La vye devant soi

vers une clinique et une éthique des demandes de mort



Dr Edouard Leaune

MCU-PH - MD, HDR

Hospices Civils de Lyon/Le Vinatier

RESHAPE – INSERM U1290 - Lyon 1 Université

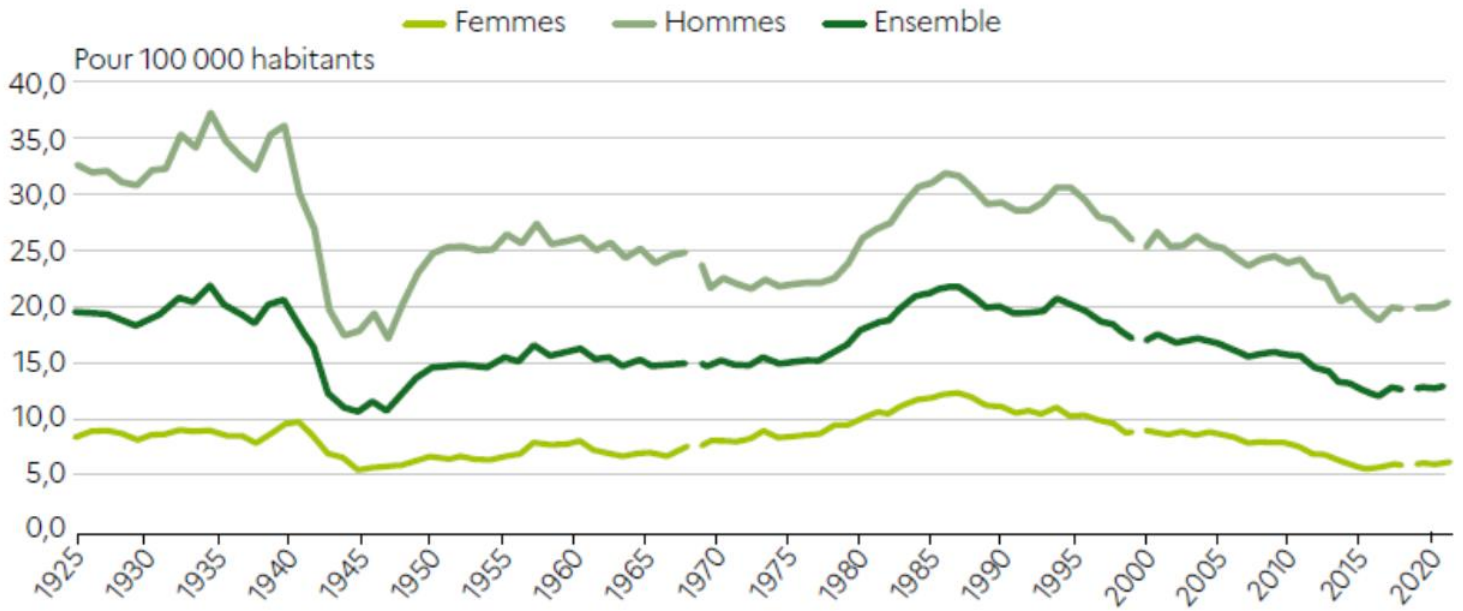
- Idées de mort passives
- Demande d'aide à mourir

Figure 1 - Niveaux d'urgence au cours de la crise suicidaire



En France, le taux de suicide diminue depuis 30 ans

Graphique 1 • Taux bruts de suicide par sexe, entre 1925 et 2022



Note • Il y a trois ruptures de série : en 1968 en raison d'un changement de source, en 2000 du fait d'une modification du champ, et en 2018 à la suite de la réforme des certificats de décès (encadré 1).
Lecture • En 2022, 13,4 suicides pour 100 000 habitants ont été comptabilisés.
Champ • France métropolitaine jusqu'en 1999 ; avec La Réunion, la Martinique et la Guadeloupe à partir de 2000 ; avec la Guyane à partir de 2001 ; avec Mayotte à partir de 2014. Décès de personnes dont la cause principale est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).
Sources • 1925-1967 : Ined, séries reconstruites de décès par cause ; 1968-2022 : Inserm-CépiDc ; Insee, Estimations de population.

Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide.

Albert Camus, 1942



À qui de droit, si je suis admise à l'hôpital à la suite d'une overdose ou d'une tentative de suicide, **je souhaite qu'AUCUN traitement visant à me maintenir en vie ne me soit administré**. Je vous serais reconnaissante de bien vouloir continuer à me donner des médicaments destinés à soulager mon inconfort, tels que des analgésiques, de l'oxygène, etc. J'espère que ces souhaits seront respectés sans que l'on me pose trop de questions.

Soyez assuré que je suis pleinement consciente des conséquences de cet acte et des issues probables, à savoir la mort dans 95 à 99 % des cas et, si je survis, une insuffisance rénale. J'en comprends et j'en accepte les conséquences, et **j'assumerai l'entière responsabilité de cette décision**.

Kerrie Wooltorton, 2007



Je suis consciente que vous pourriez penser que, puisque j'appelle l'ambulance, c'est que je souhaite recevoir des soins. CE N'EST PAS LE CAS ! Je souhaite toutefois me sentir confortable, car personne ne veut mourir seule et dans la peur. Sans entrer dans les détails, il y a de nombreuses raisons pour lesquelles je ne veux pas mourir chez moi; je me rends compte que vous ne les comprendrez pas, je m'en excuse.

Je vous prie de bien vouloir comprendre que je refuse catégoriquement toute forme de ventilation artificielle, de réanimation ou de dialyse ; tels sont mes souhaits, je vous prie de les respecter et de les mettre en œuvre.

Pour un droit à mourir – l'autonomie

The Case Against Suicide Prevention

Thomas Szasz *State University of New York*

Thus, treating suicide as a right does not mean that we must accept committing suicide as a morally legitimate option; it means only that we must abstain from empowering agents of the state to coercively prevent it. Mental health professionals could then treat suicide as they treat, say, abortion—in other words, as an act they may approve or disapprove in general and may choose to counsel for or against in any particular case.



L’approche libertarienne

- Thomas Szasz défend un « **droit au suicide** » vis-à-vis duquel l’utilisation de mesures coercitives constituerait une violation de l’autonomie et de la liberté des individus

- Le fait de considérer le suicide comme la résultante d’un trouble mental ne constitue qu’une construction sociale et scientifique qui ne reposerait sur aucune réalité

- Utiliser la contrainte serait alors le meilleur moyen d’éviter d’adopter une attitude plus empathique et patiente

L’approche libertarienne

- « *De la même façon que les personnes pleinement propriétaires de voitures sont moralement autorisées, en général, à détruire leurs voitures ou à s'arranger pour que quelqu'un d'autre le fasse, les agents autonomes qui sont pleinement propriétaires d'eux-mêmes sont autorisés, en général, à mettre fin à leur vie, ou à veiller à ce que quelqu'un d'autre s'en charge* »

- Défendant le droit inaliénable de chaque individu autonome à disposer librement de lui-même, Peter Vallentyne retient qu’il « est défendu en général d'utiliser la force non-consensuelle pour empêcher un homicide consensuel »

L’approche libertarienne

- Notion « d’agent autonome », de « personne libre »
- Sans définition des caractéristiques de cet état d’autonomie ou des conditions l’excluant
- Le suicide défini comme un acte nécessairement autonome et rationnel, sans mise en perspective par la possibilité d’une atteinte des facultés de décision ou d’auto-détermination
- Confusion entre suicide, aide au suicide, ou d’homicide sous le terme d’ « homicide consensuel » chez Vallentyne

Ethique « finaliste » - pour le droit à la vie

- Le suicide lui-même serait à éviter, au nom du « droit à la vie » dont jouit chaque individu dans le cadre de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

- Le médecin, garant premier de ce droit, se doit de préserver à tout prix le droit à la vie, même si elle le souhaite de manière a priori raisonnée

- Le suicide offre un cadre d'action précis à l'autorité médicale au sein duquel elle peut user de tous les moyens nécessaires pour défendre le droit à la vie

Ethique finaliste

- En autorisant des exceptions pour certaines situations données, le cadre légal viendrait annuler l'idée même d'une éthique finaliste, puisqu'elle reviendrait à considérer la question complexe de la qualité de la vie d'un individu ou celle de « vie bonne » (Butler, 2014)

- Certaines conditions (dépendance physique lourde, handicap sévère, douleurs incurables…) apparaitraient alors comme les témoins d'une vie qui ne serait plus à considérer et pour laquelle la mort serait préférable

Désirs de mort, idées de suicide

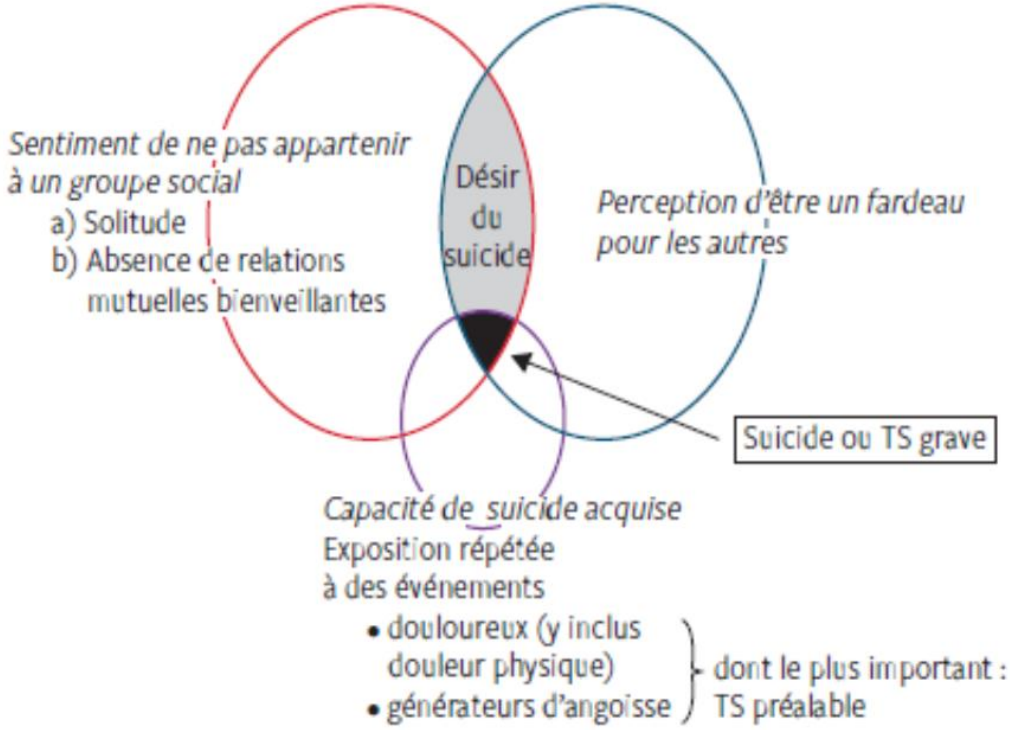
Medically Assisted Dying and Suicide

How Are They Different, and How Are They Similar?

by PHOEBE FRIESEN

FIG 1 **Théorie Interpersonnelle du Suicide (ITS)[12]**

En accord avec l'ITS, le type le plus dangereux du désir suicidaire provient de la présence simultanée de trois composantes: l'*appartenance frustrée*, la *lourdeur perçue* et la *capacité de suicide acquise*.
TS: tentative de suicide.



Je me sens seul(e)

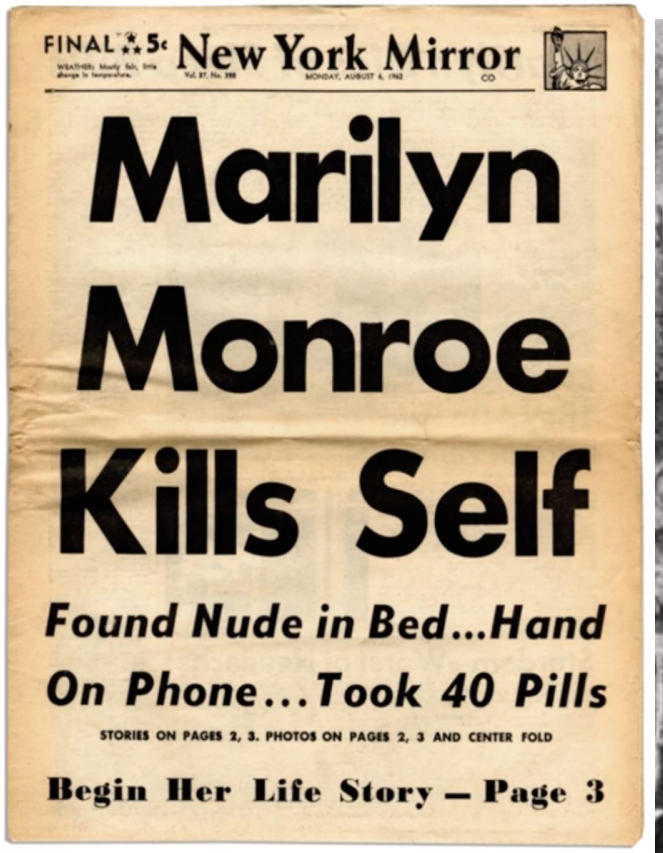
Je suis un fardeau

J'ai la capacité de passer à l'acte

« Comme les personnes qui font recours à l'aide médicale à mourir, celles qui veulent se suicider ne feraient pas ce choix si elles n'étaient pas dans les circonstances dans lesquelles elles se trouvent. »

Phoebe Friesen




FINAL 5¢ New York Mirror

MONDAY, AUGUST 6, 1962

Marilyn Monroe Kills Self

Found Nude in Bed...Hand On Phone...Took 40 Pills

STORIES ON PAGES 2, 3. PHOTOS ON PAGES 2, 3 AND CENTER FOLD

Begin Her Life Story — Page 3








Los Angeles Times

ONE OF THE WORLD'S GREAT NEWSPAPERS

MARILYN MONROE DIES; PILLS BLAMED

Red Super Bomb Kicks Off Series

High Altitude Test Reported as Being in 40-Megaton Range

Nixon Team at Helm of State GOP

Unclad Body of Star Found on Bed Near Empty Capsule Bottle



https://www.youtube.com/watch?time_continue=154&v=vNL20j_liYk



International Journal of Mental Health

ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: https://www.tandfonline.com/loi/mimh20

The association between *13 Reasons Why* and suicidal ideation and behaviors, mental health symptoms, and help-seeking behaviors in youths: An integrative systematic review

Edouard Leaune, Julie Leclerc, Robin Fender, Charles-Edouard Notredame, Lucie Jurek & Emmanuel Poulet

BJPsych Open (2022)
8, e108, 1–8. doi: 10.1192/bjo.2022.71

Review

Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review

Anne M. Doherty, Caitlyn J. Axe and David A. Jones











6 études

Conclusions

The findings of this review do not support the hypothesis that introducing EAS reduces rates of non-assisted suicide. The disproportionate impact on older women indicates unmet suicide prevention needs in this population.

Journal of Clinical Medicine

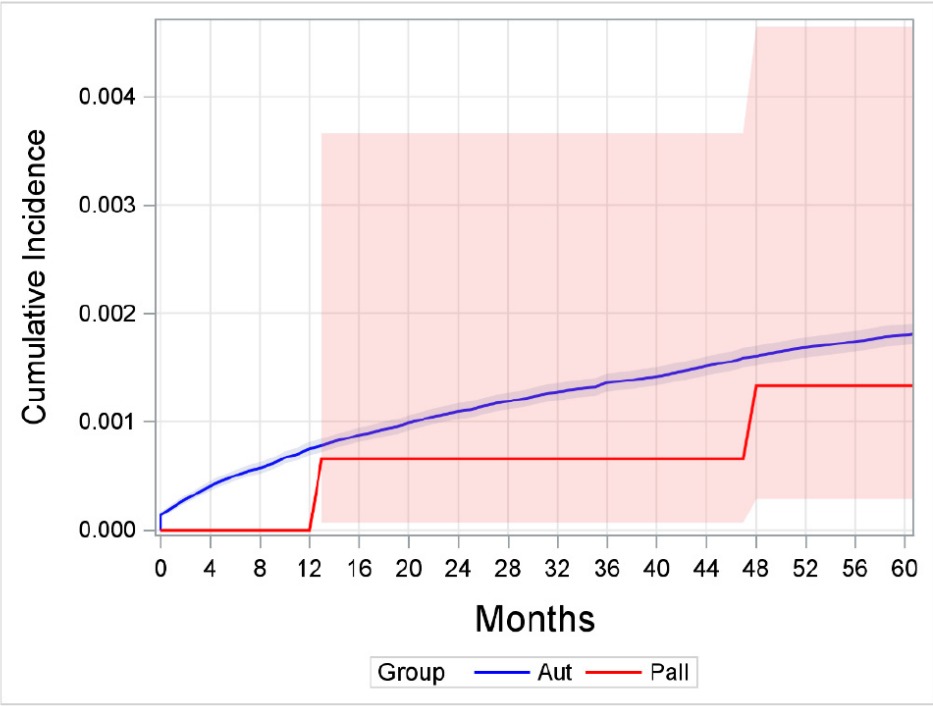
MDPI



Article

Suicide Rates Among Patients Receiving Palliative Care—Descriptive Results of a National Cohort Study

Stephan Listabarth [1,2], Lea Sommer [1,2], Armin Trojer [1,2], Sabine Weber [1,2], Magdalena Grömer [1,2], Thomas Waldhoer [3,*], Daniel Hackl [1,2,4], Benjamin Vyssoki [1,2,5], Eva Katharina Masel [6], Matthias Unseld [6,7] and Daniel König [1,2]



Aucune surmortalité par suicide n'a été mise en évidence (p = 0,117) dans le groupe de patients bénéficiant de soins palliatifs. Les soins palliatifs destinés aux patients atteints d'un cancer pourraient permettre d'atténuer la surmortalité par suicide qui est normalement attendue chez les patients en phase terminale.

« Il n’existe à l’heure actuelle aucune évidence claire soutenant soit l’existence de différences soit de similitudes entre le suicide et l’aide active à mourir »



short report

Wien Klin Wochenschr (2026) 138:391–393
https://doi.org/10.1007/s00508-025-02685-6

Wiener klinische Wochenschrift
The Central European Journal of Medicine

Assisted suicide in Austria: implications for media reporting

Thomas Niederkrotenthaler · Thomas Kapitany

« Il est important de répéter que l'objectif de la prévention du suicide n'est pas de faire de l'aide à mourir un sujet tabou. Seule une couverture médiatique équilibrée de ces sujets peut réellement contribuer à réduire la stigmatisation et à aborder de manière responsable cette question importante de santé publique qu'est la mort dans la dignité. »



La *vye* devant soi

Une responsabilité vis-à-vis des expériences vécues

- **Ethique** : responsabilité collective de remettre les voix des personnes concernées au cœurs des pratiques, des réflexions et des décisions en santé

- **Clinique**: une présence dans les services, auprès des personnes accueillies, apportant de nouvelles formes de soutien, d'aide et d'accompagnement

- **Scientifique** : un objectif d'efficience et d'efficacité en améliorant l'expérience vécue et les parcours de soin pour transformer réellement les pratiques (et les équipes)

- **Politique** : une possibilité transformative des dispositifs de soin, des politiques de santé et des rapports de domination en santé

Penser la *vivabilité*



- **Des vies rendues invivables?**
  - Maladie
  - Trajectoires de vie, adversité
  - Conditions socio-environnementales d'existence

- **Un vitalisme critique?** (F. Wörms): position philosophique qui prend le vivant comme réalité première et indépassable, tout en exerçant une critique rigoureuse des dérives métaphysiques ou dogmatiques du vitalisme classique

- ***Discovering Liveability*** : un projet de recherche structurant visant à mieux comprendre les déterminants d'émergence des idées et conduites suicidaires sous l'angle des conditions de vivabilité

Discovering
Liveability

Co-producing alternatives to suicide prevention.

« Vivre, ce n'est pas seulement lutter contre la mort mais encore oublier cette lutte aussi souvent que possible. Car être en vie, c'est aussi avoir envie d'être en vie, et avoir envie d'être en vie passe par le plaisir et la joie. »

Frédéric Wörms



« Il est des expériences qui ne sont pas seulement invivables comme la mort, mais pires que la mort et peut-être l'invivable est-il pire que la mort puisqu'il est la mort de celui qui vit sa vie tandis que sa vie peut continuer sans lui ou avec lui qui la vit comme invivable, c'est-à-dire comme sa mort dans la vie. »

Judith Butler



La vye

- ***Lyfe*** : concept proposé par des scientifiques soutenus par le programme d'astrobiologie de la NASA pour **élargir la définition de la vie au-delà de la vie biologique terrestre**



- ***Vye :*** concept repris par le sociologue Bernard Lahire (ENS Lyon)
  - souligner la **dimension globale et adaptative** du vyvant
  - tout organisme vyvant **apprend et s'adapte pour persévérer** dans son être
  - le social humain s'inscrit dans un **continuum qui relie les êtres vivants et toutes les formes collectives** dans lesquelles ils s'organisent
  - **soutenir les institutions** qui protègent et stimulent notre désir vital de savoir est une priorité



Pour une éthique de la *vyvabilité*

- Appréhender les **situations limites d'atteintes à la *vyvabilité***
- Comprendre les **déterminants individuels, socio-environnementaux, politiques et existentiels** de la *vyvabilité*
- Accepter **les paradoxes et le pouvoir transformatif** des expériences vécues et d'une éthique de la *vyvabilité*
- Soutenir au sein des institutions une **éthique de la *vyvabilité et du vyvant***

Ethique narrative

- L'éthique narrative (EN) porte une attention particulière aux **récits des divers acteurs d'une situation médicale** : malade, famille, soignants, assistants sociaux ou administrateurs...

- La narration étant un reflet de l'expérience éthique individuelle, cette approche considère que la narrativité est une **catégorie éthique ayant une part essentielle dans l'élaboration d'un jugement éthique** en situation de soin

Ethique narrative

- La maladie fait **irruption au coeur de l'existence de l'individu**, tel un choc, provoquant parfois la prise de conscience en urgence de sa vulnérabilité et de sa finitude

- Mettre l'accent sur une approche individualisée au sein de laquelle une réflexion sur le **concept d'identité occupe une place de choix**

- Au coeur d'une activité clinique il s'agit, par la place accordée au récit, de considérer **chaque personne comme engageant une clinique singulière**

Éthique & Santé

Pour une réflexion éthique revisitée autour de la prévention du suicide : l'exemple de l'approche narrative

Sonia Benkhelifa[1,2], Elodie Camier-Lemoine[2], Benoît Chalancon[1,3], Edouard Leaune[1,4]

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1765462920300799

Conclusion

- Une **nécessaire humilité** devant la diversité des expériences vécues et de la complexité des demandes de mort

- Un besoin clinique de **mieux comprendre les différentes formes de mort sans les pathologiser**

- Un **impératif éthique, clinique et politique** de s'intéresser à la *vyvabilité,* ses paradoxes et son pouvoir transformatif

D.I.U. DE SUICIDOLOGIE

« Penser, comprendre, traiter et prévenir les conduites suicidaires »

6 sessions de 3 jours consécutifs en présentiel

de janvier à octobre à Paris, Lyon et Bordeaux

Approche multidisciplinaire

Psychiatrie, psychologie, sociologie, santé publique, anthropologie, philosophie, histoire, éthologie, théologie…

Public varié

Professionnels de santé, chercheurs, bénévoles d'association, pairs aidants

ENSEIGNEMENT THÉORIQUE ET PRATIQUE INTERACTIF

Pour tout renseignement : cps.universitaire@ch-le-vinatier.fr

Université Claude Bernard Lyon 1 — université PARIS-SACLAY — université de BORDEAUX



LE VINATIER
PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

VigilanS

3114
LE NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

HCL
HOSPICES CIVILS
DE LYON

Lyon1
Université
Claude Bernard