L'acceptabilité perçue du suicide médicalement assisté

Comparaison internationale

María Teresa MUÑOZ SASTRE(1), Étienne MULLET(2)

(1) Professeure des universités - Université de Toulouse – CERPPS,
(2) Ancien Professeur des universités et ancien directeur d'études à l'École Pratique des Hautes Études, Paris

Résumé : La question de savoir si les médecins doivent intervenir pour mettre fin à la vie des patients en phase terminale a toujours été controversée. Des études examinant les circonstances dans lesquelles des personnes non-expertes considèrent le suicide médicalement assisté comme acceptable, et utilisant un même ensemble de scénarios réalistes, ont été menées dans sept pays aux cultures très différentes : la Colombie, la France, l'Inde, le Koweït, la Roumanie, le Togo et la Turquie. Les scénarios décrivant la condition des patients comprenaient des informations sur l'âge du patient, le degré d'incurabilité de sa maladie, le type de souffrance et la mesure dans laquelle le patient demande une procédure de fin de vie. Une analyse en cluster globale a révélé neufs positions qualitativement différentes parmi les participants. La plupart des participants ne se sont pas montrés opposés, par principe, au suicide assisté. Les facteurs d'acceptabilité les plus importants sont l'âge avancé du patient et la demande répétée du patient. Le principe dominant qui guide les opinions des participants est la non-malveillance (en particulier, ne pas compromettre la possibilité d'une vie éternelle). Ce principe est, d'un pays à l'autre, progressivement supplanté par les principes de bienveillance, d'autonomie et de justice à mesure que les croyances religieuses s'estompent.

Mots-clés : Suicide médicalement assisté, positions, autonomie, bienveillance, religion.

1 Introduction

Les décisions de fin de vie les plus controversées sont celles à propos desquelles les soignants – professionnels de santé ou membres de la famille – aident activement les malades à mourir. Dans le cas du suicide médicalement assisté, les patients reçoivent, de la part des soignants, les moyens de mettre fin à leur vie. Puisque le patient effectue lui-même l'acte létal, en ingérant par exemple une solution de pentobarbital de sodium, la procédure se déroule à sa demande et avec son consentement. Dans le cas

de l'euthanasie, le médecin intervient directement pour mettre fin à la vie du patient (euthanasie active) ou pour mettre fin au traitement nécessaire au maintien de la vie (euthanasie passive). La présente étude est une ré-analyse de données publiées dans diverses revues spécialisées sur les positions des personnes non-expertes relativement à l'acceptabilité du suicide médicalement assisté. Ces données ont été recueillies dans sept pays culturellement très différents : la France (Europe Occidentale), la Colombie (Amérique Latine), l'Inde (Asie du Sud), le Koweït (Moyen-Orient), la Roumanie (Europe de l'Est), le Togo (Afrique Occidentale), et la Turquie (Carrefour Europe-Asie). Les principaux résultats de cette ré-analyse seront discutés à la lumière des quatre principes de bioéthique suggérés par Beauchamp et Childress (2008) : autonomie, bienveillance, non-malveillance et justice.

2 Lois et dispositions réglementant les décisions de fin de vie

Des lois ont été adoptées (ou des dispositions existent) pour autoriser et réglementer (a) l'euthanasie et le suicide médicalement assisté aux Pays-Bas et au Luxembourg (b) l'euthanasie en Belgique et en Colombie, et (c) le suicide médicalement assisté en Allemagne, en Suisse, en Espagne, en Italie, au Canada, et, dans divers états des États-Unis (Californie, Colorado, Maine, Montana, New Jersey, Oregon, Vermont, Washington et le District de Columbia (*State-by-State Guide to Physician-Assisted Suicide*, 2021). Une législation similaire est en cours de discussion ailleurs dans le monde, notamment en Inde (Mahapatra, 2011). Il est donc important pour les soignants et les décideurs politiques du monde entier d'apprécier les circonstances dans lesquelles les décisions de fin de vie sont, du point des divers publics, considérées comme acceptables ou inacceptables.

3 L'acceptabilité des décisions du point de vue de divers publics

Diverses techniques d'enquêtes ont été employées pour évaluer le niveau global d'acceptabilité de l'aide à la fin de vie d'un patient et pour définir les principaux facteurs qui sont susceptibles d'avoir un impact sur les jugements d'acceptabilité des personnes. La plupart des équipes de recherche ont utilisé des questionnaires. Par exemple, Cohen et ses collaborateurs (2014), ont posé aux participants de 47 pays européens la question suivante : *Pensez-vous que l'euthanasie (mettre fin à la vie des malades incurables) peut toujours être justifiée, ne peut jamais être justifiée, ou quelque chose entre les deux ?* Les cotations moyennes d'acceptabilité observées ont, selon le pays, varié de 1,52 à 6,79 (sur 10), ce qui indique une acceptation beaucoup plus grande dans certains pays (ex., la France : 6,75) que dans d'autres (ex., la Turquie : 2,21).

D'autres équipes se sont, dans une perspective complémentaire, attachées à définir les circonstances dans lesquelles les décisions de fin de vie sont considérées comme acceptables ou non, en utilisant une technique de scénarios réalistes (Muñoz Sastre et Mullet, 2019 ; Ulrich et Ratcliffe, 2008). Par exemple, Kamble *et al.*, (2012) ont présenté à des étudiants indiens 36 scénarios décrivant la situation de patients en phase terminale, scénarios composés selon un plan intra-sujets à quatre facteurs. Les informations contenues dans les scénarios étaient (a) l'âge du patient (35, 60 ou 85 ans) (b) le niveau d'incurabilité (ou de curabilité) de sa maladie (complètement incurable

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

ou extrêmement difficile à guérir) (c) le type de souffrance (douleur physique extrême ou dépendance complète) et (d) la mesure dans laquelle le patient demande une procédure de fin de vie (aucune demande, demande intermittente ou demandes formelles et répétées). Les réponses se donnaient le long d'échelles continues allant de Pas du tout acceptable (0) à Tout à fait acceptable (10). Bien que l'échantillon soit, dans ce cas, particulièrement homogène, les auteurs ont observé de grandes différences dans les réponses. Une analyse en clusters de celles-ci a montré l'existence de trois positions contrastées. Pour 42 % des participants, le recours au suicide médicalement assisté était considéré comme clairement inacceptable lorsque le patient était jeune, mais il était considéré comme clairement acceptable lorsqu'il était âgé, et plus acceptable encore si le patient le demandait. Pour 29 %, il était considéré comme essentiellement acceptable dans toutes les circonstances décrites quoiqu'un peu moins acceptable si le patient était jeune ou s'il n'avait formulé aucune demande. Pour 29 % encore, il était considéré comme essentiellement inacceptable quoiqu'un peu moins acceptable si le patient était âgé ou s'il en avait formulé la demande de façon insistante.

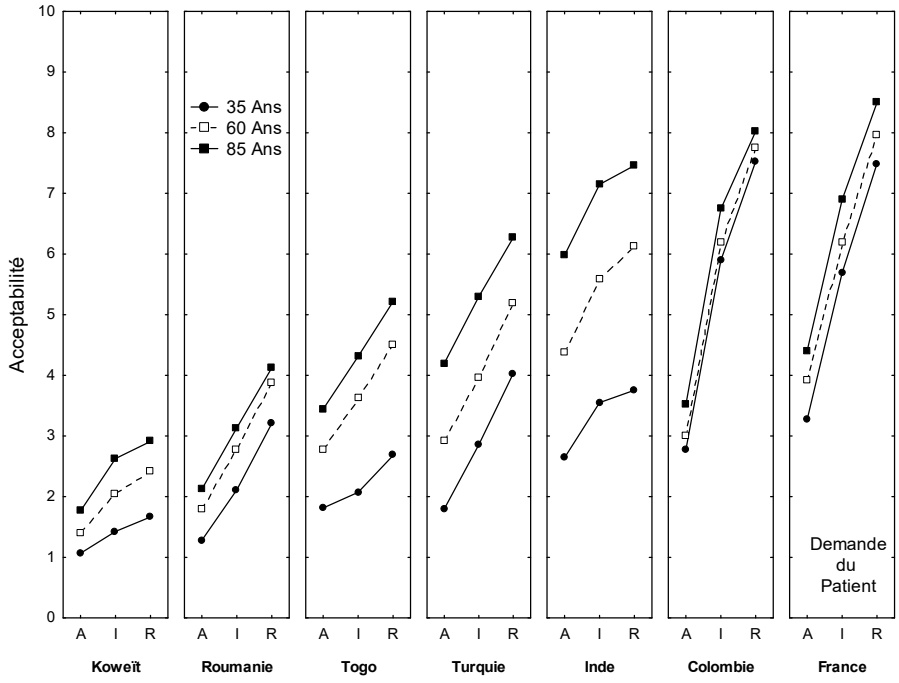


Fig. 1 : *Effet de l'âge du patient et de sa demande sur l'acceptabilité perçue du suicide médicalement assisté dans sept pays.* Les cotations d'acceptabilité sont portées le long de l'axe vertical. Les trois niveaux de demande sont portés le long de l'axe horizontal (A = Aucune demande, I = Demande intermittente, R = Demande répétée). Chaque courbe correspond à un niveau d'âge du patient. Les cotations moyennes d'acceptabilité ont été calculées en regroupant les niveaux de deux autres facteurs : incurabilité et type de souffrance.

Le matériel utilisé en Inde par Kamble et ses collègues (2012) a également été appliqué à des échantillons divers de participants dans six autres pays : (a) des étudiants

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

koweïtiens (Ahmed *et al.*, 2010) (b) des adultes français (Muñoz Sastre *et al.*, 2010) (c) des adultes togolais (Kpanake *et al.*, 2013) (d) des jeunes turcs (Bugay *et al.*, 2014), des adultes roumains (Teodorescu *et al.*, 2016), et des adultes colombiens (Pineda Marin *et al.*, 2021). La Figure 1 montre une partie des résultats moyens observés dans l'ensemble des sept pays. Comme on peut le voir, les différences sont importantes. Dans certains pays (ex. Koweït), les réponses se sont concentrées dans la partie gauche (pas du tout acceptable) de l'échelle de réponse. Dans d'autres pays (ex., Colombie), elles ont couvert toute l'étendue de l'échelle de réponse. Le dendrogramme de la Figure 2 [fig. 2] illustre, d'une autre manière, ces différences.

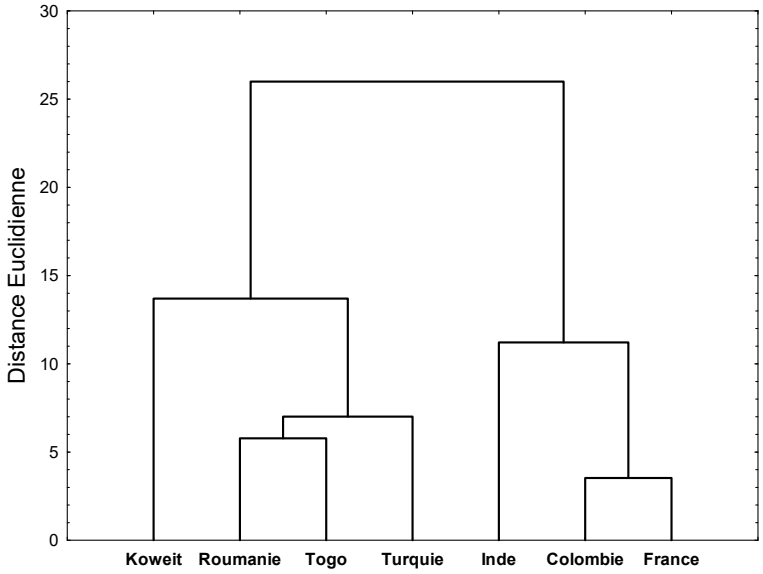


Fig. 2 : Distances Euclidiennes entre les sept pays.

3.1 Une grande diversité de positions personnelles

Dans chaque cas, des positions qualitativement différentes ont là encore, par application d'analyses en clusters, été trouvées. Ces positions sont présentées dans le Tableau 1 [tab. 1]. Elles varient de *Jamais acceptable quelles que soient les circonstances* (position majoritaire au Koweït), à *Toujours acceptable si les patients en font la demande de façon répétée* (position majoritaire en France), ou encore *Acceptable seulement si les patients sont des personnes âgées* (position courante en Inde). Au Togo, le facteur Curabilité de la maladie a un impact plus fort que dans les autres pays. Lorsque la maladie n'est pas complètement incurable, le niveau d'acceptabilité est plus faible que lorsque la maladie est difficile à traiter. Pour certaines personnes, le type de souffrance importe, comme chez une minorité de Koweïtiens pour qui l'acceptabilité est plus faible en cas de douleur physique qu'en cas de dépendance totale.

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

Tab. 1 : Positions par rapport au suicide médicalement assisté observées dans les études antérieures.

Position	Étendue des Cotations	Effets Observés	Pays
Jamais Acceptable	Cotations toutes proches du zéro de l'échelle de réponse	Aucun effet	Koweït, Roumanie, Togo
Pas Très Acceptable	Cotations toutes du coté *Inacceptable* de l'échelle de réponse	Faible effet de l'âge	Koweït, Inde
Type de Souffrance	Cotations dans la zone de non-acceptabilité excepté dans les cas de complète dépendance	Effet de la demande et de la curabilité	Koweït
Incurabilité de la maladie	Cotations réparties tout au long de l'échelle	Effets de la curabilité, de la demande et de l'âge	Togo
Age du Patient	Cotations réparties tout au long de l'échelle	Effet fort de l'âge et effet faible de la demande	Inde, Koweït
Demande du Patient	Cotations réparties tout au long de l'échelle	Effet fort de la demande	France, Colombie
Demande et Âge	Cotations réparties tout au long de l'échelle	Effet fort de l'âge et de la demande	Roumanie
Essentiellement Acceptable	Cotations toutes du coté *Acceptable* de l'échelle de réponse	Effets faibles de la demande et de l'âge	France, Inde

4 Une ré-analyse des données antérieures

Comme les données de ces sept études ont été analysées séparément, les comparaisons directes entre les pays restent difficiles. Dans cet article, nous présenterons au lecteur les résultats d'une analyse en cluster unique menée sur l'ensemble des données recueillies dans les sept pays [tab. 2]. L'avantage associé à une ré-analyse effectuée sur un très large échantillon est que cette ré-analyse peut permettre de détecter des positions (en particulier des positions minoritaires) qui ont pu se trouver masquées dans chaque analyse menée séparément au niveau de chaque pays. En outre, le résultat d'une telle ré-analyse peut offrir le cadre commun, nécessaire pour effectuer des comparaisons internationales directes.

Tab. 2 : Caractéristiques démographiques des sept échantillons

Pays	*N*	Participants	Age Moyen	Femmes	Croyants	Pratiquants
Colombie	134	Adultes	37	52%	80%	48%
France	292	Adultes	36	53%	48%	9%
Inde	293	Etudiants	23	62%		92%
Koweït	330	Etudiants	21	67%	100%	100%
Roumanie	268	Adultes	43	60%	91%	40%
Togo	302	Adultes	32	52%	96%	
Turquie	129	Jeunes Adultes	26	48%	100%	

Les sept pays considérés diffèrent notablement en termes de contextes religieux et philosophiques concernant les questions de vie et de mort. Selon les principes de la bioéthique islamique, « le meurtre d'une personne en phase terminale, que ce soit par l'euthanasie active volontaire ou le suicide assisté par un médecin, est jugé comme un acte de désobéissance à Dieu » (Sachedina, 2005, p. 779). Dans la tradition hindoue, la mort n'est pas la fin de la vie mais une simple transition entre deux vies successives, à travers la renaissance dans un corps différent (Desai, 1988). Le maintien de la vie à tout prix n'y est donc pas considéré comme un impératif. Au Togo,

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

la mort d'une personne âgée, contrairement à celle d'une personne jeune, est considérée comme une grande bénédiction pour l'ensemble de la société, car elle est perçue comme un rituel de passage vers le statut d'ancêtre, c'est-à-dire vers le stade le plus élevé de la trajectoire de développement de la personne (Moore, 2007). En Roumanie, l'influence de l'église orthodoxe est, depuis la chute du Mur, redevenue majeure et les décisions touchant la vie y sont vues comme étant uniquement du ressort du créateur (Capelle-Pogăcean, 2008). La France et la Colombie sont aujourd'hui des pays laïques où, concernant les questions de fin de vie, la plupart des gens cultivent le droit à l'autodétermination (Hofstede, 2011). Le Parlement colombien a d'ailleurs voté une loi allant dans ce sens (López Benavides, 2018). Enfin, la Turquie a une population majoritairement musulmane mais, contrairement au Koweït, ce pays a longtemps été une société civile d'esprit laïque, ce qui conduit d'ailleurs actuellement à des divisions sur de nombreuses questions sociales, y compris donc la prise de décision en matière de fin de vie (Karadeniz *et al.*, 2008). Par conséquent, et comme le montre déjà le Tableau 1, on peut s'attendre à une riche diversité de positions, même si le nombre de pays considérés n'est que de sept.

4.1 Participants et matériel utilisé

Les participants formant les sept échantillons étaient soit (a) des adultes dans les pays où il était possible et relativement courant d'interroger les personnes sur des questions de société (ex., France ou Colombie), soit (b) des étudiants universitaires dans des pays où il n'était pas simple d'interroger des adultes sur de tels sujets (ex., Koweït ou Inde).

Le matériel a été décrit plus haut. Il s'agit d'un ensemble de 36 scénarios indiquant l'âge du patient, le niveau d'incurabilité (ou de curabilité) de la maladie, le type de souffrance et la mesure dans laquelle le patient demande à ce qu'une procédure de fin de vie lui soit appliquée. Un exemple de vignette est le suivant :

> « Monsieur Silva est âgé de 85 ans. Il est atteint d'une maladie grave, totalement incurable dans l'état actuel des connaissances. Il reçoit actuellement le meilleur traitement possible. Il est totalement dépendant, il ne peut pas respirer seul et ne peut pas se nourrir seul. Il a demandé clairement et à plusieurs reprises de recourir à l'euthanasie ou au suicide médicalement assisté. Pensez-vous que le suicide assisté soit une procédure acceptable dans ce cas ? ».

Les adultes ont été contactés dans les rues des grandes villes, et les étudiants universitaires sur les campus.

4.2 Analyses en clusters

Une analyse en clusters a été menée sur l'ensemble des données, conformément aux recommandations de Hofmans et Mullet (2013), c'est-à-dire que la méthode dite des nuées dynamiques a été employée (K-means). À chaque participant correspond un profil de 36 réponses (une pour chaque scénario). Le programme d'analyse statistique calcule d'abord les distances euclidiennes pour chaque paire de profils possible. Il

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

regroupe ensuite les profils les plus proches les uns des autres. Dix regroupements de profils – dix clusters de participants – ont, dans le cas présent, été identifiés. Cinq d'entre eux sont présentés Figure 3, trois autres sont présentés Figure 4 et les deux derniers sont détaillés Figure 5 [fig. 5]. Le Tableau 3 [tab. 3] montre les pourcentages de participants de chaque pays et dans chaque cluster.

Tab. 3 : Pourcentage de participants de chaque pays exprimant chacune des positions.

Position	KW	RO	TG	TR	IN	CO	FR	Total
Jamais Acceptable	**67**	**54**	**34**	**26**	5	13	6	**32**
Pas Très Acceptable	4	7	8	5	1	2	1	4
Dépend de l'Age du Patient	9	6	**19**	**22**	**37**	1	3	14
Dépend de la Demande du Patient	3	11	1	9	1	**37**	**26**	11
Demande + Age	1	5	3	7	5	10	**20**	7
Age x Demande	2	2	6	2	10	2	2	4
Curabilité de la Maladie	0	2	13	1	1	0	1	3
Type de Souffrance	6	1	5	4	3	1	1	3
Essentiellement Acceptable	1	9	5	15	10	**25**	**30**	12
Indéterminé	7	4	5	11	**28**	7	11	11
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Comme on peut le constater Figure 3 [fig. 3], le premier cluster ($N = 551$) correspond à la position *Jamais acceptable* attendue sur la base des études antérieures (Tableau 1). Les réponses sont toujours très proches du côté inacceptable de l'échelle et aucun effet significatif d'un facteur n'a, par applications de techniques statistiques inférentielles, été détecté. Comme on peut le constater dans le Tableau 2, cette position est la position largement dominante chez les participants koweïtiens (67 %) et les participants roumains (54 %). Le deuxième cluster ($N = 68$) correspond à la position *Pas très acceptable*. Ce n'est que dans deux cas de figure – lorsque le patient est âgé et que sa demande est insistante – que le recours à la procédure est jugé tolérable. Les cotations sont pour la plupart faibles mais néanmoins plus élevées que dans le premier cluster.

Le troisième cluster ($N = 248$) correspond à la position *Dépend de l'âge du patient*. Lorsque le patient a 85 ans, les cotations sont nettement plus élevées que lorsque celui-ci est plus jeune. Un effet de la demande du patient est détectable mais celui-ci est faible par rapport à l'effet de l'âge. Comme on peut le constater Tableau 2, cette position est surtout fréquente en Inde (37 %) mais on la trouve aussi en Turquie (22 %). Le quatrième cluster ($N = 184$) correspond à la position *Dépend de la demande du patient*. Lorsque le patient demande de façon répétée que la procédure lui soit appliquée, les cotations sont nettement plus élevées que lorsque la demande est moins insistante ou non-existante. Cette position est surtout fréquente en Colombie (37 %) et en France (26 %).

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

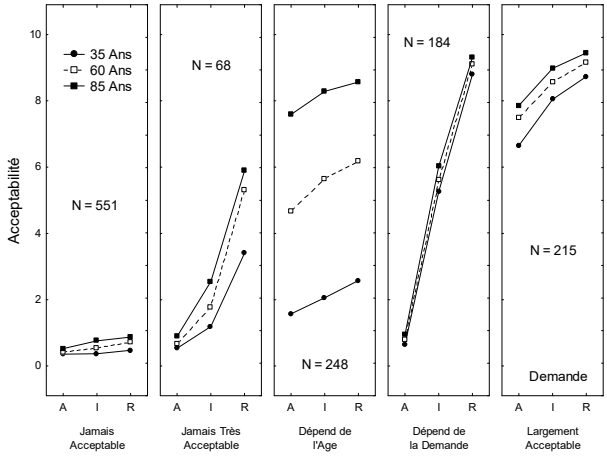


FIG. 3 : Effet de l'âge du patient et de sa demande sur l'acceptabilité perçue du suicide médicalement assisté dans cinq des dix clusters.
Les cotations d'acceptabilité sont portées le long de l'axe vertical. Les trois niveaux de demande sont portés le long de l'axe horizontal (A = Aucune demande, I = Demande intermittente, R = Demande répétée). Chaque courbe correspond à un niveau d'âge du patient. Les cotations moyennes d'acceptabilité ont été calculées en regroupant les niveaux de deux autres facteurs : incurabilité et type de souffrance.

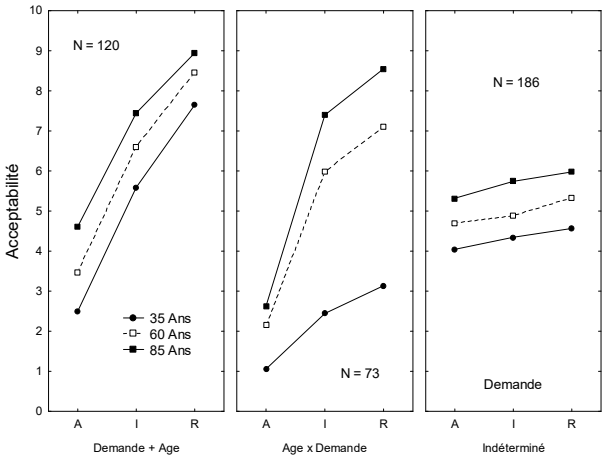


FIG. 4 : Effet de l'âge du patient et de sa demande sur l'acceptabilité perçue du suicide médicalement assisté dans trois des dix clusters. Les cotations d'acceptabilité sont portées le long de l'axe vertical. Les trois niveaux de demande sont portés le long de l'axe horizontal (A = Aucune demande, I = Demande intermittente, R = Demande répétée). Chaque courbe correspond à un niveau d'âge du patient. Les cotations moyennes d'acceptabilité ont été calculées en regroupant les niveaux de deux autres facteurs : incurabilité et type de souffrance.

Le cinquième cluster ($N = 215$) correspond à la position *Essentiellement acceptable*. Les cotations sont, dans tous les cas, beaucoup plus proches du pôle acceptable de l'échelle de réponse. Un effet de l'âge et de la demande est néanmoins détectable. Cette position est également surtout fréquente en Colombie (25 %) et en France (30 %).

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

Comme on peut le constater Figure 4 [fig. 4], le sixième cluster ($N = 120$) correspond à une position intermédiaire entre *Dépend de l'âge* et *Dépend de la demande*. Les deux aspects sont, cette fois, substantiellement pris en compte pour juger de l'acceptabilité. Cette position est surtout fréquente en France (20 %). Le septième cluster ($N = 73$) correspond à une position assez similaire à celle qui vient d'être décrite à ceci près que l'effet de la demande n'est réellement pris en compte que si le patient est âgé. Cette position est surtout fréquente en Inde (10 %). Le huitième cluster ($N = 186$) correspond à une absence de position. Les cotations sont toujours proches du centre de l'échelle de réponse. Ce sont surtout les Indiens qui ont témoigné de cette indécision (28 %).

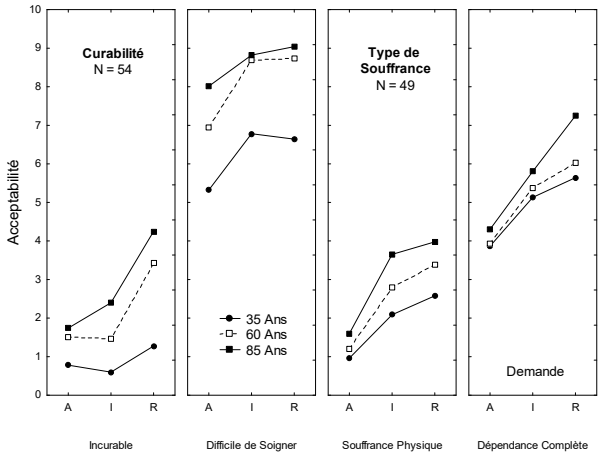


FIG. 5 : Effet de l'âge du patient et de sa demande sur l'acceptabilité perçue du suicide médicalement assisté dans deux des dix clusters. Les cotations d'acceptabilité sont portées le long de l'axe vertical. Les trois niveaux de demande sont portés le long de l'axe horizontal (A = Aucune demande, I = Demande intermittente, R = Demande répétée). Chaque courbe correspond à un niveau d'âge du patient. Les deux panneaux de gauche correspondent aux deux niveaux de curabilité de la maladie. Les deux panneaux de droite correspondent aux deux types de souffrance. Les cotations moyennes d'acceptabilité ont été calculées en regroupant soit les niveaux du facteur type de souffrance, soit les niveaux du facteur incurabilité.

Comme on peut le constater Figure 5, le neuvième cluster ($N = 54$) correspond à une position qui, à la différence des positions analysées précédemment, prend en compte le degré de curabilité de la maladie. Des effets, plus faibles, de l'âge et de la demande sont néanmoins détectables. Ce sont presque exclusivement les Togolais qui ont exprimé cette position (13 %). Enfin, le dixième cluster ($N = 49$) correspond à une position qui, à la différence des positions analysées précédemment, prend en compte, cette fois, le type de souffrance. Des effets, plus faibles, de l'âge et de la demande sont, là aussi, détectables.

4.3 L'importance des circonstances

Les diverses positions exprimées par les participants ne peuvent donc pas être résumées facilement en termes de valeurs unitaires s'ordonnant linéairement le long d'une dimension commune d'acceptabilité. La plupart du temps, les diverses circonstances

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

importent, et l'impact de ces circonstances diffère nettement d'une personne à l'autre, et ce d'autant plus que ces personnes vivent dans des pays différents. Ces résultats sont conformes à l'opinion exprimée par Cohen *et al.* (2014) selon lesquels les attitudes à l'égard des décisions de fin de vie sont à considérer comme des décisions aux multiples facettes.

C'est au Koweït, où la plupart des participants étaient des musulmans pratiquants, que les circonstances importent le moins. Pour une large majorité d'entre eux, le suicide médicalement assisté n'a jamais été considéré comme acceptable. Un tel résultat n'apparaît cependant pas lié à une religion particulière. Une majorité de roumains – Orthodoxes – a exprimé la même position. Chez les participants togolais, la grande importance accordée à l'âge du patient par certains participants est cohérente avec le point de vue traditionnel en Afrique occidentale selon lequel, comme indiqué précédemment, la mort d'une personne âgée est considérée comme une grande bénédiction pour l'ensemble de la société. L'importance accordée à la curabilité de la maladie peut refléter une tendance, dans un pays où les ressources médicales sont rares, à interpréter l'expression *difficile à traiter* comme indiquant plutôt la difficulté d'obtenir le traitement et/ou son coût élevé pour la famille.

Parmi les participants indiens, la position la plus fréquente (47 %) était que l'acceptabilité dépend de l'âge du patient (à l'exception de certains participants pour qui l'âge ne faisait aucune différence si le patient ne faisait pas de demande explicite). L'importance accordée à l'âge du patient est cohérente avec l'idée que la mort peut, d'un point de vue traditionnel hindou, être soit bonne soit mauvaise (Firth, 2005). Les bonnes morts sont des morts non violentes qui surviennent au bon moment, c'est-à-dire à un âge avancé, lorsque le mourant a eu le temps de résoudre ses conflits. Le pourcentage élevé d'indécis (28 %) dans cet échantillon pourrait toutefois êtes dû à l'absence d'un organisme officiel pour définir l'orthodoxie hindoue, ce qui permet aux gens d'adopter des positions différentes sur les questions de fin de vie ou même de rester dans un état d'indécision.

5 Par rapport aux quatre principes de bioéthique

En raison de la grande diversité des positions rencontrées, il peut sembler que les quatre principes de bioéthique suggérés par Beauchamp et Childress (2008) – autonomie, bienveillance, non-malveillance et justice – ne peuvent, dans ce cas, fournir un cadre interprétatif convaincant. Cela n'est, cependant, pas ce que nous pensons.

Selon nous, lorsque les participants koweïtiens ou roumains ont, dans leur majorité, considéré qu'en aucun cas le suicide assisté n'est acceptable, ils ont appliqué leur propre version du principe de non-malveillance, version selon laquelle : (a) il serait risqué pour le malade de désobéir aux commandements de Dieu car l'accès au paradis pourrait, en conséquence, lui être refusé, et (b) il serait risqué pour le médecin, pour le même genre de raison, d'aider le patient à mourir (Sachedina, 2009). Dans le même ordre d'idées, lorsqu'une bonne partie des participants indiens ont considéré que l'âge du patient était le principal déterminant de l'acceptabilité, ils ont également appliqué leur propre version de ce principe, version selon laquelle toute intervention humaine dans le cas d'un jeune patient qui va connaître une *mauvaise mort* risque

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

d'introduire de graves perturbations dans le cycle karmique de la vie (Desai, 1988). Le Tableau 4 [tab. 4] présente une interprétation, en termes des quatre principes, des neuf positions identifiées dans la présente étude. Ce tableau montre notamment que le principe d'autonomie, principe essentiel dans les pays occidentaux, est en fait loin d'être majoritairement considéré comme pertinent s'agissant du sujet traité.

Tab. 4 : Analyse des neuf positions en termes des quatre principes de la bioéthique.

Position	%	Principe Impliqué	Rationnel Supposé
Jamais Acceptable	32	Non-malveillance	Ne pas interférer avec les Commandements divins, ce qui serait risqué pour le devenir *post-mortem* du patient (et pour celui des soignants impliqués
Pas Très Acceptable	4	Non-malveillance et Bienveillance	Ne pas interférer avec les Commandements divins, quoiqu'il soit parfois *tolérable* de mettre prématurément fin aux souffrances
Type de Souffrance	3	Non-malveillance et Bienveillance	Ne pas interférer avec les Commandements divins, quoiqu'il soit tentant de mettre prématurément fin à la vie du malade lorsque celle-ci a perdu son sens
Incurabilité	3	Non-malveillance et Justice	Ne pas tuer prématurément un patient qui aurait pu être traité si des soins adéquats avaient été disponibles
Âge du Patient	14	Non-malveillance	Ne pas interférer avec le Karma ; c'est-à-dire dans les cas où, par exemple, le patient est trop jeune pour faire l'expérience d'une *bonne mort*
Âge x Demande	4	Non-malveillance et Autonomie	Ne pas interférer avec le Karma et, en même temps, honorer les souhaits du patient
Demande + Âge	7	Autonomie et Non-malveillance	Respecter la demande du patient, principalement s'il est âgé
Demande du Patient	11	Autonomie et Justice	Respecter strictement la demande du patient, quelle que soit son identité
Essentiellement Acceptable	12	Bienveillance	Mettre fin, de toute manière, à la souffrance du patient

En résumé (a) la plupart des participants ne semblent pas opposés, par principe, au suicide médicalement assisté ; (b) les facteurs les plus importants pour juger de l'acceptabilité sont, dans l'ensemble, l'âge du patient (η^2_p =.31) et la demande du patient (η^2_p =.33) ; (c) un certain degré supplémentaire d'acceptabilité peut, dans certains cas être associé au type de souffrance (η^2_p =.05) et au niveau de curabilité de la maladie (η^2_p =.10) ; (d) le principe dominant de la bioéthique qui est appliqué (intuitivement) par les participants est le principe de non-malveillance, dont le sens semble être essentiellement celui de ne pas interférer avec le plan de Dieu ou le plan des dieux ; (e) ce principe tend néanmoins à être supplanté par les trois autres principes à mesure que les croyances religieuses s'estompent ; et (f) ce n'est que dans deux des pays considérés – la France, pays de longue tradition laïque et la Colombie, pays où l'euthanasie a été légalisée – que le principe d'autonomie apparaît dominant.

Une limitation importante de la présente ré-analyse est que celle-ci s'est concentrée sur un aspect seulement des décisions de fin de vie : le suicide-médicalement assisté. D'autres travaux, employant le même type de méthodologie, ont concerné l'acceptabilité, du point de vue du public, de l'euthanasie (ex., Teisseyre *et al.*, 2005), de la sédation terminale (ex., Mazoyer *et al.*, 2016) ou encore de la cessation des soins (ex., Teisseyre *et al.*, 2010). Des comparaisons interculturelles concernant les positions du public relativement à ces décisions seraient par conséquent à mener (ex., Kamble *et al.*, 2014).

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

Au cours de leur formation, les personnels soignants ont tout à gagner à être informés non seulement des dispositions locales relatives à ce qui est permis ou interdit dans la pratique des soins (ex., Code de Déontologie, 2021), mais aussi (a) de la manière dont le public, c'est-à-dire de façon générale les patients et les familles des patients, reçoivent ces dispositions, (b) de la manière dont un même problème (ex., l'emploi de la morphine à des fins de sédation temporaire ou terminale) est analysé dans des pays voisins (ex., au Benelux) ou plus éloignés (ex., au Maghreb) et (c) des positions personnelles généralement très diverses exprimées par les citoyens ou les soignants de ces pays relativement aux décisions qui peuvent être prises. Le type d'étude à spectre large présenté ici devrait contribuer à enrichir la réflexion sur des problèmes qui, par nature, concernent tous les humains et permettre d'atténuer les crispations locales qui s'observent parfois autour de ceux-ci.

Références bibliographiques

Ahmed, R. A., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2010). Young Kuwaitis' views of the acceptability of physician-assisted-suicide. *Journal of Medical Ethics, 36,* 671-676. http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.036012

Anderson, N. H. (2008). *Unified social cognition.* New York, NY : Psychology Press.

Beauchamp, T. L. et Childress, J. F. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale.* Paris : Les Belles Lettres.

Bugay, A. et Mullet, E. (2014). The acceptability of physician-assisted-suicide as a function of circumstances : A preliminary study of Turkish students' views. *Psicologica : International Journal of Methodology and Experimental Psychology* [Special issue on Functional Measurement], *35,* 715-727. http://dx.doi.org/2013-21224-034

Capelle-Pogăcean, A. (2008). L'orthodoxie nationale en Roumanie. Dans A. Capelle-Pogăcean, P. Michel et Pace, E. (Eds), *Religion et Indentité en Europe.* Paris : Les Presses de Sciences Po.

Code de Déontologie (2021). [En ligne] : https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie

Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N. et Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe : A survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health, 59*, 143–156. http://dx.doi.org/10.1007/s00038-013-0461-6

Desai, P. N. (1988). Medical ethics in India. *Journal of Medical Philosophy,* 13, 231–255.

Firth, S. (2005). End-of-life : A Hindu view. *Lancet, 366,* 682-686. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67141-3

Hofmans, J. et Mullet, E. (2013). Towards unveiling individual differences in different stages of information processing : A clustering-based approach. *Quality and Quantity, 47*, 555-564. http://dx.doi.org/10.1007/s11135-011-9529-7

Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures : The Hofstede model in context. Online Readings in Psychology and Culture, Unit 2. http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol2/iss1/8

Kamble, S., Ahmed, R., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2014). The acceptability among young Hindus and Muslims of actively ending the lives of newborns with genetic defects. *Journal of Medical Ethics, 40,* 186-191. http://dx.doi.or/10.1136/medethics-2012-100934.

Kamble, S., Sorum, P. C., et Mullet, E. (2012). Young Indians' views of the acceptability of physician-assisted suicide. *International Perspectives in Psychology : Research, Practice, Consultation, 1*, 165-176. http://dx.doi.org/10.1037/a0029380

Karadeniz, G., Yanikkerem, E., Pirincci, E., Erdem, R., Esen, A. et Kitapcioglu, G. (2008). Turkish health professional's attitude toward euthanasia. *Omega : Journal of Death and Dying, 57*, 93-112. http://dx.doi.org/10.2190/OM.57.1.e

Kpanake, L., Dassa, S. K., Sorum, P.C. et Mullet, E. (2014). Togolese lay people's and health professionals' views about the acceptability of physician-assisted suicide. *Journal of Medical Ethics, 40*, 621-624. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2013-101424

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666

López Benavides, L.L. (2018). The right to die with dignity in Colombia. *Forensic Research & Criminology International Journal, 6*, 426-429.

Mahapatra, D. (2011, June 29). Law panel backs mercy killing for terminally ill. *Times of India,* http://timesofindia.indiatimes.com/Law_panel_backs_mercy_killing_for_terminally_ill/rssarticleshow/3176245.cms

Mazoyer, J., Muñoz Sastre, M. T., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2016). French lay people's and health professionals' views on the acceptability of terminal sedation. *Journal of Medical Ethics*, *42,* 627-631. http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2016-103456.

See comment in PubMed Commons belowMoore, A. R. (2008). Older poor parents who lost an adult child to AIDS in Togo, West Africa : A qualitative study. *Omega : Journal of Death and Dying, 56,* 289-302. http://dx.doi.org/10.2190/OM.56.3.e

Muñoz Sastre, M. T. et Mullet, E. (2019). *Ethique empirique de la sexualité et de la reproduction humaines*. Paris : Complicités.

Muñoz Sastre, M. T., Gonzalez, C., Lhermitte, A., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2010). Do ethical judgments depend on the type of response scale ? Comparing acceptability *versus* unacceptability judgments in the case of life-ending procedures. *Psicologica : International Journal of Methodology and Experimental Psychology*, *31,* 529-539.

Özkara, E., Hancı, H., Civaner, M., Yorulmaz, C., Karagöz, M., Mayda, A. S. et Gören, S.K. (2004). Turkey's physicians attitudes towards euthanasia : A brief research report*Omega"Journal of Death and Dying*, 49, 109-115.

Pineda Marín, C., Franco Sierra, L., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2021). Colombian people's positions regarding physician-assisted suicide. *Clinical Ethics*. https://doi.org/10.1177/14777509211040166

Sachedina, A. (2005). End-of-life : The Islamic view. *Lancet, 366*, 774-779. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67183-8

Sachedina, A. (2009). *Islamic biomedical ethics*. Oxford, England : Oxford University Press.

State-by-State Guide to Physician-Assisted Suicide (2021). [En ligne] :https ://euthanasia.procon.org/stateswith-legal-physician-assisted-suicide/

Teisseyre, N., Mullet, E. et Sorum, P. C. (2005). Under what conditions is euthanasia acceptable to lay people and health professionals ? *Social Science and Medicine, 60,* 357-368. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.016

Teisseyre, N., Vanraet, C., Sorum, P. C. et Mullet, E. (2010). The acceptability among lay persons and health professionals of ending the life of damaged newborns. *Monash Bioethics Review*, *29,* 1201-1224. http://dx.doi.org/10.1007/BF03351524

Teodorescu, D. I., Munoz Sastre, M. T., et Sorum, P. C. (2019). Romanian lay people's and health professionals' views about the acceptability of physician assisted suicide. *Universitas Psychologica : Pan American Journal of Psychology, 18*, 1-7.

Ulrich, C. M. et Ratcliffe, S. J. (2008). Hypothetical vignettes in empirical bioethics research. Dans L. Jacoby et L.A. Siminoff (Eds.), *Empirical methods for bioethics : a primer* (p. 161-181). San Diego, CA : Elsevier.

Published in : Sous la direction de Emmanuèle Auriac-Slusarczyk (dir.), *Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 8, No. 2. La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels.*, Éditions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004666, doi : 10.17184/eac.9782813004666