeant les proches du patient et à analyser le dossier médical. Il s'agit de la méthode de référence pour recueillir des informations psychiatriques post-mortem des sujets suicidés.

Le suicide est-il l'ultime manifestation de notre autonomie ? Choisir sa mort comme une liberté ultime ? D'un point de vue psychopathologique, un suicide comme l'aboutissement mortel d'une pathologie psychiatrique ne peut aller dans ce sens, puisque le sujet est entravé par ses émotions et l'impossibilité de voir d'autres perspectives possibles. L'assistance médicale au suicide ne peut en aucun cas être imaginée dans le cas d'une affection psychiatrique.

#### 3 - Changement de paradigme : peut-on parler d'état suicidaire non pathologique ?

Comme il l'a précédemment été évoqué, un des fondements de la psychiatrie est de lutter contre le suicide, de le prévenir, de traiter un trouble psychiatrique associé lorsqu'il y en a un. Admettre l'existence d'un état suicidaire non pathologique n'est-il pas une remise en cause complète du rôle du psychiatre? L'enjeu est alors de déterminer s'il existe un état suicidaire non pathologique. En quoi diffère le désir de mort de la demande de suicide assisté par rapport au désir de mort de la crise suicidaire? Ce mémoire n'a en aucun cas la prétention de définir cette frontière mais il invite à s'interroger sur son éventuelle existence.

La demande de suicide assisté émerge dans des situations particulières mais ne pourrait sembler acceptable que dans les situations de fin de vie. Ces situations ont des particularités propres, il s'agit très souvent de l'aboutissement de pathologies graves, ou chroniques, sans possibilité d'amélioration ou de guérison. On peut se demander d'où vient la demande de suicide médicalement assisté. S'agit-il d'une peur de la souffrance et de la douleur ? D'une peur de la perte de contrôle ? D'une peur de devenir un poids pour les autres ? D'une peur de la perte de sa dignité ? D'une souffrance insoutenable, physique et/ou psychique ?

On sait que les troubles de l'humeur, les troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, sont très fréquents dans ces situations de maladies graves, notamment en phase terminale, et sont fréquemment associés au désir de mort (Mystakidou et al, 2005). Il va falloir pouvoir différencier ces symptômes de la souffrance inhérente aux conditions médicales. Il existe des travaux montrant que des traitements bien conduits de ces épisodes dépressifs, ainsi qu'une prise en charge adaptée de la douleur, notamment grâce aux soins palliatifs, réduisent les demandes de mort. En effet, la recevabilité d'une demande de suicide assisté doit avoir écarté toutes situations influençant le désir de mort. Prenons l'exemple de la douleur, symptôme très fréquent dans les situations de maladies graves et incurables. Un traitement bien conduit de ces douleurs, la prise en charge palliative, doit permettre de les soulager et d'ainsi pouvoir analyser la demande de mort comme indemne de symptômes précipitants. Que pouvons-nous dire des situations restantes ?

Il faudrait pouvoir définir de manière scientifique et normée la frontière qui existe entre l'état suicidaire lié à une affection mentale et l'état suicidaire lié à un acte raisonné et une absence de volonté de vivre.

Le suicide assisté ne peut être acceptable qu'en l'absence d'aliénation psychique, il ne doit pas y avoir d'altération des facultés de discernement. Ce suicidant particulier n'en est pas moins dépendant, dépendant d'autre chose que d'une pathologie mentale, car de son suicide dépend la prescription du médecin, la loi, le regard de la société. Dans les pays ayant autorisés le suicide médicalement assisté il est communément admis des critères auxquels un patient demandant le suicide doit répondre. Prenons ici l'exemple de la Suisse, voici les critères de diligence helvétiques admis (Pott, 2014) :

- 1- capacité de discernement concernant la décision de mettre fin à sa vie avec l'aide d'un tiers adéquate
- 2- le désir de suicide découle d'une grave souffrance liée à une maladie incurable
- 3- l'assistance au suicide ne doit pas être apportée aux personnes atteintes d'une maladie psychiatrique chez qui la tendance suicidaire est l'expression ou le symptôme de l'affection
- 4- le désir de mourir est durable et constant. Il ne découle ni d'une impulsion ni d'une crise vraisemblablement passagère
- 5- le désir de suicide n'est déterminé par aucune pression extérieure, par aucun mobile égoïste
- 6- toutes les autres pistes, possibilités sont explorées et soupesées avec le suicidant, exploitées selon sa volonté. C'est là que devrait pouvoir intervenir le psychiatre pour expertise.
- 7- contacts personnels et répétés, assortis d'entretiens approfondis sont indispensables.

Cette vision du suicide, le suicide médicalement assisté, demandé par le patient lui-même, est considéré comme une ultime liberté. Elle l'est si, comme nous l'avons vu, cette demande ne dépend pas d'un état pathologique entravant le discernement. Car en effet, le suicide n'est pas forcément une liberté. Lorsque celui-ci est guidé par un sentiment d'impasse, le sentiment de ne pas avoir d'autre choix, donc une affection psychiatrique, il n'y a plus de liberté (Kahn, 2008).

## III - L'assistance médicale au suicide et le positionnement du psychiatre : entre demande, éthique et convictions

La question de l'assistance médicale au suicide et de son acceptation par le psychiatre pose d'importants dilemmes, entre dissuasion, acceptation et prescription de substances létales. Elle doit uniquement reposer sur des bases scientifiques et sur une volonté du patient sans influence extérieure. Elle ne peut donc répondre à une demande familiale ou sociétale.

#### 1 - Position du psychiatre face à la demande du patient

D'où vient la demande de suicide assisté ? D'une nécessité de bien vivre et donc de bien mourir ? Comme il a été précédemment évoqué, les croyances individuelles jouent un rôle important dans la perception de la mort. Entre le croyant qui rend des comptes à une entité supérieure et l'athée pour qui « on ne doit de comptes à personne sur notre propre mort. Ni aux dieux, ni à la loi, ni à l'Etat, ni à ceux qui restent » (M. Onfray, 2004).

Nous l'avons vu, le patient demandeur d'un suicide médicament assisté peut être plus à risque de présenter une pathologie psychiatrique sous jacente, du fait de la maladie qu'il présente et du contexte de fin de vie. Le fait même de souffrir d'une maladie psychiatrique augmente fortement le risque de passage à l'acte suicidaire (Arsenault-Lapierre et al, 2004). Le rôle du psychiatre dans ce cas là est donc de pouvoir s'entretenir avec le patient afin d'évaluer sa demande, de diagnostiquer un éventuel trouble psychiatrique sous-jacent, de juger de la capacité de discernement du patient.

Il parait également nécessaire d'entendre la demande du patient, d'être à son écoute, de lui offrir une vision d'ensemble sur d'autres solutions possibles. En aucun cas il ne s'agit de proposer le suicide médicalement assisté. La demande ne peut venir que de l'individu lui-même, et en aucun cas être proposée ou même mentionnée par le médecin ou quiconque pouvant exercer une autorité. Elle doit être une demande autonome et libre. Actuellement, en France, le suicide médicalement assisté n'étant pas autorisé, la prise de décision ne se pose pas et la question de la dissuasion non plus. A l'inverse, dans les pays où le suicide médicalement assisté est autorisé, un entretien psychiatrique parait nécessaire et obligatoire avant de statuer sur la demande du patient. Ceci n'est pourtant réglementé dans aucun pays légalisant ces pratiques de fin de vie, il s'agit de recommandations mais pas d'obligations.

Le psychiatre doit pouvoir prendre une place active dans l'évaluation de la demande de suicide assisté car il faut pouvoir juger de la capacité de discernement de l'individu, chose à laquelle nous sommes formés dans notre pratique. Mais à quoi correspond le discernement ? Il s'agit de la faculté d'apprécier sainement les choses, de pouvoir faire preuve de sens critique<sup>27</sup>. En France, on ne retrouve pas de définition juridique du discernement mais dans le Code Civil suisse on retrouve ceci : « toute personne qui n'est pas dépourvue de la faculté d'agir raisonnablement à cause de son jeune âge, ou qui n'en est pas privé par suite de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'ivresse ou d'autres causes semblables, est capable de discernement dans le sens de la présente loi ». Pour le monde médical, le discernement correspond à la prise de conscience, comprendre l'information, se rendre compte des conséquences de ses actes, et à la manifestation de sa volonté, pouvoir communiquer ses choix, résister a une pression qu'autrui pourrait exercer sur soi (Wasserfallen et al, 2004). La capacité de discernement est souvent altérée chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques (Owen et al, 2008). Par exemple, dans la dépression, nous pouvons retrouver des troubles mnésiques, des troubles des fonctions exécutives. Cela peut donc influencer sur la compréhension des informations, et provoquer des difficultés à résister à une pression extérieure, et ce d'autant plus que le sujet est dans une situation psycho-sociale difficile (Rubysar Van Dyke et al, 2010).

La prise en charge de la pathologie psychiatrique, notamment de la dépression, lorsqu'elle est présente, semble donc indispensable avant de réévaluer la demande du patient. Aux Etats-Unis par exemple, ce questionnement quant à l'existence ou non d'une pathologie psychiatrique sous jacente n'est pas demandé de manière systématique, alors même que cela fait parti des recommandations américaines en soins palliatifs (Qaseem et al, 2008). La recherche de troubles de l'humeur est primordiale, prenons en exemple cette étude : chez 372 patients en phase terminale de SIDA, un désir de mort était exprimé chez 38% d'entre eux. Ce désir était étroitement corrélé à l'existence d'une dépression chez ces patients. Dans 55% des cas, la dépression s'améliorait, naturellement ou en la traitant, ou disparaissait et avec elle le désir de mort (Breitbart et al, 2010). L'évaluation psychiatrique semble indispensable pour évaluer de façon pertinente et sérieuse la souffrance morale, et permettre son traitement si possible. Ceci est pourtant encore grandement insuffisant parmi les pays qui autorisent le suicide médicalement assisté. Voici un autre exemple parlant : dans l'Oregon, en 2009 seulement 8% des 460 patients ayant mis fin a leur jour par suicide assisté ont bénéficié d'une consultation psychiatrique (Beydon et al, 2012). En Suisse, il n' y a pas

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> définition du Larousse de la Langue Française

de contrôle psychiatrique de façon systématique non plus, le suicide assisté peut même être demandé à tous les stades de la maladie, or nous savons que le risque de suicide est maximum dans les suites immédiates d'une annonce diagnostic grave<sup>28</sup> (Fang et al, 2012). En Suisse, les associations privées ne respectent pas toujours les recommandations de l'ASSM<sup>29</sup>, notamment celles relatives aux troubles psychiques. L'activité de l'association Exit entre 1990 et 2000 montre que 3% des suicides assistés étaient en relation directe avec un trouble mental pur, et que les malades somatiques souffraient de troubles psychiatriques surajoutés dans 18% des cas (Montariol, 2008). Ce bilan psychiatrique approfondi doit pouvoir être mis en place pour tous les patients demandant un suicide assisté, et notamment pour les personnes âgées car, sans entrer dans la problématique des cas de démences et de troubles cognitifs, les « suicides de raison » sont souvent retenus, or la présence d'un trouble dépressif est souvent retrouvé (Harwood, Jacoby, 2006).

Malgré l'autorisation du suicide assisté dans plusieurs pays européens, aucun de ceux-ci n'encadrent ces suicides par une évaluation psychiatrique spécifique et systématique, alors qu'ils exigent tous que les patients soient en capacité de faire ce choix (Mccormack, Flechais, 2012). Dans ce contexte, le psychiatre pourrait être validant à cette assistance médicale au suicide et ainsi prévenir de possibles dérives. Des symptômes en faveur d'un trouble psychiatrique doivent poser question et doivent permettre de réévaluer à distance la demande de suicide assisté car nous nous trouvons alors dans l'expression de symptômes d'une maladie psychique. Un droit au suicide, qui serait déterminé par l'autonomie de chacun, ne doit pas pouvoir s'exercer s'il existe une altération du jugement, lié à un trouble psychiatrique. Ainsi, en Suisse, un projet est en cours pour avoir recours de façon systématique à l'avis d'experts psychiatres pour juger du discernement des suicidants, l'assistance au suicide étant refusée aux sujets présentants des troubles psychiatriques, ce qui n'est pas le cas en Belgique par exemple. Cela peut soulever des questionnements, notamment vis à vis de ce que nous avons démontré précédemment.

Le psychiatre dans le suicide médicalement assisté, là où il est autorisé, doit pouvoir avoir ce rôle important d'évaluation des patients, de compréhension quant à l'impact des processus psychopathologiques sur le désir de mort, de dépistage des troubles psychiatriques s'il y en a, afin de pouvoir prendre en charge ces symptômes pour qu'is n'influencent pas les demandes de mort et le jugement.

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Il y a 13 fois plus de passages à l'acte suicidaire dans les suite d'une annonce diagnostic grave que dans la population générale.

<sup>&</sup>lt;sup>29</sup> Académie Suisse des Sciences Médicales

#### 2 - Le psychiatre : un rôle actif dans le processus décisionnel

En France, où le débat concernant la fin de vie est vif, l'autorité médicale se retrouve investie d'une fonction normative, décisionnaire, qui la dépasse. Le suicide assisté et l'euthanasie n'y sont pas légaux mais les problématiques de fin de vie reviennent essentiellement aux médecins, garants de ces questions qui soulèvent l'intérêt de la population générale. Or, cela relèverait plutôt de débats à l'échelle de la société toute entière. « Lorsque la notion d'indication médicale est utilisée pour fixer juridiquement les limites acceptables de la pratique, elle contribue à simplifier et même à figer notre cadre de réflexion éthique en assimilant le légal au moral » (Bateman Novaes, 2000).

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la pratique du suicide médicalement assisté, quel est le rôle du psychiatre dans la prise de décision concernant ce suicide ? Cette décision incombetelle seulement au psychiatre ? Ce questionnement n'a pas vraiment lieu d'être à l'heure actuelle car comme nous l'avons vu, le psychiatre ne joue pas de rôle majeur dans la démarche d'assistance au suicide. La question du discernement, du jugement semble pourtant être à une place centrale du processus de décision, l'avis d'un expert psychiatre semble donc être souhaitable et nécessaire pour statuer. Mais une décision de cette ampleur ne peut se prendre seul, et c'est pourquoi, dans les pays autorisant le suicide médicalement assisté, au moins deux avis de médecins sont souvent nécessaires avant d'enclencher la procédure. Plus que deux avis, une concertation pluridisciplinaire semblerait la plus adaptée.

Un autre aspect de la prise de décision du psychiatre sur les questions de fin de vie pourrait être celui du positionnement du psychiatre de liaison. Il arrive que son avis soit demandé lors de problèmes avec certains patients qui refusent les traitements et/ou font preuve d'ambivalence concernant leurs soins. En effet, ces décisions d'arrêt ou de limitation des soins peuvent être difficiles à prendre car elles supposent d'arbitrer entre différents principes que sont le principe d'autonomie du patient, son choix, et le principe de bienfaisance, faire au mieux pour lui. Le psychiatre de liaison se retrouve face à une décision difficile : on peut vouloir lui faire endosser un rôle qui n'est pas le sien et lui demander de diagnostiquer une maladie mentale pour passer outre la volonté du patient. De plus, le rôle du psychiatre doit protéger les gens contre eux-mêmes s'il le faut.

Voici une stratégie de réponse face à une demande de suicide assisté d'un médecin en soins palliatifs suisse :

- écouter la première demande et ré-évaluer au cours du temps

- évaluer les problèmes physiques et proposer des interventions interdisciplinaires
- évaluer la dépression, l'anxiété, l'angoisse, et les tendances suicidaires et proposer des intervention interdisciplinaires, importance du psychiatre ici
- évaluer le bien être de la famille, en favorisant du soutien approprié dans une perspective de deuil anticipé
- partagez vos préoccupations en tant que soignant et les problèmes émotionnels avec d'autres collègues professionnels

(Gamondi et al, 2013)

Il est important de se donner du temps, de réévaluer, de mettre en place les soins palliatifs car la demande de mort peut disparaître ensuite, il est important également de prendre des décisions collégiales, de comprendre cette demande de suicide sans l'encourager. La réflexion pluridisciplinaire est interessante à plusieurs niveaux. En effet, elle permet de réunir sous forme de collèges, de groupes d'éthiques ou autres, plusieurs professionnels de différents horizons pour statuer sur des décisions diffíciles. Ces groupes peuvent réunir des médecins, des soignants, des psychologues, mais également des philosophes, des sociologues<sup>30</sup>. Ainsi ces « staff » sont le lieux d'échanges, de décisions partagées, permettent la vérification d'éléments diagnostics et pronostics, et permettent d'assumer à plusieurs des décisions diffíciles (Guienne, 2010). La réflexion pluridisciplinaire comme nous l'avons vu semble indispensable et l'évaluation par un psychiatre devrait être systématique et encadrée pour ces choix sur la fin de vie (Pignon et al, 2014). Ainsi le psychiatre pourrait être amené à prescrire des médicaments létaux, comme les autres membres du collège de médecins, sur décision de celui-ci.

Pour conclure, la prise de décision ne peut pas être solitaire. Les moments d'échanges, de partages, semblent fondamentaux. Si l'avis psychiatrique est indiqué, la décision ne peut pas s'y borner, la concertation pluridisciplinaire est primordiale.

#### 3 - Morale et conscience du psychiatre : le psychiatre peut-il être objecteur de conscience ?

En tant que psychiatre, qu'individu, nous avons tous notre propre opinion sur la question de la fin de vie. Nous l'avons vu, cet avis peut être changeant, évoluant au cours de notre pratique, selon nos opinions politiques, religieuses, nos conceptions philosophiques de la vie. La question de

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> Des centres d'éthique clinique peuvent apporter une aide sur des situations compliquées, comme le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin à Paris. Ces centres s'articulent autour de trois éléments importants : pouvoir réagir à propos de situations concrètes, être au coeur de l'hôpital et répondre à un principe de neutralité, tous les acteurs prennent la parole, il y a une multidisciplinarité. Ces centres sont consultatifs, ils donnent un avis (D. Berthiau, 2008).

l'assistance médicale au suicide pose un double enjeu pour le psychiatre, celui de lutter contre le suicide, mais également celui d'accepter les libertés individuelle de chacun. Comment accepter cette demande quand notre rôle est de la prévenir ?

Cette notion de suicide médicalement assisté fait entrer en jeu différentes notions, notamment celles d'éthique<sup>31</sup> et de déontologie<sup>32</sup>. La médecine a sa propre déontologie, sa propre éthique, qu'il convient de respecter pour pouvoir exercer correctement notre métier. Mais l'homme en tant qu'individu possède également son éthique, elle est alors propre à chacun, et peut entrer en conflit avec l'éthique professionnelle. Comment les articuler ?

Le suicide assisté peut se défendre au nom de la liberté, la liberté de choix de chacun, l'autodétermination, choisir ce qui est le mieux pour sa vie. Cette liberté ne se confronte pas à la liberté au sens de la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, où « vivre est un droit » comme il est inscrit dans le préambule de la constitution de la Quatrième République<sup>33</sup>. Le suicide médicalement assisté pose donc un problème d'ordre moral, qui vient mettre en tension et en contradiction des valeurs qui sont des biens légitimes : la liberté, l'égalité, l'autonomie.

Cette notion d'autonomie, d'autodétermination, d'intention, doit pouvoir être limitée si elle est jugée non recevable, s'il existe une maladie mentale par exemple. Comme nous l'avons vu précédemment, il semble indispensable de pouvoir évaluer ces altérations de la capacité de jugement, car l'idée d'intention sous entend un raisonnement. dans notre pratique en tant que psychiatre, repérer les situations de crises suicidaires est primordiales car elles sont toujours pathologiques, pouvoir les différencier de demandes de suicide « raisonnées ». Il faut pouvoir écarter la piste de la pathologie de façon certaine.

Nous avons vu plus haut que le suicide assisté peut être vu comme une ultime liberté du sujet, pour décider de la fin de sa vie, dans la dignité. Ce principe de liberté est d'autant plus compliqué pour notre pratique que nous sommes sans cesse fasse à ce dilemme : préserver la santé mentale, l'intégrité physique, par le soin, et parfois sous contraintes. La psychiatrie est en effet la seule spécialité médicale qui permet des soins sous contraintes, c'est a dire sans le consentement du patient. On peut hospitaliser un sujet en soins sur demande de tiers, en péril imminent, s'il existe un risque imminent à la vie du sujet ou d'autrui, par exemple. Cela peut arriver donc dans les cas de tentative de suicide échouée, si on estime la crise suicidaire toujours présente et à fort risque. Dans

<sup>&</sup>lt;sup>31</sup> Ethique : Manière dont les êtres humains doivent agir et être entre eux et envers ceux qui les entourent, science de la morale et des obligations des êtres humains ; système de principes et de règles qui régissent la conduite. Dictionnaire médical, 5ème édition, Masson

<sup>&</sup>lt;sup>32</sup> Déontologie : Code des devoirs et éthique de la profession médicale. Dictionnaire médical, 5ème édition, Masson

<sup>&</sup>lt;sup>33</sup> Constitution du 27 octobre 1946

ce cas on conclue à une absence de faculté de juger nécessaire du patient. La plupart du temps, un trouble de la personnalité, une forte impulsivité, un trouble de l'humeur sont sous jacents.

A propos de la liberté, Jean Léonetti s'exprime ainsi : « qu'elle est l'autonomie d'une liberté qui a besoin de l'autre pour s'exprimer ? la demande de mourir traduit-elle une volonté sans contraintes ou est-elle en réalité l'expression de pressions extérieures, comme l'image du poids que la personne représente pour la société, une réponse désespérée au regard de l'entourage, un appel au secours ? » (Leonetti, 2010). En effet, existe-t-il une angoisse de la fin de vie ? Que représente le culte de la jeunesse, de la beauté, de l'efficacité, dans nos sociétés modernes ? On peut penser que ce choix de la mort au nom de la liberté correspond à une maîtrise de soi jusqu'aux derniers instants, refuser la vie au delà d'un certain âge.

Si le suicide médicalement assisté devenait légal en France, serait-il compatible avec notre mission en tant que psychiatre ? Cela implique qu'en tant que psychiatre je considère qu'une volonté suicidaire puisse ne pas être un état pathologique mais puisse être un état raisonné. C'est ce changement de paradigme défini plus haut qui fait toute la différence de perception. Mon positionnement intellectuel en tant que psychiatre est fondamental car je suis un individu avec des valeurs, une éducation, une philosophie propre. Comment dans ces conditions puis-je allier mes convictions personnelles avec un rôle au sein d'un collège de médecins capable de décider d'une mort ? Ma réflexion reste sans réponse à ce jour. Notre société influencée par sa culture d'origine judéo-chrétienne a toujours tendance à condamner l'idée du suicide. Dans ce contexte, la voie de légalisation de ce type de fin de vie semble compliqué dans notre société. Le médecin doit pouvoir prendre conscience de son système de pensées et se retirer si jamais il n'est pas apte à juger en fonction des protocoles scientifiques et des lois de la République, c'est cette possibilité d'objection de conscience qu'il faut respecter. La médicalisation de la mort dans le cas du suicide médicalement assisté peut être contradictoire avec le fonctionnement même du monde médical. Dans ce cas, ôter la fonction médicale de cette accompagnement de fin de vie semblerait plus adéquate, à la manière de la Suisse qui le fait en partie par le biais d'associations. En tout les cas, un droit de retrait du médecin semble indispensable, afin que chaque opinion, chaque sensibilité soit respectée, dans l'hypothèse qu'une telle prise en charge de la fin de vie soit possible.

En tant que psychiatre, on peut également se poser la question de notre intentionnalité. « Ne pas nuire » peut s'interpréter de différentes manières. Certains pays européens ont trouvé des manières de rendre cette intentionnalité recevable : ne pas agir pour mobile égoïste, comme en Suisse, agir seulement sur la demande du patient. Ce dernier point parait essentiel, il paraitrait insensé de proposer un suicide assisté. Il s'agirait de définir une intentionnalité pour satisfaire un

droit à mourir dans la dignité, de pouvoir faire la différence ente un désir de mort naturel, une crise suicidaire aiguë et un suicide médicalement assisté (Gamondi, 2014).

Aujourd'hui, en France, la loi Léonetti se place dans un équilibre entre volonté du patient et juste retrait de la médecine par rapport à ce qu'elle peut s'autoriser à faire au nom de la valeur sacrée qu'elle octroie à la vie (Berthiau, 2008). Faut-il dépasser la loi Léonetti pour permettre l'assistance médicale au suicide ? Afin de retirer l'acteur qu'est le médecin et renvoyer cette transgression à la société ? L'idée de fond qui émerge est le besoin d'instaurer un cadre ferme et médicalisé dans le cas de la légalisation de l'assistance médicale au suicide. Dans tous les cas, le médecin, et en particulier le psychiatre, devra répondre à une décision politique.

#### Conclusion

L'euthanasie, le suicide médicalement assisté, ne sont pas dans le vocabulaire des médecins, pratiquant pourtant des gestes de mort, associés à de la violence, de la rapidité, à l'inverse de ces fins de vie provoquées qui se veulent des morts douces. Il est difficile pour les médecins de voir refuser leurs traitements, surtout dans les services de médecine curative. Le recours à la psychiatrie dans ces situations de demande de mort est ambivalent. La motivation affichée est de mieux connaître le patient mais le secret espoir est de savoir si le patient est dépressif ou s'il présente une autre maladie mentale qui permettrait de lui imposer alors le soin qu'il refuse.

L'enjeu de la psychiatrie est là : savoir mettre en place des instances de médiation afin de créer des échanges, de concilier les points de vue des équipes médicales et des patients.

Il est difficile d'avoir un point de vue tranché sur la question de l'assistance médicale au suicide pour un médecin en formation, sensible à l'évolution de la société et fondamentalement pour l'autonomisation de l'individu. Etre d'accord c'est accepter que l'individu puisse décider de sa propre mort, comme il a décidé de sa vie, même si cela ne sous entend pas accepter de le faire pour soi-même. Mais être d'accord ou non c'est aussi se placer en tant que médecin, en tant que prescripteur dans le cas du suicide assisté, prescripteur d'une ultime liberté sans contrainte retrouvée.

L'évolution actuelle de notre société est en faveur d'une poursuite de cette autonomisation, d'une promotion des libertés individuelles aux représentations collectives, même si le contexte de notre culture judéo-chrétienne ralenti celle-ci. Dans le futur, si le suicide médicalement assisté doit être légalisé, il parait nécessaire que le psychiatre soit impliqué afin de pouvoir faire la part des choses entre le pathologique et le désir librement choisit, sans altération des capacités de jugement. Il ne s'agit pas là d'une disparition de la psychiatrie, au contraire, mais de comprendre ce changement de paradigme quant à l'état suicidaire sans en oublier le sens psychiatrique. Faudrait-il lui donner un autre nom? Le rôle du psychiatre sera de dépister, de traiter les états pathologiques, de participer à une réflexion collective et pluridisciplinaire sur une situation de fin de vie, ou de demande de fin de vie programmée, unique. Ces permissions de fin de vie doivent pouvoir se faire de manière encadrée, par les professionnels les plus à même de dépister les pathologies, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques. Des réflexions sont à mener sur des protocoles, des expertises, en plus des « critères de minutie », afin de faire disparaître tout risque de dérive.

Le suicide médicalement assisté est surtout un problème de société, il ne s'agit pas seulement d'un problème d'éthique de la médecine. Il faudrait presque parler de suicide

« socialement » assisté. Ce questionnement sur la fin de vie doit pouvoir être toujours débattu pour empêcher les dérives, pour rester garant de l'intégrité d'une réflexion continue. Les modèles vus dans les pays limitrophes à la France ne sont pas forcement importables car il s'agit de cultures différentes, de politiques différentes. Ce qui fait l'essence même de la population du pays diffère.

Cette question de société interpelle. Le Comité Consultatif National d'Ethique a mis en place en décembre 2013 une « conférence de citoyens » constituée de personnes représentatives de la population française. Ce groupe de travail a rendu un avis sur la question de l'euthanasie active et du suicide assisté<sup>34</sup> afin de compléter la loi Léonetti de 2005 sur la fin de vie. Ceci a ouvert la voie à la présentation d'un nouveau projet de loi, relatif à la sédation profonde et continue et aux directives anticipées, porté par les députés Alain Claeys et Jean Leonetti<sup>35</sup>. La sédation est déjà pratiquée dans les hôpitaux français mais pas de façon réglementée et homogène. La loi actuelle mentionne le fait qu'un traitement puisse avoir « pour effet secondaire d'abréger la vie » d'un patient. Cette notion de « double effet » peut poser question et on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une forme d'euthanasie passive. Concernant les directives anticipées, il s'agirait de rédiger, selon un cadre défini, ses directives, ses volontés, sur la prise en charge de sa fin de vie, sur l'arrêt des thérapeutiques si on le souhaite, qui seraient sans délai de validité, comme cela se pratique en Allemagne ou en Grande-Bretagne. Ces changements concernant la prise en charge de la fin de vie conduisent à un bouleversement de la relation patient - soignant, le rôle du médecin évoluant et n'étant plus dans le maintien de la vie à tout prix. Le patient s'autonomise, prend les décisions concernant sa vie mais veut aussi les prendre pour sa mort. Plus qu'un « changement culturel majeur » (J. Léonetti), il s'agit de repenser nos pratiques pour accompagner du mieux que l'on peut nos patients vers la mort.

<sup>&</sup>lt;sup>34</sup> Les membres de la conférence ne se sont pas prononcés en faveur d'une loi qui autoriserait l'euthanasie, jugeant le sujet trop complexe et les situations trop diverses. Ils ont prôné le développement général des soins palliatifs et la mise en place d'un droit à la sédation terminale. « La possibilité de se suicider par assistance médicale comme l'aide au suicide constitue, à nos yeux, un droit légitime du patient en fin de vie ou souffrant d'une pathologie irréversible, reposant avant tout sur son consentement éclairé et sa pleine conscience », souligne dans son avis le panel. Pour les situations inextricables, une exception d'euthanasie pourrait être envisagée.

<sup>&</sup>lt;sup>35</sup> Le projet de Loi doit être discuté à l'Assemblée Nationale à partir du mois de mars 2015.

#### **Bibliographie**

- 15<sup>ème</sup> journée régionale de la CBSP, CARESP, 22 novembre 2013, vidéos conférences, P. Genest « Psychiatrie et Prévention du suicide face à l'évolution possible du droit vers une légalisation du suicide assisté en France, pour les personnes en fin de vie » ; C. Gamondi « Les soignants confrontés aux personnes demandant une assistance au suicide en Suisse » ; M. Pott « Assistances au suicide en Suisse. Une analyse de parcours », http://www.bretagnesoinspalliatifs.com/documentation/journ%C3%A9e-r%C3%A9gionales-cbsp?page=1
- ADMD (Association du droit à mourir dans la dignité), http://www.admd.net/
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G, « Psychiatric diagnoses in 3275 suicides : a meta-analysis », BMC Psychiatry 2004 ; 4 : 37
- Aumonier N, Beignier B, Letellier P, L'euthanasie, Que sais-je?, PUF, 2010
- Bataille P, Jousselin C, Drago G, « Fin de vie : à qui appartient la décision », FranceCulture.fr, Emission du grain à moudre, 25 juin 2014, http://www.franceculture.fr/emission-du-grain-a-moudre-fin-de-vie-a-qui-appartient-la-decision-2014-06-25-0
- Bateman Novaes S, « De la thérapeutique comme norme, autour des travaux de Paul Ladrière », Paris, CNRS Editions, 2000
- Béguin F, « Sédation profonde et directives anticipées : ce que permettrait le nouveau droit à mourir », LeMonde,fr, 12 décembre 2014, http://www.lemonde.fr/fin-de-vie/article/2014/12/12/sedation-profonde-et-directives-anticipees-ce-que-permettrait-le-nouveau-droit-a-mourir\_4539442\_1655257.html
- Berthiau D, « De Chantal Sebire à l'évaluation de la loi Léonetti sur la fin de vie : la pédagogie d'un point de traverse », Médecine et Droit 2008 (2008) 100-105
- Beydon L, Peluchons C, Beloucif S, Baghdadi H, Baumann A, et al, « Fin de vie, euthanasie et suicide assisté : une mise au point de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) »,
   Annales Françaises et de Réanimation 31 (2012) 694-703
- Brizé S, Quelques heures de printemps, 2012
- Boisseau N, Lacassagne A, Bessone S, Memran N, « Euthanasie et soins palliatifs aux Pays-Bas », Med Pal 2004 ; 3 : 59-70
- Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Kramer M, Li Y, Tomarken A, et al, « Impact of treatment for dépression on désire for hastened death in patients with advanced AIDS », Psychosomatics 2010; 51:98-105

- Code de Déontologie Médicale, édition novembre 2012, Conseil National de l'Ordre des médecins, http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf
- Code Pénal, version consolidée au 14 février 2015, Légifrance.gouv.fr
- Code de la Santé Publique, Légifrance.gouv.fr
- Comité Consultatif National d'Ethique, « N°121 : fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », 1er juillet 2013, www.ccne-ethique.fr
- Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, Protocoles n°11
  et 14, 2010, http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/005.htm
- Dagent C, « Attitudes morales, attitudes économiques et orientation politique en Europe », revue française de sociologie, n°4, volume 47, 2006, p.785-815)
- Durkheim E, Le suicide, 14eme édition, Paris, PUF, 2013 : 463
- Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparen P, Ye W, Adami HO et al, « Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis », N Engl J Med 2012; 366: 13 10-8
- Ferrand E et al, Lancet, 6 janvier 2001, 357 (9249), 9-14
- Fourcade C, Euthanasie : faut-il changer la loi ?, Fidélité, 2013
- Guienne V, Sauver, laisser mourir, faire mourir, PUR Presses Universitaires de Rennes, 2010
- Greenberg DF, « Involuntary psychiatric commitments to prevent suicide », NY Univ Law Rev 1950 1974; 49 (2-3): 227 69
- Harwood D, Jacoby R, « Le suicide chez les sujets âgés », EMC Elsevier Masson, 2006, 37-500 A-80
- HAS, Conférence de consensus, *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, 19 et 20 octobre 2000
- Kahn A, L'ultime liberté, Paris, Plon, 2008
- La Marne P, Vers une mort solidaire, Partage du savoir Le Monde, PUF, 2005
- Leclair A, « Fin de vie : vers une nouvelle loi en 2015 », lefigaro.fr, 12 décembre 2014, http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2014/12/12/01016-20141212ARTFIG00175-fin-de-vie-vers-une-nouvelle-loi-en-2015.php
- Le Coz P, Le médecin et la mort, approches éthique et philosophique, Espace éthique, Vuibert, 2006
- « Légalisation de l'euthanasie : où en sont les pays européens ? », LeMonde.fr; 14 février 2014,
  http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/02/14/legalisation-de-l-euthanasie-ou-en-sont-les-pays-europeens\_4366306\_1651302.html#CUqLVgkCbAkVieYq.99

- Legros B, Euthanasie, arrêt de traitement, soins palliatifs et sédation, l'encadrement par le droit de la prise en charge médicale de la fin de vie, Les Etudes Hospitalières, 2011
- Leonetti J, « Le suicide assisté : un point de vue français », 2010, médecine et droit (2010) 139-141)
- Letellier P et al, *L'euthanasie*, *Volume 1 Aspects éthiques et humains*, Editions du Conseil de l'Europe, 2003
- Mccormack R, Flechais R, « The role of psychiatrists and mental disorder in assisted dying practices around the world: a review of the législation and official reports », Pyschosomatics 2012; 53 (4): 319 26
- Montariol D, « L'assistance au suicide en Suisse, un droit controversé », Médecine et Droit 2008
  (2008) 106-112
- Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A et al, « Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pains », Gen Hosp Psychiatry 2005; 27 (4): 258 62
- Onfray M, Fééries anatomiques, généalogie du corps faustien, biblio essais, 2004
- Owen G, Richardson G, David A et al, « Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals : cross sectional study », BMJ 2008 ; 337 : a448
- Peillon D, Salord F, Waked L, Riche H, Jenoudet M, Chacomac R, « Abandon ou acharnement thérapeutique en réanimation : évaluation des pratiques médicales » Ryan Urg 1995 ; 4 : 3-8
- Pignon B, Rolland B, Jonas C, Vaiva G, « Place de la psychiatrie dans le suicide médicalement assisté », 2014, Revue d'épidémiologie et de santé publique 62 (2014) 279 281
- Pott M, Von Baalmoos C, Dubois J, Gamondi C, « Négocier sa participation à une assistance au suicide en Suisse », Médecine Palliative, soins de support, accompagnement, éthique (2014) 13, 68-76
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey Jr JT, Owens DK et al, « Evidence- based interventions to improve the palliative care of pain, dypsnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physiciens », Ann Intern Med 2008; 148: 141-6
- Ricoeur P, Individu et justice sociale, autour de John Rawls, Paris, Le Seuil, 1988
- Roselmack H, Aux frontières de la vie, TF1, janvier 2015
- Rybisar van Dyke M, Gautier Y, Samitca M, Stancu I, « Dépression, suicide assisté et vieillissement : cas cliniques et commentaires », NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie (2010) 10, 120-124

- Sénat, *Fin de vie et suicide assisté, étude de droit comparé*, Rapport du Sénat, novembre 2004, Législation comparée n°139, novembre 2004, les droits du malade en fin de vie
- Sénat, Compte rendu intégral des débats en séance publique du 12 avril 2005 à propos de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 parue au Journal Officiel n° 116 du 20 mai 2005 : http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl04-090.html
- Serment d'Hippocrate, Conseil National de l'Ordre des médecins, nouvelle version 2012
- Tolstoï L, La mort d'Ivan Ilitch, folio classique
- Wasserfallen JB, Stiefel F, Clarke S, Crespo A, « Appréciation de la capacité de discernement des patients : procédure d'aide à l'usage des médecins », Bul Med Suisse 2004 ; 85 : 32-3