

Le psychiatre comme « *gatekeeper* » : une étude qualitative sur le rôle du psychiatre dans les demandes de suicide assisté

The psychiatrist as gatekeeper in requests for assisted suicide: a qualitative study

ANNE-LAURE SERRA¹FRIEDRICH STIEFEL²CÉLINE BOURQUIN²

¹ Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV) et Université de Lausanne, Suisse <Anne-Laure.Serra@chuv.ch>

² Service de psychiatrie de liaison, Centre hospitalier universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Suisse

Correspondance : A.-L. Serra

Résumé. *Contexte.* En Suisse, dans les situations de demandes de suicide assisté, le psychiatre est mis dans une position de « *gatekeeper* » lorsqu'on lui demande de se prononcer sur la capacité de discernement et sur l'existence d'un éventuel trouble psychiatrique interférant avec cette capacité et qui empêcherait les patients d'accéder à cet acte. *Objectif.* L'étude explore les motifs des demandes de suicide assisté formulées par des patients hospitalisés dans un service somatique du Centre hospitalier universitaire Vaudois ainsi que les enjeux auxquels le psychiatre fait face. *Méthode.* L'étude se base sur une analyse rétrospective des rapports psychiatriques, concernant 18 patients de 65 ans ou plus qui ont fait une demande de suicide assisté. Nous avons identifié dans le matériel des motifs manifestes mais aussi des éléments latents, en prenant pour cadre la théorie de l'attachement et une lecture psychodynamique orientée autour des concepts de Moi idéal, Idéal du moi et Surmoi. *Résultats.* Différentes catégories de motifs de recours au suicide assisté ont été identifiées dans les demandes des patients. Au niveau latent, des indices d'attachement sécuritaire et insécuritaire, de sentiments sous-jacents de honte et d'abandon et plus rarement de culpabilité ont été relevés. Outre des limites liées à l'état du patient, le rôle de *gatekeeper* a un impact sur les possibilités d'aborder ou d'utiliser ces éléments de manière thérapeutique avec le patient. *Conclusion.* Le psychiatre mis dans un rôle de *gatekeeper* face au suicide assisté est dans une position peu confortable. Il est amené à penser comment tenir ce rôle tout en demeurant psychiatre de liaison.

Mots clés : *gatekeeper*, évaluation psychiatrique, suicide assisté, sujet âgé

Abstract. *Background.* In Switzerland, psychiatrists sometimes assume the role of gatekeepers when patients request assisted suicide, evaluating the patient's discernment and the existence of a possible psychiatric disorder interfering with the capacity to discern. *Objectives.* Our study explores the motifs of requests for assisted suicide made by patients hospitalized in a somatic service of Lausanne University Hospital and the challenges faced by the psychiatrist as gatekeeper. *Method.* We conducted a retrospective analysis of psychiatric reports concerning 18 patients aged 65 years or older who had requested assisted suicide. We aimed to identify both manifest and latent motifs in the patients' accounts, referring to the attachment theory and a psychodynamic analysis based on the concepts of the Ideal ego, the Ego ideal and the Superego. *Results.* Different categories of motifs for assisted suicide requests were expressed by the patients. We also found indications of insecure and secure attachment, and underlying feelings of shame and abandonment, more rarely of guilt. In addition to limitations related to the patient's condition, the gatekeeper position limits the possibilities of addressing these issues or using them therapeutically with the patient. *Conclusion.* The psychiatrist's role as a gatekeeper in assisted suicide is uncomfortable. He or she must think about how to assume this role while remaining being a liaison psychiatrist.

Key words: *gatekeeper*, psychiatric evaluation, assisted suicide, aged

Introduction

En médecine, les psychiatres tiennent parfois un rôle de « *gatekeeper* », c'est-à-dire qu'ils contrôlent l'accès à un

acte médical. C'est le cas par exemple pour la transplantation d'organes avec donneurs vivants, les traitements de réassignation sexuelle des personnes transgenres, l'avortement lors d'une grossesse qui dépasse la durée fixée par le législateur, la chirurgie bariatrique, et, en Suisse,

le suicide assisté. Ce rôle de *gatekeeper* a été interrogé dans certaines cliniques (la réassignation sexuelle [1, 2] ou l'avortement [3]) alors que dans d'autres il suscite moins de débat (le don vivant d'organes [4] ou la chirurgie bariatrique [5]). Dans ces situations, le psychiatre quitte son rôle habituel qui est d'ordre thérapeutique, et le patient aussi puisqu'il est susceptible de produire un discours orienté.

Dans la clinique du suicide assisté, comme c'est le cas pour l'euthanasie, il n'y a pas de consensus quant à l'implication du psychiatre [6]. Certaines institutions, dont le Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), demandent de manière systématique une évaluation psychiatrique [7]. Si le patient refuse, le psychiatre est prié d'étudier le dossier et de discuter la situation avec le médecin traitant. Lorsque le psychiatre intervient, il est attendu qu'il évalue la capacité de discernement et qu'il diagnostique et traite un éventuel trouble psychiatrique influençant la demande de suicide assisté. Les bénéfices de l'intervention psychiatrique dans ces situations souvent complexes sont largement reconnus [7-10]. Parmi ceux-là figurent la possibilité de soutenir l'autonomie et de diminuer l'angoisse du patient, lui permettre de prendre en compte les motifs sous-jacents de sa demande et trouver un sens à son désir de mort, sachant qu'il s'agit parfois plutôt d'une demande d'aide à vivre [10-12]. Concernant l'évaluation de la capacité de discernement, la façon de procéder et le niveau d'exigence quant aux critères d'accès au suicide assisté sont variables et débattus [8, 9, 13-15]. De plus, les valeurs personnelles des médecins peuvent influencer ces évaluations [16]. Alors que certains sont favorables à ce que le psychiatre tienne un rôle de *gatekeeper*, soulignant la nécessité d'exclure un trouble mental [7, 17], d'autres s'y opposent, estimant qu'il s'agit d'une médicalisation inappropriée [8, 9, 18]. L'intervention psychiatrique peut aussi être vue comme une manière d'agir en lien avec l'ambivalence face au suicide et comme un glissement vers une présomption d'incapacité de discernement. Sullivan [10] considère ainsi qu'il existe un risque de distorsion du rôle du psychiatre en tant que médecin dont la responsabilité première est le bien-être du patient. Selon cet auteur, « le devoir principal des psychiatres envers les mourants n'est pas de contrôler l'accès à la mort assistée, mais de promouvoir le choix autonome et diminuer l'angoisse liée au processus du mourir »¹.

L'objectif de cette étude est d'explorer ce qui motive les demandes de suicide assisté formulées par des personnes âgées hospitalisées pour des maladies somatiques et à identifier les enjeux qui se posent en creux aux psychiatres sollicités dans ce contexte.

¹ Traduit par les auteurs

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative rétrospective, basée sur l'analyse de rapports psychiatriques produits dans le cadre de demandes d'assistance au suicide. Ces rapports s'inscrivent dans le cadre du travail habituel du psychiatre consultant de l'unité de psychiatrie de liaison de l'âge avancé au Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV).

Contexte

En Suisse, l'assistance au suicide n'est pas punissable en l'absence de mobile égoïste, à condition que la personne demandeuse ait son discernement et qu'elle fasse elle-même le geste final menant au suicide. En Suisse romande, la principale association qui aide ses membres à se suicider est Exit A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité). Au sein du CHUV, une directive institutionnelle existe depuis 2005. Selon celle-ci, le psychiatre de liaison intervient d'office dans ces situations.

Matériel

Le corpus de l'étude est constitué des rapports rédigés dans le contexte de l'évaluation psychiatrique des patients âgés de 65 ans ou plus, hospitalisés dans un service somatique du CHUV et ayant formulé une demande de suicide assisté entre 2014 et 2019 (N = 39). Vingt de ces 39 rapports ont été rédigés par la même psychiatre (ALS, la première auteure) et 19 par ses collègues (13 psychiatres). Nous avons décidé d'inclure uniquement les 20 rapports de ALS. Nous reviendrons sur ce point dans la discussion des forces et des limites méthodologiques de l'étude. Deux de ces 20 rapports ont été exclus de l'analyse : le premier n'était pas centré sur la demande de suicide assisté, le patient était réfractaire à l'évaluation ; s'agissant du deuxième rapport, le patient n'avait pas signé de consentement général pour l'utilisation de ses données.

Analyse des données

Lors d'une première étape, le contenu des rapports psychiatriques a été intégralement construit sous la forme de récits chronologiques en troisième personne (méthode de la *core story creation*) [19]. Une première lecture de ces récits a fait ressortir trois éléments centraux : i) les patients avancent diverses raisons expliquant leur souhait de recourir au suicide assisté ; ii) des indices d'ordre relationnel viennent sous-tendre ces demandes ; et iii) les patients ont souvent subi d'importantes pertes avant de formuler leur demande. Le premier élément a orienté l'analyse vers les catégories motivationnelles décrites dans l'article de

Gaignard et Hurst [20] sur la souffrance existentielle et le suicide assisté. Le deuxième, plus latent, a amené à analyser le matériel sous l'angle de la théorie de l'attachement [21, 22]. Le troisième élément, également latent, a conduit à une analyse selon la perspective des « trois piliers développementaux » de Stavros Mentzos [23]. Les catégories de Gaignard et Hurst, les types d'attachement et les trois piliers de Mentzos ont donc constitué le cadre général (*framework*) de l'analyse (voir ci-dessous).

Dans une deuxième étape, ces trois grilles de lecture ont été utilisées pour analyser le matériel.

Catégories motivationnelles

Dans leur étude qualitative, Gaignard et Hurst [20] ont identifié huit catégories de souffrance existentielle motivant les demandes de suicide assisté :

- déclin physique et ses conséquences ;
- solitude ;
- peur du futur ;
- la vie est finie ;
- perte d'importance sociale ;
- perte d'espoir d'un futur meilleur ;
- être un fardeau financier ;
- perte d'activités plaisantes.

Nous avons complété ces catégories avec trois nouvelles catégories identifiées dans le matériel :

- « envie de rien » ;
- « souhait de réduction de la durée (d'attente de la mort) » ;
- « désir de maîtrise du mourir (la manière, le moment) ».

La catégorie peur du futur a été élargie pour inclure le refus de placement dans un établissement médico-social (EMS, en France Ehpad). La catégorie être un fardeau financier a aussi été élargie pour inclure le sentiment d'être une charge (quelle que soit la nature de cette charge) et la volonté d'éviter aux autres de la supporter : sentiment d'être une charge/volonté de protéger autrui.

Catégories basées sur l'attachement

Selon la théorie de l'attachement de John Bowlby, l'enfant apprend à travers ses premiers liens s'il peut ou non compter sur autrui pour apaiser sa détresse et développe ainsi un style d'attachement sécure ou insécure, ce dernier comprenant les sous-types évitant (*dismissive*), ambivalent-résistant (*preoccupied*) et désorganisé (*fearful*) [21, 22]. Le terme sécure renvoie à un sentiment de sérénité, de satisfaction et de plaisir dans la relation [22]. Dans l'attachement insécure, l'attachement est présent mais la personne ne se sent pas à l'aise, et le plaisir est limité, ce qui représente un facteur de vulnérabilité psychique. Les éléments des récits touchant aux relations des patients avec leurs proches et les

professionnels de la santé ont été identifiés et catégorisés en termes d'attachement sécure ou insécure. Par exemple : « *Il a mené une vie active et satisfaisante, avec un mariage tardif dont il est heureux*² » (patient B), suggère un attachement sécure. De la méfiance et une rigidité psychique identifiées chez une autre patiente (I) ont été considérées comme suggérant un attachement insécure.

Catégories développementales de Mentzos

Stavros Mentzos, psychiatre et psychanalyste, propose une pathogenèse de la dépression par une atteinte du Moi idéal, de l'Idéal du Moi ou du Surmoi [23]. Ces trois instances correspondent à trois piliers qui se construisent au cours du développement et de la maturation psychique. Des piliers solides procurent un équilibre psychique permettant de supporter les pertes, alors que leur fragilité contribue à provoquer des réactions dépressives. Mentzos postule qu'une fragilité au niveau du premier pilier produirait un sentiment de honte, d'abandon s'agissant du deuxième pilier et de culpabilité pour ce qui est du troisième. Bien que la plupart des patients de l'étude n'aient pas un diagnostic de dépression, ils affrontent tous des pertes. Ainsi, par exemple, nous avons codé les éléments suivants comme liés au premier pilier : *Il considère les pleurs comme une faiblesse (de toujours)* (E). Ce patient craignait aussi de se sentir abandonné s'il allait en EMS, ce que nous avons relié au deuxième pilier. Une autre patiente (N) disait à propos d'Exit que c'est propre et qu'elle ne veut déranger personne, ce que nous avons attribué au troisième pilier.

Cette étude a été approuvée par la commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD), numéro de référence 2019-02436.

Résultats

Les résultats sont présentés de manière synoptique dans le *tableau 1*.

Motifs des demandes de suicide assisté

Les motifs le plus souvent évoqués par les patients sont le déclin physique et ses conséquences, la peur du futur, la perte d'espoir d'un futur meilleur et le sentiment que la vie est finie. Presque tous les patients évoquent plusieurs raisons, jusqu'à sept différentes (A et O), motivant leur demande de suicide assisté.

² Nous utilisons l'italique pour les phrases extraites telles qu'elles des récits

Tableau 1. Caractéristiques personnelles, médicales et devenir des 18 patients qui ont demandé un suicide assisté. Motifs de leur demande, indices d'attachement et indices Mentzos.

Table 1. Personal medical and outcome characteristics of 18 patients who requested assisted suicide. Reasons for their request, attachment indices and Mentzos indices.

Informations personnelles et médicales										Résultats des analyses							
ID patient	État civil ¹	Aide à domicile	Membre Exit	Pathologie somatique principale	Diagnostic psychiatrique	Antécédent psychiatrique TS=tentative de suicide	Scénarios suicidaires actuels autres que Exit	Psychotropes	Opiacées	Capacité de discernement présente	Devenir [SA = suicide assisté]	Motifs des demandes ²	Nbre indices attachement sûr	Nbre indices attachement insécure	Nbre indices Mentzos	Nbre indices Mentzos idéal	Nbre indices Surmoi
A	Marié	✓	✓	Cardiopathie	Usage alcool Trouble adaptation	✓	✓	✓	✓	✓	SA hôpital	1, 3, 4, 6, 7, 8, 10	5	4	1	1	2
B	Marié	✓	✓	Cardiopathie	Aucun	✓	✓	✓	✓	✓	SA hôpital	1, 8, 10, 11	1	0	0	0	0
C	Veuf	✓	✓	Cancer	Dépression /anxiété en rémission	✓	✓	✓	✓	✓	SA domicile	1, 2, 3, 4, 6	2	0	0	3	0
D	Veuf	✓	✓	Polypathologies invalidantes	Aucun TS	✓	✓	✓	✓	✓	SA agendé à domicile	1, 4, 11	3	0	1	0	0
E	Marié	✓	✓	Cancer	Dépression	✓	✓	✓	✓	✓	SA hôpital	1, 3, 6, 7, 9, 11	2	2	2	2	0
F	Marié	✓	✓	Cancer	Aucun	✓	✓	✓	✓	✓	SA agendé à domicile	1, 3, 6, 7	0	1	0	0	0
G	Séparé	✓	✓	Polypathologies invalidantes	Aucun	✓	✓	✓	✓	✓	SA domicile	1, 3, 4, 6, 10, 11	3	1	2	0	0
H	Veuf	✓	✓	Séquelles neurologiques	Trouble adaptation Troubles cognitifs+ Comportementaux Traits de personnalité mixtes	✓ avec TS	✓	✓	✓	*	Reste à l'hôpital	3	2	1	0	0	0
I	Veuf	✓	✓	Cancer	Autre	✓	✓	✓	✓	✓	SA domicile	1, 3	1	4	0	0	0
J	Veuf	✓	✓	Polyarthrose invalidante	Aucun	✓	✓	✓	✓	✓	SA domicile	1, 3, 6	3	3	0	0	0

Tableau 1. (Suite).

Informations personnelles et médicales			Résultats des analyses								
K	Célibat	✓	Arthrose, fracture invalidante	✓	*	Retour à domicile avec projet SA non daté	1, 3, 4, 5, 2	4	1	0	1
M	Marié	✓	Maladie neurologique	✓	**	Transfert en EMS	1, 3, 7, 10	0	5	0	4
N	Célibat	✓	Polypathologies invalidantes (possible delirium)	✓ avec TS	***	Transfert EMS avant réévaluation	4, 7	2	4	2	0
O	Veuf	✓	Polypathologies invalidantes	✓	✓	Décès hôpital	1, 3, 4, 5, 6, 10, 11	0	1	0	0
Q	Veuf	✓	Polypathologies invalidantes lié Troubles cognitifs	✓ avec TS	✓	SA domicile	1, 3, 6, 8, 11	6	0	1	0
R	Marié	✓	Cancer	✓	✓	SA domicile	1, 4, 8, 9, 2, 11	2	0	0	0
S	Marié	✓	Cancer	✓	✓	SA agendé à domicile	1, 3, 4, 6, 10	2	0	0	0
T	Célibat	✓	Polypathologies invalidantes	✓	✓	Reste à l'hôpital	1	0	3	0	2

1 : 13 femmes, 5 hommes, le masculin est utilisé pour tous ; * : non demandé ; ** patient ne voulait plus de SA au moment de l'entretien psychiatrique ; *** : à réévaluer

2. Catégories

- 1 : déclin physique et ses conséquences : déclin physique, douleur, refus de la dépendance, dépendance physique, perte d'autonomie, altération de son image, perte d'identité, perte de dignité
- 2 : solitude : solitude, perte des proches
- 3 : peur du futur : peur d'une agonie terrible, peur de l'EMS, peur de l'inconnu, peur de l'hôpital, anxiété, refus de l'EMS
- 4 : la vie considérée comme finie
- 5 : perte d'importance sociale : sentiment d'inutilité, perte de rôle
- 6 : perte d'espoir d'un futur meilleur
- 7 : sentiment d'être une charge/volonté de protéger autrui
- 8 : perte d'activités plaisantes
- 9 : envie de rien
- 10 : souhait de réduction de la durée d'attente de la mort
- 11 : désir de maîtrise du mourir

La diminution ou la perte d'autonomie apparaissent très souvent dans les récits. Parfois, il s'agit d'une perte brusque et insupportable, comme chez cette patiente de plus de 95 ans (D), auparavant autonome, qui avait subi une chute puis un zona et qui ne pouvait concevoir une vie sans le niveau d'autonomie qu'elle avait jusque-là. Pour d'autres, il s'agit d'une perte supplémentaire alors qu'ils vivaient déjà avec une certaine limitation ou des difficultés de santé de longue date, accompagnées d'idées de mort fluctuantes.

Une lecture psychiatrique permet par ailleurs de regrouper les catégories motivationnelles qui ne concernent pas la santé physique :

- Motifs relationnels : solitude et sentiment d'être une charge/volonté de protéger autrui.
- Motifs émotionnels : peur du futur.
- Motifs cognitifs ou rationnels : la vie considérée comme finie, souhait de réduction de l'attente de la mort et désir de maîtrise du mourir.
- Motifs liés à une perte ou un état dépressif : perte d'importance sociale, d'espoir d'un futur meilleur, d'activités plaisantes et d'intérêt (envie de rien).

Les *motifs relationnels* se retrouvent moins fréquemment que les autres, en particulier la solitude qui n'est mentionnée que par un patient (C), un veuf très âgé qui souhaitait depuis longtemps rejoindre son épouse. Plusieurs patients voulaient éviter d'être ou de devenir une charge pour les autres, comme cette patiente (M) avec une maladie neurologique handicapante qui était très angoissée face à l'épuisement de son mari et pensait que mourir serait une façon de les soulager tous les deux. En revanche, aucun n'évoquait la crainte d'être un fardeau financier. Parfois, le suicide assisté est comparé par les patients au suicide non assisté, et perçu comme préférable, un choix fait par égard pour les proches (F) ou pour éviter le déshonneur (A) sur la famille. Une patiente (N) avec un problème somatique aigu et handicapant, célibataire et sans enfant, liée à une amie et à sa fratrie, ne trouvait plus de sens à sa vie. Elle avait fait plusieurs années auparavant une tentative de suicide. Lors de l'évaluation psychiatrique, elle n'avait pas d'idées suicidaires autres que le suicide assisté, décrit comme une manière de ne déranger personne.

La peur du futur (*motif émotionnel*) peut avoir différentes origines : peur de vivre en EMS et d'y être confronté à des personnes très malades (Q), de tomber (Q), de souffrir ou de perdre le contrôle (E). La peur ou le refus d'aller en EMS apparaissent fréquemment dans les récits. La peur peut aussi être provoquée par l'anticipation de l'aggravation d'une déchéance déjà perçue comme importante ou de la réapparition d'une souffrance passée, comme par exemple, chez cette patiente (S) : *Elle se sent au bout de sa vie et redoute une récurrence des douleurs abdominales déchirantes*

qu'elle a eues en août. Certains motifs avancés par les patients pour expliquer une adhésion parfois de très longue durée à Exit ont également été classés dans cette catégorie : *Elle est membre d'Exit depuis 4 ans, pour ne pas finir mal* (J).

Concernant les *motifs rationnels*, le sentiment que la vie est finie peut être exprimé de cette façon : le patient (C) disait simplement qu'il voulait s'en aller, que sa vie s'était bien passée, que sa famille allait bien, qu'il était même devenu arrière-grand-père. Dans le cas de souhait de réduction de l'attente de la mort et de maîtrise du mourir, le suicide assisté est vu comme un moyen de garder le contrôle, comme pour ce patient (E) de plus de 90 ans qui souhaitait mourir en pleine conscience. Certains patients formulaient le souhait de ne pas durer, de ne pas « traîner », à l'instar de cet homme (B) qui disait vouloir mourir le plus vite possible.

Enfin, avec les *motifs liés à la perte*, on retrouve une perte générale d'envie ou de plaisir, un sentiment d'inutilité (K) et, plus rarement, la mention des activités devenues impossibles (boire et manger, s'activer librement). La perte d'espoir d'aller mieux est également un déclencheur de la demande de suicide assisté, comme chez ce patient qui disait avoir opté pour Exit au moment où il avait compris que son problème de santé était irréversible (A).

Attachement

Pour ce qui est de l'attachement, nous avons identifié dans les rapports légèrement plus d'indices de lien sûr que insûr. Chez la majorité des patients, il y a des indices des deux catégories (voir *tableau 1*).

Un patient très âgé (E), épuisé mentalement et physiquement par des années de maladie, avait peur de trop charger son épouse s'il rentrait à la maison. Il ne voulait pas aller en EMS, en partie parce qu'il craignait de s'y sentir abandonné. En plus du besoin de protéger son épouse, ce patient avait peur de « devenir un légume » ou de perdre le contrôle. Nous avons relevé chez lui autant d'indices d'attachement insûr (crainte de l'abandon), que d'attachement sûr comme l'illustrent les éléments suivants : *Le patient ne ressent pas de pression externe et sa famille le soutient dans sa démarche, selon lui, car [ils] l'ont vu souffrir beaucoup et depuis longtemps ; il demande de faire intervenir Exit de façon persistante depuis une dizaine de jours et en avait déjà parlé avec sa famille auparavant*. Plusieurs patients déclaraient se sentir soutenus par leur proches, aidés par eux dans leur démarche auprès d'Exit, ou disaient avoir parlé avec eux ou avec leur médecin de leur projet, témoignant ainsi d'indices de liens sûrs. Une patiente (M) se sentait très anxieuse face à

l'épuisement de son mari et aux tensions dans le couple suite à la diminution de son autonomie. Elle avait des idées de mort lors de disputes avec son mari. Nous avons codé ces éléments comme des indices d'attachement insécure. Chez le patient A, nous avons trouvé une majorité d'indices d'attachement insécure, dont une consommation d'alcool (la substance comme ersatz de relation). Il avait dit être « un boulet » pour sa femme plus jeune, puis l'avait nié, ajoutant qu'elle ne s'était jamais plainte, mais il se sentait en décalage avec elle au vu de son état de santé.

Piliers développementaux et perte

Les piliers développementaux de Mentzos ont été plus difficiles à repérer dans les récits. Nous avons toutefois trouvé chez une partie de nos patients des indices de fragilité dans un ou plusieurs piliers, le premier étant le plus fréquent.

La fragilité du premier pilier, le Moi idéal, apparaît dans les difficultés à vivre la diminution d'autonomie, comme chez cette patiente (N) qui avait un antécédent de dépression sévère sans symptômes psychotiques, dans le cadre de douleurs importantes et d'une diminution de son autonomie. Chez cette patiente très âgée (D), une chute et la perte d'autonomie associée était le déclencheur de la demande de suicide assisté : *Il apparaît que jusqu'à sa chute récente, elle n'avait pas d'idées de mort.* Le patient A, très affaibli, se comparait à sa femme plus jeune et en pleine forme, se sentait en décalage par rapport à son état. Nous avons vu là l'indice d'un possible sentiment de honte sous-jacent.

La fragilité du deuxième pilier, l'idéal du Moi, apparaît dans des sentiments d'abandon, par exemple chez cette patiente de près de 90 ans (T) qui présentait une dépression sévère dans le cadre d'une perte d'autonomie, mais aussi dans les suites d'une absence de sa voisine qui l'aidait pour les courses : *Elle répète aussi qu'on ne voudra pas d'elle en EMS et a peur qu'on ne la garde pas au CHUV.*

Le sentiment de culpabilité associé à une fragilité du troisième pilier, le Surmoi, a été identifié chez la patiente N qui formulait une demande d'assistance au suicide parce qu'elle trouvait ça « propre » et qu'elle ne voulait « déranger personne », ainsi que chez la patiente K qui ne voulait pas être à charge des autres.

Discussion

Le but de notre étude était d'explorer ce qui motive les demandes de suicide assisté formulées par des personnes âgées en hôpital somatique et d'identifier les enjeux qui se posent en creux aux psychiatre mis dans ces situations

dans un rôle de *gatekeeper*. Nos résultats montrent que les patients expriment diverses motivations pour demander l'assistance au suicide. À côté de la catégorie déclin physique et ses conséquences, la plus fréquemment invoquée, nous relevons l'importance, par ordre décroissant, des motifs émotionnels (peur du futur), rationnels (sentiment que la vie est finie) et ceux liés à une perte (surtout perte d'espoir d'un futur meilleur). Nous avons également trouvé des éléments latents dans les récits des patients, qui sous-tendent leurs demandes, révélés au travers de deux grilles de lecture basées sur une perspective d'attachement et psychodynamique.

Notre étude montre, comme d'autres [20, 24, 25], que les motivations des patients pour demander un suicide assisté sont multiples et touchent aux domaines physique, psychique, social ou existentiel. L'étude de Gagnard et Hurst [20] investiguait les perspectives de soignants et bénévoles d'Exit, mais ces perspectives ne sont pas très différentes de celles des patients, comme le montrent notre étude et d'autres [24, 26]. Une différence notable cependant par rapport à ces études concerne les catégories solitude et perte d'importance sociale, bien moins fréquentes dans notre matériel. Il se peut que les patients s'adressent de manière différente à un psychiatre, à un chercheur ou aux intervenants d'Exit et produisent un discours plus intéressé selon les interlocuteurs. Les discours intéressés font partie de la difficulté du rôle de *gatekeeper* que tient le psychiatre, qui doit en tenir compte.

Face à la maladie, la perte d'autonomie ou la fin de vie, les patients vivent leurs besoins d'aide comme plus ou moins supportables ou menaçants, selon leur vulnérabilité individuelle [27]. Ganzini [28] a déjà montré que les patients qui demandent une assistance au suicide sont souvent très attachés à leur indépendance, ont besoin de contrôler et peinent à se fier aux autres, tout au long de leur vie. Cette description correspond à un style d'attachement insécure évitant. Dans une étude conduite dans l'Oregon, basée sur un questionnaire rempli par les proches de personnes avec une maladie terminale ayant demandé une assistance au suicide, Oldham [29] trouve également chez ces patients une majorité d'attachement insécure évitant (prévalence de 56 % ; prévalence de 41 % dans le groupe contrôle). Dans notre étude, nous ne retrouvons pas cette prédominance. Comme notre méthode d'analyse ne comprend pas de questionnaire spécifique du style d'attachement mais se base sur des indices trouvés dans les récits, il est possible que notre catégorisation reflète plus une perception du patient sur le moment, que son style relationnel tout au long de sa vie. Certains patients de l'étude, dont l'histoire pouvait suggérer un style d'attachement insécure, se sont peut-être sentis suffisamment entendus ou soulagés à la

perspective de leur suicide assisté, pour ressentir une certaine satisfaction qui a coloré leur récit. Étant donné que les évaluations psychiatriques ne visaient pas à dégager un style d'attachement, cette information peut aussi manquer. Connaître ces styles d'attachement et en tenir compte est pourtant important, puisque cela peut aider les médecins à maintenir une relation constructive avec les patients en fin de vie [29, 30].

Concernant les aspects psychodynamiques sous-tendant les demandes de suicide assisté, en tenir compte est également important et peut aider le patient ou l'équipe qui l'entoure [11, 12]. Notre étude a permis, au travers de la grille de lecture des piliers développementaux de Mentzos, de suspecter la présence de sentiments de honte et de culpabilité, et de relever plus clairement des sentiments d'abandon. Les entretiens et les rapports psychiatriques n'ont cependant pas été faits spécifiquement selon cette perspective, ce qui a limité les possibilités de découvrir ces aspects.

Cela nous amène à une deuxième difficulté liée au rôle du psychiatre comme *gatekeeper* : il s'avère difficile, voire impossible, d'aborder directement avec les patients les éléments latents de leur demande, et ce pour différentes raisons. Le patient peut, par exemple, être épuisé ou limité par des troubles cognitifs ; un élargissement de l'entretien au-delà de la demande manifeste de suicide assisté peut le rendre anxieux ou tendu puisqu'il peut craindre que tout indice de fragilité psychique ou d'ambivalence soit utilisé pour refuser sa demande ou pour douter de son discernement. De manière plus générale, la possibilité d'agir par un suicide assisté perçu comme une solution ou revendiqué comme un droit, peut permettre d'éviter de penser et ressentir, et cet évitement est difficile à aborder. Enfin, il n'y a pas de fonction thérapeutique dans le mandat attribué au psychiatre. Pourtant, la compréhension de ce qui motive la demande du patient peut être transmise aux équipes et les aider à adapter l'accompagnement du patient [12, 27, 30].

Nous souhaitons préciser ici qu'une lecture psychiatrique des motifs de demande de suicide assisté, comme nous la proposons, n'est qu'une des lectures possibles. Le risque de « psychiatriser » l'existential nous semble donné. En même temps, il faut avouer qu'il peut être difficile de faire la différence entre un état psychopathologique et une crise existentielle, et il demeure encore peu clair, si le suicide et le suicide assisté sont fondamentalement différents [31]. Chez les personnes âgées en particulier, les motifs indiqués peuvent être les mêmes dans les deux cas de figure. La littérature indique qu'une partie (environ un tiers) des patients qui demandent un suicide assisté ont des problèmes psychiatriques [6, 32]. Il est certes admis que des patients avec une morbidité psychiatrique peuvent

conserver leur discernement quant à une décision de suicide assisté [33], mais il faut s'assurer que la présence de psychopathologie n'impacte pas le discernement. Plusieurs patients de notre étude avaient un diagnostic psychiatrique, passé ou présent. Tant chez eux que chez les autres patients de l'étude, nous retrouvons des motifs qui ont été décrits, dans une étude de Wand [34], chez des patients âgés de plus de 80 ans qui avaient fait une tentative de suicide, tels que la dépendance, le sentiment que la vie est finie ou le désir de protéger les proches. Cette auteure suggère que les tentatives de suicide des très âgés pourraient être une façon de communiquer des besoins non exprimés ou non exprimables. Pour certains des patients de notre étude, la demande de suicide assisté pourrait aussi être comprise ainsi, surtout en tenant compte des aspects latents révélés par notre analyse. Cela indique qu'il est important, aussi face à des patients qui demandent un suicide assisté apparemment de façon rationnelle, de ne pas renoncer d'emblée à proposer des soins, ou des interventions préventives personnalisées et sur plusieurs axes [34]. Autrement dit, il y a un juste milieu à trouver entre le respect de leur autonomie et la bienfaisance [35, 36].

Concernant la capacité de discernement, la plupart des patients de notre étude avaient le discernement préservé (voir *tableau 1*). Parmi ceux-ci, pourtant, certains pouvaient argumenter d'une façon bien plus complète que d'autres, ce qui renvoie à la question de comment le psychiatre se détermine et quel est son niveau d'exigence quant aux critères pour évaluer le discernement. La directive institutionnelle du CHUV recommande de ne pas se limiter aux aspects cognitifs, mais de considérer et évaluer dans leur ensemble les dimensions cognitives, affectives et relationnelles. Le psychiatre de liaison-*gatekeeper* tient alors également compte des apports de l'équipe médico-soignante et des proches dans son appréciation, apport indispensable quand le patient parle peu.

Limitations

Notre étude comporte des limitations. Les patients qui formulent une demande de suicide assisté à l'hôpital somatique sont une minorité de tous ceux qui font ces demandes. Il est possible qu'ils diffèrent des patients qui se trouvent à domicile ou dans un EMS. Le choix d'analyser les rapports réalisés par la même personne limite le nombre de patients de l'étude, mais donne une certaine homogénéité au matériel clinique. La double position de sujet et d'objet d'étude de l'investigatrice peut être critiquée, mais permet cependant d'intégrer dans l'analyse à la fois une perspective « de l'intérieur » et une perspective « de l'extérieur »

(surtout grâce aux discussions avec FS et CB, qui n'ont eu aucun lien avec les patients de l'étude). Cette position éminente et éthique est connue en anthropologie et peut être tenue simultanément à condition d'en être conscient et de pouvoir la penser [37]. De plus, avant de procéder au codage des rapports psychiatriques, l'investigatrice s'est remémoré chaque situation et a écrit, à part, sur la base de ses souvenirs, le vécu et les questionnements liés à la rencontre et au contexte de l'évaluation. Cela a permis de donner aux deux autres auteurs un éclairage clinique fournissant un peu de chair aux récits. Enfin, pour limiter le biais lié à l'investigatrice, le codage qu'elle a effectué a été discuté systématiquement tout au long du processus avec FS et CB.

Conclusion

Des dimensions manifestes et latentes jouent un rôle dans les demandes d'assistance au suicide. Tenir compte de ces dimensions fait partie intégrante de l'évaluation psychiatrique des patients, mais requiert une certaine prudence. Il reste difficile d'évaluer comment elles influencent la demande de suicide assisté. Le psychiatre en position de *gatekeeper* fait ainsi face à différents enjeux. D'une part, il peut être confronté à un

Points clés

- Il est important d'éviter de « psychiatriser » le recours au suicide assisté, tout en continuant à proposer des soins personnalisés.
- Les éléments latents contribuant éventuellement au désir de mort des patients sont difficiles à utiliser, en partie à cause de la fonction de *gatekeeper*.
- Le psychiatre doit être attentif à rester un psychiatre de liaison quand il tient le rôle de *gatekeeper*.

discours intéressé, qu'il ne rencontre que rarement dans sa clinique habituelle. D'autre part, il est empêché de faire un travail thérapeutique, surtout avec les dimensions latentes qu'il découvre. En parallèle, il doit rechercher et le cas échéant traiter un trouble psychiatrique. La position de *gatekeeper* est donc d'emblée inconfortable, mêlant une composante expertale au rôle habituel de liaisoniste, qui ne peut disparaître pour autant. Elle demande du psychiatre une certaine flexibilité et l'invite à penser les spécificités de son rôle face aux demandes d'assistance au suicide.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

References

1. Lev AI. The ten tasks of the mental health provider: recommendations for revision of the world professional association for transgender health's standards of care. *Int J Transgenderism* 2009; 11 : 74-99.
2. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, *et al.* Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgenderism* 2012; 13 : 165-232.
3. Waite M. Consultant psychiatrists and abortion. *Psychol Med* 1974; 4 : 74-88.
4. Dew MA, Jacobs CL, Jowsey SG, Hanto R, Miller C, Delmonico FL. Guidelines for the psychosocial evaluation of living unrelated kidney donors in the United States. *Am J Transplant* 2007; 7 : 1047-54.
5. Naguy A, Al Awadhi DS. A roadmap to the psychiatric evaluation of bariatric surgery candidates. *Asian J Psychiatry* 2018; 36 : 33.
6. Isenberg-Grzeda E, Nolen A, Selby D, Bean S. High rates of psychiatric comorbidity among requesters of medical assistance in dying: results of a Canadian prevalence study. *Gen Hosp Psychiatry* 2021; 69 : 7-11.
7. Bourgeois JA, Mariano MT, Wilkins JM, Brendel RW, Kaplan L, Ganzini L. Physician-assisted death psychiatric assessment: a standardized protocol to conform to the California end of life option act. *Psychosomatics* 2018; 59 : 441-51.
8. Stewart DE, Rodin G, Li M. Consultation-liaison psychiatry and physician-assisted death. *Gen Hosp Psychiatry* 2018; 55 : 15-9.
9. Ganzini L. Psychiatric evaluations for individuals requesting assisted death in Washington and Oregon should not be mandatory. *Gen Hosp Psychiatry* 2014; 36 : 10-2.
10. Sullivan MD, Youngner SJ, Ganzini L. Should psychiatrists serve as gatekeepers for physician-assisted suicide? *Hastings Cent Rep* 1998; 28 : 24-31.
11. Block SD, Billings JA. Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness: the role of the psychiatrist. *Psychosomatics* 1995; 36 : 445-57.
12. Muskin PR. The request to die: role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *JAMA* 1998; 279 : 323-8.
13. Hurst S. Capacité de discernement. *Rev Med Suisse* 2015; 459 : 256-7.
14. Shaw D, Trachsel M, Elger B. Assessment of decision-making capacity in patients requesting assisted suicide. *Br J Psychiatry* 2018; 213 : 393-5.
15. Werth Jr. JL, Benjamin GAH, Farrenkopf T. Requests for physician-assisted death: guidelines for assessing mental capacity and impaired judgment. *Psychol Public Policy Law* 2000; 6 : 348.

16. Ganzini L, Leong GB, Fenn DS, Silva JA, Weinstock R. Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 595-600.
17. McCormack R, Price A. Psychiatric review should be mandatory for patients requesting assisted suicide. *Gen Hosp Psychiatry* 2014 ; 1 : 7-9.
18. Parker M. Medicine, psychiatry and euthanasia: an argument against mandatory psychiatric review. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 ; 34 : 318-24.
19. Petty J, Jarvis J, Thomas R. Core story creation: analysing narratives to construct stories for learning. *Nurse Res* 2018 ; 25 : 47-51.
20. Gagnard ME, Hurst S. A qualitative study on existential suffering and assisted suicide in Switzerland. *BMC Med Ethics* 2019 ; 20 : 34.
21. Ainsworth MS, Bowlby J. An ethological approach to personality development. *Am Psychol* 1991 ; 46 : 333.
22. Delage M. *La Vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Paris : Odile Jacob, 2013.
23. Mentzos S. *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 1991.
24. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, Van Weel C. 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *J Med Ethics* 2011 ; 37 : 727-34.
25. Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, Kelly B, Schofield P, Hudson R, et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. *Palliat Med* 2006 ; 20 : 693-701.
26. Verhofstadt M, Thienpont L, Peters GJY. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2017 ; 211 : 238-45.
27. Stiefel F, Krenz S. Support of the dying patient. In : Wise TN, Biondi M, Costantini A, eds. *Psycho-Oncology*. London : American Psychiatric Pub, 2013, p. 289-313.
28. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Why oregon patients request assisted death: family members' views. *J Gen Intern Med* 2008 ; 23 : 154-7.
29. Oldham RL, Dobscha SK, Goy ER, Ganzini L. Attachment styles of Oregonians who request physician-assisted death. *Palliat Support Care* 2011 ; 9 : 123-8.
30. Tan A, Zimmermann C, Rodin G. Interpersonal processes in palliative care: an attachment perspective on the patient-clinician relationship. *Palliat Med* 2005 ; 19 : 143-50.
31. Friesen P. Medically assisted dying and suicide: how are they different, and how are they similar? *Hastings Cent Rep* 2020 ; 50 : 32-43.
32. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ* 2008 ; 337 : a1682.
33. Pronk R, Willems DL, van de Vathorst S. Do doctors differentiate between suicide and physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners. *Cult Med Psychiatry* 2021 ; 45 : 268-81.
34. Wand APF, Peisah C, Draper B, Brodaty H. Why do the very old self-harm? A qualitative study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018 ; 26 : 862-71.
35. Borasio GD, Jox RJ, Gamondi C. Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths. *Lancet* 2019 ; 393 : 982-3.
36. Ducor P, Kiefer B. Principe d'autonomie: un dernier sacrement? *Bull Med Suisses* 2018 ; 99 : 910-2.
37. Olivier de Sardan JP. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Paris : L'Harmattan, 2008, p. 1-365.