

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

DÉCIDER DE MOURIR : PERSPECTIVE DIACHRONIQUE DE SAVOIRS
MÉDICAUX SUR LES GESTES SUICIDAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN CRIMINOLOGIE

PAR

ARIANNE DESMARAIS

SEPTEMBRE 2023

À ma mère, Judith, source d'inspiration et de persévérance

pour quiconque entreprend des études.

REMERCIEMENTS

Je tiens dans un premier temps à remercier mes directeurs Patrice Corriveau et Isabelle Perreault qui m'ont accompagnée dans cette rude épreuve qu'a été la rédaction de cette thèse. Je les remercie du fond du cœur pour leur patience et leurs précieux conseils sans qui ce projet n'aurait pu être mené à terme. Je me dois aussi de remercier Jean-François Cauchie qui a su m'apporter des commentaires et idées enrichissantes pour la rédaction de cette thèse. Je remercie également les membres du Groupe de recherche Sociologie historique du Suicide au Québec avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, dont Bryan Hamel et Alexandre Pelletier-Audet, et plus particulièrement Annie Lyonnais, avec qui j'ai partagé les hauts les bas d'un long parcours académique qui débuta à l'UQAM en 2008. Un merci pour l'inspiration à l'artiste Attikamek Laura Niquay, dont la musique m'a aidé dans les moments les plus difficiles de la rédaction.

Je me dois également de remercier ma mère qui m'a soutenue tout au long de cette thèse émotionnellement et financièrement.

Enfin, je remercie ma tendre moitié, Marie-Paule Martel-Reny, pour ses conseils, son érudition et sa patience tout au long de ma rédaction. Il ne m'aurait pas été possible de passer à travers cette épreuve sans son indéfectible soutien.

Table des matières

Liste des tableaux et graphiques	vii
Liste des abréviations	viii
RÉSUMÉ	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	14
RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES	14
Le suicide : un objet de discussions millénaires.	14
1.2 Le suicide : Objet d'intérêt des médecins et aliénistes français et anglais du 17 ^e au 19 ^e siècle.	19
1.3 Le suicide : objet d'étude d'une discipline naissante, la sociologie	25
1.4 Le suicide : solidification et expansion du champ d'études sur les suicides	30
1.5 Récents travaux : la suicidologie critique	37
CHAPITRE II	41
PROBLÉMATIQUE ET CADRE THÉORIQUE	41
2.1 Éclatement de l'objet <i>s'enlever la vie</i> en deux entités autonomes.....	43
2.2. Perspective théorique et conceptuelle	49
2.3 La science des sciences et la notion de crise paradigmatique	49
2.4 La médicalisation sociale	53
2.5 Le concept d'affinités électives.	62
CHAPITRE III	66
MÉTHODOLOGIE.....	66
3. Comment faire une épistémologie de la connaissance médicale sur le suicide	66
3.1 Contexte sociohistorique.....	68
3.2 Sources	70
3.3 Analyse des données	77
CHAPITRE IV	82
CONNAISSANCES MÉDICALES SUR LE SUICIDE AU CANADA FRANÇAIS AU TOURNANT DU 20 ^e SIÈCLE	82
4. Mosaïque d'interprétation dans la construction ontologique du suicide (<i>Consensus scientifique, construction d'un paradigme du suicide</i>)	82

4.1 Luites théoriques.....	84
4.2 Évolution de la conception de la responsabilité des suicidaires chez les médecins québécois écrivant dans les pages de l'UMC.	96
CHAPITRE V.....	106
CONSTRUCTION D'UNE PATHOLOGIE AUTOUR D'UN SYMPTÔME : LE SUICIDE	106
5. Causes psychiatriques des suicides	106
5.1. La mélancolie et les états mélancoliques : incertitudes étiologiques chez les psychiatres	108
5.2 Le caractère héréditaire du suicide (le suicide, une histoire de famille).....	123
5.3 L'origine alcoolique du suicide	130
5.4 L'impulsion et obsession au suicide (du désir impulsif de <i>s'enlever la vie</i>).....	139
5.5 Hallucination impérative de l'ouïe et de la vue.....	141
5.6 Délire, et psychose.	144
5.7 Autres maladies mentales associées au suicide.	146
CHAPITRE VI:.....	152
MÉDICALISATION NON PSYCHIATRIQUE.	152
MALADIES CHRONIQUES, DOULEURS, FIN DE VIE.....	152
6. Causes non psychiatriques des suicides	153
6.1 Suicide dû aux douleurs physiques.....	153
6.2 Le suicide chez les vieillards	160
6.3 Justification empirique de la médicalisation du suicide dans les pages de l'Union médicale du Canada	163
CHAPITRE VII.....	177
EUTHANASIE, AIDE MÉDICALE AU SUICIDE ET SUICIDE ASSISTÉ.....	177
7.1 Un débat social et militant en toile de fond.....	180
7.2 La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (CMD), le cœur du débat sur l'euthanasie et le suicide assisté au Québec.....	183
7.4 Débat sur l'euthanasie : Trois positions dans le champ médical	185
CHAPITRE VIII.....	202
LA QUESTION DE L'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE ET DU LIEN EUTHANASIE/HOMICIDE.	202
8. La mise de l'avant de l'enjeu de l'acharnement thérapeutique pour discréditer la nécessité du recours à l'euthanasie.	202
8.1 Présenter l'euthanasie comme un homicide ; un enjeu moral ?	203

8.2 Argument des ambivalents : L'aide au suicide ? Peut-être, mais à certaines conditions.	208
8.3 Le rejet en bloc du suicide assisté	211
8.4 L'euthanasie n'est pas un enjeu médical !	214
8.5 Comment les protagonistes en faveur ou opposé à l'euthanasie justifient empiriquement leurs positions.	217
CHAPITRE CONCLUSIF	230
TRANSFORMATION DU PARADIGME « SUICIDE », UNE RÉVOLUTION SCIENTIFIQUE QUI N'A PAS EU LIEU.	230
BIBLIOGRAPHIE	254
ANNEXE 1	268
Articles de l'Union médicale du Canada mentionnant ou traitant du suicide	268
(1871-1971)	268
ANNEXE 2	271
Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité :	271
Liste des mémoires provenant d'acteurs du milieu de la santé	271
ANNEXE 3	272
Liste des articles et sources cités dans les mémoires déposés à la CMD	272

Liste des tableaux et graphiques

Tableau	page
1 Structure du suicide selon Durkheim	p.27
2 Les types de suicides selon Baechler	p.31
3 Facteurs conduisant au suicide selon Baechler	p.32
4 Facteurs de risque suicidaire selon Séguin.....	p.36
5 Processus de médicalisation de la déviance.....	p.56
6 Distinction entre les suicides dits psychiatriques et non psychiatriques.....	p.92
7 Occurrence des causes du suicide selon les diverses pathologies.....	p.94
8 Causalité des suicides par catégories.....	p.107
9 La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité en chiffres.....	p.185
10 Position en faveur ou opposée à l'euthanasie (Mémoires pour la commission MdD).....	p.187
11 Spécialités médicales se prononçant sur l'AMM.....	p.195
 Graphiques	 page
1 Causalité morbide des pathologies	p.106

Liste des abréviations

AMM Aide médicale à mourir

CMD Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité

MdD rapport Mourir dans la dignité

OMS Organisation mondiale de la Santé

UMC Union médicale du Canada

RÉSUMÉ

S'enlever la vie a longtemps été considéré comme un geste répréhensible pouvant faire l'objet de sanctions judiciaires, essentiellement si ce geste était commis de façon rationnelle. Sa dépénalisation, puis sa décriminalisation, s'accompagnent d'un changement de prise en charge qui consacre son caractère médical et pathologique. Se situant à la frontière entre symptôme pathologique et geste criminel, les raisons qui poussent les gens à *s'enlever la vie* font l'objet de vifs débats au 19^e siècle, notamment dans le champ médical qui en vient à en formuler une explication consensuelle. Nous avançons que ce qui peut être compris comme un changement paradigmatique dans la compréhension médicale de ce geste, *s'enlever la vie*, est en fait le résultat d'un fractionnement conceptuel de cet objet. Une fois dépouillé de son caractère rationnel, le suicide émerge comme objet d'étude intrinsèquement pathologique. Toute rationalité associée à ce geste est subséquentement réinvestie dans d'autres objets notamment l'aide médicale à mourir et le suicide assisté. Le suicide et l'aide au suicide apparaissent ainsi comme deux façons, conceptuellement distinctes, de *s'enlever la vie*. Cette distinction entre ces deux entités comporte toutefois des ambiguïtés et s'articule dans un échafaudage empirique relevant moins de découvertes scientifiques médicales que de réflexions morales ou idéologiques. C'est à expliciter et à décrire les justifications empiriques du champ médical qui conduisent dans un premier temps à la formation d'un consensus sur la nature exclusivement pathologique des suicides et, dans un autre temps, à la reconnaissance de son caractère rationnel, que se consacre cette thèse. Pour ce faire, nous observons les justifications empiriques conduisant à la construction du suicide exclusivement pathologique en nous appuyant sur les articles scientifiques produits par les médecins de la fin du 19^e siècle au début du 20^e dans la revue l'Union médicale du Canada (UMC). Dans un second temps, nous portons encore notre attention sur la justification empirique des acteurs du champ médical ouvrant la voie à une décriminalisation de l'aide médicale à mourir à la lumière des mémoires déposés par les professionnels de la santé dans le cadre de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (2010-2011).

Mots clés

Suicide, histoire du suicide, Québec, prise en charge du suicide, euthanasie, suicide assisté, médicalisation, histoire des sciences, débat scientifique, expertise médicale

ABSTRACT

Taking one's own life has long been considered a reprehensible act that could be the object of judiciary sanctions, especially if committed rationally. In Canada its depenalization, and then decriminalization, came with a change in standard of care that confirmed its medical and pathological character. Situated at the frontier between pathological symptom and criminal act, the reasons that motivated people to *take their own lives* were the object of strong debate in the 19th century, especially in the medical community, who came to a consensus to explain it. We contend that what can be understood as a paradigmatic change in the medical understanding of the action of *taking one's life* is in fact the result of a conceptual division of this object. Once we take away its rational characteristic, suicide emerges as an intrinsically pathological object of study. Any rationality associated with it is subsequently reinvested in other objects, notably medical assistance in dying and assisted suicide. Suicide and Medical assistance in dying thus appear as two conceptually distinct ways of *taking one's life*. Yet this distinction includes some ambiguities and takes place in a complex empirical construct that has less to do with medical or scientific discoveries than with moral or ideological reflections. This thesis focuses on describing and making explicit the empirical justifications of the medical field that have led, first, to a consensus on the exclusively pathological nature of suicides, and second, to the recognition of its rational character. To this end, we will first explore the empirical justifications that have led to the notion of suicide as exclusively pathological, based on scientific articles written by medical doctors between the end of the 19th and the beginning of the 20th centuries in the journal *L'Union médicale du Canada*. We will then concentrate on the empirical justifications made by actors in the medical field that paved the way to the decriminalization of medically assisted dying in Canada and Quebec, considering the memoirs put forward by various health professionals to the parliamentary Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité that took place in Quebec in 2010-2011.

INTRODUCTION

Cette thèse porte sur les savoirs médicaux qui se sont développés de la fin 19^e au début du 21^e siècle sur certains gestes suicidaires : le suicide et sa tentative, le suicide assisté et l'euthanasie. D'emblée, il nous apparaît important d'inscrire ces gestes dans un ensemble paradigmatique commun. Bien que certains auteurs ayant traité du suicide ou plutôt des suicides (Baechler, 1975; Shneidman, 1985; Kushner, 1991) font du suicide assisté et de l'euthanasie un type singulier de mettre fin à ses jours, nous désirons apporter une nuance sémantique afin d'intégrer ces phénomènes dans un ensemble commun. Cela nous conduit à adopter le terme plus général de *s'enlever la vie*. On pourrait objecter, et cela a fait partie de notre réflexion, que dans l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, ce n'est pas celui qui en fait la demande qui s'enlève la vie, mais bien un tiers (médecins ou infirmières) et s'apparente donc davantage à l'idée de *s'enlever la vie* par procuration, prendre la décision de *s'enlever la vie*, etc. Toutefois, *s'enlever la vie* nous apparaît être le terme parapluie le plus approprié pour parler à la fois du suicide et de l'aide médicale à mourir (AMM).

Le terme *euthanasie* sera ici compris dans le cadre de l'aide médical à mourir et non comme un geste qui peut être posé sans une requête explicite et éclairée de la personne qui en fait la demande. Le terme euthanasie recouvre en effet un sens plus large qui est celle de *mort douce*, mort qui n'implique pas nécessairement une demande exprimée à cet effet ou un consentement. C'est notamment le cas lorsque l'on emploie ce mot dans la mise

à mort d'animaux ou sous différents régimes politiques. Dans le cadre de notre thèse, nous prenons la définition de l'euthanasie de Mishara (2007) qui décrit ce terme comme un geste qui survient lorsque qu' *« un médecin ou une autre personne met fin à la vie d'un individu souffrant d'une maladie terminale ou dégénérative par compassion et à la demande de la personne malade. L'intention du patient est de mourir pour arrêter sa souffrance ou pour vivre une mort qu'elle juge devoir être plus digne »* (p.48). C'est également cette définition qu'a retenue la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (CMD), qui a mené une consultation publique de 2010 à 2011, afin de débattre d'une éventuelle ouverture des soins de fin de vie à l'euthanasie et au suicide assisté, alors considérés comme des actes criminels dans la législation fédérale.

Rappelons que plusieurs autres pratiques médicales peuvent porter à confusion lorsque nous les observons à l'aulne des soins de fin de vie, tel que l'arrêt de traitement et la sédation palliative continue. C'est pourquoi nous reprenons ici les différentes définitions proposées par les commissaires de la CMD afin de bien circonscrire les différentes pratiques entourant la mort médicalement assistée :

1-Euthanasie : Acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'une personne à sa demande¹ pour mettre fin à ses souffrances.

2-Suicide assisté : Fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les moyens de se suicider ou de l'information sur la façon de procéder, ou les deux.

¹ Nous soulignons.

3-Sédation palliative intermittente : Administration d'une médication sédatrice à une personne, avec alternance de périodes d'éveil et de sommeil, dans le but de soulager sa douleur en la rendant inconsciente.

4-Sédation palliative continue : Administration d'une médication sédatrice à une personne la plongeant dans un état de sommeil permanent, jusqu'à ce que la maladie dont elle souffre occasionne son décès.

5-Refus de traitement : Fait, pour une personne, de refuser de recevoir des traitements susceptibles de la maintenir en vie.

6-Arrêt de traitement : Lorsqu'une personne décide explicitement que l'on interrompe les traitements médicaux qui lui sont prodigués, même si cette interruption peut conduire à son décès à court ou à moyen terme.

7-Double effet : Administration de médicament pour soulager la douleur en quantité suffisante pour menacer la survie du patient.

8-Aptitude à consentir aux soins : Capacité de la personne à comprendre la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé, la nature et le but du traitement, les risques et les avantages de celui-ci, qu'elle le reçoive ou non.

Sources : MdD-p.17-18

De ces sept façons de décider de sa fin de vie, ou de celle d'un malade, seuls l'euthanasie et le suicide assisté étaient criminalisables avant 2016 au Canada. Ainsi, nous employons à la fois les termes de suicide, de suicide assisté et d'euthanasie comme différents types de façons distinctes de *s'enlever la vie, avec ou sans procuration*. Cela nous conduit à observer ce phénomène dans sa globalité et à ne pas faire du suicide et de l'euthanasie des objets

d'étude radicalement distincts, notamment sur le plan historique (Minois, 1995) où ils s'inscrivent dans un continuum juridique (Martel 2002; Gandsman 2018) et médical (Shneidman, 1985; Marsh, 2010).

C'est dans ce dernier champ de pratique, dans le champ disciplinaire de la médecine, que nous allons porter notre attention. L'emphasis mise sur le savoir médical dans cette thèse se justifie par notre objet d'étude, les gestes suicidaires, gestes dont la prise en charge s'est largement médicalisée depuis deux siècles. Notre approche s'inscrit dans la perspective générale de l'histoire des sciences (Kuhn, 1962; Foucault, 1969; Lynch, 1993; Bourdieu, 2001; Gingras, 2005), mais également dans son rapport à la criminalité (Daemmrich, 1998; Gomart, 2002; Dufresne et Robert, 2017). Plus spécifiquement, nous observons deux moments charnières dans l'évolution des connaissances scientifiques sur le suicide et l'euthanasie. D'une part, un processus de décriminalisation du suicide au 19^e siècle et de la tentative de suicide en 1972 au Canada et d'autre part, au Québec seulement, l'adoption du projet de loi 52 de l'Assemblée nationale (Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001) en 2014 permettant l'aide médicale à mourir. Ces deux changements législatifs se sont produits à la suite de débats scientifiques sur le suicide ainsi que sur l'AMM, débats qui sont au cœur de notre thèse.

Pour Kuhn, l'évolution et les changements dans la connaissance d'un objet scientifique résultent de débats où différentes théories sur un même objet sont confrontées (Kuhn, 1962; Martel, 2002; Gingras, 2014), ce qu'il qualifie de révolution paradigmatique. Ainsi pour Kuhn « les épisodes extraordinaires au cours desquels se modifient les convictions

des spécialistes sont qualifiés [...] de révolution scientifiques » (Kuhn, 2018, p.30). Dans cette perspective, nous serons à même d'observer la part du savoir médical qui se développe sur les gestes suicidaires ainsi que l'influence du corps social sur ces savoirs, ce que Bourdieu appelle la porosité d'un champ² (Bourdieu, 2001). Nous verrons que les savoirs scientifiques sur certains gestes suicidaires ne sont toutefois pas toujours centraux dans les débats au moment où les changements législatifs se mettent en place. Certains critères moraux, idéologiques, éthiques et organisationnels sont également mis de l'avant quand les professionnels de la santé se prononcent sur une possible dépénalisation ou légalisation de la tentative de suicide, de l'euthanasie et du suicide assisté. Aussi, notre approche cherche plutôt ici à recontextualiser et à observer ces mécanismes de développement interne à la médecine (Dufresne et Robert, 2017).

Un autre élément essentiel de cette thèse est l'étude du phénomène (les débats scientifiques sur le suicide et l'euthanasie) sur une longue période, soit de la fin du 19^e siècle au début du 21^e siècle. Prendre ce recul permet notamment de ne pas se concentrer sur un seul débat scientifique sur le suicide, comme Marsh (2010) l'a fait sur la médicalisation de mort volontaire, mais sur un ensemble de débats qui reconfigurent la nature ontologique du geste de *s'enlever la vie*. Alors qu'on pourrait postuler qu'une rupture paradigmatique dans le savoir scientifique sur le suicide est avérée, puisque la tentative de suicide a été décriminalisée, nous sommes plutôt amenés à voir une continuité du paradigme initial, soit celui

² Pour Bourdieu les champs sont des espaces sociaux ayant développé des habitus communs, (par exemple les champs artistique, médiatique, religieux, économique, etc.) ainsi qu'une autonomie suffisante pour reproduire ses pratiques et justifier ses principes fondateurs (Bourdieu, 1992, p. 93). Ces champs, intimement inscrits dans un contexte social donné dégagent une certaine autonomie face à celui-ci. Ainsi, certains champs vont être davantage influencés par le contexte socio-historique (littérature, médias, psychologie, etc.) alors que d'autres gardent une plus grande autonomie face à celui-ci (physique, mathématique, chimie, etc.) (Bourdieu, 1992, pp. 356-359).

qui comprend les gestes suicidaires comme parfois rationnels et intentionnels et parfois comme le résultat d'un trouble mental. En réalité, nous n'observons pas de changements fondamentaux dans la façon de conceptualiser le fait de *s'enlever la vie*, mais plutôt un changement significatif de la prise en charge de ces gestes qui passe du champ juridique au champ médical. Bien que ce changement de prise en charge ne soit pas absolu (Cauchie, Corriveau, Hamel et Lyonnais, 2018), la médicalisation de ces gestes est un phénomène avéré qui se développe dès la fin du 18^e siècle et qui demeure constant depuis. Toutefois, la décriminalisation successive de certaines de ses formes, en premier lieu le suicide³, puis la tentative de suicide en 1972, et l'euthanasie en 2016 avec le projet de loi C-14⁴, n'altère en rien le fait que ces gestes restent marqués d'une profonde stigmatisation⁵.

Alors que le geste suicidaire est un phénomène associé aujourd'hui aux enjeux relevant de la santé mentale, la question de *s'enlever la vie* s'est imposée comme un enjeu de santé publique au cours des dernières années, si bien que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'active dans sa prévention. Longtemps perçu en Occident comme une forme d'homicide, le « meurtre de soi » (*felo de se*) ne pouvait être excusé dès le début du 19^e siècle que s'il avait été commis dans un moment de folie. Les juges qui entendaient ces causes étaient donc amenés à déterminer l'état d'esprit des suicidaires afin de bien

³ Geste qui n'est pas inscrit comme geste criminel dans le premier Code criminel canadien de 1892 alors que les anciennes lois de la colonie le considéraient comme tel (Marra et Orrù ; 1991, p.273-288).

⁴ Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) Bibliothèque du parlement : https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/421C14E#a20

⁵ Bien que décriminalisé le suicide demeure un geste considéré comme intrinsèquement déviant, contre nature et reste encore chargé de tabous et d'un certain opprobre. La prise en pitié de suicidés et la bienveillance à l'égard des familles et proches éprouvés n'enlèvent alors en rien le stigma associé à ce geste, même s'il est associé à un enjeu de santé mentale.

identifier s'il s'agissait d'un geste assassin (MacDonald et Murphy, 1990). C'est avec le développement et la reconnaissance de la psychiatrie comme une nouvelle spécialité médicale habilitée dans le traitement de la santé mentale au 19^e siècle que nous observons une lente dépénalisation à l'égard des gens qui s'enlèvent la vie. Cette dépénalisation s'opère avec l'avancée des sciences médicales, qui viennent suppléer progressivement le domaine juridique et consacrer la question du suicide comme un phénomène relevant avant tout de la maladie.

Pour cette thèse, certains constats et questionnements ont alimenté notre réflexion :

1) comment le savoir médical, plus spécifiquement psychiatrique, sur les suicides et le suicide assisté a eu un impact sur leur décriminalisation et légalisation ? 2) une incongruité nous est apparue entre une perspective sur le suicide, particulièrement dans une approche clinique de prévention, qui associe ce geste à la santé mentale, et une perspective sur l'euthanasie et le suicide assisté où la lucidité des demandeurs est fondamentale⁶. Ces deux perspectives qui apparaissent aujourd'hui comme bien distinctes relèvent pourtant à l'origine d'un même geste, *s'enlever la vie*. Et enfin, 3) l'étude d'un objet scientifique (paradigme) sur un temps long permet une compréhension plus complète et fidèle des transformations qui l'affecte, particulièrement dans les moments où les débats scientifiques sont prédominants.

⁶ Dans la législation québécoise, comme dans les législations Belge, de l'Oregon, et de Washington, l'un des critères fondamentaux de l'AMM est que celui qui la reçoit en fasse explicitement la demande, ou demande anticipée, tout en étant lucide et jugé par un médecin sain d'esprit. (Loi belge : Loi du 28 mai 2002 dépénalisant l'euthanasie et modifiée en février 2014, Art. 3. § 1er.; Loi de l'État de Washington: Washington Death with Dignity Act, Initiative 1000, Chapter 70.245 RCW; Loi de l'État d'Oregon: Oregon's Death with Dignity Act (DWDA) Chapter 127 127.800 s.1.01. (3).

Rappelons que l'une des assises importantes de la dépénalisation du suicide et de la tentative de suicide est qu'elle est symptomatique d'un trouble de l'esprit dans la foulée de l'adoption des règles McNaghten⁷ (Dej, 2015). Pourtant, en ce qui a trait à l'aide au suicide et à l'euthanasie, il faut impérativement que le demandeur ait ses pleines capacités cognitives, ou encore que cette demande eût été clairement exprimée avant qu'une perte cognitive significative se manifeste. Nous postulons que la clef de compréhension de ce paradoxe doit provenir du savoir médical sur le suicide. En effet, quelles sont les assises empiriques qui ont conduit, au 19^e et au début du 20^e siècle, les médecins à ne plus voir les suicidaires comme de potentiels criminels (crime contre Dieu et contre sa Majesté), mais plutôt comme des malades qu'il faut traiter, et quelles sont les nouvelles découvertes scientifiques sur le suicide qui amènent la médecine à voir la demande de suicide d'une personne dite saine d'esprit comme raisonnable ? Si le changement de prise en charge des gestes suicidaires, du judiciaire au pathologique, s'est articulé autour d'un nouveau savoir médical sur le suicide (Marsh, 2010), peut-on en dire autant du droit à mourir dignement ? C'est en suivant ce fil conducteur, les connaissances médicales sur le suicide, que nous apporterons un éclairage à ces questions.

D'emblée, il y a plusieurs prédicats empiriques avec lesquels on peut analyser le suicide et c'est ce que nous explorons dans notre premier chapitre avec une recension des écrits sur le sujet. Il convient dès lors de parler du suicide non pas comme une entité conceptuelle clairement définie, mais plutôt comme un large spectre. Ainsi, la richesse des approches possibles de cet objet, même lorsque superposées en grand nombre, ne permet

⁷ Ensemble de règles adoptées à la suite du procès et à l'acquittement de Daniel McNaghten lors de son procès pour meurtre en 1843 au Royaume-Uni.

toutefois pas d'en tracer un portrait définitif puisque l'image de cet objet varie à la fois dans le temps et selon les contextes culturels. Comment définir ce qu'est un suicide et ce qui ne l'est pas? Ce sont essentiellement les travaux du champ sociologique qui nous guideront dans cette réflexion.

Dans notre deuxième chapitre, nous développons notre problématique ainsi que le cadre théorique que nous employons afin de réaliser notre thèse. Nous portons notre attention sur les changements dans l'empirie médicale de l'objet suicide qui, selon nous, est la clef de voute de la décriminalisation de ce geste. Ce cadre théorique comprend donc principalement les théories des processus de la médicalisation (Cohen, 2001; Conrad et Schneider, 1980), des affinités électives (Weber 2003 ; Löwy 2004 ; Corriveau 2007, 2011), ainsi que de l'histoire des sciences (Kuhn, 1970 ; Bourdieu, 2001; Gingras, 1991). L'histoire des sciences, et particulièrement le concept de paradigme, nous donne un éclairage sur le processus de médicalisation du suicide. Ainsi, nous sommes amenés à chercher dans les textes publiés en science médicale quel savoir s'est développé sur les suicides et comment ce savoir s'appuie sur l'observation et l'expérimentation clinique des différents patients suicidaires ou des personnes qui se sont enlevées la vie. En ce sens, nous voulons mettre en lumière les connaissances médicales mises de l'avant par les médecins qui s'intéressent aux suicides afin de comprendre ses transformations et changements nosologiques.

Pour ce faire nous adoptons une approche méthodologique qualitative que nous développons dans notre troisième chapitre. Reconnaisant que le traitement et la compréhension du suicide varient d'une culture à l'autre, nous avons ciblé le Québec comme lieu

spécifique de notre recherche. Outre les spécificités culturelles, le Québec a comme particularité d'être la première province canadienne à dépénaliser l'euthanasie, par la bande⁸, en créant un nouveau soin de santé : l'aide médicale à mourir (AMM). D'autre part, c'est dans la littérature scientifique francophone du champ médical que nous mobilisons l'essentiel de nos sources. Pour la période précédant la décriminalisation de la tentative de suicide (pour rappel 1972), nous avons identifié l'ensemble des articles de la revue de *l'Union médicale du Canada* (UMC), de 1867 à 1971, qui traitent ou mentionnent le suicide ou le meurtre de soi. Bien que dite canadienne, cette revue francophone est essentiellement une production des médecins du Québec/Canada français. Une attention particulière est portée aux justifications scientifiques et observations cliniques qui conduisent à la construction d'une ontologie du suicide dans une visée nosologique. Pour la période entourant la décriminalisation de l'aide médicale à mourir, nous avons répertorié les mémoires déposés par les acteurs du champ médical dans le cadre de la consultation publique québécoise : la Commission spéciale mourir dans la dignité (CMD). Dans ces mémoires, nous portons également une attention spécifique sur les justifications scientifiques sollicitées par ces acteurs afin de justifier leur position en faveur ou contre la légalisation. Avec l'analyse des justifications empiriques sur le suicide, nous serons à même de mieux observer le cadre paradigmatique du suicide et d'éventuelles révolutions de ce cadre.

C'est donc dans notre quatrième chapitre que nous analysons les différents articles scientifiques en médecine qui traitent du suicide dans les pages de l'UMC, de 1867 à 1971, date de l'annonce de la décriminalisation des tentatives de suicide au Canada. Nous y

⁸ En effet, au moment où la loi sur l'aide médicale à mourir est adoptée au Québec, ce même geste (euthanasie) est encore considéré comme un crime au Canada.

verrons comment la nature du suicide se transforme au fil des articles, passant du statut d'acte criminel, qui peut parfois être pathologique, à un statut où le suicide est essentiellement compris comme une manifestation pathologique. Aussi, la complexité des causes du suicide nous amène à observer une variété importante des causes présumées de ce geste.

Ainsi, la variété de ces causes ainsi que leurs occurrences et la force des démonstrations scientifiques associées sont au cœur de notre analyse. Des pathologies associées au suicide, une majorité relève des maux de l'esprit et de la maladie mentale et seront l'objet de notre analyse dans notre cinquième chapitre. Pourtant, nous observons également l'existence d'autres discours sur une origine non psychiatrique du suicide, soit des suicides motivés par d'intenses douleurs physiques qui seront l'objet de notre sixième chapitre. Nous verrons que ces discours s'estompent au fur et à mesure que le cadre analytique psychiatrique s'impose comme seul référent pour expliquer les suicides, conduisant ainsi les suicides ayant pour cause d'intenses douleurs physiques comme marginaux lorsqu'ils ne sont pas complètement occultés.

Nous verrons ensuite, dans le septième chapitre, comment la question de l'AMM vient ébranler les bases explicatives du suicide comme le résultat de pathologies mentales. Le suicide par AMM, qu'il soit par euthanasie ou suicide assisté, introduit cette particularité : pour s'en prévaloir, les demandeurs doivent posséder le plein usage de leur conscience⁹. Loin d'être anecdotique, cet élément est pour le moment fondamental afin d'avoir droit au suicide assisté. Dans le débat entre les professionnels de la santé en faveur de l'aide

⁹ Nous rappelons au passage que la loi canadienne sur l'AMM encadre à la fois le suicide assisté et l'euthanasie, alors que la législation québécoise ne considère que cette dernière.

médicale à mourir et ceux qui s'y opposent, nous portons encore une fois notre attention sur les justifications empiriques mises de l'avant pour valider chacune de ces positions.

À travers les arguments avancés par les acteurs du champ médical en faveur ou opposés à la légalisation de l'aide médicale à mourir, nous verrons dans notre huitième et dernier chapitre que le recours aux justifications éthiques et morales prend une importance significative dans l'argumentaire des différentes parties. Enfin, nous y présenterons une synthèse de ces deux moments distincts de la décriminalisation de certaines formes de suicide (ou volonté de) en regard du savoir médical. Une fois mises ensemble, ces deux phases significatives de la décriminalisation de gestes suicidaires nous permettront de voir s'il y a bien un changement de paradigme quant à la nosologie du suicide dans le champ médical et surtout, comment celui-ci s'est opéré.

Tout au long de cette thèse, nous constatons que deux visions distinctes des gestes suicidaires ont coexisté : le suicide lucide et le suicide pathologique, et que la prévalence de l'une ou l'autre de ces visions a fluctué dans le temps. Plus spécifiquement, nous observons que ces liens tendent à s'effacer dans la 2e moitié du 20e siècle. À la fin du 19^e siècle et début 20^e, la distinction, entre les deux, relève davantage d'une question d'appréciation médicale et judiciaire. À la fin du 20^e siècle, la séparation entre les 2 entités s'est pour ainsi dire cristallisée, avec le suicide d'un côté et l'aide médicale à mourir de l'autre. Nous verrons également que les justifications scientifiques utilisées pour faire valoir chacune de ces perspectives sont influencés par des éléments relevant de valeurs morales, religieuses et éthiques. Nous verrons enfin que, malgré les changements législatifs et les mutations du

savoir médical sur le suicide, le champ médical conserve son autorité dans la gestion de ce geste. Le processus de médicalisation du suicide n'est donc pas remis en question, même si l'édifice empirique qui a amené à son développement est fortement ébranlé depuis une trentaine d'années.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES

Le suicide : un objet de discussions millénaires.

L'analyse des textes de l'époque antique au Moyen-Âge traitant du suicide (ou y faisant référence) nous montre un portrait nuancé des perceptions de ce geste par les contemporains de ces époques. Les historiens qui se sont penchés sur la question du suicide au cours de l'Antiquité et du Moyen-Âge (Bayet, 1922; Grisé, 1982; Van Hooff, 1990; Minois, 1995) ont cherché les textes de loi, ainsi que l'enseignement des philosophes et eccl siastes, afin de montrer comment le suicide est perçu et quelles réactions il suscite dans les sociétés préchrétiennes et celles de l'établissement du christianisme en Europe.

En Grèce antique, le suicide est principalement vu par la société comme une offense, mais est parfois considéré comme louable dans certaines circonstances. Tant Minois (1995) que Grisé (1982) expliquent cette vision dichotomique du suicide en s'appuyant sur les textes des écoles philosophiques. *A priori*, une personne qui s'enlève la vie commet en fait deux offenses, l'une face à la Cit ¹⁰ et l'autre face aux Dieux (Bayet 1922, p.309). En somme, lorsqu'un citoyen grec s'enlève la vie, il prive la cité de sa force de travail et de son savoir, lui causant un préjudice. De plus, le suicide est également perçu comme une offense aux Dieux, maîtres du destin des hommes, qui déterminent le moment de leurs

¹⁰ La société de la Grèce antique était structur e autour de villes- tats administrées par des rois ou des tyrans, et occasionnellement par un conseil démocratique. Les citoyens libres des villes appartiennent à leur cité et, du fait de leur profession et leurs richesses, contribuent à son expansion et à son développement (Garrison, 1991).

naissances et de leurs morts. D'ailleurs, alors que Socrate a été condamné à mort, Platon écrit dans le *Phédon*¹¹ (tr. E Chambly ; 1965):

Il est de la sorte probable qu'il n'y a rien de déraisonnable à dire qu'on n'a pas le droit de se donner à soi-même la mort avant que la divinité nous ait dépêché quelque commandement du genre de celui qui se présente à moi aujourd'hui.

Cette vision négative du suicide est également reprise par son disciple Aristote. Celui-ci est encore plus critique que Platon face à la mort volontaire et écrit, au 4^e siècle avant notre ère, dans l'*Éthique à Nicomaque* :

Quant à celui qui se tue dans un accès de colère, il fait contre toute raison, une action que la loi ne permet pas. Il fait donc un acte injuste. Mais envers qui? Car, enfin, ce qu'il éprouve, il l'a voulu; mais personne n'est volontairement l'objet d'une injustice. Voilà pourquoi la société inflige une peine à ce genre de crime : et, de plus, une sorte de déshonneur s'attache à celui qui s'est tué lui-même comme étant coupable d'un délit envers la société.

Pour ce qui est de chercher la mort afin d'échapper à la pauvreté ou à quelque chagrin ou à l'amour, ce n'est pas le fait d'un homme de courage, mais bien plutôt d'un lâche ; car c'est une lâcheté de fuir les choses pénibles ou affligeantes, et alors ce n'est pas par un motif honorable et généreux qu'on supporte la mort, mais seulement pour fuir un mal (Barthélemy Saint-Hilaire, 1992, p.34-35).

Cependant, cette vision négative du suicide ne fait pas l'unanimité chez les philosophes grecs. En effet, dans certaines villes de la mer Égée, un citoyen pouvait demander au conseil de la Cité l'autorisation de s'enlever la vie (Bayet 1922, p.67). Si le conseil juge

¹¹ Il y a ici matière à débat sur le sens que l'on peut donner au geste de Socrate. En effet, Socrate exécute lui-même la sentence en buvant la cigüe, un poison mortel. S'agit-il d'un suicide ou d'une forme particulière de mise à mort? Ici, tout dépend de ce que l'on considère comme étant un suicide, c'est-à-dire de la définition du suicide (voir section 2). D'une part il est défendable de dire que Socrate est condamné à mort contre sa volonté et qu'en ce sens, il serait erroné de parler de suicide. Dans une autre perspective, on peut argumenter que Socrate savait qu'il allait être condamné à mort et qu'il n'a rien fait pour empêcher cet événement. De plus, on va proposer à Socrate de fuir la ville afin d'échapper à la condamnation, ce qu'il refuse de faire préférant se soumettre au jugement de la Cité. Enfin, c'est lui qui pose le geste fatal de l'ingestion du poison.

les motivations du citoyen justes, il lui accordera le droit au suicide. Bien que l'historien Minois (Minois 1995, p.59) avance que les écoles philosophiques grecques demeurent majoritairement critiques face au caractère moral du suicide, l'historienne Grisé (1982), quant à elle, ne voit qu'une minorité d'écoles philosophiques condamnant explicitement le suicide, telle que les pythagoriciens et les disciples de Platon et d'Aristote¹². Toutefois, même si ces écoles philosophiques sont minoritaires dans la condamnation du suicide, elles exerceront une grande influence sur la pensée théologique du christianisme et des premiers théologiens chrétiens¹³.

Le christianisme de l'Antiquité tardive, qui prend racine notamment chez peuples grecs et romains, n'est pas strictement opposé au suicide. En fait, le suicide est peu discuté

¹² Opposés à la condamnation du suicide, les écoles philosophiques cyrénaïques, épicuriennes, cyniques et stoïciennes le tolèrent dans certains cas et l'encouragent fortement en d'autres occasions. Chez les stoïciens et les cyniques, le suicide est même vu comme l'une des façons les plus nobles de mourir et ses disciples le recommandent à certains individus. En effet, Diogène, philosophe fondateur de l'école Cynique, recommande, tant à un ami malade qui souffre qu'à un autre qui s'adonne aux vices, de s'enlever la vie (Grisé 1982, p.68). Aussi, l'idée que les souffrances du corps, notamment occasionnées par la vieillesse, mais également par une blessure ou la maladie, soient des motifs raisonnables pour s'enlever la vie fait consensus chez ces philosophes. Encore plus, ils considèrent souhaitable de se donner la mort en de telles circonstances. Ainsi, rien de profondément moderne dans l'aide médicale à mourir qui est mise en place dans certains pays au 20^e siècle. Fidèles à leurs idées, se suicident donc les philosophes cyniques Métroclès, Ménippe, Bion de Borystène, Démonax, Pérégrinos et, bien sûr, Diogène. Ici, le suicide paraît comme « raisonnable » puisqu'il est commis pour échapper aux douleurs physiques intenses ce qui constitue une base de l'argumentaire développer pour promouvoir la légalisation du suicide médicalement assisté. À l'instar des cyniques, les stoïciens croient que le suicide peut être exécuté s'il est motivé par des choix rationnels. En effet, les stoïciens approuvent les suicides pour les cas de vieillesse et de souffrance, mais également pour les cas de déshonneur et de ruine financière. Pour ces philosophes, l'humain est le seul maître de son destin, puisque décider du moment de sa mort confirme l'emprise de l'individu sur son existence. Cette conception du suicide rationnel conduit même les stoïciens à concevoir (et à mettre en pratique) qu'une fois le bonheur, la fortune et l'épanouissement sont atteints pour une personne, que celle-ci puisse s'enlever la vie. Une telle mort se justifie par l'idée qu'une fois que l'individu a atteint un tel niveau de complétude, l'avenir ne peut que lui réserver une situation moins enviable ; vieillesse, maladie, revers de fortune, etc. Il est donc à propos de partir dignement, au pinacle de son existence, en mettant fin à ses jours. Encore au 20^e siècle le suicide demeure un geste porteur d'une forte charge négative et est médiatiquement présente comme une déviance (Pelletier-Audet, 2018, p.45-57).

¹³ On décrit d'ailleurs le christianisme comme étant à la fois issue des traditions philosophico-théologiques Juives et Grecs.

dans les textes sacrés du christianisme. La position de la jeune église chrétienne va toutefois se clarifier au début du 5^e siècle sous l'influence des écrits du théologien chrétien d'Afrique, Augustin d'Hippone, aussi appelé Saint-Augustin (Bayet 1922, p.329-333).

Les textes de Saint-Augustin viennent trancher dans l'ambiguïté entourant le caractère moral du suicide pour les chrétiens en affirmant la nature blasphématoire de cet acte. Il est important de mentionner que la pensée de Saint-Augustin est alors fortement influencée par la philosophie de l'école platonicienne. En effet, dans son ouvrage *La Cité de Dieu* (Saint Augustin, 2011), Saint-Augustin se réfère notamment au philosophe Plotin (Dufour, 2006) (lui-même admirateur de Platon et d'Aristote) pour asseoir sa position théologico-morale sur le suicide. Ce théologien vient ici réaffirmer la posture morale d'Aristote sur le suicide, qui voit dans ce geste une double offense. D'une part, le suicide constitue une offense de transgression du sixième commandement, et d'autre part il est également une offense faite au plan divin qui doit seul déterminer le moment de la mort des individus. Cette double transgression fait donc du suicide un crime particulièrement grave aux yeux de Saint-Augustin et de l'Église catholique (Bayet, 1922, p.328). Cette posture théologique face au suicide est réaffirmée par l'Église catholique en 693 lors du concile de Tolède (Minois, 1995) où il est décrété que tout chrétien qui fait une tentative de suicide doit être excommunié¹⁴. Cette condamnation sévère du suicide ne connaît pas d'assouplissement de la part de l'Église catholique au cours de cette période, comme en témoigne la reconfirmation du caractère ignoble du suicide par le 4^e concile de Nîmes en 1284. C'est également au 13^e siècle que le prêtre dominicain et théologien Saint-Thomas d'Aquin (1225-1274)

¹⁴ C'est également lors de ce concile qu'est promue une politique de castration pour les homosexuels.

réfute toutes idées cherchant à légitimer le suicide (Bayet, 1922, p.424-427). Pour lui, trois raisons fondamentales justifient la condamnation systématique du suicide, celui-ci étant :

- 1- un attentat contre la nature et contre la charité, puisqu'il contredit l'inclination naturelle à vivre et le devoir de nous aimer nous-mêmes ;
- 2- un attentat contre la société, car nous faisons partie d'une communauté où nous avons un rôle à jouer ;
- 3- un attentat contre Dieu, qui est propriétaire de notre vie. « Celui qui se prive de vie pèche contre Dieu, de la même manière que celui qui tue un esclave pèche contre le propriétaire de l'esclave » (Minois, 1995).

Nous voyons qu'il y a ici une continuité de la philosophie grecque quant au suicide des esclaves, à la différence que cette condamnation s'étend maintenant à tous les hommes libres.

C'est donc une époque où les suicides et les gestes suicidaires sont sévèrement condamnés, tant par le dogme religieux que par le droit séculier, à une exception près : le cas où le suicide est commis dans un état de folie. Cet état de folie peut être de diverses natures, mais on note dans la littérature du 13^e siècle l'apparition du terme de mélancolie, qu'on associe à une humeur sombre causée par un excédent de bile noire censé obscurcir le cerveau (Minois, 1995). Si les autorités qui ont à juger un cas de suicide ou de tentative de suicide tranchent que l'individu n'avait pas toute sa raison au moment du geste, il sera gracié.

Ainsi, nous devons impérativement nuancer ce portrait d'une société moyenâgeuse strictement répressive face au suicide et au sort réservé au corps des suicidés. Si le dogme

chrétien est clair et intransigeant face au suicide, sa mise en application est, quant à elle, plus nuancée, tout comme l'a été la répression de l'homosexualité (Corriveau 2011, p.15-17). Bien souvent, l'excuse de la folie qui est invoquée est acceptée comme défense lors des procès pour suicide (Hunard 1967) au Moyen-Âge, alors que la fin de cette époque ouvre la voie à une nouvelle sous-discipline de la médecine, les aliénistes.

1.2 Le suicide : Objet d'intérêt des médecins et aliénistes français et anglais du 17^e au 19^e siècle.

C'est à partir du 17^e siècle que la perception négative du suicide est timidement remise en question avec la redécouverte des textes de l'antiquité par les savants de la Renaissance ainsi que par le développement des idées des Lumières au 18^e siècle. Ce sont surtout des médecins qui vont discourir sur cet « étrange » phénomène contraire à l'instinct de vie. Alors que les théologiens et les philosophes discouraient à la foi sur l'essence et la symbolique du suicide, il faut attendre le 18^e siècle pour voir publier les premières monographies médicales sur le suicide. Mais c'est vraiment à partir du 19^e siècle, c'est-à-dire de la mise en place des asiles d'aliénés et de la reconnaissance graduelle de l'aliénisme comme spécialité médicale que le sujet prend racine dans le champ médical. Médecins en un lieu précis, l'asile, les nouveaux spécialistes des maladies de l'esprit investissent un espace afin de noter les signes cliniques des personnes internées à la suite d'une tentative de suicide ou sur présomption suicidaire, ou encore de celles qui feront un passage à l'acte une fois internées. Comme nous le verrons lors de l'analyse des textes médicaux canadiens-français dans l'UMC, nos psychiatres en devenir sont formés en Europe et citent abondamment les

écrits des premiers aliénistes européens. Ainsi, un aperçu des théories médicales britanniques et françaises nous permet une meilleure conceptualisation du suicide au Québec, province dont les lois et le tissu social sont largement structurés par les cultures de ces deux nations.

1.2.1 ...chez les Britanniques

C'est en Angleterre où va apparaître un terme nouveau : celui de « suicide ». En effet, bien que nous ayons traité du suicide à travers l'Antiquité et le Moyen-âge, nous rappelons qu'avant le 17^e siècle, le mot suicide n'existe pas. Lorsqu'on désigne un individu qui met fin à sa vie, le terme *meurtre de soi* (*felo de se*) est généralement employé dans les langues latines. On parle également de s'enlever la vie ou d'attenter à sa vie, alors que dans les langues anglo-saxonnes les termes « self-slaying », « self-murder » et « self-killing » sont employés. La première mention du mot suicide apparaît donc dans l'ouvrage de Sir Thomas Browne, *Religio Medici*, écrit en 1634 (Marsh 2010). Toutefois, bien avant l'apparition de ce mot, s'enlever la vie est décrit comme un geste criminel dans la *Common Law* à partir 14^e siècle (Hoffman et Webb, 1981). Pour Shneidman (1985), ce changement sémantique entre *le meurtre de soi* et *le suicide* est loin d'être anodin et ne peut être réduit à une simple circonvolution sémantique. En effet, alors que le terme suicide fait son apparition dans la littérature du 17^e siècle, émerge également une littérature, souvent inspirée de l'antiquité, qui tend à diminuer le caractère répréhensible du geste posé. Toujours selon Shneidman (1985), employer le terme « suicide » au lieu de « meurtre de soi » participe à conceptualisation de ce geste où le suicidé est davantage une victime qu'un meurtrier. À cet égard, deux idées sur le suicide sont fréquemment présentes dans la littérature anglaise

du 17^e siècle, l'une voulant que les suicidés agissent sous l'impulsion du démon qui les force à commettre ce geste¹⁵, et l'autre voulant que le suicide soit le résultat d'une maladie.

Kushner (1989), qui observe l'évolution de la réaction sociale face au suicide au 17^e siècle en Nouvelle-Angleterre, décrit celle-ci comme essentiellement répressive à l'époque de la colonisation puritaine. Cependant, la bigoterie de cette société puritaine va renforcer l'idée qu'une possession démoniaque puisse pousser les gens au suicide. Cette posture métaphysique suggère que s'enlever la vie est un acte si immoral eu égard à la religion, que seul Satan peut y pousser les gens. Si les individus qui commettent une tentative de suicide ou un suicide l'ont fait sous une influence démoniaque, c'est donc qu'ils n'étaient pas maîtres de leur jugement et qu'on ne peut les tenir juridiquement et moralement responsables de leur crime. Pour cet auteur, la religion joue paradoxalement un rôle important dans l'établissement de verdicts de non-culpabilité dans les procès pour suicide et tentative de suicide. Puisqu'une personne ne peut être reconnue coupable des gestes qu'elle pose sans en être pleinement consciente, les juristes ne peuvent démontrer que les suicidaires qui n'avaient pas toute leur raison au moment de commettre le crime sont

¹⁵ L'idée que le Diable ou les démons puissent pousser les individus à commettre des actes répréhensibles n'est pas propre au 17^e siècle et trouve ses racines tout au long du Moyen-âge jusqu'en Antiquité. Rappelons-le, l'un des chefs d'accusation pour lequel Socrate dû mettre fin à ses jours est celui de parler aux démons. Aussi, la vision des suicidés victimes de l'action du Malin s'ancre dans la culture protestante dès sa fondation, comme cet extrait des mémoires de Martin Luther (1544) nous le montre : « *Je connais beaucoup d'exemples semblables ; mais je juge ordinairement que les gens ont été tués simplement et immédiatement par le Diable, comme un voyageur est tué par un brigand. Car, lorsqu'il est évident que le suicide n'a pu avoir lieu naturellement, quand il s'agit d'une corde, d'une ceinture ou (comme dans le cas dont tu me parles) d'un voile pendant et sans nœud, qui ne tuerait pas même une mouche, il faut croire, selon moi, que c'est le Diable qui fascine les hommes et leur fait croire qu'ils font toute autre chose, par exemple une prière ; et cependant le Diable les tue. Néanmoins le magistrat fait bien de punir avec la même sévérité, de peur que Satan ne prenne courage pour s'introduire. Le monde mérite bien de tels avertissements, puisqu'il épicurise et pense que le Démon n'est rien* » (Michelet, 1990). On trouve également des échos de cette idée d'influence démoniaque jusque dans les colonies britanniques.

coupables. Ainsi, les gens possédés du Démon ne peuvent être tenus responsables de leurs actes devant la loi.

Selon Kushner, on peut voir dans cette perspective (juridique/morale/religieuse) une base argumentative qui ouvrira la porte à l'expertise médicale afin qu'elle vienne supplanter la rationalité religieuse comme défense juridique (Kushner 1991, p.96-98). Toutefois, cela ne se fera pas avant le 19^e siècle avec l'adoption des règles McNaghten (Dej 2015, p.42-43). La défense de folie en cour est en effet consolidée dans la jurisprudence anglosaxonne avec l'adoption de ces règles. Ainsi, cette rationalité religieuse envers les gestes suicidaires cède le pas devant le développement du savoir médical psychiatrique. Toujours en invoquant la non-responsabilité criminelle, ce type de plaidoirie et de raisonnement juridique va davantage s'appuyer sur la folie (concept médical) que sur les thèses démoniaques (concept théologique).

À ce propos, c'est aussi dans l'Angleterre du 17^e siècle que se développe la « maladie anglaise » conduisant au suicide qu'on nomme mélancolie (Minois, 1995). Cette « nouvelle » maladie est identifiée par Robert Burton (1577-1640) et décrite dans son ouvrage *The Anatomy of Melancholy*. Pour Burton, la mélancolie est une condition à laquelle les gens sont prédisposés dès la naissance, mais qui peut être influencée par l'environnement social ainsi que par les habitudes de vie des individus. Les causes physiologiques consistent en un surplus de bile noire¹⁶ dans l'organisme, de telles sécrétions de bile étant entre autres influencées par la position de l'astre Saturne. Le surplus de bile noire peut

¹⁶ Relevant de la « théorie des Humeurs » développée entre autres par Hippocrate, celle-ci voit la santé des individus comme tributaire d'un équilibre de 4 humeurs présentes dans le corps humain.

également être causé par la maladie, le deuil, la souffrance physique, la vieillesse, mais plus particulièrement par la jalousie et la frayeur religieuse (Minois, 1995). Pour Burton, la frayeur causée par le prosélytisme protestant et catholique est malsaine et accentue la mélancolie et les idées suicidaires (Burton dans Grass, 2001, p.56). Cette peur prend sa source dans les doctrines religieuses qui, chez les protestants, stimulent la paranoïa de l'action du Diable et des démons, et chez les catholiques, exacerbe la culpabilité, l'attrition et la peur de l'enfer, causant une terreur si grande que les croyants en viennent à s'enlever la vie. Loin de prôner l'athéisme (vu également comme diabolique), Burton croit que la modération en matière de pratique et de dévotion religieuses est de rigueur afin de calmer les symptômes de cette maladie. Nous avons donc ici les bases des premières théories sur l'origine pathologique du suicide à partir desquelles les médecins et aliénistes du 19^e siècle travailleront.

1.2.2 ...chez les Français

En ce qui concerne le royaume de France, le terme suicide y fait son apparition en 1762 (Bayet, 1922, p.678) et va peu à peu remplacer le terme de meurtre de soi. En ce qui concerne la réaction sociale face au suicide, les historiens Godineau (2012) et Minois (1995) observent un phénomène analogue à ce qui se déroule en Grande-Bretagne, soit une plus grande tolérance face à ce geste et l'abandon progressif de la mutilation des corps des suicidés. À cet égard, le dernier corps de suicidé condamné à être mutilé et exposé publiquement le fut en 1772 (Godineau, 2012, p.66). Cependant, les tentatives de suicide sont encore sévèrement punies, les sanctions allant de la peine capitale aux galères à perpétuité. C'est essentiellement peu de temps après la Révolution française que la législation en

matière de suicide est abrogée afin de réduire les peines pour les suicides, qui deviennent pour ainsi dire symboliques, et également alléger les peines pour tentatives de suicide. Dès 1804, le suicide est retiré du Code pénal français¹⁷.

On voit aussi en France se développer un courant philosophique qui va aller de pair avec l'idée que les suicidaires sont davantage des gens à plaindre qu'à condamner. Des penseurs et philosophes des Lumières réinterprètent notamment les textes de l'Antiquité où, nous le rappelons, le suicide était davantage toléré. Certains suicides sont même décrits dans la littérature du 18^e siècle comme des expressions de force et de courage, conduisant à l'idée que l'humain, seul maître de son destin, peut mettre fin à ces jours, se soustrayant ainsi à la providence divine (Godineau, 2012). Tant et si bien que le suicide est de moins en moins empreint de référents religieux et davantage compris comme un geste relevant de dynamique individu-société ou encore relevant uniquement de l'individu (Mucchielli et Renneville, 1998, p.18-20). Le bouillonnement des idées des lumières tend donc à diminuer les scrupules d'ordre religieux et même d'opposer une certaine défiance face au dogme ecclésiastique. Cette défiance face aux idées religieuses est corollaire du développement d'un autre mode de rationalité, une pensée dénuée de la métaphysique, qui s'ancre dans le matérialisme, soit un mode rationalité scientifique. Parmi les sciences naturelles (physique, chimie, botanique, etc.) la médecine se départit d'une approche basée sur les humeurs du corps, dont la bile noire fait partie, pour adopter une vision mécaniciste du corps humain et des pathologies.

¹⁷ *Code pénal de l'Empire français 1810.*

C'est dans cette perspective que le suicide pathologique sera alors étudié par les médecins français et plus spécifiquement par les médecins soucieux de soigner les maux de l'esprit, les aliénistes (Esquirol, Magnan, Bourdin, Quételet). Ainsi, dès le 19^e siècle, certains auteurs, dont le scientifique multidisciplinaire A. Quételet (1835), voient la société comme responsable des fluctuations dans les taux de suicide et s'inscrivent dans une approche qualifiée de sociopathologique du suicide (Mucchielli et Renneville, 1998). Dans cette perspective, le suicidant est un acteur réactif au phénomène suicide, c'est-à-dire que le suicide est causé par différents facteurs sociaux que l'individu subit. Cela présuppose que le suicidant n'est pas responsable de son geste et rejoint ainsi une perspective biopathologique bien présente dans le domaine médical. Toutefois, ces travaux ne permettent pas d'établir clairement une expertise irréfutable du champ médical pour expliquer les suicides face aux interprétations d'autres disciplines telles que la philosophie, la théologie ainsi que de nouvelles disciplines apparaissant au 19^e siècle comme l'anthropologie et la sociologie.

1.3 Le suicide : objet d'étude d'une discipline naissante, la sociologie

Ouvrage emblématique dans le domaine de la sociologie, le *Suicide* de Durkheim parue en 1898 rejette les causes médicales pour expliquer les suicides, sans pour autant les exclure totalement. Ainsi, les premiers travaux sociologiques sur le suicide, datant de la fin du 19^e au début du 20^e siècle, s'accordent sur le caractère criminel (Durkheim, 1898) et déviant (Halbwachs, 1930) du suicide. Pour Durkheim, les suicides sont un baromètre de

la cohésion et de l'ordre dans les sociétés modernes. Durkheim avance qu'il existe deux grandes catégories de suicide. La première se compose des causes extra-sociales du suicide, notamment les causes psychotiques qu'il résume en quatre catégories :

- Maniaque
- Mélancolique
- Obsessif
- Impulsif/automatique

Outre les causes psychotiques, Durkheim (2009, P.37 à 70) analyse également : 1- les causes de nature raciale et héréditaire, 2- les causes dites cosmiques, comme le climat, le mois de l'année, la situation géographique, etc., 3- l'imitation, une sorte d'effet d'entraînement voire un effet boule de neige qui causerait une multitude de suicides. Toutes les causes extra-sociales analysées par Durkheim sont réfutées par celui-ci et présentées comme inexactes, faibles voire fallacieuses sur le plan scientifique. C'est en s'appuyant sur cette première analyse que Durkheim met de l'avant les causes sociales du suicide, qui sont au cœur de son analyse et constituent la seconde grande catégorie de suicide. Les causes sociales du suicide se subdivisent en quatre grandes catégories de suicides, soit : le suicide égoïste, le suicide altruiste, le suicide fataliste et le suicide anémique. Chacune de ces quatre catégories résulte de différentes dynamiques sociales qui génèrent les suicides.

Le suicide dit altruiste n'occupe pas une place centrale dans son analyse, puisque considéré comme relativement normal et constant à travers les époques. Cette catégorie regroupe les suicides faits par honneur ou pour laver l'honneur, le suicide des martyrs et le sacrifice des soldats. Les suicides dits fatalistes sont compris comme le résultat d'une société trop répressive qui exercerait un trop grand contrôle sur ses membres et ne laisserait

pas assez de place à l'individu (2009 ; p.278-279). Encore une fois, cette catégorie intéresse peu Durkheim qui voit dans l'avènement du 20^e siècle une société où les droits et libertés individuels s'affirment. Il porte donc une attention plus particulière aux suicides égoïstes (2009 ; p.167 à 249), causés par l'affirmation exagérée de l'individualisme dans les sphères religieuses, politiques et domestiques, ainsi qu'aux suicides anoniques (2009 ; p.280 à 327), qui sont causés par la perte de repères identitaires, par la dérèglementation et un certain laxisme social. Pour Durkheim les suicides anoniques et égoïstes sont causés par une rupture du tissu social et un manque de régulation de celui-ci.

Ainsi, les différentes causes sociales des suicides qui peuvent se placer, de façon schématisée, dans un axe de structures et normes sociales. À un extrême, il y a des sociétés fortement intégrées, où les espaces de libertés individuelles sont presque inexistantes et où les structures sociales et familiales sont rigides. À l'autre extrême, on retrouve des sociétés éclectiques où les liens sociaux et les structures sociales sont peu contraignants.

Tableau 1
Structure du suicide selon Durkheim

Structures et normes sociales faibles	Structures et normes sociales fortes
-Suicide égoïste -Suicide anonique	-Suicide altruiste -Suicide fataliste

Une société qui tend vers l'un ou l'autre de ces extrêmes voit, selon Durkheim, son taux de suicide augmenté. C'est le cas des sociétés industrielles modernes du XIX^e siècle, qui voient une montée de l'individualisme et la désarticulation des liens sociaux traditionnels. Pour Durkheim il est évident que les suicides sont le résultat de causes sociales et non pas des motivations ou facteurs extra-sociaux, intrinsèques aux individus. Les différents

facteurs sociaux sont la cause principale des suicides, ou du moins l'impact significatif de ce geste. Ainsi, une personne qui s'enlève la vie pour des motivations rationnelles n'est absolument pas envisageable dans cette perspective.

Halbwachs, un élève de Durkheim reconnu pour ses travaux sur le suicide, se distance un peu des théories de son maître et y apporte certaines précisions. Dans sa conception du geste suicidaire, ce qui cause une augmentation des taux de suicide dans les sociétés industrielles modernes n'est pas tant la désarticulation des liens sociaux, comme le propose Durkheim, mais bien leur multiplication. Des villes densément peuplées offrent davantage de possibilités d'établir des échanges sociaux avec un grand nombre d'individus ; la multiplication des rencontres et des relations occasionne alors une augmentation des situations conflictuelles pouvant pousser les gens au suicide. Cette hypothèse d'Halbwachs (Mucchielli et Renneville, 1998, p39-40) rappelle les idées malthusiennes, où la trop grande croissance d'une population devient néfaste pour sa survie.

Ces deux auteurs ont chacun leur hypothèse sur les causes du suicide, qui sont toutes deux imputables aux changements sociaux de l'époque, principalement l'urbanisation et l'industrialisation qui conduisent à une perte d'intégration sociale (Mucchielli et Renneville, 1998, p 25 et 28). Tous deux sont également en accord sur la réponse sociale qui doit être prise face au suicide, c'est-à-dire une restructuration des modes de vie et des relations sociales, rejetant ainsi une réponse répressive comme les peines d'emprisonnement. Bien que Durkheim conçoive le suicide comme un crime (Durkheim, 2009, p.362), il ne croit pas que le système judiciaire doive exercer une répression face à celui-ci. Cette ouverture

à un changement de la prise en charge de ces gestes écarte pourtant l'idée de laisser le corps médical s'en charger. Pourtant, de nombreux écrits psychiatriques, soutenant le caractère pathologique du suicide, avaient déjà été publiés à l'époque où Durkheim et Halbwachs publièrent leurs œuvres.

Il importe ici d'observer la distinction fondamentale pour Durkheim entre le suicide résultant d'une pathologie et celui résultant de causes sociales. Cette distinction s'opère entre la nature même du suicide et les causes du suicide. Cette dichotomie entre causes et motifs fut également une partie importante de la réflexion d'Halbwachs sur les suicides (Mucchielli et Renneville, 1998, p.25-26) pour qui les causes médicales et sociales des suicides ne sont pas mutuellement exclusives. Il écrit à ce sujet :

Il ne faut pas croire qu'il y a deux catégories de suicides, dont chacune s'explique par un déterminisme différent, que tantôt, et suivant les individus, c'est le déterminisme organique qui joue, et tantôt le déterminisme social. En réalité le suicide, tout suicide, peut être envisagé de deux points de vue. Suivant que l'on se place à l'un ou à l'autre, on y verra l'effet d'un trouble nerveux, qui relève de causes organiques, ou d'une rupture de l'équilibre collectif, qui résulte de causes sociales (Halbwachs, 1930, p.449 ; cité par Mucchielli et Renneville, 1998, p 28).

Ainsi, pour cet auteur, s'enlever la vie peut être dans une certaine perspective le résultat d'une maladie, mais ce sont les phénomènes sociaux qui en sont les principaux moteurs.

Dans cette perspective, Bayet (1922) est un des premiers auteurs à aborder une approche à la fois sociale et culturelle pour traiter du suicide. En fait, il s'intéresse particulièrement au changement dans la réaction judiciaire par rapport au suicide, qui a conduit les tribunaux à être plus cléments ou plus sévères face aux procès pour suicide dans différentes cultures et à différentes époques. En s'appuyant sur un imposant corpus littéraire, Bayet

cherche à montrer que ce sont des changements dans la morale de la société qui influencent les décisions des tribunaux. Il y aurait ainsi deux types de morales à l'œuvre, l'une simple et l'autre nuancée, qui détermineraient la réaction judiciaire face au suicide¹⁸. Lorsque la morale simple prédomine dans les valeurs sociales, la condamnation du suicide est systématiquement répressive, tandis que lorsque la morale souple est plus forte, la clémence est de mise. Dans son ouvrage, Bayet met en évidence les différences dans la réaction sociale face au suicide selon l'ethnie des communautés où celui-ci a lieu, ouvrant ainsi la porte à une interprétation tant culturelle qu'historique du suicide. Cette ouverture sur l'analyse des suicides avec une perspective plus complexe ouvre, dans la deuxième moitié du 20^e siècle, la voie à une analyse qui s'inscrit tant dans une tradition sociologique que psychiatrique/psychologique.

1.4 Le suicide : solidification et expansion du champ d'études sur les suicides

Les années 1960-80 sont particulièrement florissantes en ce qui a trait à la littérature sur les suicides et voient la publication de nombreuses monographies issues de la sociologie (Baechler, 1975 ; Douglas, 1967 ; Atkinson, 1978), de la psychologie (Shneidman, 1985 ; Leenaars, 1988) et de l'histoire (Minois, 1995 ; MacDonald et Murphy, 1990 ; Kushner, 1991). C'est dans ce contexte que s'inscrit un ouvrage phare dans l'analyse et la catégorisation des suicides, *Les suicides* de Baechler, paru en 1975. S'intéressant à la fois aux

¹⁸ La morale simple réfère à une application rigoriste des textes de loi et s'inscrit dans une dynamique davantage répressive, alors que la morale nuancée relève d'une application plus souple (prenant en compte les différents contextes) de la loi (Bayet, *Le suicide et la morale*, 1922).

causes et aux motivations qui conduisent au suicide, Baechler aborde sa catégorisation dans la perspective du sens qui est donné au suicide. L'auteur met de l'avant quatre grandes catégories de suicides comprenant dix sous-catégories.

Tableau 2
Les types de suicides selon Baechler

Sens typique des suicides	Sous-catégories des sens typiques
Suicides escapistes (fuite)	1- Deuil 2- Châtiment
Suicides agressifs	1- Crime 2- Vengeance 3- Chantage 4- Appel
Suicides oblatifs	1- Sacrifice 2- Passage
Suicides ludiques	1- L'ordalie 2- Le jeu

Les suicides escapistes, ou de fuite, se caractérisent par la volonté d'échapper à un état, une situation, extrêmement pénible ou souffrant, qu'il soit de nature physique ou psychologique. Cette catégorie regroupe les malades chroniques qui sont en grande souffrance, mais également les individus qui vivent une grande peine de rupture ou de deuil. Elle regroupe également les individus qui se suicident pour expier une faute ou se punir d'un mal qu'ils ont causé, que celui-ci soit réel ou imaginaire (Baechler, 1981 (1975), pp.132-172). Les suicides agressifs sont commis dans l'intention de blesser autrui. Cette catégorie regroupe donc tant les meurtres suicides, souvent dans un contexte familial, que les tentatives de suicide faites pour culpabiliser autrui (*ibid.*, pp.174-219). Les suicides oblatifs sont quant à eux réalisés pour en faire profiter d'autres individus ou encore pour atteindre un statut idéologique supérieur. Ici se recoupent tant l'individu qui se suicide pour que sa famille puisse bénéficier de sa police d'assurance vie que du martyr qui met fin à ses jours

pour atteindre un idéal mystique (*ibid.*, p.221-236). Enfin, les suicides ludiques sont ceux qui résultent de comportements dangereux comme la toxicomanie, la conduite automobile à très grande vitesse ou encore la pratique de sports extrêmes. Il est à noter que ces sens typiques donnés aux suicides sont des catégories non exclusives tant et si bien qu'un cas de suicide puisse se rattacher à plusieurs catégories à la fois (*ibid.*, p.238-261). De plus, s'ajoute à ces quatre grandes catégories une série de facteurs qui peuvent influencer le passage à l'action du suicide. Ici, trois grands groupes de facteurs sont identifiés par Baechler.

Tableau 3
Facteurs conduisant au suicide selon Baechler

Types de facteurs	Sous-catégories
Facteurs personnels	Contexte physiologique
	Contexte psychiatrique
	Contexte familial
	Contexte social
	L'âge et le genre
Facteurs externes indirects	Les mentalités
	Les toxicomanies
Facteurs externes directs	Facteurs externes directs généraux -La guerre -La politique
	Facteurs externes directs spécifiques -La jeunesse -La laïcisation de la charité -Le pluralisme -L'agressivité bloquée -Le goût de l'aventure -L'alambic -Le climat

L'importance des différents facteurs dans le passage à l'acte varie considérablement, si bien que Baechler en vient à écarter les facteurs relevant de la politique et de la guerre considérés comme ayant une causalité négligeable sur les suicides. À l'autre bout du

spectre, les facteurs relevant de la santé mentale sont mis de l'avant et présentés comme étant le principal effet causal conduisant au suicide. Ainsi, la complexité de l'analyse de Baechler laisse entrevoir une mixité de causes et de motivations aux suicides. Cette mixité est pourtant asymétrique et la recherche des motivations qui conduisent au suicide est mise de l'avant, notamment par sa méthodologie basée sur l'analyse de témoignages et de notes écrites par des suicidants¹⁹. Une part importante de l'analyse provient donc de la perspective des acteurs qui se sont suicidés ou qui ont tenté de le faire et cherche à déceler le sens que ceux-ci donnent à leur geste. Ces acteurs sont *a priori* considérés comme lucides et conscients de leurs agissements.

Cette vision des suicidés ou des suicidaires comme des individus qui désirent ou cherchent à mettre fin à leur vie pose également problème, comme le soulignent Shneidman (1985) et Leenaars (1988). En effet, un nombre important de personnes n'ayant pas réussi une tentative de suicide affirme qu'ils ne cherchaient pas délibérément à s'enlever la vie. Leur geste est davantage motivé par la volonté irrépressible de faire cesser une souffrance, ou encore, ils disent avoir agi sur le coup d'une impulsion. Dans ces cas, la volonté des suicidaires n'est donc pas de se donner la mort, même si le geste qu'ils posent peut leur être fatal. Il serait possible d'en déduire qu'une partie des suicidés, c'est-à-dire des gens qui ont « réussi » leur suicide, ne cherchaient pas ultimement à s'enlever la vie. Face à l'étendue de la complexité du phénomène suicide, Leenaars et Shneidman (1973 ; 1985) en proposent cette définition :

Suicide is not a disease (although there are many who think so); it is not an immorality (although it has often been treated so); it is not a biological abnormality (although factors may play a role in some suicide); and it is

¹⁹ Voir aussi Leenaars 1973.

not a neurological dysfunction (although even minimal brain dysfunction may play an additive role in some suicide).

Suivant cette définition, Shneidman (1985) trace un parallèle entre le sommeil et le suicide. Selon lui, un sommeil excessif peut également être compris comme un comportement suicidaire dans la perspective où un individu en souffrance, physique ou psychique, cherche à faire cesser cette souffrance. Le sommeil procure alors une fuite au sens où l'entend Laborit²⁰, face à cette douleur insurmontable. Pour Shneidman, il n'y a donc pas d'intention profondément morbide dans les gestes suicidaires, mais plutôt la volonté désespérée d'échapper à la souffrance. Dans cette optique, la tentative de suicide n'est plus l'expression du désir de mourir, mais bien d'échapper à la souffrance, constat qui vient remettre en question les limites conceptuelles des termes de comportements autodestructeurs et de gestes suicidaires. Cela dit, malgré la grande ouverture conceptuelle de Shneidman pour définir le suicide, il accorde un rôle prépondérant à l'origine pathologique de ce geste alors que la complexité de celui-ci est bien plus vaste. La question demeure à savoir dans quelle perspective analytique aborder la question des suicides ?

²⁰ Henri Laborit, psychiatre et philosophe, est un des premiers à avoir fait usage de nouvelles molécules chimiques dans le traitement de la schizophrénie et la maniaque-dépression, notamment la chlorpromazine. Il identifiait dans les réactions biologiques face au stress intense deux types de réponses, soit l'agression, comprise comme une confrontation au problème, et la fuite. Ce dernier réflexe ne se produit que lorsque l'épreuve semble insurmontable et la confrontation est impossible, comme face au décès d'un proche ou encore une maladie incurable. Le rapprochement avec le suicide et les hypothèses de Shneidman peut ainsi être interprété dans le cadre théorique proposé par Laborit. Dans cette perspective, l'ensemble des gestes suicidaires pourrait être interprété comme des réactions de fuite, d'évitement d'un problème, voire d'une douleur insurmontable. Toutefois, la réaction sous forme de gestes suicidaires ne correspond qu'à un des types de fuites décrits par Laborit, les autres réponses pouvant se situer dans les arts, la toxicomanie et le renoncement aux désirs.

Perspective clinique

Plus récemment, un groupe de chercheurs en santé mentale de l'Université McGill (MGSS) conduisant des recherches dans une approche multidisciplinaire, mais principalement clinique, à étudier les causes des suicides. Dans cette perspective, leurs recherches portent principalement sur les causes neurologiques qui mènent et prédisposent au suicide. Un des groupes de chercheurs de ce centre travaille notamment avec une banque de cerveaux de l'institut Douglas, dont certains ont été prélevés sur des individus s'étant enlevé la vie. Les recherches du Dr Gustavo Turecki, chercheur principal du projet, traitent notamment de la génétique et de l'épigénétique pour expliquer les pulsions au suicide (Turecki, 2014). Ces recherches montrent que certains gènes, ceux responsables des mécanismes inflammatoires, s'activent davantage chez les personnes suicidaires, ouvrant ainsi la voie à de possibles traitements à l'aide d'anti-inflammatoires (stéroïde cortisone). Bien que le groupe de recherche du Dr Turecki soit composé de chercheurs de plusieurs disciplines, dont la psychologie et l'anthropologie, l'approche de recherche demeure principalement épigénétique. Le suicide est une réalité biologique dont les causes initiales sont à chercher chez les individus, dans leurs gènes. Que l'on parle de suicide dans l'Antiquité ou dans les cités modernes du 21^e siècle, il s'agit toujours, dans cette perspective, du même phénomène pathologique intemporel qui affecte l'humain.

Aussi associée au groupe de recherche sur le suicide et la santé mentale de McGill, la chercheuse Monique Séguin s'intéresse aux trajectoires de vie et aux facteurs de risques conduisant au suicide. En utilisant une approche théorique inspirée du modèle de Gunnell et Lewis (2005), Séguin s'intéresse aux différentes trajectoires de vie des suicidants afin

d'identifier différents facteurs de risque, propre à chacune de ces trajectoires. Les facteurs de risques apparaissent dans deux grands types de parcours, et se recoupent en 4 sous-groupes de trajectoire de vie.

Tableau 4
Facteurs de risque suicidaire selon Séguin

Difficulté de développement familial	Difficulté d'adaptation personnelle
A) La vie commence difficilement et ne fait qu'empirer. (20%)	C) Adversité plus tardive liée à la consommation (drogue alcool). (45%)
B) La vie commence difficilement, s'améliore lorsqu'on quitte la famille, mais les difficultés reviennent par la suite. (25%)	D) Les suicides inexplicables. (10%)

Aussi, la présence de troubles mentaux chez les suicidants apparaît comme un phénomène déterminant puisque 90% des individus recensés présentaient un trouble mental au moment du suicide. Ici, c'est une approche clinique qui est mise de l'avant afin de mieux identifier les individus présentant un risque de suicide dans l'objectif d'intervenir pour en faire la prévention.

Bien que divergeant sur la façon de catégoriser les suicides, les travaux de ces sociologues et psychiatres ont en commun de prétendre à un universalisme du phénomène du suicide et qu'il est une réalité intemporelle et qui transcende les différences culturelles. Dans cette perspective s'enlever la vie est traité comme un phénomène immuable qui ne connaît pas de transformation. Bien que cette approche ait conduit ces auteurs à une catégorisation exhaustive des suicides, nous considérons qu'elle n'est pas absolue et laisse bien des angles morts particulièrement lorsque l'on aborde la question dans une perspective historique ou culturelle. Aussi, nous verrons maintenant d'autres auteurs qui ont traité du

phénomène de s'enlever la vie sans traiter de son caractère pathologique et ouvrent également la réflexion sur la nature même de ce que nous définissons par « suicide ».

Pour revenir à Baechler, celui-ci entrevoyait trois avenues possibles pour répondre à la question des facteurs conduisant aux suicides : la première est de s'interroger sur le sens moral et éthique du suicide, occasionnant ainsi une réflexion philosophique sur le sujet. Une deuxième approche consiste à étudier les différents cas de suicide et d'en dégager une théorie plus générale. Enfin, la troisième approche consiste en l'analyse statistique des suicides par le recensement et la compilation des données sur le sujet. Nous concédons que ces trois grandes approches puissent être éclairantes, à leur façon, pour décrire un phénomène aussi complexe que le suicide. Cependant, nous croyons que Baechler fait fausse route en omettant l'apport d'un traitement sociohistorique du suicide. Cette quatrième perspective, notamment employée par Marsh (2010), Corriveau (2011), et Weaver (2008), permet de porter un regard critique sur ce phénomène qui rend davantage de sa complexité en le situant dans un contexte donné.

1.5 Récents travaux : la suicidologie critique

Dans une perspective critique de l'analyse des suicides, le *Groupe de recherche Sociologie historique du suicide au Québec*²¹ s'est successivement penché sur la façon dont les suicides sont recensés à travers les archives du coroner (Gagnon et Perreault, 2017;

²¹ Ce groupe de recherche a mis sur pied la plus grande banque de données issue des archives d'enquêtes du coroner sur les suicides. Mettant à jour tant des témoignages que des lettres laissées par les suicidaires, cette banque de données permet l'observation de ce phénomène sur une longue période soit de la fin du 18^e siècle à la fin du 20^e <https://sciencessociales.uottawa.ca/suicide/apropos>.

Corriveau, Perreault, Cauchie et Lyonnais, 2016; Corriveau, Cauchie et Perreault, 2014; Cellard et Corriveau, 2013) puis aux notes laissées par les gens qui se sont enlevés la vie (Perreault, Corriveau et Cauchie, 2016; Ligier, Michaud, Kabuth, Lesage, Corriveau et Séguin, 2019). À l'instar de Weaver (2012), il est constaté que les enquêtes du coroner constituent une source questionnable quant au recensement exact des cas de suicides, et que l'interprétation de ceux-ci varie d'un coroner à l'autre²². Des variations se trouvent aussi dépendamment de l'époque, reflétant le caractère construit de ce que l'on considère comme un suicide. Aussi, alors que les coroners concluent dans une écrasante majorité que les cas de suicides qu'ils enquêtent sont causés par la maladie mentale, les notes laissées par ceux-ci rapportent souvent une explication intelligible du passage à l'acte voire l'affirmation de posséder toutes ses facultés mentales (Cauchie, Corriveau, Hamel, 2017). Qui plus est, cette approche permet également d'observer les mutations entourant la perception du suicide, la réaction face au suicide, et même ses transformations ontologiques.

²² Souvent employé pour établir la prévalence des suicides dans la société, les statistiques sur les taux de suicide servent de baromètre à la santé publique (Aujard, 2008). Pourtant la validité de ces données est remise en question dès la fin des années 1960, notamment par J. Douglas (1967) qui questionne les méthodes employées pour établir les taux de suicide dans les statistiques officielles. Son analyse montre que la façon dont sont recensés les suicides, notamment par les coroners qui sont chargés d'établir un verdict sur les causes d'un décès, varie d'un coroner à l'autre, d'une juridiction à l'autre et d'une époque à l'autre. En fait, le rôle du coroner est primordial, puisque c'est sur les résultats de ses enquêtes que sont établis les taux de suicide dans une population. Les biais des différents coroners ne se manifestent pas tant par leur méthode de travail, qui diffère d'un à l'autre, que par leur biais personnel et leurs valeurs morales qui influencent leur vision d'un décès. L'analyse de Douglas nous permet donc de remettre en question la validité des taux de suicide. Dans la même veine, Weaver (2009) s'intéresse également aux statistiques du suicide en Nouvelle-Zélande au 19^e siècle. Cet auteur dévoile aussi l'inexactitude et le caractère approximatif des taux de suicide. Il souligne que certains décès ne sont parfois pas comptabilisés comme suicide, mais sont plutôt considérés comme des morts accidentelles, selon une appréciation fort personnelle des coroners. Les événements historiques importants, comme les guerres, ou encore l'ethnie des suicidés (particulièrement les autochtones), affectent aussi la façon dont les décès sont comptabilisés (p.347). Il y a donc là une remise en question des données sur le suicide, données sur lesquelles s'appuie la santé publique. Cette réflexion conduit Weaver à étudier le contenu des lettres de suicidés afin d'exposer la complexité des motifs conduisant les individus au suicide (Weaver 2009 ; 2012). Cette analyse introduit également l'idée que certains individus commettent leur suicide de façon rationnelle, contestant ainsi la prémisse de la nature pathologique des suicides.

Dans une perspective similaire, le psychologue Darien Thira (2014), qui a étudié le suicide dans les communautés autochtones du nord de la Saskatchewan, présentait le suicide non pas comme une pathologie au sens propre, mais davantage le résultat de facteurs sociaux. Selon lui, les taux élevés de suicide dans le Grand Nord canadien, particulièrement chez les populations autochtones, sont avant tout le résultat de la colonisation et du génocide culturel donc ces peuples ont souffert et souffrent encore. Cette recherche vient aussi remettre en question un statut principalement pathologique du suicide.

Ainsi, l'analyse culturelle et diachronique nous montre que, depuis l'ère chrétienne, la perception du suicide comme acte criminel a pu être interprétée comme un acte de folie, sans que cette considération soit systématique. De plus, nous l'avons souligné, le changement majeur qui s'observe au 20^e siècle est la conviction systématique que la totalité des cas de suicide relève de l'aliénation mentale (Joiner, 2005 ; Szasz, 1999 ; Shneidman, 1993). Aussi, nous savons également que le suicide fait l'objet d'un consensus social important comme étant un état pathologique relevant de la santé mentale. L'*Organisation mondiale de la Santé* (OMS) parle du suicide comme d'un problème de santé mentale et encourage les recherches dans le traitement du suicide et sa prévention. Le changement conceptuel conduisant à la décriminalisation du suicide n'est toutefois pas l'objet central des recherches des différents auteurs que nous avons décrites, hormis Ian Marsh (2010) qui a cherché à expliciter le processus de médicalisation du suicide et le développement de l'empirie scientifique sur le suicide aux États-Unis. Pour cet auteur, c'est à travers une lutte d'autorité discursive, menée par certains médecins psychiatres, que l'interprétation médicale du suicide va s'imposer et devenir une forme dominante de réalité interprétative

reconnue. Nous sommes également d'avis que la nature du suicide et son caractère médical intrinsèque ne font pas l'objet d'un consensus, mais s'inscrivent plutôt dans une dynamique de conflit et de luttes (Hoffman et Webb, 1981). Apporter une définition aux suicides (*s'enlever la vie*) est alors intimement liée à sa prise en charge. Ainsi, différents champs d'expertise, (médical, légal, sociologique, philosophique, etc.) font valoir leur expertise sur ce phénomène conduisant à une forme de prise en charge plutôt qu'une autre.

En somme, nous constatons que la multiplicité des approches théoriques face au suicide soulève un questionnement d'un autre ordre, relevant du caractère ontologique du suicide. C'est en cherchant à définir ce terme, à en tracer les contours et à chercher à en dégager l'essence que se développe une réflexion épistémologique sur la définition du suicide. Il nous apparaît important de pousser cette réflexion puisque le statut ontologique du suicide ne fait pas consensus parmi les auteurs qui en traitent. En effet, outre un certain consensus sur un lien entre pathologique et suicide, un flou conceptuel entoure encore le geste de *s'enlever la vie*, notamment quant à la dichotomie entre les suicides résultant de causes (habituellement pathologique) et les suicides résultant des motivations du suicidant (rationnel), ce que nous développerons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

PROBLÉMATIQUE ET CADRE THÉORIQUE

Nous avons précédemment évoqué deux changements significatifs relatifs au statut légal du suicide au Canada, soit la décriminalisation de sa tentative en 1972 et la décriminalisation de l'aide au suicide (AMM) en 2016. Toutefois, l'euthanasie avait déjà été introduite au Québec dans le cadre de la juridiction provinciale sur les soins de santé et de la Loi 52 sur le Soins de fin de vie (2014). Plus que la seule dépénalisation dans le cas de la tentative de suicide, et de la décriminalisation en ce qui concerne l'euthanasie, le savoir médical qui se développe sur la mort auto infligée assure une nouvelle forme de la prise en charge sociale de ces gestes. Ce changement de prise en charge est également favorisé par la présence d'autres discours, notamment sur la souffrance, qui partagent certaines affinités électives avec le champ médical (Corriveau, 2007). Ainsi, la teneur de ces discours sur la mort volontaire va se transformer pour passer d'une réprobation morale à une sensibilité pour prévenir, traiter et guérir cette déviance. La transformation de ce geste individuel en un enjeu de santé publique en est un exemple. D'ailleurs, pour l'OMS, le suicide est décrit uniquement comme un objet relevant de la santé publique :

*[...] l'acte de mettre fin à ses jours. Les troubles mentaux (dépression, troubles de la personnalité, dépendance à l'alcool ou schizophrénie, par exemple), certaines maladies physiques comme les troubles neurologiques, le cancer et l'infection à VIH sont des facteurs de risques du suicide. Il existe des stratégies et des interventions efficaces pour prévenir le suicide*²³.

²³ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (consulté 16/10/2021).

Dans cette définition, on note que les souffrances physiques n'apparaissent pas clairement comme une cause menant directement aux suicides, mais bien comme des facteurs de risque. À l'échelle mondiale, l'aide au suicide médicalement assisté (AMM) demeure illégale pour la majorité des juridictions, bien que certaines avancées aient eu lieu dans quelques états depuis les années 1990 (Belgique, Suisse, Oregon, Washington, Pays-Bas, Canada).

Cela dit, les transformations du statut légal de ces gestes supposent implicitement un changement de nature nosologique et ontologique de l'objet suicide. C'est à dire que la façon dont ils sont conceptuellement compris dans leur essence va changer. D'une part d'un geste associé au meurtre, à l'homicide et à un tempérament violent, à une suite logique d'un symptôme de pathologie mentale. D'autre part, pour le champ médical les origines de ces gestes, avant le début du 20^e siècle, sont ambiguës, l'associant tantôt au crime tantôt à un état de folie. Des changements profonds dans la compréhension de ces gestes vont donc conduire à une redéfinition de ceux-ci, d'abord comme étant exclusivement de nature pathologique, puis comme une condition clinique pour obtenir un soin de fin de vie avec le suicide assisté et l'aide médicale à mourir. Ce changement nosologique s'articule autour des découvertes faites sur les liens entre le suicide et la mélancolie dans un premier temps, puis en lien avec la dépression. Quant au changement ontologique, celui-ci est manifeste lorsque l'aide au suicide et l'euthanasie sont renommés et traités dans une perspective d'aide médicale à mourir.

Notre analyse porte donc sur l'évolution du savoir scientifique médical sur l'objet *s'enlever la vie*. L'intérêt d'observer la perspective médicale sur le suicide découle d'une part du changement de prise en charge de ce geste, du judiciaire au psychiatrique, et d'autre part par son changement ontologique, de geste criminel à symptôme pathologique, puis à un geste rationnel posé en cas de grande souffrance. Nous ne voulons pas minimiser l'ampleur d'autres discours qui ont pu jouer un rôle dans le changement dans la prise en charge du suicide, tels que « l'univers social, culturel, philosophique, économique et religieux », et nous ajouterons juridique (Cellard, Corriveau; 2013). Toutefois, la perspective médicale nous apparaît comme étant à l'avant-plan des transformations qui ont conduit au changement juridique et de prise en charge du suicide. Le processus de médicalisation à l'égard du geste suicidaire nous apparaît donc comme essentiel à cerner pour mieux comprendre les transformations ontologiques du suicide.

2.1 Éclatement de l'objet *s'enlever la vie* en deux entités autonomes

Nous revenons un instant sur un des questionnements initiaux de notre thèse, à savoir comment réconcilier ce qui apparaît comme deux visions historiques antagonistes du geste de *s'enlever la vie*. Une de ces perspectives est que fondamentalement tous les suicides sans exception relèvent de la maladie mentale. L'autre considère plutôt que *s'enlever la vie* peut parfois être le résultat d'une décision rationnelle. Nous l'avons brièvement vu au chapitre précédent, un ensemble de gestes fort disparates et prenant place dans différents contextes peuvent être compris comme un suicide. Si une définition de la nature pathologique des suicides s'impose ce n'est pas tant que le champ médical en propose une piste

explicative généralisable à toutes les situations, mais bien qu'il redéfinît l'objet dans sa propre perspective, celle de la pathologie. Notre hypothèse est qu'une opération de « fractionnement » de l'objet conceptuel *s'enlève la vie* soit à la racine de l'explication médicale sur la nature des suicides. C'est-à-dire qu'en faisant du suicide un geste exclusivement pathologique, les professionnels de la santé (médecins/ médecins psychiatres) le dépouillent de toute agentivité. Ainsi, le nouvel "objet suicide" exclusivement médicale se trouve à n'être qu'une fraction de l'objet conceptuel plus complexe que la médecine appréhendait auparavant. Ce n'est pas tant que le champ médical œuvre délibérément pour se réapproprier un geste. Il s'agit plutôt de le redéfinir avec ses termes, ceux de la psychiatrie, et de lui donner une nature différente qui correspond aux limites du cadre explicatif médical. Cette dynamique s'inscrit à la fois dans une dynamique de luttes de champs scientifiques (Bourdieu, 1984; 1997) que dans celle d'une médicalisation sociale des problèmes sociaux (Cohen, 2001; Conrad, 2007).

Nous assistons alors à une récupération d'un concept, *s'enlever la vie*, et à une re-définition de celui-ci au dépend des autres pistes explicatives. À titre d'exemple, le concept d'*économie*, autrefois relevant de domaines religieux, artistiques, psychanalytique et agricole, fut monopolisé par les acteurs de la finance puis redéfini en leurs termes (Deneault, 2019-2020-2021)²⁴. Selon Deneault, le concept d'économie fut charcuté par le champ de

²⁴ Le concept d'économie tel qu'Alain Deneault l'a exposé dans une série d'essais : L'économie de la nature (2019a), L'économie de la foi (2019b), L'économie esthétique (2020) et L'économie psychique (2021). À travers un survol historique propre à chaque aspect traité, l'auteur nous présente un objet conceptuel, l'économie, comme étant éminemment complexe et qui, au fil du temps, est dépouillé d'une multitude de ses sens pour en faire une unité conceptuelle creuse et monopolisée par un champ d'expertise, soit celui de la finance. Initialement entendu par les Grecs anciens comme relevant du domaine foncier, agricole, social et civique, tout en commandant une lecture large et complexe (2020, p.39), le terme est récupéré dans les textes liturgiques chrétiens dans une perspective relationnelle avec le sacré (2019b, p.63). Le terme composé de l'*oikos* réfère à l'avoir, au patrimoine, et du *nomos* réfère à une loi, un principe organisationnel. Le terme

la finance si bien que l'objet conceptuel *économie* perd son sens initial au profit d'une réinterprétation tronqué. En d'autres termes, des différentes façons d'expliquer ou de comprendre les suicides, le champ médical va porter son analyse sur les suicides relevant d'un état pathologique et clamer que cette piste explicative est la seule valide; écartant du même coup les « autres formes de suicides » qui adviennent en dehors de cette lecture pathologisante. Dès lors, l'objet « suicide », observé uniquement sous cet angle, ne vient mettre en lumière que ses éléments pathologiques, laissant le reste de l'objet conceptuel dans un angle mort (Pires, 1995).

Autrement dit, le suicide rationnel a été mis en touche au début du 20^e siècle, sans pour autant être réfuté. En effet, aucune explication ou démonstration scientifique ne vient prouver que les suicides rationnels n'existent pas. Ceux-ci sont plutôt conceptuellement écartés de ce qui est compris comme un suicide d'un point de vue médical. Les suicides rationnels ainsi écartés, la crise paradigmatique sur le suicide peut se résorber puisqu'un des éléments centraux du débat est mis de côté. Plus qu'un changement paradigmatique, fondamentalement, nous avons dans un premier temps assisté à une fracture de l'objet *s'enlever la vie*. Ensuite, dépouillé de ses ambiguïtés conceptuelles, le suicide apparaît comme un objet médical, dans lequel le libre arbitre individuel est absent. Le suicide causé par des troubles psychiatriques devient donc LE suicide et l'analyse médicale qui en résulte est alors tout à fait cohérente. D'autre part, cette division conceptuelle permet d'avancer que l'euthanasie, renommée aide médicale à mourir, n'a rien à voir avec le suicide, puisque

était également celui de prédilection des premiers agronomes et botanistes qui étudiaient les relations complexes de l'environnement et de son interaction avec l'humain (2019a, p.54), avant que ces référents conceptuels en soient extraits par le domaine de la finance, amenant *de facto* cette conceptualisation de la relation avec la terre, cultivée ou non, à emprunter le terme d'écologie.

c'est un objet médical distinct. L'American Association of Suicidology décrit bien la distinction entre ces deux éléments :

[...] la mort médicalement assistée est reconnue comme « distincte du comportement traditionnellement appelé "suicide" ». Tout en restant neutre sur la question de la mort médicalement assistée, l'organisme soutient que la distinction élémentaire tient au fait que "le choix du patient n'est pas déformé par des troubles psychologiques". Gandsman 2018, p.171

De façon analogue, pour certains militants du "droit à la mort", la distinction entre suicide conventionnel et mort volontaire est primordiale (Gandsman, 2018). Cette position s'incarne chez certaines personnes en fin de vie par un désir de ne pas être associée à une personne « malade » et « dépressive », mais d'être plutôt considérées comme des acteurs/actrices libres de mener leur vie et d'y mettre fin au moment de leur choix au nom des droits individuels.

Prenons à titre d'exemple l'ouvrage de Durkheim sur le suicide (1898). Celui-ci manifeste bien une volonté d'amener un modèle explicatif global sur tous les types de suicides. Pourtant, il va centrer son propos sur ce qu'il identifie comme un type spécifique de suicide, le suicide anémique. Tout en exposant l'étendue de la diversité de ce que peut être un suicide et des différents contextes dans lequel il peut être exécuté, Durkheim avance qu'un certain type de suicide serait prédominant. Certaines formes de suicides sont donc « mises en veilleuse » au profit d'un type de suicide que Durkheim croit plus représentatif de l'ensemble du phénomène.

Dans la même veine, différents médecins québécois du 19^e siècle et du début du 20^e siècle ont cherché à catégoriser les suicides afin d'en tracer un portrait plus précis,

notamment les docteurs Derome (novembre 1919, *Étude sur le suicide*, UMC) et Bellefeuille (novembre et décembre 1929, *Le suicide et la responsabilité*, UMC). Toutefois, ceux-ci n'ont jamais abordé la question des suicides causés par des douleurs extrêmes, une réalité, nous le verrons dans les chapitres suivants, présente et documenté à la même époque. Plus encore, nous pouvons voir ce fractionnement s'opérer entre les années 1919 et 1934 avec un article des docteurs Plouffe et Legrand (août 1934, *Les raptus mélancoliques*, UMC). Il semble que la compréhension nosologique sur le suicide passe d'une vision de ce geste qui, pour Derome (1919) peut être rationnel, à une vision où ce geste n'est que pathologique, bien que multiforme (nous rappelons que pour Bellefeuille il existe huit types de suicides). Puis, dans un troisième temps, à une vision où une cause pathologique est présentée comme unique piste explicative, soit le raptus mélancolique présenté par les docteurs Plouffe et Legrand.

Cette « évolution » du savoir médicale sur le suicide peut (et c'est notre approche) être davantage compris comme une distillation de l'objet conceptuel *suicide*, comme une vision qui s'est constituée certes dans l'approfondissement d'un savoir médical empirique sur le suicide, mais principalement en écartant de ce modèle explicatif tous les types de suicide qui ne correspondaient pas à cette vision dominante. Par exemple, le suicide d'origine dépressive qui prend le devant de la scène, éclipsant ainsi les autres pistes d'analyse de ce geste. Ainsi fractionné, segmenté, simplifié, le suicide devient un objet d'étude conforme avec ce qu'en entend le champ médical, et plus précisément, psychiatrique, c'est-à-dire un symptôme systématique d'une pathologie. Si nous sommes à même de considérer

cette division conceptuelle, c'est en bonne partie grâce à une période d'observation du phénomène sur un temps long, soit du milieu du 19^e siècle au début du 21^e.

Définir le suicide principalement comme un symptôme pathologique ne nous semble pourtant pas aller de soi. En effet, comme on l'observe dans une approche analytique culturelle du suicide, *s'enlever la vie* (ou vouloir le faire) n'est pas considérée comme l'effet d'une pathologie dans toutes les cultures. Même au sein d'un seul groupe culturel, la perception du suicide change selon les époques, ce qui nous amène à considérer le suicide pathologique comme une construction sociale. Si des changements conceptuels majeurs concernant le suicide s'opèrent au début du 20^e siècle et du 21^e siècle, ceux-ci doivent être promus par des acteurs, ici des médecins, qui mettent de l'avant leur vision du suicide. Cette vision du suicide qui s'articule autour du champ médical relève nécessairement d'un savoir empirique et scientifique sur cet objet.

Dès lors, dans cette thèse, nous voulons comprendre quels sont ces éléments empiriques qui ont permis d'établir un consensus médical sur le suicide ? En corollaire à ce questionnement principal, nous cherchons à établir si les changements observés dans l'empirie du savoir médical sur le suicide reposent entièrement sur des éléments cliniques et scientifiques ou si d'autres éléments extérieurs au champ médical (morale, politique, religieux) viennent changer cette empirie, ce que Bourdieu appelle la porosité d'un champ scientifique (2001, p.95). Pour ce faire, nous devons dans un premier temps définir les concepts qui nous aideront à répondre à nos questions de recherches. Ce cadre analytique

s'appuie sur trois piliers conceptuels, soit la notion de champs de Bourdieu dans une perspective d'histoire des sciences, la médicalisation, et le concept d'affinité élective.

2.2. Perspective théorique et conceptuelle

Nous avons déjà défini notre approche épistémologique comme étant celle de la réaction sociale. Avec cette approche, nous porterons une attention toute particulière au contexte de production du savoir médical, ce qui relève des théories du développement du savoir (Kuhn, Popper, Foucault, Bourdieu) et plus spécifiquement du concept bourdieusien de champ. Puis nous aborderons le concept de la *médicalisation sociale* et de *médicalisation de la déviance*. Enfin, nous porterons notre attention sur le concept d'affinité élective tel qu'initialement proposé par Max Weber. C'est à l'aide de ces différentes lunettes conceptuelles et de leur articulation en tant que processus de création d'un discours médical que nous pourrions mettre à jour les mécanismes internes de la décriminalisation du geste de *s'enlever la vie*.

2.3 La science des sciences et la notion de crise paradigmatique

Longtemps considérée comme un exercice d'accumulation des connaissances, l'histoire des sciences connaît un grand bouleversement dans les années 1960. En effet, chercher à colliger le savoir relevant des différentes disciplines scientifiques apparaît comme une entreprise absconse dès lors que l'on constate les changements radicaux qu'ont connus les fondements théoriques des sciences. Thomas Kuhn (1962) illustre habilement ces transformations en prenant l'exemple des théories sur la nature de la lumière. Il y a aujourd'hui un consensus sur la nature de la lumière qui est composée de photons, ceux-ci

se comportant parfois comme des particules et parfois comme une onde (Feynman 1985). Cette conception de la lumière est pourtant récente et est largement tributaire du développement de la mécanique quantique de Max Planck et d'Albert Einstein (1905). Avant, soit depuis le début du 19^e siècle, la lumière était comprise comme une onde transversale notion issue des travaux de Thomas Young et Augustin Fresnel (1816) sur le sujet. Ces travaux étaient eux-mêmes en rupture avec l'ancienne compréhension de la lumière élaborée par Isaac Newton qui avançait que la lumière se compose de corpuscules matériels. Kuhn (2018) poursuit ainsi son explication :

Ces transformations successives des paradigmes de l'optique sont des révolutions scientifiques et le passage d'un paradigme à un autre par l'intermédiaire d'une révolution est le modèle normal du développement d'une science adulte. Toutefois ce processus n'était pas caractéristique de la période antérieure à l'œuvre de Newton, et c'est ce contraste qui nous intéresse maintenant. À aucun moment, de la haute Antiquité à la fin du 17^e siècle, il n'y a eu de théorie unique généralement acceptée sur la nature de la lumière, mais au contraire plusieurs écoles et cénacles concurrents dont la plupart adoptaient telle ou telle variante de la théorie épicurienne, aristotélicienne ou platonicienne. Les uns considéraient que la lumière résultait de particules émanant des corps matériels ; pour d'autres, c'était une modification du milieu entre le corps et l'œil ; d'autres enfin l'expliquaient par l'interaction du milieu et d'une émanation des yeux ; sans parler d'autres combinaisons et modifications. Chaque école puisait son autorité dans ses rapports avec une métaphysique particulière et chacune insistait, dans ses observations paradigmatiques, sur le groupe particulier de phénomènes optiques que sa théorie pouvait expliquer avec le plus de succès. –pp.40-41

Autrement dit, si la connaissance historique sur les sciences n'était qu'un processus cumulatif il y aurait nécessairement des contradictions importantes quant à la validité d'anciens paradigmes scientifiques. Loin de vouloir tourner en ridicule les savoirs passés ou encore de remettre en question leur validité scientifique, Kuhn propose plutôt de les analyser dans leur propre contexte historique. De cette façon, l'histoire du développement des théories

scientifiques est observée avec les connaissances de l'époque, mais aussi le contexte social et l'état d'esprit des acteurs qui produisent cette science. Dès lors, ce n'est pas la validité scientifique qui est observée en regard de nos connaissances actuelles, mais plutôt la façon dont les théories et les savoirs scientifiques sont produits. À cet égard, observer les transformations, les changements, ce que Kuhn appelle les *révolutions scientifiques*, devient le véritable objet de l'histoire des sciences.

Les révolutions scientifiques ou changements paradigmatiques s'inscrivent donc dans une vision de l'histoire qui étudie les changements, les moments de transition, de transformation. C'est précisément ce qui nous intéresse dans le cadre de cette thèse : observer les transformations du savoir médical sur le suicide. Cela dit, pour qu'il y ait un changement de paradigme avéré, il doit également avoir un consensus dans le champ disciplinaire dont il est issu. Kuhn rappelle à cet effet que pour qu'une théorie soit acceptée comme nouveau paradigme dans un champ scientifique, elle doit « sembler meilleure que ces concurrentes, mais qu'il n'est pas nécessaire qu'elle explique (en fait, elle n'explique jamais) tous les faits auxquels elle peut se trouver confrontée » (Kuhn 2008, p.48). Ces transformations définissent les cadres conceptuels à travers lesquels la science sera pratiquée. Une fois établis ces paradigmes servent de guide de référence et ne sont que rarement remis en question, ce que Kuhn appelle aussi la science normale. Pierre Bourdieu (1997) abonde également en ce sens, à savoir que les changements radicaux qui remettent en cause les assises théoriques d'une discipline sont fort rares voire exceptionnels. Dans cette perspective, les acteurs qui œuvrent au sein des champs disciplinaires tendent à reproduire le savoir qu'ils ont acquis au sein de ce champ et ne chercheront pas à le remettre en question.

Bourdieu explique les transformations radicales des champs soit par la contamination d'un agent extérieur fort ou encore par un acteur doté d'une pensée créative singulière qui pense en dehors des cadres normatifs²⁵. C'est donc lorsqu'un nouveau paradigme vient bousculer les référents et jette un pavé dans la mare des certitudes qu'il est question de crise dans le champ scientifique.

De plus, bien qu'un paradigme scientifique puisse s'établir et faire consensus dans un champ disciplinaire, il n'est pas garanti que ce même paradigme soit accepté par d'autres disciplines, même s'il traite d'un objet singulier. Kuhn en donne un exemple en relatant une conversation entre un physicien et un chimiste sur la nature de l'hélium (Kuhn, 2008, p.96). Du point de vue du chimiste il est évident que l'hélium est une molécule physique alors que pour le physicien cette particule n'en possède pas les caractéristiques. Ainsi, deux perspectives différentes (physique/chimie) basées sur des observations scientifiques débouchent sur des conclusions différentes en lien avec la théorie et la méthode de leur champ disciplinaire respectif. Avec le développement des différents champs disciplinaires s'établit la prémisse que chacun de ces champs devrait évoluer de façon parallèle et indépendamment des autres champs ainsi que du contexte social (Bourdieu, 1997). Cette notion est un archétype de la structure des champs, puisque ceux-ci ne sont pas complètement hermétiques à une contamination extérieure. C'est pourquoi Bourdieu parle des champs comme des microcosmes *relativement* autonomes (Bourdieu, 1992, p. 95-96). Si ces champs sont fortement hermétiques, comme dans le cas des mathématiques ou de la physique quantique, ils seront peu influencés par d'autres champs ou encore par l'évolution

²⁵ L'expression communément utilisée est empruntée à l'anglais : « *think outside the box* ».

sociale et politique de leur époque. En revanche, certains champs, telles l'économie et la psychiatrie, sont fortement influencés par des éléments contextuels, modes, courants idéologiques, extérieurs au champ. Pour Bourdieu cette notion d'étanchéité des champs à leur contexte historique et social doit être prise en considération si l'on veut déterminer le statut des connaissances empiriques produites par ce champ (Bourdieu, 1992, p. 93). Ainsi, une révolution scientifique peut se développer dans un champ scientifique et voir un nouveau paradigme faire consensus sans pour autant que d'autres champs reconnaissent ce nouveau paradigme.

En somme, nous adoptons dans cette thèse la vision de Kuhn sur l'histoire de la science, particulièrement en ce qui a trait aux changements de paradigme. En effet, il nous appert que le cadre conceptuel de l'histoire des sciences s'inscrit directement dans le processus de médicalisation. La médicalisation doit ici être comprise à la fois comme un concept et également comme un processus.

2.4 La médicalisation sociale

Le concept général de la médicalisation

La médicalisation dépasse la simple observation du développement de nouvelles pathologies ou de l'évolution des pratiques médicales et englobe des changements de rationalités dans l'ensemble du corps social. Le concept de médicalisation a été, à différentes périodes depuis les années 1960 (Nader, 2012), réinvesti par divers sociologues tantôt comme un mécanisme d'oppression (Illitch, 1975; Conrad et Schneider, 1980, Szarsz, 2007)

tantôt comme un processus social impliquant une collaboration de différents groupes d'acteurs qui collaborent avec le milieu médical (judiciaire, politique, bureaucratie, pharmaceutiques) (Conrad, 2007). D'autres sociologues mettent de l'avant le patient comme un vecteur du processus de médicalisation (Riessman, 1983). Dans le cadre de cette thèse, nous nous inscrivons dans le cadre conceptuel de la médicalisation sociale tel que défini par David Cohen (2011), soit :

Le terme [qui] renvoie aux processus par lesquels des comportements ou des phénomènes posant problème pour les individus ou la société sont définis ou redéfinis en termes médicaux, se voient attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux (Cohen 2011, p.219).

Ainsi, à travers les nombreux impacts que le monde médical a sur nos sociétés, notamment la baisse de la mortalité infantile, les pratiques d'hygiène, l'éradication de certaines maladies et l'accroissement de l'espérance de vie, la médecine colonise différents champs sociaux (Conrad et Schneider, 1980 ; Conrad, 2007). À cet égard, la médicalisation est surtout comprise par Conrad et Schneider (1980) comme une nouvelle forme de châtiement et de contrôle social. Ainsi, les autorités sanitaires vont voir leur pouvoir d'intervention sur les individus augmenter leur donnant un contrôle accru sur leurs agissements, leurs habitudes de vie et même leurs libertés.

Comprise comme une forme de châtiement, la médicalisation d'un comportement peut s'avérer être pénible, douloureux et stigmatisant pour celui qui le subit (Conrad, 2007, p.11-12). La stigmatisation causée par les traitements médicaux a notamment été étudiée par Goffman (1963), qui avance que catégoriser des individus comme malades ou infirmes les exclut du corps social des gens « normaux ». Le stigma devient « une forme d'attribut

qui est donnée à une personne et qui jette un discrédit profond sur elle » (Poupart 2011, p.99). Cette stigmatisation n'a pas seulement pour effet d'exclure du reste de la société, mais agit également sur l'estime personnelle des individus stigmatisés et sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes. Cette stigmatisation est d'autant plus forte lorsqu'il s'agit de maladie mentale, notamment de tentatives de suicides ou de geste suicidaires, puisque ce type de maladie est différent des autres maladies « normales » (Cohen, 2011, p.228).

Cependant, la médicalisation peut également comporter des aspects positifs, notamment les règles d'hygiène et de santé qui se sont intégrées dans la société à la fin du 19^e et au début du 20^e siècle : lavage des mains, hygiène buccale, vaccination et visites médicales, etc. (Conrad et Schneider, 1980). La médicalisation de l'épilepsie et de la fatigue chronique est également vue par Conrad (2007, p.5, p.11) comme des effets bénéfiques de ce processus sur la santé de la population.

Cela dit, nous adoptons l'idée de Conrad et Schneider qui nous amène à comprendre la médicalisation comme un processus (Conrad, 2007, p.5) découlant d'un discours élaboré, dans un premier temps par une élite médicale et qui, dans un second temps, affecte le corps social dans sa globalité. Ce processus démarre donc avec la recherche médicale et la propension des médecins à étudier des pans toujours plus larges de la sphère sociale, (Conrad et Schneider, 1980, p.9-10 ; Conrad, 2007, p.14). Dans cette thèse, nous observons comment ce processus s'est réalisé avec le suicide, geste relevant pendant longtemps de la criminalité. D'ailleurs, nous allons maintenant voir comment s'articule la médicalisation de

gestes déviants, ici le suicide, comme un des principes sous-jacents d'une approche psychopathologique.

La médicalisation de la déviance

Pour Cohen (2011), la médicalisation de la déviance se réalise en quatre étapes distinctes. Dans un premier temps, un comportement (ou phénomène social) doit être étiqueté comme déviant ou anormal. Dans un second temps, ce comportement est redéfini dans des termes médicaux par des acteurs du milieu médical. Dans un troisième temps, les acteurs médicaux cherchent à convaincre l'ensemble du corps social de la validité de leur interprétation du phénomène déviant. Enfin, la quatrième étape consiste en la consécration de la vision pathologique d'un type de déviance par l'État qui peut instaurer des politiques de prise en charge (Cohen, 2011, p.221). Dans le cadre de notre thèse, ce concept s'articule de cette façon :

Tableau 5 :
Processus de médicalisation de la déviance

Identification d'un phénomène déviant.	Création d'un consensus médical sur la nature de la déviance.	Le champ médical cherche à convaincre le corps social de la nature pathologique de ce phénomène déviant.	Reconnaissance par l'État de la nature intrinsèquement médicale de cette déviance.
- Le suicide, la tentative de suicide, le suicide assisté.	- Les suicides relèvent d'une pathologie mentale - Le suicide peut découler d'un choix rationnel	Changement de valeurs et de sensibilité dans la population.	- Décriminalisation de la tentative de suicide (1971) - Décriminalisation de l'aide médicale à mourir (2016)

Nous avons mentionné que Conrad et Schneider conçoivent la médicalisation comme une nouvelle forme de contrôle social. C'est aussi dans cette perspective que Pfohl (1985) et Foucault (1975) abordent la question de la prise en charge de la déviance en tant que produit social évoluant dans un contexte historique particulier. Prenons comme exemple l'épilepsie. Autrefois défini comme une possession démoniaque (Conrad, 2007, p.5), elle est désormais comprise comme un phénomène physiologique dans la rationalité contemporaine. Dès lors, l'épileptique qui était jadis pris en charge par le prêtre ou l'exorciseur, est dorénavant pris en charge par le psychiatre puis par le neurologue. Dans cette perspective, la pathologisation de certains comportements définis comme déviants renvoie à un nouveau schème de pensée qui influence l'ensemble des sociétés occidentales, schème où le déterminisme des causes de la déviance trouve ses sources dans le matérialisme et la biologie. Des actes déviants comme voir le diable ou faire une crise d'épilepsie, qui avaient des causes surnaturelles avant le 19^e siècle, vont être réinterprétés comme des dysfonctionnements du corps et de l'esprit.

Pour Pfohl (1985, p. 87), la médicalisation de la déviance prend forme avec le déterminisme biologique qui se développe au 19^e siècle, notamment suite aux recherches de Charles Darwin. Ce déterminisme, qui sert entre autres de base théorique aux travaux de Lombroso sur l'origine physiologique du crime, s'inscrit dans un contexte scientifique où les théories raciales sont populaires dans le milieu psychiatrique (Wallot 1998, p.86-87). La déviance et la maladie mentale sont alors considérées comme des tares physiques héréditaires ; hypothèse également mise de l'avant par les psychiatres qui tentent d'expliquer les suicides (Renneville, 2018, p.4-5). Conrad et Schneider voient également la

médicalisation de la déviance comme la résultante d'un processus historique qui prend racine au 19^e siècle. Dans cette perspective, la réponse sociale va évoluer pour certains types de déviances, la faisant passer d'une réaction pénale à une réaction « thérapeutique ». Les médecins qui définissent et réinterprètent en termes médicaux un nombre croissant de déviances reflètent également les valeurs sociales de leur époque. La médicalisation de la déviance peut alors être comprise comme un processus politique de pouvoir et de contrôle social (Conrad et Schneider 1980, p.273).

De plus, la définition du caractère pathologique d'un comportement déviant reste chargée du jugement moral et social d'une communauté (Pfohl, 1985, p.108 ; Cellard, 1991, p.131 ; Conrad et Schneider, 1980, p.35). Conrad et Schneider (1980, p.34-35) croient, à l'instar de Garland (1990, p.189-191), que la médicalisation de la déviance n'est pas moralement neutre. La prétention du domaine médical à une scientificité objective s'en trouve faussée par la subjectivité des médecins, qui sont influencés par leur contexte social. En soi, la conviction que la source des pathologies est liée à une cause biologique ne change en rien la vision moralisatrice qu'a le médecin de l'aliéné. Cette citation d'un médecin des années 1930 nous en dit long sur la place qu'occupait alors le jugement moral dans le traitement médical :

Il y aura toujours des déchets dans la société. Les infirmes du cerveau ne disparaîtront jamais, mais l'on peut restreindre considérablement le nombre d'infirmes mentaux si l'humanité veut bien revenir à une vie simple, conforme aux lois naturelles basées sur une saine morale (Bastien et Perrault 2012).

Par exemple, alors que le « traitement » des homosexuels dans la première moitié du 20^e siècle dit s'appuyer sur le savoir biologique, il demeure tout autant guidé par une

idéologie moralisatrice et témoigne de la prégnance morale dans la gestion des comportements déviants (Corriveau, 2006; 2007). En effet, la désignation d'un comportement comme pathologique ne le rend pas plus socialement acceptable que lorsque ce comportement était criminel, comme c'est le cas pour les suicides et les tentatives de suicides. À ce comportement demeure rattaché un stigma (Goffman, 1963) qui identifie le déviant comme faisant partie d'une altérité, un anormal. Par exemple, la reconnaissance du caractère pathologique de l'épileptique ne fait pas des épileptiques des personnes normales, mais bien des malades chroniques. Les individus, autrefois perçus comme déviants sont alors étiquetés de malades et expérimentent un vécu analogue à celui du criminel dans sa prise en charge, où la stigmatisation, l'enferment et la perte d'autonomie sont présentes.

Avant que Goffman ne travaille sur la normalité, la pathologisation et la stigmatisation des comportements déviants, Canguilhem (1966) avait développé le concept voulant que le pathologique, compris comme une construction sociale, puisse susciter l'altérité et ce, dès 1943. Le simple fait de catégoriser un individu ou un comportement l'extrait de la norme. Cet individu, anormal ou déviant, devient alors *l'autre*, avec le lot d'ostracisme qui accompagne cette désignation. Canguilhem (1966, p.40) se demande même si le « concept de maladie est une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative ». Il en déduit que le concept de santé, lié à la normalité d'une entité biologique est une pure construction de l'esprit humain, plaçant ainsi le concept de maladie dans le champ des constructions sociales. Dans cette perspective, et contrairement à ce que l'on observe dans la société, les maladies, considérées comme une anomalie du fonctionnement biologique, font partie de l'état normal du vivant (Canguilhem, 1966, p.91). C'est pourtant une

approche psychopathologique des comportements déviants qui prend son envol à la fin du 19^e siècle, notamment pour traiter des déviations telles que l'homosexualité, l'onanisme et la tentative de suicide, pour ne nommer qu'elles (Szasz, 1970 ; Kushner, 1991).

Ainsi, la médicalisation de la déviance s'impose particulièrement dans le champ de la maladie mentale. Contrairement aux recherches faites en infectiologie, oncologie, chirurgie et autres disciplines médicales, la recherche en psychiatrie se différencie par la façon dont elle construit son étiologie. En effet, « en psychiatrie, comparativement aux autres branches médicales, il n'est pas nécessaire de *découvrir* une maladie (et de confirmer sa présence au moyen de tests diagnostiques indépendants), mais plutôt de la *nommer* » (Cohen 2011, p.223). Les causes biologiques du suicide, surtout la baisse du niveau de sérotonine, ne sont identifiées que dans les années 1950, alors que la médicalisation du suicide s'était déjà effectuée dans le champ de la psychiatrie au 19^e siècle (Kushner 1989, p.83). C'est lorsqu'un comportement est médicalisé par le biais de la psychiatrie qu'on peut parler de médicalisation d'un comportement ou d'une déviance.

C'est avec ce concept de médicalisation que nous comptons étudier la conceptualisation du suicide chez les médecins, c'est-à-dire observer comment un comportement défini d'abord par le droit criminel glisse vers un cadre interprétatif médical et quitte progressivement le champ pénal pour devenir un geste pathologique. Ce concept nous apparaît comme approprié puisqu'il cadre parfaitement dans notre posture épistémologique de la réaction sociale. En effet, c'est par l'observation du changement de mentalité de nos acteurs (les médecins) et la création d'un nouveau discours scientifique sur le suicide que nous

pourrons expliciter le processus qui fait passer un comportement de crime à une maladie, bref, à médicaliser un geste déviant. La médicalisation demeure toutefois un processus complexe qui émane du milieu de la médecine et prend sa source dans une diversité de savoirs et d'autorités médicales. Elle peut provenir des champs de la chirurgie, de la santé publique, de l'obstétrique, de la psychiatrie, etc. Loin d'être complètement hermétiques, ces champs vont parfois s'associer dans l'articulation de problématiques spécifiques comme les suicides en milieu carcéral par exemple, qui sont interprétés dans une perspective de prévention du risque, où l'on observe un croisement des savoirs psychiatriques, criminologiques et sociologiques (Joubert, 2018).

Nous avons également vu que le suicide était, jusqu'au milieu du 20^e siècle, parfois associé à un désordre de l'esprit, mais aussi que cette idée n'était pas la seule explication possible pour ce geste. Pour en arriver à un changement conceptuel du suicide, des débats ont lieu sur la nature exacte de ce geste, tant dans le champ médical que dans d'autres disciplines. Ce changement de vision, du crime à la maladie, au sein d'une profession scientifique, comme la médecine, s'apparente à ce que Kuhn appelle un changement de paradigme. En effet, les médecins experts en psychiatrie sont amenés à se prononcer sur la possible responsabilité criminelle d'individus ayant tenté de *s'enlever la vie*. Dans certains cas, les médecins reconnaissent le caractère criminel de ce geste. Un exemple, anecdotique certes, mais qui révèle le lien entre suicide et crime, est ce médecin qui, en 1925, se refuse à aller directement soigner un homme qui a fait une tentative de suicide, préférant attendre

l'arrivée des policiers afin de déterminer s'il s'agissait bien d'un crime²⁶ (Cellard, Chapdelaine et Corriveau, 2013).

2.5 Le concept d'affinités électives.

Initialement théorisé par Max Weber, le concept d'affinités électives est défini par Michael Löwy (2004) ainsi : « *l'affinité élective est le processus par lequel deux formes culturelles – religieuses, intellectuelles, politiques ou économiques – entrent, à partir de certaines analogies significatives, parentés intimes ou affinités de sens, dans un rapport d'attraction et d'influence réciproques, choix mutuel, convergence active et renforcement mutuel* (p.100) ». Löwy précise que le concept d'affinités électives est bien distinct d'une quelconque *parenté idéologique* en précisant que celui-ci s'observe dans l'union de discours de certains groupes qui présentent *une distance préalable, un écart culturel qui doit être comblé, une discontinuité idéologique* (p.102). Ainsi, il ne faut pas voir une opposition entre différents modèles de prise en charge des suicides du pénal au médical. Ces différents modes de régulation sociale partagent en fait certaines affinités électives (Löwy, 2004 ; Corriveau, 2007) qui les font agir de concert, comme ce fut le cas de la régulation sociale des mœurs homoérotiques (Corriveau, 2007, 2011). Initialement pris en charge par la justice, les autorités religieuses seront ouvertes à une médicalisation de ces gestes, non pas dans une visée de décriminalisation, mais davantage pour traiter et éliminer ce type de « déviance ».

²⁶ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

En effet, ce comportement déviant a été à un certain moment récupéré par le corps médical, c'est-à-dire qu'il est devenu un sujet d'étude clinique. Se développe alors une expertise médicale et un discours légitimant sur ce comportement. Ce savoir, loin de se substituer aux dynamiques pénales, permet plutôt l'introduction d'expert dans les différents recours judiciaires traitant une ou des déviances. Ainsi, les mœurs homoérotiques ont, dans un premier temps, été considérées comme une maladie avant d'être décriminalisées. Il n'y a pas ici de lutte entre champ judiciaire et médical, mais bien des affinités électives qui consacrent la nature déviante de certains comportements et introduit une alternative à une réponse uniquement pénale en offrant une avenue permettant le traitement clinique de celle-ci.

La reconnaissance de la prise en charge de ce comportement déviant par le milieu médical remplace graduellement celle du milieu judiciaire, et c'est là qu'on peut y voir l'amorce d'un processus de médicalisation du suicide (Conrad et Schneider, 1980). Ce phénomène s'amorce lorsque des acteurs du corps médical prétendent pouvoir traiter une déviance spécifique, le suicide, à l'instar de l'homosexualité. Également, on observe dans les processus de décriminalisation du suicide et des comportements homoérotiques une intervention de plus en plus fréquente dans les cours de justice d'experts médicaux, souvent des psychiatres. Ceux-ci témoignent du caractère pathologique de l'acte ; dans le cas du suicide, il est souvent question d'un geste commis dans un moment de folie. Bien que les témoins psychiatres ne concluent pas de façon systématique que les accusés sont atteints d'une pathologie, on voit toutefois s'installer un consensus en ce sens, qui s'affermi au cours du 20^e siècle (Cellard, Chapdelaine et Corriveau, 2013).

Cette médicalisation du suicide va s'institutionnaliser au cours des années 1960 au Canada et dans les années 1970 au Québec. En effet, dès lors que le suicide est compris comme un enjeu de santé publique, il engage une réponse institutionnelle qui dépasse la simple clinique ou l'hôpital. Largement inspirés du modèle étasunien, des Centres de prévention du suicide sont implantés à partir de 1979 dans la province afin de traiter ce problème (Aujard, 2007, p.164). Le nombre de ces cliniques augmentera sur l'ensemble du territoire québécois pour atteindre le nombre de 29 en 2006, signe d'une implication gouvernementale dans la diffusion de ce qui est considéré comme une mesure sanitaire. Au cœur de ces centres d'intervention se développe une nouvelle discipline, la suicidologie. Une des idées initiales qui sous-tend la science de la suicidologie est de dépasser l'unique cadre médical et d'intégrer d'autres acteurs sociaux ou groupe d'intervention afin d'optimiser les efforts de prévention des suicides. Ainsi, les centres de prévention des suicides se donneront pour objectif de :

participer à la réduction du nombre de décès par suicide sur le territoire du Québec ; intervenir auprès de personnes suicidaires, leurs proches ainsi que les personnes endeuillées par suicide ; assumer un rôle d'éducation par la sensibilisation et la formation ; organiser un ensemble d'actions tant préventives que curatives afin de contrer un problème majeur de santé publique ; mettre en place des programmes qui offrent des conditions favorables à la bonne santé physique et mentale des employés (RACPS, 2004-2005, p. 15).

Pour se faire, différents acteurs sont mobilisés, allant des CLSC, « au milieu policier, au milieu hospitalier, aux centres jeunesse, aux milieux communautaires, aux programmes d'aide aux employés, aux familles d'accueil, à la Direction de la protection de la jeunesse, aux psychologues, aux travailleurs sociaux, aux établissements d'enseignement et aux centres d'orientation et de consultation psychologique, etc. » (Aujard, 2007, p.165). Cela

dit, cette expertise suicidologique qui se développe démontre peu d'indépendance ou de spécificité régionale dans son développement, si bien que ces centres de prévention en viennent à être davantage le relais de politiques de santé publique émanant d'organisations supra nationales telles que l'OMS et l'ONU (*ibid*, p.173).

Ainsi, même en cherchant à inclure des acteurs, ou institutions, ne provenant pas du milieu des soins de santé, les grandes politiques sur la prévention du suicide découlent directement d'organisations sanitaires, particulièrement l'OMS. Ces acteurs reprennent donc un discours médicalisant sur la prise en charge de ce geste. Enfin, c'est dans la perspective du rôle significatif du discours médical dans les processus de changement de prise en charge des suicides et gestes suicidaires que nous considérons le concept de médicalisation comme un élément central de notre cadre théorique.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3. Comment faire une épistémologie de la connaissance médicale sur le suicide

Lorsque la tentative de suicide est officiellement décriminalisée en 1972, son caractère pathologique et involontaire est déjà bien établi dans les tribunaux (Cellard, Chapdeleine, Corriveau, 2013; Cauchie et al, 2018). En effet, le changement du Code criminel de 1972 ne fait que refléter la réalité des tribunaux qui entendent les causes de tentatives de suicide où les acquittements deviennent peu à peu la norme après 1950. C'est que les juges chargés d'entendre ces causes sont de plus en plus sensibles aux arguments des témoins experts dans le domaine, essentiellement des médecins psychiatres. Pour Ian March (2010), le changement du statut ontologique du suicide est essentiellement le résultat de la production d'une rationalité propre au champ psychiatrique ; *production of regime of truth*. Marsh révèle une construction discursive d'une vision du suicide propre au champ psychiatrique. De façon analogue à cet auteur, nous ne nous intéressons pas à la réaction sociale face au discours médical, mais bien à ses dynamiques internes de transformation et de validation. Cette vision va ultimement s'imposer comme seule façon rationnelle, voir scientifique, d'appréhender le suicide. Nous le savons, cette rationalité sur la nature ontologique du suicide, ne s'est pas établie d'office et fut l'objet d'âpres débats au sein même de la communauté médicale (Mucchielli et Renneville; 1998). Afin d'expliciter les changements ontologiques du suicide au Québec de 1872 à 2012, nous avons recensé les écrits scientifiques traitant du suicide pour observer comment et sur quoi repose l'empirie scientifique médicale qui appuie ces changements ontologiques. Nous cherchons donc, dans un

premier temps, à observer comment cette vérité empirique du suicide, exclusivement pathologique, s'est constituée dans le champ médical au Québec à l'époque où le geste suicidaire (tentative de suicide et suicide assisté) est encore criminalisable dans l'ensemble du Canada. Dans un second temps, nous chercherons à voir sur quelles assises empiriques et scientifiques le champ médical va redéfinir le suicide (euthanasie et aide au suicide) pour en faire un service médical légitime aux yeux de la société (politique, tribunaux, etc.).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'approche sociohistorique sur un temps long nous permet d'identifier les éléments de continuité ou de rupture dans une institution, une pratique, une conception ou une façon d'agir. Naturellement, notre approche méthodologique s'inscrira dans cette perspective sociohistorique puisque nous cherchons à éclaircir et mieux comprendre des éléments de rupture dans la réaction sociale face au suicide, soit la décriminalisation de la tentative de suicide et de l'euthanasie. Ainsi, nous privilégions pour notre recherche l'analyse des articles et textes scientifiques du milieu médical portant sur le suicide. Cette analyse se centrera sur trois éléments fondamentaux :

- Les données empiriques avancées par le champ médical;
- La validité (solidité) de la démonstration basée sur des arguments scientifiques et cliniques;
- La position morale du chercheur.

L'attention portée à ces trois éléments nous place dans une perspective analytique qualitative et épistémologique. Nous voulons observer comment le savoir médical, basé sur des observations cliniques, s'est constitué et quelles en ont été les principales mutations. Ainsi, notre démarche s'inscrit d'une part dans une approche de l'histoire des sciences

(Kuhn, 1962; Foucault, 1963, 1969, 2003 [1973-74]; Bourdieu, 2001 ; Gingras, 2002 ; Dufresne et Robert, 2017) en ce qui a trait à l'établissement d'un fait scientifique. D'autre part, notre démarche a comme principal souci de mettre à jour les assises scientifiques mises de l'avant par le champ médical afin de justifier la décriminalisation du suicide puis de l'euthanasie.

3.1 Contexte sociohistorique

Périodisation

Notre intention n'est pas de réaliser une étude comparée entre les débats au sein du champ médical conduisant à une vision essentiellement pathologique du suicide et aux débats entourant la décriminalisation de l'euthanasie. Nous voyons plutôt ces deux débats comme emblématiques du changement de la prise en charge du juridique au médical pour les individus qui s'enlèvent la vie ou tente de le faire. Nous l'avons vu dans le cadre de notre revue de littérature, dès le début du 19^e siècle les médecins français débattent tant sur la nature du suicide que sur son caractère exclusivement pathologique (Mucchielli et Renneville, 1998). Pour trouver écho à des tels échanges entre médecins sur le suicide nous avons recensé les articles scientifiques publiés dans l'UMC, de sa fondation (1872) jusqu'à la dépénalisation complète de la tentative de suicide en 1972. À cela s'ajoutent certaines sources de références médicales datant du début du 19^e siècle. Dans cette période de 100 ans, la période de 1887 à 1934 est celle dans laquelle la majorité (87%) des articles traitant de son caractère pathologique et criminel (intentionnel) sont prédominants. La majorité des sources de l'UMC que nous avons analysée, mais pas exclusivement, se trouvent donc dans

cette période. En ce qui concerne les débats entourant les projets de loi sur la décriminalisation de l'euthanasie présentée comme aide à mourir médicalement assistée, ils se situent principalement entre 2010 et 2014. Durant cette période, le débat interne au milieu de la santé apparaît comme manifeste avec les opposants au projet de loi et ceux qui sont en sa faveur, dont le point culminant est la CMD mise en place en décembre 2009 et dont le rapport final est déposé en 2012. En somme, c'est dans un temps long, soit de la fin du 19^e siècle au début du 21^e siècle, que nous cherchons à identifier des éléments relevant de crises paradigmatiques sur la compréhension de la mort auto-infligée. En écho aux deux transformations législatives majeures sur le droit à *s'enlever la vie*, soit la décriminalisation de la tentative de suicide en 1972 et la décriminalisation de l'euthanasie en 2016 (2014 pour le Québec), nous ciblons deux périodes de débats au sein du champ médical bien que notre analyse englobe l'ensemble des périodes étudiées.

Localisation

Le choix du territoire québécois se justifie dans une perspective culturelle où la population québécoise est comprise comme un ensemble social avec des caractéristiques culturelles propres qui la différencie d'autres groupes culturels (français, étasuniens, canadiens, etc.). Nous le savons, les lois concernant le suicide diffèrent d'un pays à l'autre et il en va de même des sensibilités des populations, notamment pour la population québécoise (Marcoux, 2007). Nous croyons donc plus cohérent et faisable de ne concentrer notre analyse que sur le territoire québécois et non pas canadien ou nord-américain. Aussi, le territoire du Québec présente une caractéristique singulière pour le Canada, soit d'avoir été la

première province à encadrer légalement la décriminalisation de l'euthanasie en faisait de ce geste un acte médical relevant de ses prérogatives provinciales.

3.2 Sources

Nos sources sont donc regroupées en deux principaux corpus reflétant les deux phases de décriminalisation, soit de celle de la tentative de suicide puis celle de l'euthanasie. En ce qui concerne la période de 1872 à 1972, nous avons donc sélectionné les articles provenant de la revue scientifique l'UMC, une référence pour l'analyse du savoir médical pour cette période. Pour notre deuxième période, 2010-2016, nous avons choisi d'étudier les mémoires des professionnels du champ médical qui ont été déposés dans le cadre de la CMD. Cette vaste commission de consultation publique qui s'est étalée sur 3 ans a permis de regrouper les recommandations des différents acteurs de la société civile et du corps médical. Ce sont donc les mémoires de ces derniers qui sont analysés. Ceux-ci présentent l'avantage de constituer une synthèse de la perspective médicale sur l'euthanasie. Chacune des professions médicales (infirmières, oncologues, gériatres, psychologues, généraliste) qui ont déposé un mémoire ne font pas seulement valoir leur opinion sur la pertinence de décriminaliser ou non l'euthanasie, mais construisent un argumentaire scientifique sur le sujet en s'appuyant sur un corpus de références et d'articles scientifiques. Ceux-ci sont employés pour appuyer la prise de position de ces professionnels de la santé et constituent le cœur de notre analyse des mémoires déposés. Ainsi, nous conservons notre approche méthodologique initiale qui est d'observer, par le truchement des articles scientifiques et

des mémoires, comment le champ médical construit ontologiquement le suicide dans une période historique donnée.

3.2.1 L'union médicale du Canada

Cette revue est fondée en 1872 par l'Association Médicale de Montréal. Cette association est mise sur pied en 1871 afin d'offrir un contrepoids francophone face à la *Montreal Medico-surgical Society* fondée en 1865 (Grenier, 2002). Regroupant à ses débuts principalement des articles de médecins chirurgiens, la revue va se diversifier et publier de nombreux articles médicaux sur des recherches relevant de l'ensemble des champs de la médecine de l'époque lesquels sont: chirurgie, infectiologie, immunologie, gynécologie, psychiatrie, dermatologie, etc. La création de cette revue est motivée par un sentiment nationaliste canadien-français, certes, mais surtout par le désir de : « *travailler au perfectionnement même de la médecine. [...] Il faut mettre nos idées, nos travaux au jour, les discuter, les commenter, et s'efforcer d'éclaircir ces questions obscures qui, en trop grand nombre, déparent la science médicale [...]* (Rottot, UMC, 1872, p.1-6). Déjà, après sa première année de publication, la revue compte plus de 400 abonnés sur les près de 600 médecins francophones de la province (UMC, Desjardins 1971). Cette revue demeure une référence incontournable en matière d'articles scientifiques sur la médecine jusque dans les années 1970. La multiplication de l'offre des revues issues des différentes spécialités médicales en viendra à diminuer sa pertinence.

Nous avons recensé tous les articles de cette revue mentionnant, référant ou traitant du suicide de 1872 à 1972, année de la décriminalisation de la tentative de suicide. Pour

effectuer notre recherche nous avons utilisé le moteur de recherche du site *Notre mémoire en ligne* afin de dépouiller les articles de 1872 à 1912 à l'aide des mots-clefs suivants : empoisonnement, dépression, lypémanie, mélancolie, mort volontaire, intoxication, suicide, se tuer. Pour la période de 1913 à 1972 nous avons également utilisé une recherche par mot-clef via les lexiques de chaque édition en incorporant de nouveaux termes tels que : antidépresseurs, dépression, neuroleptiques, maniaco-dépression, ainsi que l'ensemble des termes relevant de la psychiatrie qui se développent au début du 20^e siècle. Ce qui nous a permis d'identifier 72 articles qui traitent ou mentionnent le suicide.

On note cependant que les premières parutions de cette revue ne rencontrent pas les standards contemporains de rigueur scientifique. En effet, plusieurs articles sont anonymes et les sources sont rarement mentionnées. Souvent, nous relevons des articles presque entièrement plagiés de d'autres revues médicales. Ici la technique consiste à mentionner parfois le nom du médecin qui a écrit sur une pathologie X et de restituer la quasi-totalité de l'article, sans faire référence à l'auteur. En ce qui a trait au suicide, c'est à partir des années 1894 que les articles originaux produits par des médecins du Québec deviennent la norme. Aussi, le manque de standards dans les référencements des premières années laisse plusieurs articles anonymes, dont 15 traitants du suicide, principalement de 1872 à 1894. Bien que le nombre d'articles mentionnant le suicide soit élevé au 19^e siècle (49 articles), c'est dans la période de 1919 à 1929 que nous observons la plus grande quantité d'articles pertinents portant spécifiquement sur le suicide. Il nous est donc permis d'avancer que l'expertise québécoise sur le suicide se développe à cette période et est largement tributaire de trois médecins psychiatres, soit les D^{rs} Villeneuve, Derome et Bellefeuille.

La direction du journal colore également le style qui y est adopté, notamment par des commentaires et entrefilets qui digressent des articles médicaux pour faire place aux poèmes et autres proses. Si ces fantaisies artistiques (section variété du journal) ont peu d'intérêt d'un point de vue médical, elles sont toutefois révélatrices de valeurs morales des auteurs et de l'époque dans laquelle ils pratiquent (Tilliot, UMC, juillet 1874, p.317-318). Les valeurs morales des médecins qui publient transparaissent au travers de leurs articles. Fortement inspirés de la morale chrétienne (Fortier, UMC, décembre 1873, p.1) (Amyot, UMC, 1958, p.390), plusieurs des commentaires qui ponctuent les articles comportent leur lot de propos misogynes, racistes et classistes. Cette publicité, avec son titre principal *Elle en est la cause* (sic), est un exemple de misogynie banalisé et médicalisant :



elle en est la cause

L'irritabilité, la dépression, les céphalées, la diminution de la vitalité et de la libido, l'instabilité d'ordre émotionnel s'ajoutent aux symptômes les plus courants de carence oestrogénique. Sans qu'il soit de sa faute, la femme en ménopause crée des problèmes pour ceux qu'elle a mission de guider.

Il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi. Plusieurs des facteurs gênants de la ménopause peuvent être minimisés ou éliminés. **PREMARINE**, le complexe oestrogénique naturel et complet, est un régulateur métabolique qui exerce un effet protecteur sur de nombreux systèmes, organes et tissus de l'organisme féminin.

De plus **PREMARINE** confère une sensation de bien-être qui prend une importance vitale à cette période d'ajustement psychologique et de déséquilibre émotionnel. Si nous considérons le nombre de modifications déprimantes qui surviennent dans l'organisme féminin lorsque la carence en oestrogènes est en cours, il semblerait logique de traiter toutes les femmes ; les oestrogènes sont aussi essentiels à la femme sans qu'un régime alimentaire bien équilibré." ¹

¹ Wilton, Rachon, *Conception Obstétrique et Gynécologie* 1ère édition, 1961

Lorsque les symptômes indiquent une carence oestrogénique, prescrivez

premarine **Ayerst**

la première préparation d'oestrogènes conjugués

Prescriptions uniquement sur ordonnance et à l'usage des femmes adultes

LABORATOIRES AYERST, DIVISION DE AYERST, McKENNA & HARRISON, LIMITEE, MONTREAL, QUEBEC

Il va de même avec les jugements de valeur sur la moralité du suicide, lesquels accompagnent le développement de la connaissance médicale sur le sujet.

Notre collecte de données nous a permis de recenser et d'analyser 72 articles portant sur le suicide, dont 18 traitent spécifiquement du suicide, c'est-à-dire que le suicide est l'objet centrale de l'article. Sept d'entre eux ne sont que des billets et apportent une faible valeur analytique nosologique du suicide²⁷. Nous avons également observé 54 autres articles qui traitent de pathologies qui ont, selon les auteurs, de fortes chances d'occasionner un suicide ou dont le suicide est la phase ultime de la maladie décrite. De ce corpus, une série d'articles est constituée d'observations cliniques sur des patients qui ont commis des tentatives de suicide. Ces articles permettent de tracer un portrait diagnostique de ces patients sans nécessairement mettre l'emphasis sur des observations cliniques sur le suicide, mais plutôt sur l'état mental spécifique du patient. Les auteurs semblent ici davantage motivés à associer les gestes suicidaires à un état pathologique qu'à étudier spécifiquement ce phénomène. Dans pareils cas, les tentatives de suicide sont souvent présentées comme un élément révélateur d'une potentielle maladie mentale. Enfin, certains articles font mention du suicide ou encore l'évoquent comme une conséquence possible de certaines pathologies, bien que cela constitue un élément marginal du texte. Notons au passage que les idéations suicidaires, c'est-à-dire la formulation du patient de son projet de suicide, ne sont pas directement traitées dans cette thèse. D'une part parce que peu d'articles y font référence et

²⁷ Ces articles relatent la mort par suicide d'un médecin russe, ou encore de la prévalence du suicide chez les Allemands. Dans tous ces cas, c'est le jugement moral sur le suicide qui est mis de l'avant, et non une quelconque expertise médicale.

d'autre part parce que dans ces mêmes articles, les idéations sont toujours accompagnées de réelles tentatives de suicide.

Enfin, certains ouvrages de référence pour cette période sur le suicide ont été utilisés soit : *Rapport médical hygiéniste et médico-légale* (1838) de Jean-Étienne Esquirol, *De l'alcoolisme* (1874) et *Recherche sur les centres nerveux* (1876) de Valentin Magnan et *Du suicide* (1859) du médecin québécois Hubert LaRue. Ces ouvrages ont été privilégiés d'une part, parce que différents auteurs qui écrivent dans l'UMC s'y réfèrent et d'autre part, parce le savoir scientifique développé par ces médecins est d'une importance significative pour l'époque et vont grandement influencer leur discipline, particulièrement Esquirol et Magnan.

3.2.2 Mémoires et Rapport Mourir dans la dignité

La CMD a été mise sur pied le 4 décembre 2009 à l'initiative de la députée Véronique Hivon. Le but de cette commission était de se pencher sur la possible intégration de l'euthanasie et du suicide assisté dans la pratique médicale québécoise. Finalement déposées devant l'Assemblée nationale du Québec le 22 mars 2012, ses recommandations vont conduire à l'adoption sur un projet de loi provinciale dépénalisant l'euthanasie (loi concernant les soins de fin de vie, 2014, c.2 a.1-78., chapitre S-32.0001), mais pas le suicide assisté, en juin 2014, soit exactement deux ans avant l'adoption de la loi fédérale (projet de loi C-14) qui décriminalise l'euthanasie et le suicide assisté.

Des 250 mémoires déposés lors de cette commission, 19 ont été produits par des groupes d'acteurs et actrices du réseau de la santé. Il ne s'agit pas seulement des diverses professions de la médecine (oncologie, psychiatrie, gériatrie), mais également d'infirmières et de psychologues. Nous avons écarté ceux produits par les associations de patients (pour ou contre l'euthanasie) afin de concentrer notre attention sur le savoir médical. Ainsi, bien que les mémoires produits par les professionnels de santé ne représentent une petite proportion de l'ensemble de ceux soumis à la CMD ils constituent une composante clef d'une analyse centrée sur les processus de médicalisation. Ainsi, chacun de ces 19 mémoires comprend un corpus de sources qui appuie la validité de leur argumentaire. C'est en somme 189 références et rapports d'associations médicales et de documents gouvernementaux que nous avons répertoriés pour les fins de notre analyse. Ceux-ci proviennent de champs médicaux divers et sont issus de 81 revues ou maisons de publication différentes²⁸.

Nous avons observé que ce corpus se compose principalement d'articles issus de revues scientifiques (révisés par un comité de pairs) et de documents gouvernementaux issus de différents ministères et de comités sénatoriaux, tant au Québec qu'au Canada, mais aussi de Belgique et de France. Il se compose également, dans une moindre mesure, de monographies, de rapports d'organisme et d'ordres professionnels, d'articles de revues non scientifiques et enfin de thèses ou de manuscrits. Sans entrer dans une analyse critique stricte de ces différentes publications, nous portons plutôt notre attention sur la façon dont ils sont employés pour appuyer les propos et opinions émis dans les différents mémoires déposés lors de la commission spéciale d'enquête. En d'autres termes, nous cherchons à

²⁸ Voir Annexe 3.

voir sur quelles assises empiriques se basent ces différents acteurs du milieu de la santé pour affirmer les dangers ou les avantages de la dépénalisation de l'euthanasie. Au total, nous avons analysé ces 19 mémoires et les articles qui y sont cités.

3.3 Analyse des données

Notre méthodologie s'inscrit dans une approche qualitative d'analyse documentaire. Tant les articles tirés de l'UMC que les mémoires déposés dans le cadre de la CMD ont été analysés selon la méthode de l'analyse discursive telle que décrite par Wetherell et Potter (1988). Nous avons procédé ainsi à une lecture préliminaire de ces dossiers afin d'en dégager un code initial par thèmes (Braun et Wilkinson, 2003). Sans procéder à une analyse purement sémiotique du texte, nous avons repéré les éléments de langage qui ont trait à la construction du savoir et du développement de l'empirie sur le suicide. Nous avons également porté attention à l'argumentaire employé pour justifier deux visions spécifiques du suicide concernant l'intentionnalité des suicidaires, à savoir s'ils sont jugés responsables de leur geste ou bien si leurs pathologies les en dédouanent. Ici, la question de la responsabilité, du caractère conscient et réfléchi du geste, est intensément associée au caractère pathologique ou non du suicide.

Toujours dans cette perspective, nous avons porté une attention toute particulière à la justification scientifique des manières de voir du suicide. Ainsi, tant les éléments de diagnostic, soit les observations qui conduisent à l'établissement du diagnostic, que les remèdes et traitements proposés seront sélectionnés pour constituer notre base de données dans les articles de l'UMC. Nous cherchons également dans les articles déposés dans la

CMD les justifications empiriques pour appuyer les différentes positions des groupes de professionnels de la santé. Ce codage n'est pas constitué de mots uniques, mais plutôt de phrases qui reflètent des idées simples et complexes. Nous transcrivons ici quelques exemples de phrases sélectionnées.

*-N'oublions pas que l'individu qui se suicide volontairement va à l'encontre des tendances les plus marquées de l'instinct de conservation [...]
 [...] ils s'émacient et arrivent à un état d'hypocondrie qui peut même les pousser au suicide.
 -...] en ce qui a trait aux circonstances morales qui d'ordinaire provoquent ou précèdent le suicide [...]*
- Certaines impulsions, comme celles qui poussent à l'homicide, au suicide, au vol, aux excès vénériens, requièrent au plus haut point l'internement des malades, par les crimes, les délits et les désordres qu'elles causent.

Le corpus de données ainsi constitué est donc composé de l'ensemble des éléments analytiques, diagnostics et curatifs que les médecins emploient dans les cas de patients suicidaires. Une fois ce codage initial réalisé, nous l'avons replacé dans son contexte de production, notamment dans une perspective diachronique.

Ainsi, nous sommes à même de tracer une ligne du temps, particulièrement de 1872 à 1972 (voir aussi graphique 1, p.106), sur laquelle nous pourrions observer les variations dans l'établissement des diagnostics sur le suicide et les traitements proposés. Nous sommes alors capables de cerner les éléments cliniques qui ont fait consensus dans le milieu médical ou qui ont amené un élément de rupture voire un changement de paradigme au sens où Kuhn l'entend, c'est-à-dire un changement significatif dans une discipline scientifique. Il nous est également possible d'observer les bases empiriques sur lequel le discours médical sur le suicide prend ses assises. Nous portons une attention particulière dans notre analyse aux biais moraux des différents acteurs du champ médical sur le suicide. Bien

que la construction d'objet scientifique s'appuie sur une stricte observation clinique qui se dit impartiale, nous avançons que les jugements de valeurs des différents médecins qui traitent de la question du suicide transparaissent dans leurs travaux de recherches. En d'autres mots, nous émettons l'hypothèse qu'il y aura une certaine contamination du savoir empirique (et scientifique) sur le suicide, contamination que nous explorons plus en profondeur.

Notre analyse des données s'est effectuée en deux temps et dans deux chapitres distincts, soit un pour les sources provenant de l'UMC et un autre pour les mémoires et articles déposés dans le cadre de la CMD. Ces données, issues des codages initiaux, ont été analysées séparément dans un premier temps avant d'être rassemblées dans une perspective analytique globale et longitudinale de la construction nosologique du suicide.

Cette méthode d'analyse nous permet de cibler les théories énoncées sur les suicides dans les articles scientifiques tirés de la revue l'UMC que nous analysons. Les thèmes principaux sont les grandes catégories nosologiques explicatives ou descriptives des différents types de suicides. Les premiers grands ensembles des causes pathologiques nous amènent à distinguer d'une part, les suicides causés par des maladies physiques (douleurs) et d'autre part, ceux causés par des maux de l'esprit. Les sous catégories des suicides que nous qualifions de "psychiatriques" se réfèrent aux traits des patients observés et qui ont tenté de s'enlever la vie. Ces sous catégories s'organisent ainsi autour d'individus *mélancoliques*, *alcooliques*, *impulsifs*, *souffrant d'hallucination*, puis les *délirants* et les *psychotiques*. Les cas qualifiés d'*héréditaire* constituent également une catégorie diagnostique

compte tenu de la récurrence de cette cause menant aux suicides identifiés dans nos sources. Cela nous permet de différencier les justifications de nature clinique des justifications morales ou sociales (Otero, 2004) pour expliquer la nature des suicides. Ces diverses pistes explicatives sur la nature des suicides constituent les bases des théories sur la façon dont les médecins de l'époque comprennent en termes cliniques le phénomène du suicide. La cohérence et solidité de ces observations cliniques nous permet de tracer le portrait de la théorie sur les suicides (paradigme ou science normale selon Kuhn) qui est mise de l'avant par les médecins qui écrivent dans les pages de l'UMC. Une fois identifiées et décortiquées, ces observations cliniques regroupées en catégories nosologiques nous permettent de voir l'évolution de la théorie médicale sur le suicide et sur quels éléments empiriques les médecins de l'époque vont en venir à défendre un paradigme dans lequel 100% des suicides sont issus d'une seule pathologie, la maniaque-dépression. Il nous sera également possible de voir que ce consensus (paradigme) émerge d'une myriade de théories sur la nature des suicides, dont celles proposant que certains individus puissent délibérément *s'enlever la vie* sans être diagnostiqués comme « psychiatriques ».

En ce à trait aux mémoires déposés dans le cadre de la CMD (2012), nous cherchons également les bases empiriques mises de l'avant par les promoteurs et les détracteurs de la légalisation de l'aide médicale à mourir. Leurs arguments sont également regroupés en sous catégories et une attention particulière sera portée aux sources (articles scientifiques) auxquelles ils se réfèrent pour appuyer leur position. Encore une fois, certains thèmes émergent de ce corpus de sources. Plusieurs de ces thèmes sortent du seul cadre médical et s'inscrivent davantage dans des préoccupations éthiques, morales, voir administratives.

Les limites de cette analyse

En nous limitant uniquement aux articles de l'UMC, il va sans dire que notre analyse écarte certaines recherches en médecine sur le suicide, notamment celles provenant des journaux anglophones du Canada et celles publiées dans d'autres revues médicales spécialisées qui sont apparues au début du 20^e siècle. Intégrer ces données à notre corpus de sources nous aurait certes donné une meilleure vue d'ensemble sur l'étendue du savoir médical qui s'est développé sur le suicide, mais aurait représenté un volume de données tel qu'il nous aurait été difficile de le traiter dans le cadre de cette thèse. Par ailleurs, l'analyse des mémoires issus des milieux médicaux de la commission MdD (2012) ne constitue pas une revue exhaustive du savoir médical sur l'AMM, mais se limite aux savoirs qui sont sollicités dans le cadre d'un débat (2010-2012) sur sa légalisation ou sa dépénalisation. Ainsi, ce n'est pas non plus sur l'ensemble de la littérature médicale sur le sujet de l'AMM que repose notre analyse, mais bien sur les sources mises de l'avant par certains des protagonistes de ce débat. Une méta analyse de l'ensemble des revues médicales traitant de l'AMM et du suicide serait pertinente dans le cadre d'une recherche subséquente à cette thèse.

CHAPITRE IV

CONNAISSANCES MÉDICALES SUR LE SUICIDE AU CANADA FRANÇAIS AU TOURNANT DU 20^e SIÈCLE

Leur tristesse est illégitime, pathologique. Les craintes naturelles sont exagérées démesurément. [...] Il y a chez eux ce contraste curieux : ils souffrent, et ils se plaignent de ne rien sentir, de ne plus éprouver aucune affection.
–Plouffe et Legrand, UMC, août 1934, p.764.

Le psychisme de l'homme est formé des facultés intellectuelles et des instincts, parmi lesquels le plus précoce, le plus constant et le plus durable est sans contredit l'instinct de conservation.
–Dr. G. Lefebvre²⁹ de Bellefeuille, UMC, novembre 1929, p.666.

4. Mosaïque d'interprétation dans la construction ontologique du suicide (*Consensus scientifique, construction d'un paradigme du suicide*)

Nous l'avons vue dans notre rétrospective historique, la médicalisation sociale du suicide s'opère essentiellement de la 2^e moitié du 19^e siècle à la première moitié du 20^e siècle. C'est dans ce moment charnière que se constitue un savoir médical sur le suicide qui ouvre la voie à sa dépénalisation, sa décriminalisation et à une protection juridique du droit à une mort médicalement assisté. Avant que la vision médicale du suicide s'impose³⁰ (Marsh, 2010) au sens ontologique (c'est-à-dire observer et comprendre le suicide comme relevant de la santé mentale), les luttes théoriques du 19^e siècle sur la nature du suicide mettent en lumière l'absence de consensus à l'égard de la compréhension de ce phénomène.

²⁹ Il a parfois orthographié son premier nom comme Lefebure,

³⁰ Marsh parlait d'un « régime de vérité » qui s'impose bien plus qu'une démonstration empirique de la validité des thèses médicalisantes sur le suicide.

La myriade d'explications sur la nature du suicide est bien observable dans les articles de L'UMC pour cette période. D'une part, une ambiguïté persiste sur l'essence ontologique du suicide pour les médecins écrivant dans les pages de cette revue scientifique. En effet, le suicide y est parfois présenté comme un geste rationnel et posé par des individus en pleine possession de leurs facultés cognitives³¹ et à d'autres occasions comme un geste impulsif, irrationnel, voire pulsionnel, qui est commis en dehors de toute volonté réelle des suicidaires. À ce questionnement sur la nature ontologique des gestes suicidaires se superpose un autre débat sur sa nature nosologique. Si le suicide doit bel et bien être compris essentiellement comme un symptôme pathologique, reste à définir et établir la ou les pathologies en cause. Nous rappelons que les explications causales du suicide les plus étoffées n'ont été possibles qu'après la découverte de la sérotonine par Betty Twrog en 1954 et que les liens explicites avec le suicide ne sont établis qu'à la fin des années 1970 avec la mise en marché des premiers inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) afin de traiter les suicidaires (Courtet et Olié, 2010).

Dans ce chapitre³², nous cherchons à comprendre si cette période de débats sur les suicides correspond à *ces épisodes extraordinaires au cours desquels se modifient les convictions des spécialistes* (Kuhn, 2008, p.30), ce que Kuhn nomme une révolution scientifique. Dans cette perspective, nous verrons dans quelle proportion les médecins s'inscrivent dans la recherche de nouvelles théories scientifiques sur le suicide (révolution scientifique) ou bien s'il *est plutôt question de résoudre des énigmes* dans le cadre d'une

³¹ Cela n'enlevant rien au caractère déviant voire criminel associé à ce geste. Justement, nous constatons que pour certains de ces médecins le suicide fait de façon délibérée doit être l'objet de sanctions pénales.

³² Également dans le chapitre sur l'aide médicale à mourir pour sa période respective (tournant du 20^e siècle).

« science normale » (Bourdieu, 2001, p.35). Cela nous permettra d'apporter un éclairage sur l'une de nos questions de recherche à savoir s'il y bien eu une révolution scientifique dans le savoir médical sur le suicide. Nous exposerons dans un premier temps le climat général des luttes théoriques entourant la rationalité du geste suicidaire et son caractère pathologique. Nous verrons ensuite plus en détail comment certains médecins québécois (notamment les docteurs Villeneuve, Derome et Bellefeuille) s'inscrivent dans ces débats. Nous pourrons alors mieux saisir comment s'est constituée l'empirie médicale sur le suicide, les différentes hypothèses qui ont été avancées, notamment sur les causes psychiatriques et non-psychiatriques. Enfin, nous ferons une synthèse de la construction ontologique et nosologique qu'il est possible d'observer à travers les articles de cette revue médicale sur le geste de *s'enlever la vie*.

4.1 Lutes théoriques

Nous l'avons vu, pour Thomas Kuhn, avant de créer un consensus et intégrer la « science normale », un objet scientifique fait l'objet de débats, d'affrontements entre différentes visions ou interprétations de cet objet, ce qu'il appelle « crise paradigmatique ». Or, les débats sur le suicide ont été monnaie courante au 19^e et au début du 20^e siècle, alors que différents champs disciplinaires luttaient pour l'exclusivité de son interprétation (Mucchielli et Renneville, 1998). Ainsi, outre le champ médical, nous avons vu précédemment que le suicide est également un objet d'étude dont l'explication et la prise en charge relèvent à la fois des champs religieux, judiciaire et plus tardivement sociologique (Durkheim, 1898; Halbwachs, 1930). Au Québec, l'influence des médecins et aliénistes français est indéniable, faisant en sorte que les théories et approches thérapeutiques développées en Europe entraînent des répercussions dans la pratique des médecins d'ici (Bastien et

Perreault, 2012; Klein, 2017). À cet égard, un important débat sur la nature du suicide a lieu au sein de la profession médicale en France au cours du 19^e siècle. Ce débat prend forme dans les années 1840 et révèle trois positions nosologiques sur le suicide. La première est celle avancée par Esquirol, qui associe systématiquement les suicides à la maladie mentale, sans spécifier laquelle. Une deuxième approche, proposée par Claude Étienne Bourdin, défend l'idée que les suicides soient causés par une pathologie spécifique, la « monomanie³³ suicide ». Enfin, une troisième approche voit les suicides comme résultant de différentes causes, dont la maladie mentale est la principale, mais pas la seule.

Parmi les premiers protagonistes de ces débats, Gustave Etoc-Demazy publie une étude en 1844 où il pourfend la théorie d'Esquirol en affirmant que ce ne sont pas tous les cas de suicides qui relèvent de l'aliénation mentale. Pour ce faire, Etoc-Demazy a conduit une recherche en s'appuyant principalement sur des données statistiques gouvernementales, des procès-verbaux et sur les rapports judiciaires concernant les cas de suicide (Mucchielli et Renneville 1998, p.7). Or, la position d'Etoc-Demazy est vivement contestée par Bourdin, promoteur de la théorie des suicides exclusivement issue de la monomanie. La position de Bourdin doit toutefois être nuancée, car il reconnaît que la monomanie suicidaire ne provient pas nécessairement d'une lésion organique et n'est donc pas systématiquement associée à l'aliénation. De plus, il reconnaît une multitude de causes pour expliquer les suicides. D'une part, Bourdin avance que l'hérédité et l'imitation en sont les principales prédispositions. D'autre part, de multiples événements de la vie peuvent activer ces prédispositions : peine d'amour, revers de fortune, jalousie, etc. Ainsi, Bourdin reconnaît que

³³ La monomanie, identifiée par Pinel puis théorisée par Esquirol, se définit comme un délire obsessionnel centré sur une préoccupation unique (Esquirol, 1839, p.345).

certaines suicidaires possèdent un libre arbitre, mais considère que ces derniers sont dépourvus de liberté morale (Mucchielli et Renneville, 1998, p8).

À cet effet, Bourdin est également attaqué par Brierre de Boismond, qui avance que ce sont des causes multiples³⁴, dont la faiblesse de la moralité, qui conduisent au suicide. Ce médecin fait valoir que la connaissance sur le suicide doit être déployée pour différencier l'aliéné du criminel, ce dernier étant responsable de son geste. Cette position est analogue à celle du Dr Villeneuve au Québec. Bien que Bourdin défende fermement son approche sur les causes du suicide, il suscita peu d'émules à son époque et la théorie des suicidaires exclusivement pathologiques est délaissée dans la profession médicale au profit de celle des causes multiples voire celle des causes extérieures à l'individu (les causes sociales).

Bien que nous n'observions pas de traces directes de ce débat sur le suicide dans les pages de l'UMC, une divergence d'opinions analogue au débat français est également manifeste entre les médecins du Québec. Les théories auxquelles les médecins se réfèrent vont des travaux d'Esquirol à ceux de Magnan, Kraepelin et Etoc-Demazy. Nous remarquons que les théories de Bourdin ne sont pas citées dans les pages de l'UMC, indiquant la faible popularité de celle-ci au Québec. Cela dit, outre la délicate question de déterminer l'origine nosologique des suicides, l'enjeu de la responsabilité est bien présent. Par exemple, nous avons vu que le Dr Villeneuve s'oppose aux théories de Lombroso sur la nature des criminels, bien que son opposition concerne cette approche théorique générale

³⁴ Telles qu'hérédité, climat, genre, âge, état civil, fortune, instruction, morale, profession.

et ne porte pas spécifiquement sur le suicide. Or, les deux grandes positions antagonistes, à savoir si les suicidaires sont systématiquement des aliénés ou pas, s'estompent au début du 20^e siècle et les théories dans la lignée de celle d'Esquirol prennent le dessus. Plus encore, Plouffe et Legrand se montrent critiques envers les autres médecins qui, incapables de bien diagnostiquer les suicidaires, causent selon eux un tort grave à la société comme le témoigne le nombre important de livres et articles sur le sujet parus à cette époque (Baechler, 1975, p.17). Plouffe et Legrand sont en fait ceux qui se rapprochent le plus des théories de Bourdin, puisqu'ils identifient l'ensemble des suicidaires comme étant atteints d'une pathologie spécifique, le raptus mélancolique (entendu comme la maniaco-dépression) (Plouffe et Legrand, UMC, août 1934, p.760-779). Dans les années suivantes, nous ne trouvons pas d'articles qui contestent ouvertement le rôle de la maniaco-dépression dans le passage à l'acte du suicide.

D'autre part, des références aux causes sociales pour expliquer les suicides sont également présentes dans les pages de l'UMC. À titre d'exemple, dans un article intitulé *Le suicide chez les écoliers en Allemagne* (UMC, octobre 1907, p.606), il est rapporté que les écoliers allemands se suicident en grand nombre dans un pays qui est réputé à l'époque pour avoir un des plus hauts taux de suicide au monde. L'explication des causes de ces suicides échapperait ici à une cause médicale et reposerait plutôt sur la pression académique que subissent les écoliers allemands ainsi qu'à la philosophie de Schopenhauer qui, 47 ans après sa mort, plombe l'envie de vivre de la société allemande. Il y est écrit : *Cela doit être dû tout probablement au fait qu'il existerait encore un grand nombre de partisans du système pessimiste du philosophe Schopenhauer, qui considérait la vie comme un mal,*

et qui allait jusqu'à conseiller tout au moins une sorte d'anéantissement universel de toute vie (UMC 1907, p.606). Ces références à l'influence de causes sociales sont toutefois marginales et ne représentent pas une piste explicative significative face à la vaste majorité des théories sur l'origine individuelle des suicides.

Devant de nouvelles théories explicatives sur la cause des suicides basées sur la psychiatrie, des théories plus marginales sur les causes des suicides en lien avec l'épilepsie, l'hystérie, les maladies génitales, etc., tendent à être écartées. Elles ne font pas l'objet d'une réfutation explicite, mais s'effacent plutôt devant une théorie plus affirmée, plus explicite et consensuelle, celle des pathologies mentales, nous conduisant peu à peu vers ce qui semble être la fin de la crise paradigmatique sur le suicide. Si l'on s'attarde aux assises empiriques mises de l'avant dans l'UMC, celles-ci reposent principalement sur les écrits des aliénistes français et des recherches menées au Québec. Aussi, dans les deux cas, ces recherches s'appuient dans une large mesure sur l'analyse de statistiques sur la mortalité (Douglas, 1967) et des dossiers judiciaires des suicidés, les médecins étant amenés dès la fin du 19^e siècle à se prononcer dans les cours de justice sur l'état mental des potentiels criminels dont les suicidaires (Villeneuve, UMC 1896, p.129-130). Cette méthode n'étant pas exclusive à la France, elle est également employée au Québec, notamment par les Drs Villeneuve (UMC, 1893, p.393-403) et Derome (UMC, 1919, p.431-444). Ainsi, une partie du savoir empirique sur les suicides est constituée sur la base de ces données. Or, comme l'ont révélé certains chercheurs (Weaver, 2019, 2012; Cellard et Corriveau, 2012), l'analyse brute de ces données du coroner sur le suicide peut s'avérer problématique à certains égards, notamment par les biais introduits par les officiers de justice, coroners et policiers

qui analysent les « scènes de crime » de potentiels suicides. De plus, comme Baechler l'écrit (1975, p. 2021) certaines observations cliniques vont s'ajouter à ces études pour constituer le corpus des bases empiriques sur l'ontologie du suicide (Marsh, 2010).

En nous penchant sur les bases empiriques issues des causes d'origines médicales conduisant au suicide, nous avons porté une attention particulière sur les observations cliniques et les explications nosologiques des médecins observant le suicide. À l'instar de notre revue de littérature sur les suicides, l'analyse des premiers articles publiés dans l'Union médical du Canada traitant du suicide révèle une mosaïque d'hypothèses et d'approches fort éclectiques pour expliquer ce geste. À l'intérieur de cette mosaïque, une certaine confusion émerge *entre les motivations et les causes du suicide*. À noter que la distinction entre causes déterminantes et prédisposantes n'est jamais clairement faite par les médecins écrivant dans l'UMC. Ainsi, les motivations au suicide sont associées à une position d'un passage à l'acte proactif, alors que les causes du suicide suggèrent que les suicidaires sont « victime » d'agents extérieurs ou intérieurs. Pourtant, les motivations sont fréquemment interprétées comme le résultat d'une cause (pathos) et ne sont pas associées au libre arbitre, mais plutôt à une rationalité déformée et modelée par un agent perturbateur de nature pathologique. Une personne qui peut exprimer rationnellement les raisons et motivations qui le conduisent au suicide ne sera pas systématiquement catégorisée comme lucide ou ayant la pleine capacité de ses facultés cognitives.

Cette question centrale du degré de responsabilité, du caractère conscient et lucide des suicides doit être précisée puisque, outre les considérations médicales, celle-ci entraîne

des répercussions d'ordre judiciaire et est déterminante dans la conduite des procès pour tentative de suicide. Nous cherchons donc à voir dans quelle mesure les suicidaires sont responsables criminellement de leurs gestes aux yeux des médecins et plus spécifiquement comment cette perception se transforme du 19^e au début du 20^e siècle, période où la tentative de suicide est en encore criminalisée. Rappelons que pour être considéré comme rationnel, l'acte de *s'enlever la vie* doit être un geste intentionnel ou prémédité tant par celui qui pose le geste que par celui qui l'observe, en l'occurrence ici, les médecins qui écrivent dans l'UMC.

D'autre part, cette thèse vise également à observer comment la validité du savoir médical sur le suicide s'est constituée. C'est pourquoi notre analyse des articles de l'UMC est guidée par quatre grands thèmes :

- 1- la pertinence de la démonstration scientifique sur le suicide,
- 2- la nature pathologique ou non du suicide,
- 3- la nature de la pathologie occasionnant le suicide,
- 4- la responsabilité de l'individu face au suicide.

D'emblée, deux approches épistémologiques apparaissent dans l'identification des pathologies associées au suicide, qu'il soit réussi ou non, soit les suicides liés aux maladies mentales et les suicides liés aux pathologies non psychiatriques.

4.1.1 Deux approches sur l'origine nosologique du suicide : psychiatrique et non psychiatrique

Nos premières observations sur les maladies liées au suicide nous ont permis de dégager deux grands ensembles pathologiques qui conduisent au passage à l'acte suicidaire, soit les maladies non psychiatriques et celles psychiatriques. Des 72 articles

identifiés, 14 traitent du suicide comme le résultat d'une pathologie non psychiatrique, 43 d'une pathologie psychiatrique, un où la maladie non psychiatrique occasionne la maladie mentale et 14 ne traitant pas du suicide en ces termes. Nous constatons donc que, dans une large proportion, les médecins considèrent que les suicides sont causés par des maladies de l'esprit. Pourtant nous ne voulons pas écarter de notre analyse les autres pistes explicatives de l'origine non psychiatrique de certains suicides. Ces deux types de catégories de suicide ne sont pas issus d'une responsabilité au sens juridique ou criminel, mais bien de l'idée que s'en font les médecins. Par exemple, dans une reprise d'un article du Dr Magnan, émiant psychiatre français de l'époque, (*De la dipsomanie*, UMC, juin 1881, p.255-259), il est avancé que les gens atteints de dipsomanie (consommation compulsive d'alcool) ne devraient pas être considéré criminellement responsable de leurs gestes, même pour des suicides ou des homicides. Ainsi, c'est la maladie qui conduit au geste : « *puis arrivent pour les uns les phénomènes de l'ivresse comateuse, pour les autres la phase d'excitation véritablement redoutable, car alors ils sont poussés à des actes de suicide ou d'homicide dont ils ne sont pas responsables* » (p.258).

Cette idée de la non-responsabilité de l'individu sur son comportement est également partagée par des médecins Canadiens-français dont le Dr Bellefeuille (*Le suicide et la responsabilité*, UMC, novembre et décembre 1929), ainsi que les Drs Plouffe et Legrand (*Les raptus mélancoliques*, UMC, août 1934). D'autres reconnaissent, comme Villeneuve, que certains suicidaires sont responsables de leurs gestes et que la folie n'y est pour rien (n.a. *État mental des vieillards et mourants*, UMC, mars 1881) (Villeneuve, *Les aliénés devant la loi*, avril 1896) (*Observations personnelles*, UMC, novembre 1895).

Toutefois, il est à noter que la présence de maladies mentales suspectées chez un individu ne l'exonère pas systématiquement de la responsabilité de ses gestes (Duquet, *Notes sur l'affaire Ménétrier*, UMC, avril 1888). Il y a ainsi des visions divergentes sur le suicide, notamment en ce qui concerne le libre arbitre, le caractère intentionnel et rationnel du geste. Il y a d'une part, les suicides qui sont directement causés par une pathologie qui affecte l'esprit et d'autre part, les suicides qui sont commis pour d'autres raisons, mais en toute lucidité.

En ce qui a trait à la responsabilité des gens qui ont tenté de *s'enlever la vie*, la distinction entre causes psychiatrique et non psychiatrique du suicide se présente de façon schématisée comme suit :

Tableau 6
Distinction entre les suicides dits psychiatriques et non psychiatriques

Suicide psychiatrique	Suicide non psychiatrique
-La maladie mentale est responsable des idées suicidaires et/ou du passage à l'acte. -Le suicide n'est pas rationnel et ne peut s'expliquer ou se justifier. -Les suicidés et suicidaires ne sont pas responsables de leur geste.	-La maladie mentale n'est pas responsable des idées suicidaires et/ou du passage à l'acte. -Il y a une raison rationnelle qui explique pourquoi ces suicides sont commis. -Les suicidés et suicidaires sont responsables de leur geste.

Bien qu'il soit possible que la question de la responsabilité juridique face au suicide ne soit pas une priorité pour les médecins qui observent et commentent ce phénomène, ceux-ci ne pouvaient ignorer l'important enjeu juridique sous-jacent et les conséquences qui y sont associées, à savoir la responsabilité criminelle des individus (Villeneuve, *Les aliénés*

devant la loi, UMC, mars- avril 1896 et juillet 1898). Pour Villeneuve : *Des crimes atroces commis dans des circonstances exceptionnelles, imputés à des aliénés [...] ont attiré l'attention sur la législation concernant les aliénés criminels et la responsabilité devant la loi des individus présentant un trouble de l'intelligence* (p. 9). Dans le même esprit, Derome (*Étude sur le suicide*, UMC, novembre 1919) consacre une partie de son article à différents textes de loi sur le suicide. Dans les pages qui suivent, nous verrons que le caractère rationnel ou irrationnel du suicide est évoqué à de nombreuses reprises par les médecins qui écrivent sur le suicide et qui se prononcent sur cet enjeu. Aussi, cette division entre causes psychiatriques et non psychiatriques se complexifie rapidement puisque nous avons recensé plus de 36 pathologies différentes, identifiées par les médecins, qui sont à l'origine des suicides. Voyons maintenant plus en détail comment les médecins ayant publié dans l'UMC établissent leurs corrélations étiologiques.

4.1.2 La grande diversité des causes pathologiques du suicide

Plusieurs causes pathologiques pouvant expliquer les suicides sont mises de l'avant par les différents médecins qui ont observé ce phénomène. Sans toutefois pouvoir établir de lien direct avec le passage à l'acte, les médecins s'intéressent aux causes pathologiques des suicides ainsi que de leurs tentatives comme autant de pistes interprétatives des mécanismes biologiques et psychiatriques qui le conditionnent (hérédité, lésions, troubles cognitifs, etc.). Les liens qui associent le fait de *s'enlever la vie* avec des symptômes et des pathologies spécifiques constituent un élément du casse-tête de l'origine nosologique du suicide, sans pourtant nous permettre de tracer un portrait global de ce phénomène. Le tableau ci-dessous les présente en ordre d'occurrence dans les articles que nous avons recensés :

Tableau 7
Occurrence des causes du suicide selon les diverses pathologies

Condition pathologique	Occurrence
Mélancolie	22
Hérédité	13
Alcoolisme	11
Impulsion	10
Hallucination	7
Délire (psychotique)	5
Obsession	3
Autres maladies mentales ³⁵	13
Maladies non-psychiatriques	18

Cette classification que nous avons établie afin d'expliciter les diverses pathologies associées au suicide cache toutefois la complexité des causes multiples qui sont invoquées dans les diagnostics des médecins de l'époque. En effet, pour 58 articles traitant directement du suicide, 102 mentions pathologiques sont dénombrées. En somme, dans certains cas, plusieurs pathologies sont associées au suicide. À titre d'exemple, cet extrait d'un article du Dr Delorme sur le suicide (UMC, novembre 1919) :

Parmi les affections mentales proprement dites qui poussent au meurtre de soi-même, il faut placer en première ligne la mélancolie et les états mélancoliques : délire hypocondriaque, délire mélancolique, etc. ; plus rarement, le délire de persécution, le délire religieux, la psychasthénie et les divers états maniaques.

Le suicide peut encore s'observer dans l'épilepsie, dans certains états spéciaux tels que l'alcoolisme et la puerpéralité, enfin au cours de pyrexies comme la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la méningite, la pneumonie, etc.

Il est important, néanmoins, de noter que, quelle que soit l'étiquette qui se puisse poser sur l'affection mentale d'un aliéné qui se suicide, l'acte morbide paraît le plus souvent devoir être rattaché, soit à des hallucinations, soit à des illusions, soit à des idées délirantes, soit enfin à une impulsion. - pp.566-567

³⁵ Toxicomanie, honte, échecs professionnels, hystérie, folie amoureuse, monomanie, état maniaque, psychoses, épilepsie (3 occurrences) (longtemps considéré comme une maladie mentale).

Cette citation nous montre bien que les causes du suicide sont souvent perçues et comprises comme complexes et multifactorielles. C'est en les dénombrant que nous avons pu établir une liste des pathologies en lien avec le suicide qui avaient une plus grande occurrence dans la littérature scientifique de l'UMC.

C'est ainsi qu'un ensemble de maladies non psychiatriques se distingue par la diversité des pathologies qu'il regroupe. Dans cet ensemble se retrouve notamment différentes maladies génitales, qui, une fois regroupées, pourraient constituer une catégorie en soi ; 7 occurrences sur 18 cas recensés. D'autre part, malgré une diversité évidente des pathologies mentales associées au suicide, la récurrence de certaines d'entre elles permet d'établir des catégories qu'il nous est possible d'analyser en bloc. Nous en avons donc tiré huit principales causes pathologiques et symptômes conduisant au suicide soit : l'hérédité (13%), la mélancolie (21%), l'alcoolisme (11%), l'obsession (3%), l'hallucination (7%), le délire (5%), et l'impulsion (10%); toutes ces causes présumées seront détaillées ultérieurement, mais avant il importe de mettre en lumière l'évolution du concept de la responsabilité des suicidaires chez les trois médecins qui ont le plus publié sur le suicide dans les pages de l'UMC, soit les docteurs Villeneuve, Derome et Bellefeuille.

4.2 Évolution de la conception de la responsabilité des suicidaires chez les médecins québécois écrivant dans les pages de l'UMC.

Pour illustrer les changements dans la compréhension du suicide par le champ médical, nous avons identifié trois médecins, les Drs Villeneuve (1889-1917³⁶), Derome (1902-1931³⁷) et Bellefeuille (1905-1938³⁸), qui expriment trois visions sur la responsabilité des suicidaires à l'égard de leur geste. Ces trois médecins ont également écrit des articles qui traitent spécifiquement du suicide. Sur une période de 36 ans, leurs écrits se chevauchent dans un continuum qui reconnaît le caractère criminel et délibéré de certains suicides à une vision où ce geste est entièrement pathologique. De plus, ces médecins partagent un intérêt pour les questions judiciaires et légales, ce qui est présent dans leurs écrits, tout en développant leurs théories sur les causes et la nature du suicide. Respectivement, le Dr Villeneuve possède une expertise en psychiatrie et en médecine légale, le Dr Derome est médecin légiste et le Dr Bellefeuille est un psychiatre.

4.2.1 Dr Villeneuve ; savoir différencier le suicidaire criminellement responsable de l'innocent

Nous débuterons avec le Dr Villeneuve, aliéniste et surintendant médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu de 1894 à 1917. Celui-ci est un personnage marquant dans le développement de la psychiatrie au Québec, plus spécifiquement dans le champ de l'expertise médico-légale (Fontaine et Muller, 2011). Il fait ses études de médecine à l'Université de Montréal où il gradue en 1893, puis va compléter ses études postdoctorales à Paris et à

³⁶ Années d'exercice professionnel.

³⁷ Années d'exercice professionnel.

³⁸ Années d'exercice professionnel.

Londres. Les articles traitant du suicide qu'il rédige pour l'UMC sont publiés de 1893 à 1918, année de son décès. La médecine légale et les relations entre les domaines judiciaires et médicaux sont au cœur de ses écrits. Pour Villeneuve, il est primordial de développer une expertise médico-légale notamment afin de bien différencier les aliénés des criminels (Villeneuve, UMC mars 1896, pp.129-130). Ces deux catégories d'individus sont décrites comme distinctes, d'où l'importance d'établir un solide diagnostic afin de les différencier. Pour ce qui est de ce geste cela se traduit par un examen scrupuleux des individus qui commettent ce geste afin de bien discerner les aliénés des hors-la-loi. L'expertise des médecins affermissant en effet son caractère incontournable lors de certains procès (Grenier, 2002). Notamment, nous voyons que dans deux cas d'individus ayant commis une tentative de suicide analysés par le Dr Villeneuve, un est diagnostiqué comme non criminellement responsable et est envoyé à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, alors que l'autre est identifié comme un simulateur et son emprisonnement est recommandé (Villeneuve, UMC mars 1896, pp.138-139, p.141).

Pour établir ses diagnostics, le Dr Villeneuve n'est malheureusement pas très vultueux sur ses sources et références en matière d'étiologie et de théories médicales. Pour les cas de suicidaire qu'il observe, il identifie généralement les tares héréditaires et l'alcoolisme comme principaux facteurs conduisant à ses tentatives (Villeneuve, UMC mars 1896, pp.129-144; Villeneuve, UMC avril 1896, pp. 193-210). Ici hérédité et alcoolisme se recoupent au sein d'une théorie psychiatrique de l'époque, la théorie de la dégénérescence (nous y reviendrons plus en détail) à laquelle le Dr Villeneuve adhère (Grenier 2002, p.25). Dans certains de ces cas, il y a également mention d'hallucination, d'impulsion et de

mélancolie, mais qui apparaissent comme des caractéristiques générales des patients plutôt que comme des symptômes ayant une incidence sur les tentatives de suicide. Ainsi, la vision du suicide du Dr Villeneuve apparaît en conformité avec l'esprit de la loi en vigueur à l'époque, c'est-à-dire qu'il reconnaît que ce geste est avant tout un acte criminel commis avec une intention manifeste, mais que parfois ce geste est le fait d'aliénés qui agissent en dehors de leur volonté. Le traitement médical est réservé seulement pour ces derniers une fois le diagnostic clairement établi. Aux vues de la clarté de cette position sur le suicide, les observations du Dr Derome apparaissent plus nuancées.

4.2.2 Wilfrid Derome ; pitié pour les suicidaires

Le Dr Wilfrid Derome est médecin légiste qui enseigne également la médecine légale à l'Université de Montréal. Il a notamment fondé le premier laboratoire de médecine légale en Amérique du Nord. Quant à ses principaux articles traitant du suicide, ils sont publiés de 1897 à 1925. Plus spécifiquement, le Dr Derome réalise en 1919 une étude sur le suicide à Montréal (Derome, novembre 1919, pp. 562-571). Les causes de suicide qu'il identifie sont multiples. Toutefois l'alcoolisme et les maladies mentales sont selon lui les principaux responsables de ces gestes. Il écrit : « *Parmi les nombreuses causes déterminantes du suicide il y faut compter : [...], les excès divers et notamment l'abus des boissons enivrantes ; enfin l'aliénation. Ces deux dernières causes sont de beaucoup les plus fréquentes et méritent qu'on s'y arrête un instant* » (p.656). Tout comme le Dr Villeneuve, la question légale occupe une place d'importance dans les écrits du Dr Derome. Dans cette publication, tout en rappelant les articles de loi qui encadrent ce geste, il met notamment

en exergue l'article 2593 du Code civil du Bas-Canada³⁹ ainsi que les articles 269 et 270 du Code criminel, en plus de se référer au droit canonique, il émet des réserves quant aux condamnations judiciaires des suicidaires. On sent clairement une sensibilité exprimée par Derome devant le sort des suicidés puisqu'il plaide pour la possibilité de fournir des funérailles et offices religieux à l'aide de fonds privés à « ces pauvres âmes » (p. 570). Nous rappelons que les corps des suicidés, à l'époque, sont non seulement privés de sépulture chrétienne, mais également de funérailles ainsi que de messes commémoratives, habituellement faites à l'anniversaire du décès.

Toujours dans son article de 1919, le Dr Derome procède à une étude comparée sur le suicide entre la ville de Philadelphie et de Montréal sur une période d'une quinzaine d'années. Les données sur Philadelphie proviennent d'un article de Philip L. Repetto du numéro de mai 1917 du *Monthly Bulletin of the Department of public Health and Charities of the city of Philadelphia*, alors que les données sur Montréal proviennent de la morgue de la ville (p.562-564). D'emblée, le Dr Derome reconnaît que la moyenne des suicides pour Montréal, 37 sur 1,000,000 d'habitants, n'est pas représentative du nombre réel des suicides. Il attribue principalement cette sous-représentation à la difficulté d'établir hors de tout doute la preuve médico-légale pour conclure au suicide. Aussi, en comparant les nombres de suicides chez les hommes et les femmes, il note : « *la proportion des sexes est tout près d'un cinquième du nombre totale pour le sexe féminin, soit une femme pour cinq hommes ; c'est la proportion générale des sexes dans le crime* » (p. 563). Ainsi, le Dr

³⁹ Art. 2593 CcBC (1866) : L'assurance prise par un individu sur sa propre vie est sans effet s'il périt par la main de la justice, en duel ou par suicide. Les articles 2468-2593 du CcBC de 1866 ont été remplacés par 1974, c. 70, a.2

Derome établit un corollaire entre cette proportion et celle des statistiques sur la criminalité à cette époque où il y a aussi une surreprésentation masculine, confirmant ainsi le lien entre le suicide et la criminalité en générale.

Pour Derome, les principales causes conduisant au suicide sont attribuables à l'intoxication alcoolique : « *Nous ne devons pas nous étonner de rencontrer l'intoxication alcoolique en première ligne des causes de suicide ; c'est en tout cas un fait d'observation courante à la morgue de Montréal* » (p.566). Bien que cette affirmation ne soit pas appuyée par des observations cliniques, mais bien basée sur les statistiques du registre de la morgue de Montréal, Derome avance que le suicide, qu'il soit commis alors que l'individu est ou non en état d'ivresse ou de folie, a des origines héréditaires. Ainsi, « *tous les traités spéciaux citent quelques exemples de suicides favorisés par une disposition héréditaire. [...] Le plus souvent le penchant au suicide est transmis par les ascendants directs, mais il peut venir aussi par les branches collatérales* » (p.564). Aussi, bien que le caractère criminel du suicide soit affirmé par Derome, il parle également des suicidés comme autant d'individus qui emportent avec eux de « douloureux mystères », laissant entrevoir une part d'incompréhension dans les processus exacts du passage à l'acte. Le Dr Derome ouvre ainsi la porte à une plus grande empathie envers les suicidaires, porte que va emprunter le Dr Bellefeuille qui va avancer que ce geste ne relève en aucun cas de la criminalité.

4.2.3 Gaston Lefebvre de Bellefeuille ; le suicide est un signe indiscutable de folie

Le Dr Gaston Lefebvre de Bellefeuille est professeur de psychiatrie clinique à l'Université de Montréal et professeur d'hygiène mentale à l'École d'hygiène Sociale

Appliquée. Il est aussi chef de service à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et siège sur le Comité National d'Hygiène Mentale de la province de Québec. Ses principaux articles sur le suicide sont publiés de 1920 à 1929. La question de la responsabilité des suicidaires intéresse particulièrement le Dr Bellefeuille, qui y consacre un article publié en novembre et décembre 1929 et qui s'intitule : *le suicide et la responsabilité* (UMC, décembre 1929, pp. 664-670 et 729-739). En ce qui concerne le caractère volontaire ou non des suicides, le Dr Bellefeuille se rallie à la pensée d'Esquirol pour qui tout suicide relève obligatoirement d'une maladie mentale. Il écrit : « *Esquirol, un des fondateurs de la science psychiatrique française, dit, en ses propres termes, dans son traité des maladies mentales : "Je crois avoir démontré que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicidés sont des aliénés"* » (pp.666-667). C'est en s'appuyant à la fois sur les travaux des Drs Rogue de Fursac et Valentin Magnan ainsi que sur les données sur le suicide collectées par le coroner Lorenzo Prince à Montréal de 1924 à 1929 qu'il établit un lien direct entre maladie mentale et suicide (pp.734-735). Celle-ci repose *a priori* sur les liens entre l'augmentation saisonnière des entrées dans les asiles et des suicides commis en établissement. Le Dr Bellefeuille note qu'il y a toujours un mois de décalage entre les sommets du nombre des suicides et l'internement des aliénés. Ainsi, le mois d'avril est celui qui voit le plus grand nombre de suicides être commis et le mois de mai, celui où on enregistre le plus grand nombre d'entrées en institution asilaire (p.737). Même appuyée des données du coroner, cette occurrence entre suicide et maladie mentale demeure ténue et peu appuyée empiriquement. Ces données servent essentiellement à ajouter une validité statistique à ses nombreuses observations cliniques.

Le Dr Bellefeuille tient également à réaffirmer le caractère puissant et primal de l'instinct de survie et de conservation, faisant ainsi du suicide, qu'il soit volontaire ou involontaire, un geste fondamentalement contre nature comme nous le verrons ci-bas. Selon lui, les suicides dit involontaires sont principalement causés par des individus atteints de troubles mentaux comme des états maniaques, des hallucinations et parfois des crises épileptiques. Dans tous ces cas, les individus ne manifestent pas le désir de *s'enlever la vie*, mais agissent plutôt impulsivement, sans cohérence. Comme exemple, il note une personne délirante qui hallucine qu'une fenêtre soit en fait une porte ou encore une crise d'épilepsie qui se déclenche alors qu'un individu est dans une échelle ou à une hauteur dangereuse. Pour tous ces cas, il ne fait nul doute que ces personnes ne sont pas responsables de leurs gestes et criminellement non-responsables. Puis, vient le cas plus épineux des suicides dit volontaires, où le désir de mourir apparaît comme pleinement formulé ou prémédité.

Les suicides volontaires sont en effet plus problématiques puisque la question du degré de lucidité est importante aux yeux de la loi, alors que le psychiatre cherche à voir les causes pathologiques qui conduisent à ce geste. Le Dr Bellefeuille réfute la conception qui différencierait la maladie mentale et la lucidité comme étant antinomique. Pour lui, rien n'est plus faux. En effet :

En dehors du monde psychiatrique, on semble attacher à la lucidité du sujet une importance, qu'en fait, elle n'a pas ; la clinique démontre tous les jours que la lucidité n'est nullement un critérium d'appréciation de la santé d'un sujet, puisque les psychoses les plus curables, les états confusionnels, les psychoses toxiques, présentent parmi leurs symptômes des troubles constants de la lucidité, tandis que les divers délires systématisés, d'origine interprétative, imaginative ou hallucinatoire, qui sont peut-être les plus incurables de toutes les psychopathies non organiques, sont justement remarquables par la complète lucidité des sujets qui en sont atteints (UMC 1929, pp.665-666).

Poursuivant sur les conséquences juridiques du suicide volontaire, il continue :

Et si l'aliéniste, comme tout bon citoyen, doit accepter le côté légal du problème, il n'en a pas moins le droit d'en discuter l'aspect psychologique, et je crois être en communauté d'idées avec la très grande majorité des psychiatres modernes, en affirmant que le suicide, même celui qui paraît, pourrait-on dire, le plus normal, même celui motivé par des raisons affectives manifestes, est toujours l'indice d'altérations psychiques profondes, soit passagères, soit chroniques. Seulement, comprenons-nous bien, je ne dis pas que tous les suicidés sont des fous, dans le sens ordinaire, vulgaire du mot, mais je prétends que ce sont des aliénés, ce mot étant pris dans son sens étymologique, du latin alienus, qui signifie étranger ; l'aliéné est un individu devenu étranger à lui-même, à qui échappe la direction de sa propre activité, qui, par conséquent, cesse d'être responsable de ses actes.

N'oublions pas que l'individu qui se suicide volontairement va à l'encontre des tendances les plus marquées de l'instinct de conservation, instinct qui pousse tout être organisé à vivre et à défendre son organisme contre toutes les causes nocives ; or, cet instinct, qui réside dans le tréfonds de notre psychisme inconscient, échappe complètement à l'action de la volonté, puisqu'il manifeste son existence chez le tout-petit, avant même que la volonté ne se soit développée et qu'on le retrouve encore dans les circonstances où cette faculté est totalement absente : exemple, les fugues épileptiques, les états somnambuliques, pendant lesquels les sujets présentant ces accidents, malgré leur inconscience absolue, savent très bien éviter les dangers matériels, grâce à cet instinct toujours en éveil (UMC 1929) -p.666.

C'est donc principalement en s'appuyant sur le caractère fondamental de l'instinct de conservation comme un élément essentiel à la santé mentale que le Dr Bellefeuille conçoit les suicidés systématiquement comme des aliénés, mais pas nécessairement comme des fous. Cette vision propose une relation de cause à effet où, s'il y a suicide, il y a atteinte à l'état de conservation et, s'il y a une atteinte à l'état de conservation, il y a nécessairement présence d'aliénation. Plus encore, les individus ne sont pas responsables des gestes qu'ils posent même s'ils sont délibérément articulés. Il réaffirme cette idée en ajoutant que le suicide : « *n'est possible que grâce à une atrophie ou à une suspension momentanée de*

l'emprise si puissante que possède normalement l'instinct de conservation sur l'être humain » (pp. 729-739). Dans cette perspective, l'idée qu'une personne puisse délibérément demander à mourir, tout en étant lucide, est inconcevable. Comme nous le verrons plus tard, c'est également dans cette perspective que les opposants à l'aide médicale à mourir vont ancrer une partie de leur argumentaire.

Toujours au sujet de la responsabilité des suicidaires pour Bellefeuille, jusqu'à présent, il décrit une vision de la responsabilité du suicide qui s'appuyait sur la volonté propre des individus avec comme indices la préméditation, le désir clairement énoncé de mettre fin à ses jours et une absence de confusion mentale. À l'opposé, il fait mention des suicides commis dans un moment de folie et sans signes avant-coureurs explicites. Bellefeuille cherche à remettre en cause cette dichotomie. Pour lui, tout suicidaire, sans exception, est un monomaniac (1929, p.667). Plus encore, le Dr Bellefeuille reconnaît que des suicides peuvent être commis en toute lucidité. Pourtant, la lucidité n'est pas pour ce médecin un garant de santé mentale. En effet, il souligne que nombre d'aliénés ne font l'objet que de crises périodiques et qu'ils affichent tous les traits de bonne santé mentale en d'autres circonstances. En d'autres mots, la lucidité d'un patient n'est pas garante de son état mental. Cette interprétation est reprise ultérieurement par les Drs Plouffe et Legrand (UMC, août 1934, pp. 760-779), qui s'inscrivent également dans la vision de Bellefeuille où tout suicide relève de la maladie mentale.

L'évolution conceptuelle de la lucidité des suicidaires qu'ont certains médecins sur la responsabilité face aux suicides apparaît changer dans la première moitié du 20^e siècle.

Pourtant, la pensée du Dr Bellefeuille sur les suicides n'est pas en soi novatrice de son propre aveu, en ce sens qu'il se réfère en partie aux travaux d'Esquirol et de Magnan. Les travaux du Dr Bellefeuille sur le suicide s'inscrivent dans une continuité avec la pensée de ses maîtres. Cependant, il introduit également une nouvelle notion sur la lucidité des individus. Il s'agit ici d'une rupture fondamentale entre une pensée binaire de la folie et de la raison qui vient repositionner la frontière entre le normal et le pathologique. Bref, est-ce l'élément de rupture qui vient mettre fin aux débats sur le suicide et consacrer un paradigme du suicide exclusivement pathologique ? Ainsi, ce n'est pas tant l'idée du Dr de Bellefeuille sur le suicide qui est marquante, mais bien la portée qu'elle a sur le statut ontologique des maladies mentales.

Ainsi, il serait impossible de commettre un suicide si l'on n'est pas affecté par une quelconque pathologie de l'esprit. Plus encore, le suicidaire ne peut être tenue responsable de son geste puisqu'il a été poussé à l'action par une force supérieure à sa volonté et à sa rationalité. En somme, il apparaît qu'un consensus s'établit doucement dans la profession médicale à la fin de l'entre-deux-guerres sur un suicide de nature pathologique, lequel s'impose comme régime de vérité dans la profession médical (Marsh, 2010). Mais cette transformation représente-elle un changement de paradigme sur le suicide au sens où Kuhn l'entend ? Pour y voir plus clair, nous allons d'abord dégager les observations cliniques sur les suicides développés dans les articles de l'UMC, chacune présentant différentes interprétations et modèles explicatifs du suicide.

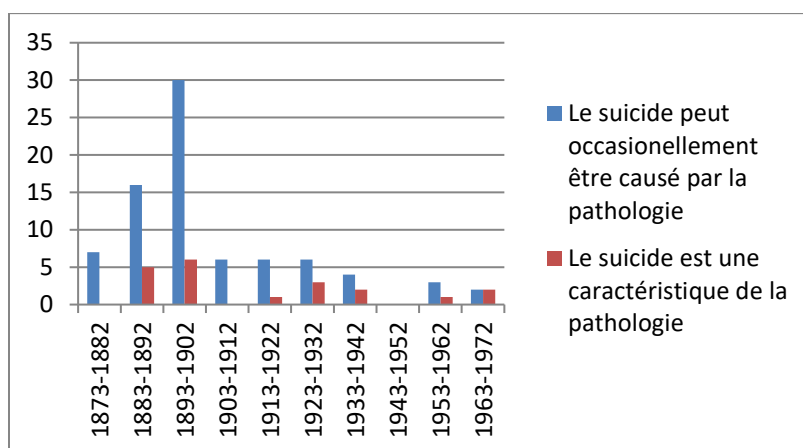
CHAPITRE V

CONSTRUCTION D'UNE PATHOLOGIE AUTOUR D'UN SYMPTÔME : LE SUICIDE

5. Causes psychiatriques des suicides

Face à la multitude des symptômes et pathologies que nous avons recensée dans les pages de l'UMC concernant le suicide (voir tableau 7), nous avons cherché ici à expliciter davantage les liens de causalité que les médecins établissent entre ces différentes pathologies et les suicides. Nous avons donc répertorié les différentes pathologies dans lesquelles les suicides sont une caractéristique intrinsèque et les pathologies où le suicide peut survenir, mais pas systématiquement. Il nous est ainsi possible de tracer un portrait général de la causalité morbide des différentes pathologies associées au suicide à travers les articles de l'UMC.

Graphique 1
Causalité morbide des pathologies



Nous observons que la morbidité des pathologies identifiées comme conduisant au suicide est relativement faible. Ce qui, *a priori*, laisse penser que les suicides peuvent être engendrés par une multitude de pathologies, mais que cela se produit peu souvent. Nous nous retrouvons face à une grande variété de pathologies qui peuvent conduire au suicide (eczéma, phimosis, hallucinations, etc.), mais seulement quelques-unes de celles-ci y mèneraient irrémédiablement comme le raptus mélancolique. De cette corrélation entre pathologie et morbidité, nous avons également identifié une prépondérance des maladies mentales lorsqu'une forte causalité entre la pathologie et le suicide est invoquée. En reprenant nos deux grands ensembles pathologiques, soit les maladies physiques et les maladies de l'esprit, nous sommes amenés au constat que le lien entre maladies mentales et le suicide est plus importante que pour les autres affections aux yeux des médecins de l'époque.

Tableau 8
Causalité des suicides par catégories

Peut conduire au suicide Causes prédisposantes		Le suicide est une caractéristique Causes déterminantes	
Maladies physiques	Maladies de l'esprit	Maladies physiques	Maladies de l'esprit
66,6% (12 articles)	29,6% (16 articles)	5,5% (1 articles)	92,6% (50 articles)

Aussi, parmi les pathologies qui affichent les plus fortes causes à effet avec le suicide, nous trouvons en premier lieu les différentes formes de la mélancolie⁴⁰ ainsi que l'alcoolisme. Dans ces deux cas, l'ensemble des médecins qui décrivent ces pathologies voient les tentatives de suicides et les comportements suicidaires comme étant des stades de

⁴⁰ Il faut comprendre ici la mélancolie au sens médicale du terme pour l'époque comme un état pathologique spécifique. La mélancolie est comprise comme une passion triste, une série d'états successifs de tristesse, ce qu'Esquirol qualifie de Lypémanie (Douville, 2013).

développement de la pathologie, à savoir un signe de sa progression. Cette position est spécifiquement mentionnée dans l'article de Plouffe et Legrand (1934) où le suicide est la phase terminale du *raptus mélancolique*. Ce constat sur la faible morbidité des différentes pathologies liées au suicide confirme l'importance de l'enjeu de la lucidité des suicidaires. En effet, comment un médecin justifiera-t-il l'aliénation mentale d'un patient accusé de tentative de suicide alors qu'une importante part des autres patients dit aliénés qui ont fait une tentative de suicide n'expriment pas le désir de *s'enlever la vie* ? La question de la lucidité, et implicitement de la responsabilité, est ici primordiale et nous devons l'explorer en profondeur. Nous allons donc nous attarder plus longuement sur la démonstration et l'empirie développée par les médecins qui écrivent dans l'UMC avec les articles mentionnant les origines tant psychiatriques que non-psychiatriques des suicides. Nous reprenons ici chacune des causes spécifiques que nous avons observées afin de mettre à jour les liens qui les relient aux suicides selon les médecins de l'époque.

5.1. La mélancolie et les états mélancoliques : incertitudes étiologiques chez les psychiatres

Sans conteste, l'association pathologique la plus fréquemment invoquée pour expliquer les suicides et la propension à *s'enlever la vie* est la mélancolie. Présente dans 12 articles (22%) des 54 articles recensés identifiant le suicide à une pathologie de l'esprit, cette cause représente également 25% des cas relevant seulement de la maladie mentale. Certains médecins associent à cette pathologie un lien fort avec les suicides. Ainsi, le Dr Derome écrit :

Parmi les affections mentales proprement dites qui poussent au meurtre de soi-même, il faut placer en première ligne, la mélancolie et les états mélancoliques : délire hypocondriaque, délire mélancolique, etc. ; plus rarement, le délire de persécution, le délire religieux, la psychasthénie et les divers états maniaques (UMC 1919, novembre, p.566).

À l'instar du suicide, les états mélancoliques constituent une catégorie nosologique qui change et se transforme dans le discours médical, particulièrement du 19^e au 20^e siècle (Haustgen, 2013, p.55-82). Effectivement, les appellations décrivant les états dépressifs sont nombreuses et présentent successivement différentes formes de la mélancolie ou encore renomment un ensemble de symptômes déjà observé. Ainsi, dans les articles médicaux, il est question de lypémanie, de mélancolie, de raptus mélancolique, de spleen, de mélancolie dépressive, de délire mélancolique, de cyclothymie, de maniaco-dépression, puis de dépression (Haustgen, 2013, p.60). Plus qu'une simple évolution sémantique, les différentes appellations de la mélancolie sont également le reflet de différentes conceptions de la pathologie. En effet, la mélancolie est l'objet de débats dans le champ psychiatrique sur sa nature.

L'un de ces débats est exposé par le Dr Villeneuve (Villeneuve, UMC, février 1918, p.53-54 et décembre 1917, p.577-578) et met en opposition les théories des psychiatres Kraepelin et Magnan (UMC 1918, p.53). Selon Kraepelin (UMC 1918, p.53), la manie et la mélancolie ne forment qu'une seule entité pathologique. Ainsi, il n'y a pas matière à faire une distinction diagnostique entre ces deux états. Pour Magnan, toujours selon Villeneuve, (UMC 1918, p.54), il s'agit bien de deux états distincts. Pourtant, ce dernier reconnaît aussi l'existence de la mélancolie maniaco-dépressive comme entité pathologique. Au Québec, le Dr Villeneuve prend position pour l'approche du Dr Magnan, preuves à l'appui

selon lui. En 1918, un article du Dr Villeneuve vient réaffirmer les distinctions entre les états maniaques et les états mélancoliques (UMC, février 1918). Pourtant, ce dernier s'intéresse également à la forme pathologique qui unit les états maniaques et les états mélancoliques. Or, pour valider les théories de Magnan, Villeneuve observe les cas d'admission et de réadmission en institut psychiatrique pour ces deux états, soit 171 cas de manies et 163 cas de mélancolie, et constate une similitude statistique entre les deux (UMC 1918, p.55). Toujours en s'appuyant sur les travaux de Magnan, Villeneuve décrit donc trois types différents de mélancolie (p.56). La première étant une mélancolie simple, la manie, qui est non récidivante et causée par diverses raisons (non précisées)⁴¹. La deuxième étant une forme dépressive qui se caractérise par de l'agitation et résulte d'une dégénérescence mentale, ici causée par le milieu et les hasards de la vie. Ces deux types de mélancolie, manie et dépression sont, selon lui, évitables et plus facilement traitables. La troisième forme est une forme fatale de la mélancolie (conduisant inéluctablement à la mort), soit sa forme cyclothymique, alternance entre période maniaque et dépressive (UMC 1918, p.54). Aussi, le Dr Villeneuve reconnaît la justesse du nouveau terme employé pour désigner cette psychose : maniaco-dépressive.

Bien que Villeneuve reconnaisse que les causes de cette maladie soient inconnues, il avance une piste interprétative. Dans le cas de la mélancolie maniaco-dépressive, les causes exogènes sont jugées ne jouer qu'un rôle accessoire (contrairement aux 2 premiers types de mélancolie). Selon lui, il doit donc y avoir une cause endogène à cette pathologie. L'hypothèse avancée est que la rétention d'azote conduirait à une auto-intoxication. Ainsi,

⁴¹ « causées par tout » dans le texte.

la rétention d'azote conduirait directement aux états mélancoliques dépressifs, alors que le déficit uréopotitique (insuffisance de l'uréopoièse) qui en résulte causerait les états maniaques. On peut aussi voir qu'à travers cette hypothèse, reposant sur un dérèglement chimique du corps, l'amorce d'un changement en recherche psychiatrique qui délaisse de plus en plus des théories comme celle de la dégénérescence pour explorer davantage le cerveau, ouvrant la voie à la neuropsychiatrie qui se développe dans les années 1930 (Perreault et Thifault, 2012). Toutefois, l'hypothèse avancée par Villeneuve sur le rôle de l'azote demeure singulière, puisqu'elle ne semble pas reprise par ses collègues qui vont explorer d'autres avenues sur la nature pathologique de la mélancolie et de son caractère morbide, comme le Dr Bellefeuille.

En effet, le Dr Bellefeuille porte une plus grande attention à expliciter la mélancolie et les liens qui relient cette pathologie au suicide (UMC, mai 1928). Pour lui, la dépression et ses nombreuses déclinaisons sont considérées comme des facteurs importants des causes de suicide, et ce depuis fort longtemps. Pour le Dr Bellefeuille, la mélancolie serait responsable de 60 à 75% des cas de suicide :

Le suicide peut être la conséquence d'idées délirantes dont les plus dangereuses comme causes de suicide, sont les idées déprimantes avec ton affectif triste, telles les diverses idées mélancoliques : idées de culpabilité ou d'auto-destruction [...] Ces diverses idées délirantes accompagnées d'un ton affectif triste, de douleur morale, forment les symptômes cardinaux des divers états mélancoliques chez lesquels on rencontre des idées de suicide dans 60 à 75% des cas (UMC décembre 1929, p.731-732).

Ainsi, les différentes formes de symptômes et de pathologies associées à la mélancolie sont la lypémanie et la dépression ainsi que l'hypocondrie, qui y est également associée. Le Dr Bellefeuille décrit ainsi les diverses affections mélancoliques :

Idées de culpabilité ou d'auto-accusation ; la pensée de la faute commise engendre le désir d'expiation cette faute, et le malade se tue pour se faire pardonner, victime expiatoire, son crime imaginaire. De même : les idées d'humilité avec sentiment d'infériorité vis-à-vis des personnes de l'entourage ; idées de désespoir avec dégoût de l'existence, conviction qu'il supportera, toute sa vie, les mêmes souffrances morales ; idées de ruine si fréquentes chez le dément sénile ; idées de damnation avec conviction profonde que tout est inutile, que rien ne peut le sauver (UMC décembre 1929, -p.732).

Outre ce descriptif des diverses formes de dépression et de mélancolie⁴², cette section que le Dr Bellefeuille consacre à la principale cause du suicide ne constitue pas le cœur de l'article. En fait, il y consacre moins de contenu que sur le sujet des suicides causés par le délire impulsif ou encore les hallucinations. Le Dr Bellefeuille traite également de l'ennui comme cause pathologique du suicide associé à la dépression. Ce médecin en distingue deux formes : l'ennui normal, qui résulte de l'oisiveté et se veut sans conséquence, et l'ennui morbide, qui lui peut mener au suicide. Cet ennui morbide, qui se manifeste de façon spontanée chez des individus qui dépensent pleinement leur énergie, est ainsi qualifié de *spleen*, dont nous avons déjà traité dans notre section sur l'hérédité. Or, bien que dans les travaux du Dr Bellefeuille sur le suicide le rôle prépondérant de la mélancolie y soit affirmé, une part considérable de son analyse porte également sur l'hérédité, l'alcoolisme, l'obsession, les hallucinations et les impulsions. Deux de ses collègues, les Drs Daniel Plouffe et Émile Legrand (UMC, 1934, p.758-779), vont d'ailleurs être critiques de cette vision de la « mélancolie vague des poètes, le spleen, » et vont pousser plus loin leurs analyses en

⁴² Notons que nous ne retrouvons pas la forme amorphe de la dépression où l'individu est pris de stupeur et ne réagit pas ou peu aux *stimulus* tel que décrit par Dr Ball (UMC 1887).

avançant que les suicides ne constituent pas un risque à forte probabilité dans les cas de mélancolie, mais qu'ils en constituent systématiquement la phase ultime.

Les Drs Daniel Plouffe et Émile Legrand cherchent en effet à démystifier une pathologie qu'ils jugent mal comprise par leurs collègues, la mélancolie. Sans chercher à réécrire la théorie existante sur cette maladie⁴³, ils vont plutôt en expliciter certains aspects, souligner son caractère morbide et discuter des implications sociales face à cette pathologie (UMC août 1934, pp760-779). Plouffe et Legrand débutent leur article par une mise en garde contre la banalisation de la mélancolie qui peut souvent conduire au suicide tout en critiquant la méconnaissance de cet état, tant dans le milieu médical que chez les profanes. Ils dénoncent notamment que cette pathologie est associée à une « maladie imaginaire et passagère » par certains collègues. Pour ces docteurs, le lien de cette maladie avec le suicide est ici présenté non pas comme si le passage à l'acte en est un symptôme parmi d'autres, mais bien comme le stade ultime de la maladie. Plus encore, la possibilité que cette condition conduise également aux meurtres-suicides est affirmée. Ils écrivent :

[...] on traite ces malades à domicile avec des toniques, jusqu'à ce qu'un jour, ils se jettent à la rivière, se précipitent par une fenêtre, se pendent, et quelquefois entraînent avec eux dans la mort, leurs enfants ou leur conjoint. On le voit très bien, la méconnaissance de ce syndrome est d'une gravité très grande, parce que, selon l'expression de Logre "c'est une erreur qui tue ou qui peut tuer". Le tragique de cette fin est d'autant plus déplorable que la plupart de ces malades, bien soignés et bien protégés par une surveillance étroite, auraient guéri parfaitement avec la simple possibilité de récidives ultérieures. Que de crimes et de suicides pourraient être évités

⁴³ Ces auteurs se réfèrent principalement à : R. Masselon, *La mélancolie*; Dupré, *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*; Devaux et Logre, *Les anxieux*; Régis, *Précis de psychiatrie*; Rogues de Frusac, *Manuel de psychiatrie*; H. Claude, *Psychiatrie médico-légale*; Chaslin, *Éléments de sémiologie et clinique mentale*; Durand, *La mélancolie*; Seglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*; Kraepelin, *Introduction à la psychiatrie*; Laignel-Lavastine, *La pratique psychiatrique*; Bellefeuille, *Le suicide*; Morache, *La responsabilité*; Fauconnet, *La responsabilité*; Forel, *Crime*.

si le public médical connaissait suffisamment les réactions de ces maladies (UMC 1934, p.760) .

Cette tendance pour les médecins à banaliser le sérieux des idéations suicidaires s'observe notamment dans un article plus ancien de l'UMC où les suicidaires sont associés à des simulateurs (UMC, novembre 1890, p.598). Dans cet article, une différenciation est effectuée entre les hystériques, qui agissent par impulsion, et les mélancoliques, qui choisissent le moment de leurs tentatives de suicide. Ainsi, les individus diagnostiqués comme hystériques voient leurs tentatives de suicide ne pas être prises au sérieux, leurs gestes étant interprétés comme actes de manipulation ou encore de jeu puéril fait afin d'attirer l'attention (UMC 1890, p.598). Donc, après avoir affirmé le sérieux de cette pathologie, les Drs Plouffe et Legrand en explicitent les causes, qui sont aussi nombreuses que les formes que prend la mélancolie.

De façon générale, la mélancolie est décrite comme « *Une dépression psychique, une tristesse morne prostrée [qui] tend aux idées de suicide et au désespoir* » (UMC 1934, p.760). Cette dépression survient par crises entrecoupées de moments de bonne santé d'une durée variable. Ces médecins notent également que des symptômes de manie sont fréquemment présents chez les mélancoliques. Plus spécifiquement, la mélancolie est principalement décrite comme une psychose affective plutôt qu'une psychose intellectuelle. Chez les mélancoliques, certains troubles de l'esprit ne se manifestent pas, comme le délire ou les hallucinations, pourtant leur sensibilité générale est affectée. Ce trouble se traduit donc par le dérèglement de la « conscience de sa corporalité » chez un individu (p.761-762). Ce

trouble vient ainsi perturber la « sensibilité générale commune », aussi appelé coenesthésie⁴⁴.

Dans la mélancolie, les troubles de l'affectivité seront par conséquent le résultat d'un sentiment de tristesse inquiète et non pas 'd'idées maladie'. Les idées délirantes qui surviendront seront en rapport avec cet état coenesthésique pénible. Elles naîtront spontanément, indépendamment les unes les autres, et viendront préciser l'état affectif (UMC 1934, p.761).

Ce dérèglement est la source des idées sombres chez les mélancoliques qui deviennent récurrentes et obsédantes, puis finissent par provoquer un délire et affecter la sphère intellectuelle. Dans cette perspective, 4 troubles sont observés chez les mélancoliques : un trouble de la sphère affective, un de la sphère intellectuelle, un autre de la sphère psychomotrice et finalement un des troubles physiques.

Le trouble de la sphère affective se caractérise par un tempérament désemparé, las et morne. L'individu apparaît accablé d'une grande tristesse insurmontable. De l'anxiété peut également se manifester. Ainsi, ce trouble, *a priori* affectif, évoluera en trouble intellectuel. Le mélancolique manifeste des difficultés langagières similaire à l'aphasie. Parler ou accomplir les tâches les plus simples représente alors un effort presque insurmontable. Ici les idées suicidaires et délirantes sont bien manifestes (UMC 1934, p.762). Les mélancoliques affirment qu'ils sont ruinés ou qu'ils vont conduire leurs familles à la ruine, qu'ils sont des monstres, des « pourritures » et qu'ils sont damnés pour les grands péchés qu'ils ont commis. À cela, s'ajoute une grande douleur qui se manifeste par les troubles de la sphère psychomotrice. Ce trouble s'exprime parfois par une intériorisation de la douleur

⁴⁴ La coenesthésie, ou cénesthésie, est un concept développé au début du 20^e siècle par des psychiatres et aliénistes français. La promotion de ce terme est également tributaire de médecins adhérant au courant vitaliste du début du siècle.

où l'individu est apathique, faible, maigre, inerte et passif. Dans d'autres cas, l'individu extériorise sa douleur de façon manifeste ;

Il pleure, crie, gémit, se tord les mains, se frappe la tête contre les murs, s'épile les cheveux, s'égratigne avec ses ongles ou avec des épingles, se mutilé parfois gravement, se crève les yeux, se coupe la langue, etc.... Si la douleur est trop intense, toutes les fonctions psychiques sont comme paralysées et le malade tombe dans un état de stupeur, où il est inerte, indifférent à tout, muet, absolument stupide (UMC, août 1934, p.763).

Enfin les troubles physiques se manifestent sous diverses formes. Il est essentiellement question d'une baisse de la tension artérielle, de troubles vasomoteurs, d'asphyxie locale ou d'œdème par stase veineuse. De plus, s'observe de l'hypothermie, de la perte de poids, de la dyspepsie, de la constipation et de l'insuffisance hépatique. Après avoir tracé cette description générale des mélancoliques, les Drs Plouffe et Legrand précisent qu'il s'agit d'un portrait d'ensemble et que ce ne sont pas tous les mélancoliques qui affichent l'entière-
té de ces symptômes. Toutefois, leurs observations menées sur leurs patients les amènent à constater quatre formes plus spécifiques de mélancolie, qui sont la dépression mélancolique, la mélancolie anxieuse, la mélancolie avec stupeur et la mélancolie délirante.

Si l'on observe ces quatre formes de mélancolie en considérant les risques associés à la tentative de suicide, la forme qui est décrite comme la plus « dangereuse » est la dépression mélancolique (UMC 1934, p.770). Cette forme de mélancolie comporte des symptômes analogues aux neurasthéniques⁴⁵ et il y a ainsi un grand danger de confondre ces patients avec eux. Un mauvais diagnostic place ainsi les patients sous le radar d'une surveillance plus stricte afin de prévenir une éventuelle tentative de suicide. De plus, les

⁴⁵ État durable d'abattement accompagné de tristesse.

individus atteints de cette forme de mélancolie sont lucides, bien que sur le bord de basculer dans la folie, et sont fréquemment renvoyés chez eux puisqu'ils ne présentent pas de symptômes d'aliénation. Cette association entre état lucide et mélancolique laisse entendre que, même sans symptôme, un mélancolique peut *s'enlever la vie*, perspective qui s'inscrit clairement dans une conception essentiellement pathologique du suicide.

C'est donc chez cette forme de mélancolie que les Drs Plouffe et Legrand croient que les tentatives de suicide y sont les plus fréquents. Cela dit, selon eux, les tentatives de suicide sont plus manifestes dans les formes de la mélancolie anxieuse et de la mélancolie délirante. Dans sa forme anxieuse, les individus sont en proie à une grande agitation et les idéations suicidaires sont claires et fréquemment affirmées. Puisque ces individus réaffirment sans cesse vouloir *s'enlever la vie*, ils sont plus systématiquement internés et font l'objet d'une surveillance accrue. Il en va de même pour les cas de mélancolie délirante où se manifestent des hallucinations, des délires (dont le syndrome de Cotard⁴⁶) et une folie manifeste. Ces patients font également l'objet d'une plus grande attention considérant le risque qu'ils commettent une tentative de suicide dans une crise de délire. Enfin, la forme de mélancolie la moins propice au passage à l'acte suicidaire est la mélancolie avec stupeur, où l'individu est sans réaction, amorphe et apathique. Bien que le suicide soit possible dans cette forme pathologique, Plouffe et Legrand rapportent l'avoir rarement constaté. Toutefois, ils observent une forte tendance au refus de s'alimenter et ces patients peuvent se laisser dépérir jusqu'à la mort (UMC, août 1-934, p.765).

⁴⁶ Découvert par le psychiatre français Jules Cotard (1840-1889), ce syndrome (idéation de négation d'organes) décrit des patients ayant des troubles dépressifs qui se mêlent à des hallucinations, notamment l'idée que ses propres organes sont morts, pourris, de pierre etc. Un sentiment de damnation serait également associé à ce syndrome.

Pour revenir sur les liens étroits entre les diverses formes de mélancolie et le suicide, les Drs Plouffe et Legrand rappellent que le suicide peut survenir dans tous les types de mélancolies. Cette occurrence est décrite comme systématique (UMC, août 1934, p.768-769). En ce qui a trait à la responsabilité du suicide, il apparaît évident pour ces médecins que les suicidaires mélancoliques ne sont pas responsables, ni conscients, de leurs gestes et ne devraient pas en être tenus criminellement responsables. Ils écrivent au sujet des meurtres-suicides : « *Au point de vue judiciaire, ces actes ne doivent pas être punis, même si le malade a témoigné d'un réel sang-froid [...] parce qu'ils ont été exécutés sous l'influence d'un état pathologique qui rendait leur volonté inopérante. En d'autres termes, ces malades ont été contraints par une force à laquelle ils n'ont pu résister* » (UMC, août 1934, p.770). Les injonctions de médecins sur la légalité de certains objets sont bien présentes dès le début du 19^e siècle, et des médecins s'expriment sur des objets de droit comme on peut le voir dans nos sources : *De la valeur médico-légale des ecchymoses sous pleurales* (Girard, UMC, 1877), *Les verdicts de la cour du coroner du district de Montréal* (Ville-neuve et Johnston, 1893), *Les aliénés devant la loi* (Villeneuve, UMC, 1896 et 1898) *Période médico-légale de la paralysie générale* (Derome, UMC, 1910), *L'expertise psychiatrique en matière pénale dans la province de Québec et plus particulièrement dans le district judiciaire de Montréal* (Villeneuve, 1916), *Le suicide et la responsabilité* (Bellefeuille, 1929). Bien sûr, le développement de la médecine légale est un élément primordial de cet intérêt pour le droit, mais celui-ci dépasse cette nouvelle discipline et s'inscrit dans une dynamique de régulation sociale entre droit et médecine (Conrad, 1975; Conrad et Schneider, 1980, p.246-252; Corriveau, 2007, p.92-98).

Cela dit, le cas particulier de la dépression mélancolique, où l'individu apparaît comme entièrement lucide, donc potentiellement responsable criminellement de son geste, est plus délicat. Plouffe et Legrand reconnaissent la lucidité chez ces individus. Pourtant, les observations qu'ils ont menées chez leurs patients, dont cinq cas sont relatés dans leur article, les amènent à conclure que les tentatives de suicide sont accomplies dans un bref moment de folie impulsive qu'ils nomment raptus mélancolique (UMC, août 1934, p.771-776).

Dans l'évolution de la mélancolie, il arrive d'observer de rares moments où les malades sont pris soudainement d'une sorte de crise impulsive pendant laquelle ils se livrent à des actes dangereux, violents et automatiques. Ils deviennent brusquement agités et se jettent sur l'entourage dans un moment où le contrôle de leurs actes leur échappe totalement. Ces accès appelés raptus mélancoliques peuvent être extrêmement courts ou durer plusieurs heures (p.771).

Ce raptus mélancolique est un état pathologique qui ne doit pas être confondu avec l'hystérie. Dans ce court instant, les pulsions au suicide et à l'homicide seraient exacerbées, conduisant au passage à l'acte. Par la suite, l'individu ne garderait qu'un vague souvenir de ce moment voire aucun souvenir. Ainsi, même dans les cas où les patients affichent une lucidité franche, les moments du passage à l'acte sont, eux, considérés comme non conscients et intrinsèquement pathologiques.

Au passage, Plouffe et Legrand vont évoquer le risque criminel (de commettre un crime) que posent ces individus mélancoliques, tout en affirmant que c'est leur état maladif qui les pousse à l'action. Dans leurs perspectives, l'homicide commis par un mélancolique, souvent sur les membres de sa famille, doit davantage être associé au suicide plutôt qu'au

meurtre attestant ici d'une remise en question de la place de la médecine dans le droit criminel qui « contrôle » encore les suicides. Plouffe et Legrand critiquent encore la mainmise du droit criminel sur la prise en charge des suicides :

Dans une affaire criminelle récente, on nous objectait que si le mélancolique tue de préférence ces proches, c'est qu'il fait un choix ; or ce choix suppose un certain degré de discernement qui devrait mettre en doute son irresponsabilité. Bien que ce choix existe, le mélancolique ne reste pas moins un délirant et c'est sous l'influence de ce délire qu'il commet son crime. Son acte comme son choix sont dictés par ses idées morbides. Après analyse, nous pourrions conclure que ces malades suicident leurs proches plutôt qu'il ne les tue. C'est l'homicide altruiste (UMC, août 1934, p. 770).

Notons que cette association générale entre la mélancolie et les impulsions violentes conduisant aux suicides et aux meurtres, est répandue dans les pages de l'UMC et est notamment décrite par le Dr Dagonet (UMC, août 1887), qui écrit au sujet de la mélancolie que :

La perversion des sentiments naturels, et particulièrement du sentiment de la maternité, les impulsions homicides et les tendances au suicide ont été observées dans la mélancolie, comme dans la manie des nouvelles accouchées. [...] Elles sont caractérisées par une tendance à des états de stupeur, des actes impulsifs, meurtre, suicide, etc. (UMC septembre 1894, p.482).

Toutefois, il n'y a pas unanimité sur cet enjeu. Bien que l'idée d'associer suicide et risque d'homicide soit marginale, le Dr Fielding Blandford, un médecin britannique, avance le contraire et croit que les mélancoliques ne représentent aucun danger de commettre un meurtre (sur autrui). Il précise que « *les mélancoliques ne sont pas violents ; le danger principal est le suicide, ensuite le refus de ne prendre aucune nourriture* » (UMC, novembre 1887, p.602).

Ainsi, les Drs Plouffe et Legrand apportent une importante contribution à la théorie de la mélancolie. Dans leur perspective, bien que multiforme et présentant divers

symptômes, la mélancolie constitue en soi une catégorie nosologique propre et distincte. De plus, le passage à l'acte de la tentative de suicide est dit relever d'une impulsivité inconsciente le *raptus mélancolique*. Cette approche ne fait pourtant pas l'unanimité chez les médecins de l'époque. Dans la même publication de l'UMC d'août 1934, Le Dr Tellier publie un article sur les états maniaques dans lequel la mélancolie n'est qu'une de ses trois formes possibles, et ce sans qu'il ne soit question d'impulsivité (UMC août 1934, pp.911-921).

Le Dr H. Tellier, en abordant le thème des états maniaques, consacre un article sur les traitements de la psychose maniaque dépressive (UMC 1934, p.912-913). À l'instar des travaux du Dr Villeneuve, Tellier voit trois formes distinctes de la pathologie, soit la forme maniaque, la forme dépressive et la forme maniaco-dépressive (mixte). L'objectif principal de cet article n'est pas étiologique, mais constitue une revue d'ensemble des différents traitements existants pour traiter cette pathologie, traitements qu'il emploie dans sa pratique à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu. De *prime abord*, l'isolement est privilégié pour calmer toutes formes d'agitation et de violence et ainsi soustraire ces patients aux stimuli néfastes à leur condition. À cet égard, Tellier souligne qu'il faut éviter cet isolement seulement avec les maniaco-dépressifs qui rapportent des idées de suicides et d'automutilations, dus au risque qu'ils s'enlèvent la vie. Dans cette perspective, en contradiction claire avec l'article des Drs Plouffe et Legrand, les états maniaques-dépressifs ne conduisent pas systématiquement au suicide. Les assises théoriques qui guident la pratique du Dr Tellier sont principalement celles de Kraepelin de la psychiatrie française.

En somme, la majorité des articles qui mentionnent un lien entre une forme de mélancolie et le suicide vont généralement y associer d'autres causes pathologiques. En effet, sur les 22 articles traitant de mélancolie et de suicide, 19 associent la mélancolie à une autre condition médicale, tant et si bien qu'on ne parle que rarement de seulement la mélancolie. À titre d'exemple, le Dr Dieulafoy (UMC, mai 1886, p.229-231), qui traite de l'insuffisance rénale (maladie de Bright), observe en clinique que dans les stades avancés de la maladie, les patients sont sujets, d'une part à des hallucinations, mais aussi à une forme lypémanique (mélancolique)⁴⁷ de la maladie, qui conduit au suicide des malades. La mélancolie est ainsi présentée, avant les travaux du Dr Villeneuve en 1918, comme étant le corollaire d'autres pathologies. Ainsi, la mélancolie est rarement présentée comme une cause unique des suicides.

Nous constatons également que les fréquentes associations entre le suicide et la mélancolie ne sont que rarement au cœur des articles scientifiques dans lesquels ils apparaissent et qu'elles ne font habituellement que l'objet d'une mention. Ainsi, peu d'articles (4 en tout, principalement écrit après 1918) traitent directement de la relation entre la mélancolie et le suicide. Dans l'ensemble, le suicide apparaît comme un risque associé à la pathologie mélancolique, sans pourtant en être une fatalité. Nous constatons que ce lien s'affermi avec les travaux des Drs Derome, Bellefeuille, Plouffe et Legrand. Toutefois, bien que constituant la cause la plus importante de la relation entre pathologies et suicide, cette explication ne fait manifestement pas l'unanimité, l'association entre la mélancolie et le suicide ne se retrouve que dans 22% des articles recensés. Il faut donc garder en tête que

⁴⁷ Une des formes de la mélancolie, surtout au 19^e siècle.

cette occurrence entre mélancolie et suicide, bien que forte, laisse la place à d'autres pistes explicatives sur les causes des suicides. Ainsi, 78% des articles que nous avons analysés mentionnent d'autres causes, révélant ainsi une importante majorité de cas où la mélancolie n'est pas identifiée comme responsable des suicides. Nous allons maintenant nous pencher sur les autres principales pathologies ou associations pathologiques pouvant conduire au suicide.

5.2 Le caractère héréditaire du suicide (le suicide, une histoire de famille)

La question de la transmission des maladies mentales et des comportements suicidaires par l'hérédité est au cœur de bien des réflexions au 19^e et au début du 20^e siècle. Lier le geste suicidaire à l'hérédité repose sur un *a priori* important, celui d'une prédisposition physiologique au suicide. Il n'est donc pas question ici d'imitation ou de reproduction d'un geste observé, ce qui constitue une cause pathologique distincte. Comme le soutient Marsh (2010, p.116), l'idée du caractère héréditaire du suicide provient du développement des connaissances et théories sur ce geste au 19^e siècle. En cherchant à trouver les causes du suicide, les médecins psychiatres de l'époque développent l'idée que ce geste résulte d'une défaillance physiologique, une dégénérescence chez les individus suicidaires. L'intérêt grandissant que vont porter les psychiatres du 19^e siècle à l'hérédité n'est toutefois pas une spécificité propre à ce champ, ni même unique au champ médical, mais est bien le reflet d'un courant qui prend son envol dans les milieux scientifiques de l'époque (Tibon-Cornillot, 1990). En effet, les recherches entamées par Buffon (1707-1788) sur les espèces animales et végétales ouvrent la voie à la catégorisation et la classification

systematique des êtres vivants dans différents champs de recherche. Les idées de race et d'hérédité sont alors érigées en constructions théoriques, notamment par Gregor Mendel (1822-1884) puis par Charles Darwin (1809-1882). C'est dans ce contexte que se développe l'idée que les maladies mentales sont héréditaires. Ainsi, ce postulat va constituer la base empirique d'une théorie importante sur les maladies mentales pour l'époque, soit la théorie de la dégénérescence héréditaire développée par Bénédict A. Morel (1809-1873).

Cette théorie avance que les lésions cérébrales, à l'origine des maladies mentales, sont initialement causées par des facteurs externes : environnementaux, sociaux et moraux. Ces lésions deviennent des caractéristiques intrinsèques aux individus qui les transmettent à leur descendance en les aggravant. Ainsi, de génération en génération, l'augmentation de ces lésions en vient à faire de ces individus des dégénérés inaptes à la reproduction et à la vie sociale, conduisant ultimement à l'extinction de leur lignée. Plus qu'une théorie médicale sur l'origine des maladies mentales, la théorie de la dégénérescence se développe en conformité avec l'idéologie des dirigeants politiques et économiques de l'époque et sert aussi à justifier une vision fortement hiérarchisée et utilitariste de la société (Dowbiggin 1993). L'attrait pour la théorie de la dégénérescence dans les milieux politiques et médicaux de l'époque va notamment permettre d'asseoir l'expertise psychiatrique et de donner ses lettres de noblesse à une spécialité médicale qui peinait jusque-là à être reconnue au même titre que les autres grands champs médicaux. Cependant, cette théorie est délaissée par les médecins psychiatres au début du 20^e siècle, ceux-ci la jugeant imprécise et ayant des bases théoriques faibles (Dowbiggin, 1991). Il n'en demeure pas moins qu'elle a profondément marqué le champ psychiatrique de la deuxième moitié du 19^e siècle au début

du 20^e tant en Europe qu'en Amérique. À cet égard, il est intéressant de souligner que l'idée du rôle de l'hérédité dans les suicides est encore bien présente de nos jours (Courtet, 2010 ; Turecki, 2001, 2008 ; Kaminsky et coll., 2015), non pas dans la perspective de la théorie de la dégénérescence, mais dans une approche qui s'appuie sur la génétique.

Le milieu psychiatrique du Québec est donc aussi touché par la théorie de la dégénérescence, celle-ci étant diffusée dans les asiles de la province, notamment par les aliénistes Bourque et Duquet (Grenier, 1994). Dans un article phare de l'UMC du Canada, *La folie héréditaire ou folie des dégénérés*, le Dr Duquet fait l'apologie des théories de l'émule de Bénédic Morel, le psychiatre Valentin Magnan (1835-1916) (UMC, janvier 1888, p.5-15, Dr E. E. Duquet). Dans ce texte, le suicide y est bien décrit comme héréditaire au même titre que d'autres pathologies mentales. Le Dr Duquet écrit :

Le malheureux dégénéré qui est victime de l'impulsion au suicide et à l'homicide est obsédé par l'idée de se tuer ; il a peur de mourir, cette idée le torture et il ne peut la repousser. Si l'impulsion ne disparaît pas, il attentera à ses jours ou à la vie de son prochain ; l'hérédité du syndrome "l'impulsion au suicide" est plus fréquente que les autres. Griesinger⁴⁸ rapporte le cas d'une jeune femme qui s'est pendue, dont la mère avait elle-même essayé de se pendre, et dont le grand-père s'est jeté à l'eau ; le père s'est pendu, et deux sœurs de la mère se sont jetées dans leur puits. Esquirol cite le fait d'un négociant qui se suicida et dont les quatre fils se suicidèrent plus tard ; Dagonet⁴⁹ rapporte celui d'un jeune homme qui alla se noyer au même endroit où son père s'était jeté lui-même auparavant UMC 1888, p.12).

On comprend que pour E. Duquet les tentatives de suicide ont un fort lien avec l'hérédité, mais sont également associées au caractère criminel chez les individus,

⁴⁸ Wilhelm Griesinger (1817-1868) : psychiatre et neurologue allemand.

⁴⁹ Henri Dagonet (1823-1902) psychiatre et auteur du *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales* (1862). Il a notamment travaillé avec Valentin Magnan.

rejoignant ainsi les théories de Lombroso (1835-1909) sur les traits héréditaires de la criminalité et sa théorie du *Criminel né*. Malgré une certaine similitude entre les théories de Morel et de Lombroso, Duquet s'affiche comme un sévère critique de cette dernière. Nous y reviendrons dans un instant.

Face à la question de la responsabilité criminelle dans le suicide, Duquet présente le rôle de l'hérédité davantage comme une explication des causes du suicide que comme une force qui viendrait l'excuser. En commentant l'expertise médicale du procès de M. Ménétrier⁵⁰, qui a, entre autres, commis une tentative de suicide, il en appelle à la vigilance face aux suicidaires qui clament leur innocence (UMC, avril 1888, pp. 169-175, Dr E. E. Duquet). Pour lui, il y a une distinction claire entre les gestes commis sous une impulsion incontrôlable et ceux qui sont commis avec un motif. Dans le cas que Duquet analyse, il juge que la tentative de suicide et les autres crimes de Ménétrier sont dus principalement à son alcoolisme, caractéristique héréditaire. C'est à la suite de cette analyse que Duquet pourfend les théories de Lombroso, qualifiées d'anthropologie criminelle, en particulier sa théorie du *Criminel né* dans laquelle les fous moraux criminels sont distincts des idiots et imbéciles des asiles. Duquet écrit :

L'auteur (Dr Marandon) fait ensuite une description du criminel né qui, d'après les recherches de Lombroso, serait un être à part, muni de stigmates physiques de deux espèces, dont les uns ont un cachet dégénératif rappelant l'aliénation mentale, et les autres un cachet atavistique rappelant les peuplades primitives ; il dit que Lombroso conclut de là que le criminel tient du sauvage et de l'aliéné ; confusion regrettable. Il divise lui-même les criminels nés en deux classes, les uns, à stigmates physiques dégénératifs, sont des fous moraux, les autres, à stigmates physiques atavistiques, ressemblant des peuplades primitives, sont les criminels nés proprement dits. Ceux qui ont lu l'admirable description de la folie des dégénérés par le savant médecin en chef de l'asile St. Anne, de Paris, reconnaîtront facilement les signes caractéristiques

⁵⁰ Procès de Ménétrier, dont les Drs Marandon et Montyel ont fait un rapport médico-légal.

de sa dégénérescence héréditaire, dans ces signes physiques atavistiques des prétendus criminels nés. Si le professeur Lombroso, et après lui l'auteur du rapport, avaient suivi la méthode expérimentale, s'ils avaient comparé les imbéciles, fous moraux des bagnes, portant leurs prétendus signes physiques atavistiques, avec les idiots, imbéciles et débiles internés dans les asiles d'aliénés, ils auraient trouvé que les mêmes signes physiques se rencontrent chez les uns et les autres, et qu'ils sont tous le résultat de la dégénérescence héréditaire (Duquet, UMC, 1888, p.172).

On le note, pour Duquet ils ne forment qu'une même catégorie où les caractéristiques atavistiques sont uniquement dues à la dégénérescence héréditaire (théorie de Morel). Dans le cadre du procès de Ménétrier (Duquet, 1888, pp.169-175) Duquet applaudit d'une part les recommandations du médecin expert qui recommande la mise à mort du suspect pour l'ensemble des crimes qu'il a commis et d'autre part, contredit la démarche scientifique avec laquelle il arrive à cette conclusion c'est-à-dire l'emploi de l'anthropologie criminelle. Sans nier des traits de dégénérescence mentale, Duquet est convaincu que le suspect pouvait contrôler ses pulsions criminelles « sans grands efforts » s'il l'avait vraiment voulu. L'hérédité vient ici expliquer les gestes criminels, tels que la tentative de suicide, mais ne les dédouane pas pour autant de leur nature criminelle et intensionnelle.

L'hérédité est également invoquée pour expliquer certains cas de suicides problématiques, notamment chez les patients qui ne présentent pas de symptômes pathologiques généralement rattachés au suicide. Dans cette perspective, le caractère conscient et lucide du suicidaire est mis de l'avant. En s'appuyant sur les travaux du docteur Fursac, le docteur Bellefeuille (UMC, novembre 1929) décrit ainsi les individus atteints de ce que l'on a aussi appelé le mal anglais (Minois, 1995), le *spleen* :

Qui ne délire pas, qui est actif, qui se sent bien portant, qui a réussi normalement dans ses entreprises, qui reconnaît que la vie n'a été pour lui

ni meilleure ni pire que pour les autres, et qui, cependant, est las de tout, qui s'ennuie partout et toujours, qui souhaite sincèrement la mort et parfois se suicide. Si on l'amène à préciser et à justifier son sentiment, il déclare que rien ne l'intéresse, qu'il n'a de goût ni pour le plaisir ni pour le travail, que l'existence lui paraît vide. Il ne connaît plus la joie de vivre qui est le stimulant essentiel de la vie. Le spleen est la négation du vouloir-vivre. Il a pour base l'atrophie de l'instinct de conservation (Bellefeuille 1929, p.734).

S'inscrivant dans un courant théorique encore marqué par la théorie de la dégénérescence (Dowbiggin, 1993), ce type d'idéation provenant de l'atrophie de l'instinct de conservation s'explique, pour le Dr Bellefeuille, par l'hérédité. Le caractère héréditaire du suicide permet d'expliquer ce geste alors qu'aucun autre symptôme de maladie mentale n'est diagnostiqué et n'est apparent. Le cas du *spleen*, ou du suicide par ennui, est intéressant puis qu'il avance que la lucidité des individus est possible malgré la maladie mentale. Même son de cloche pour le Dr Laupts (UMC, décembre 1929, p.735) qui voit également dans le suicide par ennui un trouble passager qui affecte les gens bien portants et n'ayant aucune raison d'être triste ou démoralisé. Cas à l'appui, il avance que ces épisodes peuvent survenir spontanément chez un individu alors qu'il se trouve dans les meilleures dispositions et qu'il passe un bon moment, pour ensuite disparaître aussi soudainement qu'ils sont apparus. Le Dr Bellefeuille a retranscrit les commentaires du patient de Laupts et commente par la suite :

Ce que je ne pourrai jamais vous faire comprendre, c'est la haine, le dégoût, la fatigue de la vie, éprouvée par moi en ces moments-là; et vous ne me croirez pas si je vous dis que j'éprouve alors un désir complet de mourir, un amour immense de la mort qui me semble seule bonne. Je voudrais le néant. Au début, je rapportais ces désespoirs à des causes banales, maintenant, je me rends mieux compte des choses, la crise arrive parce qu'elle doit arriver, elle surviendra n'importe quand et n'importe où, parfois elle est venue certains jours où je me sentais complètement heureux, avant sa venue.

Cette auto-observation a la valeur d'une constatation clinique, écrite qu'elle fut par un homme intelligent, qui s'observait et s'analysait minutieusement ; avec quelle vigueur ne décrit-il pas ce sentiment qui s'empare de lui à ces moments, sentiment à base de haine, de dégoût de la vie, sorte de "biophobie" qui ne peut s'expliquer que par une atrophie, une suspension de l'instinct de conservation (Bellefeuille, 1929, p.735).

Bien que s'inscrivant dans une trame théorique plus large, celle de l'origine des maladies mentales, l'hérédité est clairement désignée comme étant un des éléments pouvant expliquer les suicides. Sans mettre de l'avant son caractère causal, on ne voit pas de recherches qui vont systématiquement recenser l'ensemble des cas de suicide afin d'en tracer l'historique familial et ainsi établir un rapport de cause à effet. Ainsi, lorsque deux ou plusieurs membres d'une même famille commettent un suicide, le caractère héréditaire est mis de l'avant comme cause explicative. Le Dr Bellefeuille reproduit des extraits de l'ouvrage du médecin français Cazauvieille, *Du suicide, sur le caractère héréditaire du suicide* (UMC décembre 1929):

Lorsque dans une famille, les descendants se sont volontairement donné la mort, sans motif connu, ou pour des causes légères ou imaginaires, qu'on remonte plus haut, qu'on examine dans quel état se trouvent leurs ascendants. [...] Dans une certaine famille, habitant la rue X, quatre de ses membres se sont successivement donné la mort dans cette maison. Ils avaient planté un solide crochet dans une poutre, auquel ils attachaient une corde qu'ils se passaient ensuite autour du cou. C'est là qu'ils venaient tous mourir. Avant-hier, un jeune homme de 28 ans, C..., seul survivant de cette famille a suivi l'exemple de ses parents. Il a été trouvé pendu au mur, cette fois à un clou.

E.O..., âgé de 32 ans, avait plusieurs fois manifesté l'intention de se donner la mort. Hier sa femme s'absenta pendant 5 minutes à peine qui suffirent au malheureux pour mettre son projet à exécution. Lorsque Mme O... rentra, elle trouva son mari pendu. Le frère du suicidé s'est noyé dans la Marne, il y a quelques mois; son père avait tenté à plusieurs reprises de se pendre; enfin, son grand-père s'est pendu (Bellefeuille 1929, p.735-736).

Toutefois, là où les nombreux cas de suicide sans antécédents familiaux sont étudiés, la question de l'hérédité va s'effacer laissant place à d'autres pistes d'explorations étiologiques. Toutefois, l'hérédité est clairement présentée comme une explication pathologique pour 13% des articles recensés, ce qui en fait le deuxième facteur étiologique causant le suicide; la mélancolie étant le premier. Aussi, nous rappelons que puisque l'hérédité est constamment associée au développement de presque toutes les maladies mentales (Duquet, UMC, janvier 1888), il est donc normal de voir la notion d'hérédité apparaître fréquemment dans les articles sur les suicides et les tentatives de suicide.

Bien que fréquente, cette récurrence du rôle de l'hérédité en lien avec le suicide dans les articles médicaux ne permet pas d'établir une causalité très forte entre suicide et hérédité. Cette cause pathologique est donc souvent mentionnée, mais sans qu'elle ne fasse jamais l'objet d'une démonstration systématique. L'impact qu'a eu la théorie de dégénérescence (Dowbiggin 1993) sur les écrits médicaux de la fin du 19^e et du début du 20^e siècle nous amène donc à considérer la question de l'hérédité non pas comme cause explicite du suicide, mais surtout comme une composante générale du développement des maladies mentales de cette époque.

5.3 L'origine alcoolique du suicide

Les liens entre l'excès de consommation d'alcool et le suicide sont bien présents dans la littérature médicale du 19^e siècle ainsi qu'au cours du 20^e siècle ⁵¹. La

⁵¹ Liens encore présents de nos jours; lire à ce sujet (Adès et Lejoyeux, 2003).

consommation d'alcool et ses effets néfastes dans la population sont un important sujet de préoccupation dans un monde en pleine urbanisation et industrialisation et les médecins de l'époque consacrent plusieurs articles et ouvrages sur le sujet⁵². De 1881 à 1919, 12 articles établissent des liens entre la consommation d'alcool et le suicide dans les pages de l'UMC, faisant de cette association étiologique avec les suicides la 3^e plus fréquente⁵³. De ces 12 articles, deux portent sur une forme d'alcoolisme bien spécifique : la dipsomanie.

Publiés au Québec, ces articles ne sont toutefois pas directement le fruit des médecins de la *Belle Province*, mais bien des reproductions et des résumés d'articles français, principalement rédigés par le célèbre Dr Valentin Magnan (UMC, juin 1881, *De la dipsomanie*, p.255-259 ; UMC janvier 1885, *La dipsomanie*, p.34-39). Bien que Magnan insiste sur l'importance de distinguer la dipsomanie de l'alcoolisme, il décrit cette pathologie, identifiée au début du 19^e siècle, comme une forme extrême d'alcoolisme. Elle est décrite comme une succession de crises provoquant une pulsion irrésistible à consommer de l'alcool chez les gens qui en sont atteints (Valverde, 1998). Le désir de boire devient une véritable obsession et empêche d'agir normalement. L'observation de cas de patients amène le Dr Magnan à affirmer voir le suicide chez ses patients dipsomanes comme involontaire. Ceux-ci n'en sont pas responsables, puisqu'ils sont victimes de pulsions incontrôlables qui les conduisent à boire jusqu'à l'excès.

⁵² Magnan V. « De l'alcoolisme », Paris 1874; Vétault V. « Étude médico-légale sur l'alcoolisme », Paris 1887; Legrain M. « Hérité et alcoolisme », Paris 1889; Motet et Vétault, « De la responsabilité des alcoolisés », Paris 1889; Legrain M. « Dégénérescence sociale et alcoolisme », Paris 1895; Lienz M. « Des ivresses anormales et pathologiques », Bruxelles, 1898; Mayet M.L. « Alcoolisme et dépopulation », Lyon 1900.

⁵³ Un nombre aussi important d'articles portant exclusivement sur l'alcoolisme existe également dans les pages de l'Union médicale du Canada, mais puisqu'aucun lien avec le suicide n'est explicité nous ne les avons pas retenus pour notre analyse.

Puis arrivent pour les uns les phénomènes de l'ivresse comateuse, pour les autres la phase d'excitation véritablement redoutable, car alors ils sont poussés à des actes de suicide et d'homicide dont ils ne sont plus responsables (Magnan 1881, p.256).

Dans le traitement de ceux-ci, le docteur Magnan rappelle qu'il est important de les surveiller puisqu'ils ont des tendances à l'homicide et au suicide. Pour ce qui est la responsabilité judiciaire des suicidaires dipsomanes, il ne fait nul doute pour Magnan qu'ils sont innocents. À titre d'exemple, Magnan relate le cas d'une patiente qui, consciente de son état dipsomaniaque, tente par deux fois de *s'enlever la vie*. Le passage à l'acte prend alors deux formes, l'une impulsive et non contrôlée et l'autre réfléchie et calculée, puisqu'elle avait prémédité son geste. Un autre cas observé par Magnan, où une patiente dipsomane prémédite clairement ses gestes, le conduit aux mêmes conclusions :

Une buveuse d'éther qui venait à la consultation gratuite racontait qu'étant en pension, elle avait fait deux tentatives de suicide, la première à 9 ans, parce qu'on l'avait punie injustement (précipitation par la fenêtre d'un premier étage) ; la seconde à 16 ans, parce qu'on l'avait séparée d'une de ses amies (avait bu une macération d'allumettes chimiques). Quand sa famille la contrariait, elle avait pour habitude de se planter des épingles sur le corps pour tâcher, disait-elle, de faire de la peine à ses parents qui craignaient toujours de la voir s'ouvrir les veines (UMC 1885, p.37).

Pour Magnan, ces patients ne sont pas responsables de leurs tentatives de suicide, même s'ils semblent commis de façon réfléchie. Celles-ci sont en fait le résultat de la maladie.

De plus, la consommation excessive et prolongée d'alcool peut également entraîner des complications et conduire à d'autres états pathologiques propices aux tentatives de suicide, comme dans le cas des psychoses hépatiques. Celles-ci sont décrites par le Dr Dupain

qui relate et s'appuie les écrits du Dr Luigi Mongeri⁵⁴ (UMC, février 1905, Les psychoses hépatiques, pp.41-43). Souvent associé à l'alcoolisme, ce type de psychose n'y est pas exclusive et peut également survenir après un empoisonnement au plomb ou à d'autres substances toxiques. Le rapport de cause à effet entre la pathologie et le suicide apparaît ici comme explicite, contrairement à une causalité avec l'alcoolisme qui serait variable (p.43).

À l'instar des théories sur l'hérédité, les préoccupations sur la consommation excessive d'alcool dans la population dépassent le seul champ médical (Jacob Suissa, 2003). En effet, une opposition à la consommation d'alcool se met en place en Amérique du Nord au 19^e siècle, au sein de sociétés dites de tempérances. Ces sociétés, habituellement composées de femmes protestantes issues de la bourgeoisie, mettent sur pied des campagnes de dénonciation des méfaits de l'alcool et militent pour sa prohibition. Également présentes au Canada et au Québec, ces ligues de tempérances vont conduire à une période de prohibition, dès 1919, de plus de 2 ans au pays et de quelques semaines au Québec (Bellamy, 2009). Les arguments mis de l'avant pour la prohibition reposent sur des drames bien réels que subissaient plusieurs femmes ayant des conjoints alcooliques, notamment les violences physiques et des pertes de revenu considérable pour les ménages. Aux problèmes sociaux engendrés par l'abus d'alcool s'ajoute également un opprobre moral. Ainsi, on associe à l'alcoolisme l'impiété, la débauche, la luxure, le parjure et aussi l'homicide et le suicide (Forcier 2004).

⁵⁴ (1815-1882) Psychiatre italien, considéré par certains comme le Pinel de la Turquie. Il développa dans ce pays les connaissances de la psychiatrie moderne.

Il y a ici à l'œuvre une composante patente des dynamiques sociales de l'époque où une classe bourgeoise stigmatise une classe ouvrière jugée moralement plus faible et ayant une plus grande propension au vice de l'alcoolisme (Robert 2019). Tout comme pour l'hérédité, les liens de causalité entre la consommation excessive d'alcool et le suicide, bien que récurrents, sont ténus et apparaissent reposer davantage sur une association circonstancielle que sur une expertise scientifique démontrable. À titre d'exemple, dans une note intitulée « Le suicide à Berlin » (UMC, octobre 1891, p.558) il est fait mention de l'augmentation inquiétante du taux de suicide dans la capitale prussienne. Ici, nul besoin de recherches cliniques, le coupable est rapidement identifié : le schnaps et l'eau-de-vie que les Allemands prennent avec leur bière. Dans cette revue, les percepts moraux des médecins qui étudient ces cas sont manifestes (*Le Temps*, UMC, octobre 1891, p.558).

À cet effet, les préoccupations morales, sociales et médicales sur l'alcoolisme sont particulièrement bien exposées dans un article du Dr L.J.O. Sirois (UMC septembre 1906, La prophylaxie de l'alcoolisme, pp. 497-508) qui établit un parallèle imagé entre les suicidaires et les alcooliques. Cet auteur en appelle ni plus ni moins à l'internement systématique des alcooliques en institution asilaire ou en prison puisque ces individus présentent un danger pour eux-mêmes et pour la société. L'argumentaire employé par ce médecin renvoie aux risques les plus graves que peut entraîner l'alcoolisme :

Et l'on s'inclinerait devant la liberté de certains individus qui par leurs exemples, leurs scandales, leurs sollicitations, leur déséquilibration morale sème autour d'eux la pire des contagions : celle de la ruine et du vice ? Une tentative de suicide dont la sincérité est souvent problématique appelle un emprisonnement sévère et l'on tolérerait ce suicide par empoisonnement chronique dont l'ivrogne se rend coupable ? Puisque la loi reconnaît l'interdiction du buveur en matière civile, pourquoi ne pas appliquer le même principe

pour son bien être intellectuel, moral et physique, pour la protection de sa famille, de sa génération, de la société en générale (UMC 1906, p.508).

Ici, la comparaison entre l'alcoolisme et le suicide sert à exalter le caractère criminel de l'alcoolisme. Ainsi, l'alcoolisme est assimilé à un comportement autodestructeur comparable au suicide par ingurgitation de poison. Toutefois, l'auteur n'établit pas de cause à effet entre alcoolismes et de réelles tentatives de suicides. Son article vise davantage à magnifier la nature criminelle et dangereuse de l'alcoolisme en l'assimilant aux suicides qu'à établir un lien causal direct entre les deux concepts. Cela dit, le fait que le Dr Sirois ne mentionne pas les liens entre la consommation d'alcool et les tentatives de suicide peut surprendre puisque plusieurs de ses collègues adoptent cette perspective dans leurs diagnostics, dont le Dr Villeneuve.

5.3.1 Le délire alcoolique

En effet, l'article le plus élaboré sur les liens entre l'alcoolisme et le suicide est écrit par le Dr Villeneuve alors qu'il reproduit dans les pages de l'UMC (UMC, décembre 1898, p.747-754) un rapport déposé à la Cour du banc de la Reine dans un procès pour multiples tentatives de suicide. Villeneuve analyse le cas d'un homme de 26 ans nommé L.T., qui a fait de multiples tentatives au cours de sa vie. Celui-ci fait alors face à la justice pour quatre tentatives de suicide successives commises dans un commissariat de police, le 24 juillet 1897 à Montréal, alors qu'il était incarcéré pour trouble à l'ordre public dû à un état d'ébriété avancé. C'est donc sous l'effet de l'alcool qu'il fait ses 4 tentatives de suicide. La première fois en voulant se trancher les veines avec un éclat de verre. La deuxième fois

en cherchant à se pendre à l'aide de la courroie avec lequel le policier l'avait attaché pour l'empêcher d'attenter à sa vie. La troisième fois en se pendant avec sa cravate. Et enfin, en se frappant violemment la tête contre les barreaux de sa cellule. Il n'en conserve aucun souvenir au lendemain. L.T. a également été interné à l'asile auparavant pour les mêmes gestes, soit des tentatives de suicide alors qu'il était dans un état d'ébriété avancé. Chaque fois il obtint son congé puisqu'il ne présentait aucun symptôme de maladie mentale une fois qu'il avait dégrisé.

Pour le Dr Villeneuve, il ne fait aucun doute que l'alcoolisme de L.T. est la seule et unique cause de ses tentatives de suicide, notamment parce qu'une fois sobre, il n'en garde aucun souvenir et qu'il affirme ne pas vouloir attenter à sa vie d'aucune façon et à aucun moment. Il est donc évident qu'il « *a fait sa tentative de suicide au cours d'un accès de délire alcoolique, assez prononcé pour qu'il soit possible de déclarer qu'il avait perdu totalement conscience de lui-même, qu'il était incapable d'apprécier la nature et la gravité de son acte et de se rendre compte que cet acte était mal, et qu'il était dans l'impossibilité de diriger sa volonté* » - (Villeneuve 1898, p.751). Cependant, la question de sa responsabilité criminelle demeure entière pour le Dr Villeneuve. Il s'agit de savoir si L.T. peut ou non contrôler son envie de s'enivrer. Après une présentation du caractère alcoolique de L.T., Villeneuve conclut que celui-ci n'est pas un dipsomane et qu'il a la capacité de contrôler ses envies de boire. En reconnaissant également à l'hérédité de L.T. un rôle dans son alcoolisme, Villeneuve ne croit pas qu'elle soit déterminante, ce à quoi certains de ses collègues s'opposent (Villeneuve, 1898, p.755). En résumé, l'alcoolisme est bien la cause des tentatives de suicide de L.T. pour lesquels il n'est pas responsable. Toutefois, L.T. est

responsable de son alcoolisme. Conséquemment pour les médecins, puisque L.T. n'est pas un aliéné et faute de pouvoir envoyer L.T. dans une résidence pour alcoolique, et ce par manque de moyens financiers du dit L.T., le Dr Villeneuve recommande son incarcération, jugeant que la prison est le seul endroit qui a une chance de corriger l'ivrognerie de cet homme (p.754). Toutefois, Le Dr Villeneuve reconnaît que son *hérédité morbide* qui le prédispose aux excès de boissons devrait jouer en sa faveur pour une réduction de peine. Ainsi, dans la relation entre alcoolisme et suicide, ce qui importe c'est d'établir si l'alcoolisme est pathologique ou non afin de déterminer la responsabilité criminelle de ces suicidaires.

À titre d'exemple, dans un autre cas d'un homme accusé de tentative de suicide en état d'ébriété, le Dr Villeneuve va conclure qu'il n'est pas criminellement responsable de son geste puisqu'il a des signes d'aliénation mentale (UMC novembre 1895, Observation personnelle, Obs.31). Il s'agit ici du dossier de T.D., un homme d'origine irlandaise de 35 ans interné à Saint-Jean-de-Dieu et qui a fait une tentative de suicide et a des idées suicidaires. :

T.D. a bu en excès, mais il ne peut s'agir de phénomènes alcooliques ici simplement. T.D. n'a pas été très excité, il n'a pas d'hallucinations terrifiantes de la vue, à exacerbation vespérale, il n'a pas entendu de voix injurieuses, il n'a pas été incohérent et il n'a pas présenté de tremblement des extrémités. L'alcool n'a été ici que la cause occasionnelle du délire qui s'est développé sur un organisme affaibli par une longue détention⁵⁵, dans un cerveau préparé par une intoxication prolongée et rendu excessivement sensible à la moindre provocation. Il faut aussi remarquer que T. D. est fils d'un alcoolique. On peut dire qu'il s'agit ici d'un délire mystique, arrivé chez un dégénéré de l'intelligence, de par le double fait de l'hérédité alcoolique paternelle et de l'altération de la cellule nerveuse créé par une imbibition

⁵⁵ T. D. a été emprisonné 8 mois aux États-Unis.

progressive. T. D. a donné d'autant plus de prise à l'envahissement de la psychose qu'il était considérablement affaibli par la maladie.

Conclusion : -T.D. est un alcoolique chronique, atteint de dégénérescence mentale, avec délire mystique et idées du suicide, conséquence logique de son délire ; il était en état d'aliénation mentale lors de l'action et par conséquent, il ne saurait être tenu responsable de l'acte incriminé ; comme T.D. n'est pas encore guéri de son trouble mental et qu'il est dangereux pour lui-même de le laisser en liberté, il devrait être placé dans un asile d'aliénés (Villeneuve 1895, pp. 575-584).

L'aliénation mentale est donc dissociée de l'alcoolisme, qui n'est pas systématiquement présenté cette fois comme maladif. En ce qui a trait à la responsabilité juridique, l'alcoolisme peut innocenter un individu de ses crimes seulement s'il peut être démontré que l'individu alcoolique souffre déjà d'autres pathologies de l'esprit, ou bien que cet alcoolisme soit incontrôlable (Grenier 1998 ; Aranguiz 2009). Ainsi, dans cette perspective, l'alcoolisme est identifié comme responsable du passage à l'acte de la tentative de suicide. Bien que les gestes posés en état d'ébriété ne puissent être attribués à la volonté de l'individu, l'action initiale de s'enivrer est, elle, condamnable. Les cas d'alcoolisme ici décrits, celui de L.T. ainsi que celui de Ménétrier vu précédemment, présentent donc ces individus comme responsables des gestes criminels qu'ils posent en état d'ivresse puisqu'ils sont jugés avoir la faculté de contrôler leurs envies alcooliques. Il y a pourtant certains cas d'alcoolisme où les médecins croient que les individus n'ont aucun contrôle ni responsabilité sur leur consommation d'alcool. Enfin, le caractère aléatoire et irrationnel des crises alcooliques amène les médecins de l'époque à conclure que le passage à l'acte n'est pas prémédité et se manifeste principalement par une impulsion irrésistible à *s'enlever la vie*.

5.4 L'impulsion et obsession au suicide (du désir impulsif de *s'enlever la vie*)

Nous avons vu dans les extraits de l'UMC traitant de l'hérédité et de l'alcoolisme, une récurrence du caractère impulsif du passage à l'acte des suicidaires. L'impulsion, ou le caractère impulsif de certains gestes, est associée à de nombreuses pathologies et n'est pas exclusif aux suicides et aux tentatives de suicide. À cet égard, nous rappelons que le caractère impulsif des suicides est fréquemment associé à ceux commis sous l'influence de l'alcool. Aussi, le caractère impulsif du passage à l'acte suicidaire est décrit à dix reprises dans nos sources et y est systématiquement associé à une autre pathologie. À titre d'exemple, le cas de Ménétrier, rapporté dans l'article de Duquet (UMC, avril 1888) où il est mentionné que ce sont des impulsions qui conduisent Ménétrier à commettre des crimes et à tenter de *s'enlever la vie*. On parle dans d'autres cas d'impulsion au suicide chez certains patients :

Chez les déficients de la volonté, l'impulsion à commettre un acte est toujours précédée de la peur de commettre cet acte. [...] D'autres fois, la vue d'un couteau, d'une corde, du sang, sera une cause déterminante d'impulsion au suicide. En voici deux exemples : un homme, depuis 18 ans, présente, sous différentes formes, des impulsions au suicide; la vue d'un couteau amène le désir de se le plonger dans le cœur; voyage-t-il en chemin de fer, il est envahi du désir de sauter du wagon, mais jusqu'ici, il a toujours su résister; un jour, en se rasant, il se coupe; à la vue du sang, il est saisi subitement de l'idée de se tuer et se fait des blessures terribles (Journal of Psychology).

Observation du Dr Viallon : Une femme qui avait eu plusieurs fois des tentatives impulsives au suicide greffées sur un fond de confusion mentale est l'objet d'une surveillance rigoureuse. Au bout d'un mois, elle paraît raisonnable, s'occupe un peu dans le quartier. Un matin, conduite à la cuisine pour aller chercher le déjeuner, ses yeux tombent par hasard sur un long couteau; elle s'en empare précipitamment et se coupe le cou, avant qu'on ait eu le temps d'intervenir (Bellefeuille, UMC, décembre 1929, p.730-731).

Certaines impulsions, comme celles qui poussent à l'homicide, au suicide, au vol, aux excès vénériens, requièrent au plus haut point l'internement des

malades, par les crimes, les délits et les désordres qu'elles causent. [...] Il arrive, [...] que des personnes viennent demander au médecin de les enfermer dans un asile d'aliénés. Ce sont ordinairement des héréditaires ou dégénérés obsédés par une idée fixe les poussant soit au suicide soit à l'homicide (Villeneuve, UMC, juillet 1898, p.402).

Quelques idées ambitieuses se montrent parfois et des hallucinations de l'ouïe le rendent impulsif. Il verse enfin dans le gâtisme. Le 13 juin 1898 au matin, il fait une tentative de suicide. Il s'enfonce un couteau dans la région épigastrique (Villeneuve, UMC, décembre 1898, p.744).

Il faut, par-dessus tout, ne pas oublier que les dipsomanes peuvent avoir aussi d'autres impulsions, des idées de suicide ou d'homicide et qu'en conséquence ils doivent être surveillés (Résumé de plusieurs cliniques du Dr Magnan, auteur inconnu, UMC janvier 1885, p.39).

[...] et d'ailleurs chez les malades souffrant de la folie des dégénérés, la tendance véritable au suicide est très rare, les impulsifs exceptés (Bellefeuille, UMC, février 1920, p.88).

Bien que fréquemment mentionnée, l'impulsivité ne fait généralement pas l'objet d'analyses ou de commentaires spécifiques et apparaît davantage comme un symptôme que comme une singularité pathologique aux yeux des médecins. Toutefois, l'impulsion est identifiée par le Dr Bellefeuille dans un article portant spécifiquement sur le suicide comme un type distinct de suicide.

Le Dr Bellefeuille définit ainsi l'impulsion : « *une idée obsédante qui s'accompagne d'une tendance plus ou moins irrésistible à l'acte (suicide)* » (UMC décembre 1929, p.729). Pour lui, cette impulsion est plus rependue chez les individus qu'il qualifie d'impressionnables, comme les femmes hystériques et les enfants ayant un tempérament nerveux par exemple. Ainsi, une simple contrariété viendra susciter chez eux des envies de suicide de façon spontanée et non réfléchie. De plus, cette impulsion se mêle avec un désir obsessif de *s'enlever la vie*. Ici, l'obsession est décrite comme : « Un syndrome morbide

caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse, dans le champ de la conscience, de sentiment ou d'idées parasites qui tendent à s'imposer au moi, malgré ses efforts pour les repousser » (UMC, décembre 1929, p729). Toujours selon le Dr Bellefeuille, la simple vue d'un objet qui évoque l'obsession peut être suffisant pour déclencher l'impulsion, par exemple, la vue d'une corde, d'un couteau, d'un poison, ou encore la proximité de lieux physiques, pont, rivière, chemin de fer, etc. Dans cette veine, le Dr Bellefeuille rapporte le cas d'un jeune homme qui, « ayant entendu parler d'un suicide par submersion, en vient à développer la phobie d'une rivière de peur qu'il se jette à l'eau » (UMC, décembre 1929, p.730). Ce médecin en conclut que, bien que l'impulsion soit incontrôlable et étrangère au raisonnement et à la rationalité, certains individus arrivent à exprimer clairement leurs obsessions pour les idées suicidaires. L'obsession peut donc être formulée et être consciente pour les suicidaires et ils se sentent incapables de résister à une éventuelle impulsion qui les amènerait à commettre l'irréparable. Ces gens sont donc décrits comme suicidaires malgré eux, car ils affirment leur volonté de ne pas vouloir mettre fin à leurs jours, mais certaines circonstances peuvent les y amener de force, comme nous le montrent les exemples précédents.

5.5 Hallucination impérative de l'ouïe et de la vue

Les suicides et les tentatives de suicides causés par des hallucinations de la vue ou de l'ouïe sont décrits à 7 reprises dans les pages de l'UMC. Encore une fois, ce symptôme pathologique est fréquemment associé à d'autres pathologies de l'esprit. Ainsi, le Dr Chagnon (UMC, décembre 1898) rapporte un cas de tentative de suicide causée par des hallucinations :

[Homme de 25 ans, conducteur de tramway ayant eu un accident de travail] À son admission, il présente une légère excitation maniaque, qui fait bientôt place à la stupeur, durant laquelle il devient parfois nécessaire de recourir à l'alimentation forcée. Cette stupeur n'est pas non plus toujours continue ; elle est entrecoupée d'accès maniaques plus ou moins intenses. [...] Cette tentative de suicide, qui était la première, avait eu pour cause des hallucinations de l'ouïe, "il y a trop longtemps que l'on me fatigue, me dit-il, je préfère mourir." Durant la première semaine qui suivit l'intervention chirurgicale, il s'alimente très imparfaitement en dépit de nos sollicitations : il voulait mourir (UMC1898, p.744-745).

Les cas d'hallucinations conduisant au suicide sont habituellement rapportés avec un lien direct dans le passage à l'acte. Soit les voies imaginaires incitent l'individu à se suicider soit les hallucinations visuelles le poussent à se jeter par une fenêtre ou du haut d'un toit. Les hallucinations sont habituellement identifiées comme étant responsables du passage à l'acte :

Ces hallucinations ont établi chez lui, avec tant de conviction, la conception délirante d'une mort volontaire comme moyen de purification pour aller au ciel, qu'il a fait ces tentatives déterminées et répétées de suicide, au cours desquelles il s'est infligé des blessures graves à la tête (Auteur inconnu, UMC novembre 1895, p.578).

Le suicide peut être la conséquence d'hallucinations auditives ou visuelles terrifiantes ou plus souvent d'hallucinations auditives ou impératives qui ordonnent au malade de se tuer. [...] Femme âgée de 42 ans, présentant des hallucinations de l'ouïe et de vue : elle disait que tous les voisins étaient, les uns sur le toit, les autres aux fenêtres pour pénétrer dans sa maison et en connaître les secrets. Ces jours derniers, elle entendait frapper à la porte et répéter ses propres paroles ou énoncer à haute voix tous les actes qu'elle accomplissait. Elle en vint à croire qu'on voulait l'assassiner et entendait les voix et l'arrivée des assassins. Cette idée d'une mort prochaine la tourmentait affreusement. Elle fit alors plusieurs tentatives de suicide et porte au cou les marques de strangulation et de blessures faites à l'aide d'instruments tranchants (Bellefeuille, UMC, décembre 1929, p.731).

Toutefois, les textes de l'UMC sont avares de détails techniques et nosologiques sur l'explication scientifique de ce phénomène. L'article le plus détaillé sur le sujet demeure celui du Dr Bellefeuille (UMC, novembre-décembre 1929).

Dans cet article le Dr Bellefeuille considère que les hallucinations visuelles et surtout auditives peuvent conduire des individus au suicide de deux façons : par la suggestion ou par l'écœurement. D'une part, certaines hallucinations désagréables, épuisantes et négatives peuvent devenir tellement présentes et insupportables que l'individu ne sachant comment y mettre fin en vient à se tuer (p.732). D'autre part, les hallucinations, surtout auditives, peuvent encourager l'individu à *s'enlever la vie*. Ces observations sont le fruit d'entretiens que le Dr Bellefeuille conduit avec des patients qui font part des voix qu'ils entendent, parfois surnaturelles et appartenant à une cosmogonie chrétienne ou à d'autres forces occultes : « électricité, téléphone, magnétisme »⁵⁶, et les incitant au suicide. À cet effet, c'est bien la forme d'hallucinations auditives qui est décrite comme la plus importante dans le passage à l'acte suicidaire pour le Dr Bellefeuille, davantage que les hallucinations visuelles.

Les hallucinations sont donc identifiées comme étant une cause du suicide, sans pour autant établir de lien systématique. En effet, plusieurs patients qui présentent des symptômes d'hallucinations ne vont pas chercher à *s'enlever la vie*.

⁵⁶ UMC, décembre 1929.

5.6 Délire, et psychose.

Marginale dans les données que nous avons relevées, les suicides attribués à des états de psychose représentent près de 5% des cas observés. Toutefois, ces cas sont assez bien documentés, notamment par les docteurs Bellefeuille et Loignon, tous deux travaillant à l'asile psychiatrique de Saint-Jean-de-Dieu. Ils font tous deux états d'observations cliniques sur le sujet. Écrits à moins d'un an d'intervalle, ces deux articles ont cependant des approches divergentes : alors que le Dr Loignon cherche à établir les causes de certaines psychoses, le Dr Bellefeuille analyse plutôt le rôle des psychoses dans le passage à l'acte du suicide. Il s'en dégage ainsi deux perceptions qui ne sont pourtant pas mutuellement exclusives.

Pour le Dr Loignon (UMC, mai 1928), un lien doit exister entre le déclenchement des délires psychotiques et la présence d'un taux anormal l'albumine⁵⁷ dans l'organisme. Pour ce faire, il présente 6 cas de patients ayant présenté des psychoses, dont 2 ayant fait des tentatives de suicide. Bien que le Dr Loignon ait scrupuleusement noté les taux de globules rouges, blanc, d'azote et d'albumine dans le sang, ces conclusions sont plutôt mitigées. Face à la variété et à la diversité des cas observés, il n'est pas en mesure d'établir une cause bien définie des psychoses. La prémisse initiale de sa recherche apparaît donc à ses yeux comme non concluante. Plus encore, le Dr Loignon note en conclusion, sur l'origine des psychoses : « qu'à vrai dire il n'est peut-être pas une condition pathogène, héréditaire ou acquise, individuelle ou collective, morale ou physique, externe ou interne, qui

⁵⁷ L'albumine est la principale protéine dans le plasma sanguin.

ne puisse devenir, dans des circonstances données, une cause de psychopathie » (p. 271), admettant également ignorer l'origine de cette pathologie.

Pour Bellefeuille (UMC, décembre 1929), la psychose est un élément précurseur d'un passage à l'acte de suicide. Plus encore, l'adéquation entre psychose et suicide est significative, bien que non systématique. Ainsi, croit le Dr Bellefeuille, « certains psychopathes sont toujours en imminence de suicide » (p.733). La condition principale de prédisposition est ici principalement décrite comme un « état psychopathique constitutionnel sous forme d'hyperémotivité ». Les gens atteints de psychoses ont ainsi tendance à l'exagération et développent des idées suicidaires s'ils sont confrontés au suicide d'une autre personne ou même à des vexations puériles. Pour le Dr Bellefeuille l'hyperémotivité serait le principal déclencheur des tentatives de suicide :

[...] chez certains sujets présentant un état psychopathique constitutionnel, sous forme d'hyperémotivité, la tendance au suicide est créée, assez souvent, par la disposition particulière que présentent ces malades à tout exagérer, à pousser tout à l'extrême, à penser ainsi au suicide chaque fois qu'ils se trouvent aux prises avec les difficultés même les plus puériles de l'existence (UMC 1929, p730).

Ainsi, Loignon et Bellefeuille établissent un lien entre les délires psychotiques et les suicides, sans pour autant pouvoir en déterminer les causes exactes ni expliciter une causalité directe entre la psychose et le suicide. Après avoir observé les causes pathologiques psychiatriques les plus récurrentes, nous verrons maintenant les références plus ponctuelles de pathologies ou d'état d'esprit associés au suicide afin de broser un portrait complet de l'empirie médicale développer sur ce sujet.

5.7 Autres maladies mentales associées au suicide.

Nous avons recensé 12 autres pathologies, conditions mentales ou états d'esprit associés au suicide dans nos sources. D'une part, dans les pathologies de l'esprit, nous retrouvons : la toxicomanie, l'hystérie, la monomanie (2 mentions), l'imitation (2 mentions) ainsi que l'épilepsie (3 mentions). D'autre part, nous retrouvons dans les états d'esprit : la honte, l'échec professionnel et la folie amoureuse. En prenant les pathologies de l'esprit que nous avons recensées, nous constatons que plusieurs d'entre elles se recoupent avec les groupes nosologiques que nous avons explicités auparavant. Par exemple, bien que la toxicomanie puisse constituer un état distinct de l'alcoolisme, certains mécanismes inhérents à ces deux états peuvent être considérés comme analogue (dépendance, besoin irréfrené de s'évader, caractère autodestructeur, etc.) (Laforce et Tracy, 1998, p.226-229). Dans cette veine, certaines pathologies sont complémentaires à d'autres états, telles que la psychose qui est associée aux délires, voire à l'union des deux états : le délire psychotique. Il en est de même pour la manie et les états maniaques, qui sont généralement associés à la mélancolie et à l'obsession. Aussi, quand on lit dans un article que les hystériques se suicident, c'est par impulsion (UMC, 1890, novembre, p.598). De plus, les hystériques qui évoquent des idéations suicidaires sont réputés être menteurs et ne chercher qu'à manipuler leur entourage.

Cartographie de la théorie médicale des suicides, 2 cas limites : l'imitation et l'épilepsie.

Toujours dans notre cartographie du savoir médical sur le suicide, il reste deux cas de figure liant des causes médicales menant au suicide qui se distinguent nettement des sept grandes catégories nosologiques que nous avons précédemment décrites : l'imitation

et l'épilepsie. L'idée que des suicides sont commis par imitation a été évoquée lorsque nous avons parlé du rôle de l'hérédité dans les suicides. Pourtant, il s'agit ici de cas bien distincts puisqu'il est fait mention du désir d'un individu de *s'enlever la vie* à un endroit spécifique pour la seule raison qu'ils ont eu connaissance qu'une personne s'était tuée à cet endroit. Ainsi, le simple fait de parler ou d'évoquer le suicide peut amener certains individus à commettre cet acte ou à en développer l'obsession. Le Dr Bellefeuille en a même fait une catégorie nosologique propre au suicide, soit les suicides par imitation (UMC, 1929, Nov-Déc).

Sur cette idée, le Dr Bellefeuille adopte la théorie des Drs Féré et Morel qui avance que les individus qui se suicident ont nécessairement une prédisposition claire au suicide. Ainsi, ces individus sont donc déjà atteints de divers troubles mentaux qui les prédisposent au suicide, si bien qu'aucune personne saine d'esprit ne serait « contaminée » lorsqu'elle est confrontée à une vague de suicide. Parmi ces prédispositions, les psychoses (délires psychotiques) sont au banc des accusés des suicides par imitation. Cette approche s'inscrit dans une vision médicale où les suicides sont systématiquement associés à la maladie mentale. Toutefois, l'idée que le suicide soit « contagieux » peut paraître saugrenue, bien que les effets d'entraînement soient aujourd'hui documentés (Grabherr, 2020).

Le domaine de la contagion étant propre aux phénomènes viraux et microbiens, nous sommes ainsi amenés à nous demander comment une maladie mentale, ou le symptôme d'une pathologie, peut-elle être contagieuse ? La théorie psychiatrique de l'époque s'appuyant principalement sur l'idée que les lésions cérébrales sont responsables des

diverses pathologies de l'esprit, faut-il en comprendre que l'origine de ces lésions serait virale ? Ce raisonnement n'est en fait jamais articulé clairement et constitue un reflet des connaissances à cette période sur la transmission des maladies (Goulet, 2020, p.88-91). Ce n'est que progressivement au cours du début du 20^e siècle que les théories sur les maladies épidémiques, soit la transmission par les miasmes et la contagion par contact directe, seront délaissées au profit de l'étude des bactéries et des virus. C'est toutefois davantage en regardant du côté de mœurs sociales que l'idée de contagion des suicides se situe, c'est-à-dire que le suicide est présenté comme le résultat d'une corruption des mœurs. Il faut à cet égard noter que ce glissement, analogue à l'idée que les comportements homoérotiques puissent être contagieux (Corriveau, 2011, p.60-63), apparaît comme un signe du changement de la régulation sociale du suicide par le champ médical. Cette idée d'affirmer le caractère contagieux du suicide se poursuit au cours des 20^e et 21^e siècles lorsqu'il est question d'épidémie de suicide. Ce terme s'est répandu tant dans les médias que dans le vocabulaire scientifique sur le suicide et a également été employé pour décrire les taux de suicide alarmants du Québec des années 1990-2000, ainsi que pour décrire des vagues de suicides dans certaines communautés autochtones du Grand-Nord⁵⁸.

Nous allons maintenant présenter les cas où l'épilepsie est présentée comme une pathologie conduisant au suicide. Cette association apparaît pour le moins comme singulière. Longtemps associés à la possession démoniaque, les épileptiques ont fait l'objet

⁵⁸ Toujours à ce sujet, la série télé *13 Reasons Why* a défrayé la manchette à la suite d'une étude (Bridge, et al., *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2019) qui rapportait que les suicides avaient augmenté à la suite de la diffusion de la série. Le suicide par imitation, ou par grappe, demeure encore un sujet d'étude (Pouliot, 2008 ; Grandazzi, 2016) à travers lequel, le suicide ne peut être simplifié aux uniques causes individuelles, uniquement à la santé mentale des individus.

d'une persécution importante avant le développement de la psychiatrie moderne (Schneider et Conrad 1992). Or, si l'épilepsie est bien une pathologie qui relève d'une affection neurologique, les psychiatres du 19^e et du début du 20^e siècle la considéraient davantage comme un signe de folie, de dégénérescence mentale.

Les épileptiques constituaient une population unique en milieux asilaires, puisque la plupart ne présentaient aucun symptôme de maladie mentale outre leurs crises de convulsion (Schneider et Conrad, 1992). Ainsi, le bon état d'esprit de ces patients était assimilé à *une phase* de lucidité présente entre les moments de crise, ces gens étant de nature des aliénés. Des trois articles de notre corpus qui mentionnent le suicide des épileptiques (UMC, mars 1896 ; UMC, juillet 1897 et UMC, novembre 1929), aucun n'établit de lien clair entre l'état d'épileptique et le passage à l'acte suicidaire. Toutefois, certaines associations pathologiques sont présentes. L'épilepsie conduisant au suicide est décrite à deux reprises comme résultant d'une impulsion au suicide, dont un cas avec mélancolie, et pour le troisième, l'épilepsie est associée à un délire mélancolique. Dans ces trois cas observés, la non-responsabilité du passage à l'acte est affirmée. Le Dr Bellefeuille rapporte à ce sujet le cas d'une femme qui, lors d'une crise d'épilepsie, s'est « jetée » du haut d'une fenêtre. Bellefeuille écrit : *« il y a quelques années, une jeune femme, lors d'un équivalent épileptique, se jeta du haut de la fenêtre de sa chambre et se fractura le fémur de telle façon qu'on dut lui amputer la cuisse au tiers moyen ; songez à son désespoir lorsqu'ayant repris sa lucidité ordinaire, elle vit les conséquences d'un acte qu'elle n'avait pas voulue et dont elle n'avait même conservé aucun souvenir »* (UMC, novembre 1929, p.665). Celle-ci ne

conserve aucun souvenir de l'incident. Pour le Dr Villeneuve, la non-responsabilité des épileptiques va plus loin.

Commentant le cas d'un homme de 24 ans qui ingurgite de l'acide nitrique avant de tenter de se pendre, il soutient que les épileptiques ne sont pas conscients de leurs gestes (UMC mars 1896, pp. 138-139). Pour ce médecin, il ne fait nul doute que cette double tentative de suicide est le résultat d'un état épileptique que les symptômes mélancoliques ne faisaient que dissimuler. Enfin, le Dr Brochu pour sa part avance que les tentatives de suicide sont une caractéristique de l'épilepsie plus spécifique, dans le cas qu'il étudie, l'épilepsie Jacksonienne (crise épileptique focale) (UMC, juillet 1897, p.398). Ces tentatives de suicides surviennent lors de crises de nerfs où des spasmes se manifestent et provoquent des états mélancoliques et conduisent à des impulsions au suicide. Ici encore, aucun lien clair n'est effectué entre la pathologie de l'épilepsie, la mélancolie et les impulsions au suicide. Bref, dans le cas de l'épilepsie nous observons que le stigma entourant cette maladie est si fort que la lucidité de ces gens est niée en grande partie, les exonérant du crime de tentative de suicide, mais les condamnant également à une vie entière passée à l'asile.

En somme, avec les suicides des épileptiques et le caractère contagieux des suicides, des brèches s'ouvrent dans l'édifice théorique voulant que *s'enlever la vie* ne soit qu'exclusivement un symptôme de la maladie mentale. Notre recension de l'ensemble des pathologies de l'esprit associé au suicide dans les pages de l'UMC trace un portrait éclectique des causes nosologiques des suicides. S'en dégage une apparente absence de consensus malgré la prédominance de la mélancolie, qui constitue 26% des associations avec le

suicide pour les maladies mentales. Ainsi, la question de la responsabilité des suicidaires ne fait également pas consensus. Deux tendances manifestes, une qui voit le suicide comme étant indéniablement le résultat de la maladie et une autre qui reconnaît que certains suicides sont délibérés, donc criminels dans l'intention. Le Dr Delorme affirme à ce sujet :

La place que tient la folie parmi les causes déterminantes du suicide est sûrement considérable. Si bien qu'un certain nombre de pathologistes, et notamment Esquirol et Bourdin, ont même professé l'opinion que le suicide devait être considéré comme un symptôme constant d'aliénation mentale ; mais l'histoire est là pour montrer que ce n'est pas un acte invariablement dépourvu de liberté morale (UMC, novembre 1919, p.566).

Nos données donnent en bonne partie raison aux affirmations du Dr Delorme puisque, bien que 82.3 % des mentions de suicide se réfèrent aux pathologies de l'esprit, 17.7% des autres maladies associées au suicide ne seraient pas directement liées à une quelconque affliction mentale et donc à une pathologie physiologique.

CHAPITRE VI:
MÉDICALISATION NON PSYCHIATRIQUE.
MALADIES CHRONIQUES, DOULEURS, FIN DE VIE.

Concevoir le suicide comme un geste qui ne relève pas de la maladie mentale n'est pas en soi une idée nouvelle. Au tournant du 20^e siècle, alors que les praticiens de la médecine portent un intérêt croissant sur le phénomène des suicides, certaines pistes explicatives ne relevant pas de la psychiatrie sont mises de l'avant dans les pages de l'UMC. Bien que diversifiées, ces pistes explicatives ont comme principale point commun la grande souffrance du corps. Différents articles de l'UMC relatent des observations cliniques où des patients atteints de maladies chroniques, ou en proie à de grandes souffrances, conservent leur lucidité même lorsqu'ils en viennent à manifester le désir de *s'enlever la vie*. Cela est également le cas avec certains vieillards qui vont *s'enlever la vie*. Dans les articles qui relatent les suicides et tentatives de suicides de personnes souffrantes, nous constatons que les médecins qui relatent ces cas font preuve de compassion pour leurs patients. L'empathie de ces médecins s'accompagne aussi d'une reconnaissance que le désir de *s'enlever la vie* de ces patients est bien rationnel, compréhensible. De là, il n'y a qu'un pas à faire jusqu'au futur développement de l'aide médicale à mourir.

6. Causes non psychiatriques des suicides

6.1 Suicide dû aux douleurs physiques

Notre dépouillement des articles de l'UMC nous a aussi permis d'identifier 18 articles qui abordent ou évoquent la question du suicide sans s'attarder à des maladies psychiatriques. Ces articles ne traitent donc pas directement du suicide, sauf une exception pour un article sur le suicide des personnes âgées. Nous y reviendrons. Les pathologies physiologiques associées aux suicides sont les suivantes : maladie de Bright, ozène, eczéma (deux occurrences), grippe, tics faciaux, chorée, paralysie, céphalée, phimosis, prurit sénile, varicocèle, fissures anales, phimosis, vaginisme, herpes, syphilis, maladies génitales en générales. D'emblée, nous remarquons la présence importante des maladies et affections génitales dans cet échantillon, soit cinq cas, six si l'on déduit que la paralysie est en fait le dernier stade de la syphilis. Bien qu'il soit possible de voir les idées suicidaires comme un symptôme de ces différentes pathologies, les médecins qui mentionnent le suicide ne lui accordent pas une grande importance. L'intérêt manifeste dans ces articles se situe davantage dans un traitement proposé pour ces différentes pathologies, mais pas pour traiter les tentatives ou idées de suicides.

Dans cette optique, le suicide y est principalement présenté comme une réaction rationnelle à une souffrance trop grande que leurs patients ne peuvent plus supporter. Bien qu'un caractère pathologique entoure les idées suicidaires, son essence ne découle pas de la maladie mentale, mais bien au contraire d'un choix lucide et compréhensible que la personne qui souffre. Toutefois, dans certains articles de l'UMC (1880 ; 1893 ; 1910) leurs auteurs en arrivent à la conclusion que ce sont les terribles douleurs ressenties par leurs

patients qui induisent un état d'agitation mentale, voire de maladie mentale, les poussant ultérieurement au suicide. Nous touchons ici à un élément important du débat qui a lieu dans la foulée de la CMD (2012) sur les soins de fin de vie : déterminer si les demandes d'aide à mourir sont justifiées par une souffrance insoutenable ou si la demande d'aide à mourir provient d'une altération de l'esprit due aux souffrances physiques et morales.

Bien avant ce débat, nous observons également ces questionnements chez les médecins qui écrivent dans l'UMC à l'égard des patients qui tentent de *s'enlever la vie* à la suite de souffrances physiques. La première, proposant que l'exaspération physique et psychologique qui conduit au suicide soit une réaction rationnelle. La deuxième suppose que les douleurs insupportables sont la cause d'un état mental altéré, une folie momentanée dans laquelle les idées suicidaires sont possibles. Ce refus de reconnaître la lucidité des suicidaires trouve un écho dans ce qui a été observé des verdicts de coronaires du 19^e au début du 20^e siècle (Cauchie, Corriveau et Hamel, 2017). Ici, des coroners inscrivent dans leur rapport que certains suicides ont été commis dans un moment de folie alors que les lettres laissées par les défunts stipulent qu'ils ont toute leur tête et qu'ils n'ont pas perdu l'esprit (Cauchie, Corriveau et Hamel, 2017). Dans cette perspective, les suicides ne peuvent qu'être le résultat de la maladie mentale même si celle-ci n'est pas observable chez un patient. Cette hypothèse, mise de l'avant par Esquirol dès le 19^e siècle, est reprise par certains médecins qui publient dans les pages de l'UMC.

À cet égard, dans un article sur les liens entre l'herpès, la dyspepsie⁵⁹ et les maladies nerveuses, le Dr Lancereau décrit en quoi cette maladie vénérienne conduit au suicide (UMC, mai 1898, p.273). Dans cette analyse, il est établi que l'herpès cause la dyspepsie et que cette dernière, dans les cas les plus aigus, conduit les individus à la dépression et au désir obsessif de *s'enlever la vie*. L'origine de cette condition est pour le Dr Lancereau toujours nerveuse, donc occasionnée par un choc nerveux. Toutefois une condition héréditaire préexistante doit exister chez le patient. Il est de même des observations du Dr Jacobs pour qui les douleurs engendrées par le vaginisme peuvent conduire à la folie et au suicide (UMC, mai 1895). Notons également cette affirmation du Dr Tillaux qui traite des fissures anales :

Les malades redoutent ces douleurs ; ils finissent par ne plus manger pour éviter les selles : ils s'émacient et arrivent à un état d'hypocondrie qui peut même les pousser au suicide. L'état mental est toujours fort accusé (UMC octobre 1893).

On observe également ce procédé avec les céphalées :

C'est un mal de tête atroce par son intensité et sa persistance [...] une telle violence la nuit qu'elle prive le malade de tout sommeil, l'oblige à se lever, à errer dans l'appartement en criant et en pleurant et va jusqu'à le faire songer au suicide (n.a., UMC juin 1891, p.300).

Notons également le Dr Amyot, qui avance aussi que la céphalée (migraine) peut conduire aux tentatives et idées de suicide dues à de grandes souffrances, physiques et morales, issues d'un état dépressif, d'une perte d'énergie et d'entrain, de fatigue et de perte d'appétit :

Elle désire mourir dans le but de débarrasser les siens et de ne plus endurer ces douleurs morales (Amyot, UMC, novembre 1931, p.786).

⁵⁹ Maladie intestinale, aux causes encore mal documentées, occasionne des troubles digestifs divers.

Enfin, le Dr Raynaud établit quant à lui un lien entre la grippe et le développement des maladies mentales dans un article intitulé *Le suicide dans la grippe* (UMC, août 1893, p.445-446.). Il est ici présenté une relation de cause à effet entre les épidémies de grippe et l'augmentation du taux de suicide. Pour cet auteur, il ne fait nul doute que la grippe est une cause de la maladie mentale en général, laquelle peut conduire à une tentative de suicide. En se basant sur les données des *Statistiques de la ville de Paris*, de 1891-1892, ce docteur observe une cause à effet entre le nombre de cas de grippe et de cas de maladies mentales, notamment des suicides. Ici, comme dans les cas que nous avons évoqués, le suicide est vu comme le résultat évident de la maladie mentale, bien que les individus ne présentent pas de signes d'aliénation.

D'autre part, en ce qui a trait aux suicides causés par les douleurs physiques, nous remarquons que certains médecins utilisent le suicide pour mettre de l'avant le caractère douloureux et exécrable de la condition médicale qu'ils traitent. Dans l'ensemble de ces cas, c'est la douleur ressentie par les patients qui est mise en exergue. Dans ces articles, les médecins placent de l'avant la douleur insoutenable causée par la pathologie qui afflige leurs patients. Encore un fois des parallèles sont à faire avec l'argumentaire développé par les partisans d'une légalisation de l'euthanasie. Mettre en exergue les souffrances insoutenables pour les patients est un élément important, avec l'atteinte à la dignité, qui justifierait d'accéder à une demande d'aide médical à mourir. Mentionnant que cette souffrance peut conduire au suicide (certains relatent des cas spécifiques (UMC 1892 ; 1897)), ces médecins exposent l'importance du traitement qu'ils ont développé pour délivrer leurs patients de ces affligeantes conditions.

Ce faisant, ces médecins s'inscrivent dans un dynamique de pouvoir en exaltant l'importance des pathologies qu'ils traitent. Qu'il s'agisse d'ozène (rhinite atrophique) : *L'ensemble de ces différents symptômes plongeait parfois les malades dans un tel état de découragement qu'il arrivait à leur donner des idées de suicide* (n.a., UMC novembre 1880, p.524), d'eczéma anal : *Valleix indique l'eczéma de l'anus porte les malades «à des idées de tristesse et même de suicide»* (Lavérité, UMC novembre 1885, p.519), d'insuffisance rénale (maladie de Bright) : *Tantôt c'est la forme lypémanique qui domine ; le malade a l'œil éteint, la figure impassible, il se referme dans le mutisme, il paraît résigné à tout souffrir, il craint de mourir, ou bien il voudrait mourir et il nourrit des idées de suicide* (Dieulafoy, UMC mai 1886, p.229-230), et même dans le traitement du phimosis : *M. Reverdin a vu aussi la circoncision produire une amélioration notable dans l'état psychique d'un jeune homme hypocondriaque et qui avait fait une tentative de suicide* (Abeille médicale, UMC septembre 1888, p.468), l'évocation du suicide n'est pas explicitement présentée comme une caractéristique intrinsèque de la pathologie dont l'article fait l'objet.

L'emphase de ces articles porte essentiellement sur les pathologies traitées, faisant en sorte que le suicide constaté chez certains patients apparaît davantage comme un élément d'une stratégie d'amplification de l'importance de la maladie. Cela peut également relever du désir d'exalter l'importance de leurs recherches et travaux. Dans tous ces articles, l'évocation du suicide n'est jamais présentée comme un stade inéluctable de la maladie, mais plutôt comme une conséquence gravissime de l'absence de traitement. Il est possible de voir ces mentions du désir suicidaire de leurs patients s'inscrire dans une dynamique de

pouvoir davantage que dans un intérêt euristique sur la mort volontaire. Par exemple, si les recherches sur l'exéma sont d'un intérêt mineur pour les lecteurs de l'UMC (des collègues médecins), la mention que cette condition peut conduire au suicide vient ainsi magnifier son importance en tant que pathologie.

Revenons un instant sur les cas de maladies des organes génitaux entraînant le suicide. Encore une fois, la démonstration empirique du lien entre les maladies vénériennes, les affections génitales et les suicides n'est pas clairement établie. Ces cas font plutôt office d'anecdotes comme dans cet article sur la dyspepsie aiguë dite « herpétique » : *Les accidents réflexes s'aggravent, les idées deviennent tristes, on songe au suicide. J'ai observé deux frères herpétiques dyspeptiques, peut-être un peu surmenés. Ils se sont pris d'un tædium vitae. L'un se jette dans la Seine et se noie. L'autre veut se pendre au bois de Boulogne. Son père le garde à vue, couche à côté de lui ; il s'absente un instant, son fils s'était jeté du haut d'un balcon dans la rue. C'est le seul cas aussi triste que je connaisse* (Lancereaux, UMC, mai 1898, p.273).

Considérant le contexte de la fin du 19^e et du début du 20^e siècle, nous sommes amenés à voir ces associations basées sur l'« observation clinique » comme un reflet des valeurs morales de l'époque. En effet, nous avons mentionné à plusieurs reprises que le geste suicidaire est porteur d'un stigma, d'un opprobre. La pensée élitiste de cette époque conduit ces acteurs à naturellement associer les conditions de vie ingrates aux individus les plus démunis. Ainsi, les pauvres sont réputés avoir de mauvaises mœurs avec pour seule justification leur statut économique (Fecteau 2004). Les déviances sont considérées comme

s'accompagnant l'une de l'autre, faisant d'un individu qui a une malformation physique par exemple, un dégénéré et une personne de mauvaises mœurs. Cette vision médicale, de la fin du 19^e siècle et du début du 20^e, qui associe conduite morale et hérédité fut entre autres un terreau fertile pour les théories antisémites et eugénistes (Gilman 2017).

Cette idée de stigma associant les maladies vénériennes aux suicides est clairement exposée dans un article où sont rapportés les écrits des Drs Thornburn et Valentine (n.a., UMC, 1898 septembre, p.542) et qui remet en doute les statistiques émises par le coroner concernant les taux de suicide. Pour ces médecins, il y a une association causale évidente entre les deux. Leurs critiques sont à l'effet que les coroners n'inspectent pas systématiquement les organes génitaux des suicidés. Un tel recensement pourrait ainsi révéler la cause véritable de ces "délits" :

(Sur le Dr Valentine) De même, dans les cas de suicide, il aimerait que les coroners fissent examiner les organes génitaux-urinaires des victimes; il est sûr qu'on y trouverait souvent la cause du délit. Il est tellement convaincu de ce fait qu'il a lu, il y a quelques années devant la Société Médical Anglo-Américaine de Berlin, un travail sur la mélancolie inhérente à ces maladies, et quelques-uns de ceux qui alors le tournèrent en ridicule ont depuis fait des recommandations sur le même sujet (UMC 1898, p. 542).

L'auteur s'empresse de rajouter que cette incidence est moins présente au Canada qu'aux États-Unis, puisque, selon lui, *les Canadiens ne sont pas aussi immoraux et sujet aux maladies vénériennes* que les sujets décrits par le Dr Valentine (p. 542). Un des enjeux sous-jacents à ces prises de position relève d'une médicalisation de la déviance et d'une lutte dans la production de vérité (Foucault, 2003, p.238-240) entre le judiciaire et le médical. En somme, le crime du suicide serait associé aux mauvaises mœurs et aux infections vénériennes qui en seraient une cause importante. Cet amalgame entre maladies vénériennes et

suicides apparaît ici davantage comme un reflet des valeurs sociales de l'époque plutôt qu'une démonstration scientifique éprouvée.

En résumé, les différentes affections physiques qui entraînent les suicides ne font pas l'objet d'une explication empirique en bonne et due forme, mais sont tout de même reconnues comme significatives dans le passage à l'acte suicidaire par ces médecins. Ici encore se manifestent les deux tendances observées, à savoir si le suicide est le fruit de la maladie mentale ou s'il s'agit d'un acte délibéré et lucide. Le dernier cas que nous allons exposer s'inscrit entre ces deux grandes tendances, puisqu'il y est affirmé à la fois le caractère lucide et non criminel des individus, souvent malades, qui mettent fin à leurs jours.

6.2 Le suicide chez les vieillards

Ce type de suicide, traité à la fin du 19^e siècle, a toute son importance puisqu'il nous permet de montrer que l'idée de *s'enlever la vie* alors que l'on est vieux et souffrant fait l'objet d'observations cliniques bien avant les débats sur l'euthanasie et l'AMM qui surviennent près de 100 ans plus tard. Dans un article sur les différents états mentaux des vieillards mourants, un médecin (au nom inconnu) accorde une place importante au suicide et à la lucidité avant le trépas (UMC, mars 1881, p.140-143). À la suite de ses observations cliniques, ce médecin identifie trois types d'états mentaux chez les mourants ; 1- Tous les états qui laissent l'intelligence libre jusqu'à la dernière minute ; 2- certains états qui n'affectent que secondairement le cerveau, mais qui laissent l'intelligence dans un état troublé ; 3- toutes les affections de l'encéphale ou celles qui retentissent sur l'intelligence. C'est

donc au premier type d'état mental que ce médecin s'intéresse. Son objectif n'était pas ici d'identifier et de proposer des recommandations cliniques ni d'établir une quelconque piste de traitement, mais plutôt de remettre en question les théories d'Esquirol sur les suicides, à savoir qu'ils sont toujours de nature pathologique. Il décrit ainsi le suicide chez les vieillards :

Le suicide est compatible avec la conservation de l'intelligence. C'est souvent un acte volontaire, voulu et consenti. Le mourant donne, dans une pièce dernière, la mesure de son intelligence ; aussi trouve-t-on parfois des mots écrits à la craie, au charbon, des chiffons de papier qui contiennent les dispositions dernières ; ces suicidés sont intelligents (UMC, mars 1881, p.143).

L'auteur enchaîne ensuite sur les différentes notes de suicide possiblement laissées par les suicidaires :

Voilà dans quel ordre on peut classer ces dispositions de la dernière minute : 1- Reproches, déclamations, recommandations, aveux ; parfois le suicidé veut qu'on sache qu'il a été un homme indigne. 2- Paroles bienveillantes, déclaration philosophique sur l'immortalité. Mais ce qui fait le fond de tous ces post-scriptum mortuaires, c'est la prière de n'accuser personne ». « Esquirol avait tort de dire que le suicide par lui seul était toujours un acte de folie (idem. p.143).

Cet auteur observe la dégénérescence des facultés cognitives chez les vieillards, mais également un phénomène particulier et distinctif qui survient lorsqu'ils sont à l'article de la mort. Selon la théorie de l'auteur, la mort imminente pour un patient occasionne un regain de lucidité seulement si le centre de la maladie se trouve éloigné de la tête. Ainsi, une personne souffrant d'un cancer du côlon ou une affection du foie ou du cœur regagnera ses facultés cognitives à l'approche de son décès, alors qu'un patient atteint d'une quelconque maladie mentale verra son état empirer. Comme si la maladie, tel un fluide, passait d'une partie à l'autre de l'organisme en se concentrant dans la partie atteinte avant la mort! Cette

théorie paraît difficile à démontrer scientifiquement. Toutefois, ce n'est pas tant la validité de la théorie médicale énoncée mais plutôt les observations qui ont conduit à son élaboration, qui mérite qu'on s'y attarde. Ainsi, dans la perspective de cet auteur, le suicide peut être un acte rationnel. Cette théorie repose d'ailleurs entièrement sur l'observation de scènes de suicidés ainsi que de lectures de notes d'adieu.

À ce propos, une analyse plus récente des lettres d'adieu laissées par des gens qui se sont enlevés la vie témoigne également de plusieurs mentions du caractère lucide et réfléchi de leurs actions (Gagnon et Perreault, 2017; Cauchie, Corriveau et Hamel, 2017). Toutefois, ces mentions sur le caractère lucide de leurs gestes ne sont pas seulement à l'égard des vieillards et sont présentes dans l'ensemble des tranches d'âges. Cela dit, pour cet auteur du 19^e siècle (UMC, mars 1881), les vieillards en fin de vie qui se suicident sont tout à fait lucides et font un geste délibéré et conscient. Bien que ces vieillards soient atteints de pathologies diverses, le passage à l'acte du suicide n'est pas, dans sa vision, corollaire d'un trouble mental ou de la folie. Au contraire, le suicide est ici présenté comme un geste relevant d'un regain de lucidité. Si la question d'un hypothétique regain de facultés cognitives en fin de vie reste largement à démontrer, cet article de 1881 soulève l'épineuse question des conditions de fin de vie des aînés, sujet bien d'actualité au Québec et au Canada depuis près de 30 ans. En effet, les enjeux entourant l'aide au suicide de gens en fin de vie, dont nos tribunaux et politiciens débattent encore aujourd'hui, semblent dépasser un cadre strictement médical et toucher également aux enjeux éthiques et aux valeurs morales de nos sociétés.

À cet égard, il faut rappeler que dans cet article de 1881 il n'est fait aucune mention d'une responsabilité criminelle ou d'intention criminelle, critère qui, nous le rappelons, repose sur le caractère volontaire et conscient du passage à l'acte pour l'époque. En effet, il y est plutôt écrit certains commentaires sur une justification morale de ce geste en dépit des interdits légaux. Les jugements ou commentaires sur des enjeux juridiques et légaux sont monnaies courantes dans les pages de l'Union médical du Canada et à cette époque, il n'était pas rare de voir des médecins s'exprimer publiquement sur ces enjeux et exprimer ainsi leur vision politique de la société (Foucault 1963, p.59). Comme l'indique Foucault : *la première tâche du médecin est donc politique : la lutte contre la maladie doit commencer par une guerre contre les mauvais gouvernements [...]* (p.59). Cette implication politique est particulièrement manifeste dans les débats entourant l'euthanasie comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

6.3 Justification empirique de la médicalisation du suicide dans les pages de l'Union médicale du Canada

Nous avons déjà identifié les différentes et nombreuses pathologies qui sont associées aux suicides dans les pages de l'UMC afin d'exposer les éléments théoriques et cliniques sur sa nature. Nous avons également observé que ces pathologies se combinent ou se recoupent fréquemment faisant du suicide un symptôme aux origines multiples. Parmi les causes les plus fréquentes, l'hérédité est une constante de 1873 à 1929. Celle-ci apparaît comme une pierre angulaire de justification de l'ensemble des maladies mentales, et non pas spécifiquement du suicide. L'alcoolisme est également identifié comme facteur causal important à cette époque. Ces deux causes médicales du suicide sont issues de courants

idéologiques propres à cette époque, soit la théorie de la dégénérescence et des courants prohibitionnistes (Dowbiggin 1993 ; Grenier 1994). Les bases empiriques sur lesquelles portent l'ensemble des causes des suicides s'appuient essentiellement sur des observations cliniques et les grands courants théoriques sur la maladie mentale depuis le début du 19^e siècle (Esquirol, Magnan, Kraepelin). Dans l'ensemble de ces approches théoriques, les états maniaques et mélancoliques sont définitivement les plus fréquemment associés aux suicides.

À cet égard, le Dr Villeneuve avance l'hypothèse que la rétention d'azote pourrait être la cause des états maniaco-mélancoliques, principale pathologie suspectée d'être la cause des suicides. Cette auto-intoxication serait responsable des deux états (maniaque et mélancolique) causant une alternance entre les états dépressifs lorsque trop d'azote est présent dans le sang et les états maniaques lors des carences d'azote. Manifestement, cette hypothèse n'a pas été reprise par ses collègues et constitue davantage un élément anecdotique qu'une base empirique sérieuse sur l'origine des suicides. Le Dr Derome observe une propension nette au suicide chez les paralytiques, sans pourtant pouvoir expliciter quels en sont les mécanismes exacts. Parmi les articles les plus explicites sur les causes pathologiques du suicide, l'article du Dr Bellefeuille (1929) identifie huit causes pathologiques qui conduisent aux suicides, soit :

- 1- Trouble de la volonté, Obsession.
- 2- Hallucination auditive et/ou visuelle impérative.
- 3- Idées délirantes, plusieurs de types mélancoliques.
- 4- Délire systématique.
- 5- L'imitation.
- 6- L'ennui pathologique
- 7- Suicide héréditaire
- 8- Suicide des enfants

Bien que certaines de ces catégories se recoupent (par exemple, le suicide des enfants est un mélange d'obsession et d'imitation, l'ennui pathologique est fortement associé aux idées délirantes et mélancoliques, etc.), elles constituent un ensemble de causes qui se rapproche de la revue de littérature couvrant cette période que nous avons recensée. Outre l'ennui pathologique et le suicide des enfants, les autres catégories nosologiques sont employées par d'autres médecins qui mentionnent le suicide dans leurs articles (Villeneuve et Johnston, 1893, 1894 ; Villeneuve, 1896 ; Derome, 1919). Sans surprises, les références bibliographiques laissées à la fin de l'article mentionnent Esquirol, Magnan et Rogues de Fursac (UMC 1929, p.738-739). Si les causes exactes des suicides semblent toujours nébuleuses, une forte récurrence se dessine pour identifier les états maniaco-dépressifs et mélancoliques comme en étant les principaux responsables. L'identification des états mélancoliques comme cause principale des suicides va de soi puisque ce sont les gens atteints de cette pathologie qui expriment clairement le désir de *s'enlever la vie* ou le dégoût de celle-ci, contrairement aux suicides impulsifs ou commis dans un état d'ivresse. Cette association pathologique, présente au début du 20^e siècle, s'exprime d'une façon plus singulière à partir de l'entre-deux-guerres.

Alors que l'association entre la mélancolie et le suicide s'affirme dans les années 1930 et par la suite, une autre théorie sur la nature des suicides vient lui donner force. C'est la conviction qu'il y a une association systématique à la maladie mentale lorsqu'il y a un suicide. Le suicide n'est donc plus un geste criminel qui peut être excusé par la maladie mentale, mais bien le symptôme sans équivoque de cette maladie. Cette base conceptuelle

fait du suicide un objet médical certes, mais spécifiquement un objet de la psychiatrie et des neurosciences. Extrait de son contexte social et des multiplicités de son expression, cet objet n'est analysé que dans une perspective de dérèglement cognitif et le vide de ses autres sens, symbolique, social, existentiel, etc. (Aujard, 2007, p.83-85). Même lorsque la suicidologie est fondée, dans les années 1960 et qu'on y intègre une vision « sociale » plus large du suicide, la vision pathologique individualiste demeure fondamentale comme en témoigne ce commentaire de Jean-Louis Campagnan, premier québécois formé aux États-Unis en suicidologie :

Dans un sens plus large, la prévention peut se définir comme un lot de mesures entreprises pour éviter et prévenir les épidémies et l'aggravation des états pathologiques. À l'intérieur de ce modèle médico-clinique, la prévention est essentiellement une question de détection prématurée et de prompt référence. En psychiatrie et en sciences psycho-sociales, le terme de prévention est devenu une science en soi et son champ d'opération a été tracé grâce aux travaux exploratoires de Caplan (1961-1964). Nous avons appris de la science médicale que la prévention ou intervention pouvait se faire à trois intervalles : avant l'apparition de la maladie ; rapidement, lors de son apparition et : immédiatement après l'attaque pour éviter l'état chronique (Campagnan, 1980, p.60; cité par Aujard 2007, p.85).

En somme, s'il y a une tentative de suicide, il doit y avoir une pathologie sous-jacente. Cette transformation vers une vision du suicide essentiellement pathologique qui s'opère au milieu du 20^e siècle amène les médecins à voir les cas de suicide à travers cette seule avenue. Jusqu'au début du 20^e siècle, certains médecins devaient investiguer les cas de suicide afin de déterminer si une pathologie était à l'origine de ce geste. Le nouveau paradigme qu'introduit une vision du suicide essentiellement pathologique vient rendre caduc de telles investigations. Cette certitude de l'origine pathologique des gestes suicidaires conduit les médecins à ne plus enquêter pour savoir s'il y a vraiment présence de maladie dans les suicides : une présomption pathologique d'office s'est établie. Parallèlement, c'est

également dans cette première moitié du 20^e siècle que les associations entre suicides et douleurs physiques disparaissent dans les pages de l'UMC.

D'ailleurs, les articles portant sur les suicides causés par des douleurs physiques ne présentent pas d'explications empiriques de ce phénomène à l'exception de l'article de mars 1881 sur le suicide des vieillards (pp.140-143). La théorie avancée par l'auteur de cet article repose sur ses propres observations cliniques et suppose que les différentes pathologies qui affectent les vieillards vont « régresser » vers leurs localisations initiales afin de laisser l'esprit clair et lucide. Nous verrons d'ailleurs que ces observations s'inscrivent dans un débat médical plus large sur la nature des suicides à la fin du 19^e siècle (Mucchielli et Renneville 2008). Comme preuve de la validité de cette théorie, ce médecin évoque les lettres et notes de suicides laissées par ces individus. Il juge ces écrits intelligibles et faisant preuve du bon état de santé mental de ceux qui les produisent avant de mettre fin à leurs jours. Marginale pour l'époque, l'analyse des notes de suicides est mise de l'avant près de cent ans plus tard afin de donner un éclairage nouveau sur le vécu, l'intention et de la mise en scène de la mort des suicidaires (Leenaars, 1988; Gagnon et Perrault, 2017 ; Cauchie, Corriveau et Hamel, 2017). Pour revenir aux suicides causés par des souffrances physiques, la seule piste explicative avancée ne relève pas de critères nosologiques, mais plutôt de sens commun. Il est ici compréhensible qu'un individu affublé d'atroces souffrances souhaite y mettre fin de toutes les façons possibles, même en se donnant la mort. Si l'origine de la souffrance est l'objet du champ médical, celui de cette réaction ultime à la souffrance est en dehors de ce champ et relève de la morale, de la foi et de l'éthique. Ces considérations vont se révéler comme des éléments centraux des débats sur la décriminalisation de

l'euthanasie et de l'aide au suicide comme nous le verrons plus en détail dans le prochain chapitre.

Cela dit, des articles de l'UMC mentionnant le suicide, des commentaires et allusions sur la moralité de certains comportements sont bien présents dans les articles recensés. À titre d'exemple, certains écrits du Dr Derome sont particulièrement révélateurs de sa pensée et de son jugement moral sur les condamnations pénales pour certains crimes (*À propos de la dernière pendaison*, Derome, UMC, juillet 1911, p.391-393). Derome, bien qu'il ne le dise pas explicitement, avance l'idée que les enquêtes criminelles relèvent peut-être davantage de questions médicales et sociales qu'uniquement judiciaires. Voici comment il décrit la situation entourant la pendaison d'un condamné à mort :

Qui peut nier, en effet que ce pauvre être, placé dès son enfance dans des conditions de vie meilleures, n'eût pas évité de faire un jour partie de la grande armée des criminels ?

Nul doute par conséquent, que la misère, les conditions de vie morale et physique inférieures, le défaut d'éducation, les influences pernicieuses de toutes sortes, contribuent pour une part souvent très large dans la genèse du crime.

Or, c'est de ce facteur social dont ne tiennent point suffisamment compte nos lois répressives.

On fait supporter la peine entière à des individus souvent dégénérés sans se soucier des influences sociales parfois prépondérantes qui les ont conduits au crime. La peine devient ainsi non seulement injuste par son exagération, mais risque fort d'être inutile.

[...] Mon sentiment est que, tant que la justice ne tiendra pas plus compte du déterminisme social dans la production du crime, tant qu'elle ne s'appliquera pas davantage à étudier non seulement le crime, mais le criminel lui-même dans son hérédité, dans son ambiance familiale et sociale, tout, dis-je, qu'elle ne fera pas dans chaque cas une enquête médico-sociologique, elle ne peut espérer obtenir la vraie solution du troublant problème de la responsabilité humaine (UMC 1911, p.392).

Le savoir médico-légal que développe Derome s'appuie bien sur des éléments scientifiques, d'observations cliniques, mais son plaidoyer est empreint de ses propres valeurs morales comme son opposition à la mise à mort de condamnés. Ce qu'il fait également dans un autre article sur le suicide (Derome, UMC novembre 1919, p.562) où, d'entrée de jeu, il évoque des circonstances morales à l'origine des suicides :

Le suicide est, pour le médecin légiste, une question du plus haut intérêt ; mais il constitue aussi, croyons-nous, un sujet d'étude qui ne peut être indifférent à aucun médecin, surtout en ce qui a trait aux circonstances morales qui d'ordinaire provoquent ou précèdent le suicide.

Plusieurs médecins comme le Dr Derome vont conforter cette vision du suicidaire comme celle d'une personne fondamentalement immorale ou du moins qui a un sens moral défaillant. Une part importante des raisons étiologiques qui expliqueraient l'origine des suicides de l'époque correspondent aux standards moraux et éthiques pour la période du 19^e et du début du 20^e siècle, notamment en ce qui concerne les causes héréditaires et l'alcoolisme. Les médecins vont donc être sensibles aux pistes explicatives qui viennent valider l'opinion morale qu'ils se font des suicidaires. Nous avons déjà soulevé l'association entre le suicide et la criminalité et nous rappelons que cette association est présente même chez des médecins qui démontrent un affect « *pour ces pauvres âmes* » (Derome, *Étude sur les suicides*, UMC novembre 1919, p.570). Ainsi, dans l'ensemble des pages de l'UMC, le suicide est fondamentalement décrit comme un geste déviant alors que, 60 ans tard, nous observons une volonté de normaliser les demandes d'euthanasie dans le cadre des débats sur la décriminalisation des demandes d'aide à mourir. Nous verrons dans le prochain chapitre que les tenants des différentes positions, pour ou contre la décriminalisation, vont mettre de l'avant un argumentaire appuyé en partie sur une justification médicale de leurs

positions respectives, mais surtout sur des arguments moraux éthiques voire philosophiques et spirituels.

6.3.1 En arriver à voir le suicide comme relevant essentiellement de la pathologie : assiste-t-on à un changement de paradigme ?

À la lumière de ce que nous avons constaté, nous allons reprendre nos questionnements sur le statut ontologique du suicide et des moments de ruptures qui le façonnent. Nous initions cette réflexion avec l'idée que le suicide est un fait social relativement stable en Occident du 4^e au 19^e siècle, en ce qui concerne le droit canonique, c'est-à-dire un geste condamnable moralement et judiciairement dès la Renaissance (Bayet, 1922; Baechler, 1975; Minois, 1995). Encore une fois, nous rappelons que cette interprétation du geste suicidaire est propre aux sociétés chrétiennes et que la réaction sociale face à ce geste, bien qu'elle ait connu certaines phases d'assouplissement ou de durcissement (Bayet, 1922), a généralement été la répression morale, religieuse et pénale. Nous avons vu que les suicidaires pouvaient être excusés de leurs gestes s'ils pouvaient démontrer que leurs tentatives de suicide étaient le fruit de la maladie mentale ou de la folie. À cet égard, la clémence des jurys ou même des juges dans les cas de tentatives de suicide est observable dans une certaine mesure. On préfère parfois déclarer un individu suicidaire « fou » avec l'objectif qu'il ne soit pas pris en charge par le système pénal et ainsi éviter de faire du tort à ses proches en raison de « revers de fortune ». Toutefois cela n'est pas une exception légale exclusive aux suicides, du moins pour les juridictions relevant de la *common law* britannique, depuis l'adoption des règles McNaghten de 1843 (Perrault, 2015). Ainsi, la folie peut également

être invoquée pour excuser le meurtre, l'incendie, le blasphème, etc. S'agit-il pour autant d'un changement paradigmatique sur le suicide ?

Rappelons qu'un changement de paradigme arrive habituellement après une crise qui place en opposition au moins deux théories auxquelles des groupes scientifiques se rallient (Kuhn, 2008 ; Bourdieu, 2001). Nous l'avons vu et décrit précédemment, dans le cas du suicide, cette crise se déroule sur plus de 100 ans, de 1840 à 1950, période dite « biopolitique » décrite par Foucault (1976) comme un moment où se manifeste une volonté émanant des pouvoirs politiques d'exercer un contrôle accru sur les corps des individus. Les deux positions sur la nature du suicide au Québec (celle exclusivement pathologique et celle non-exclusivement pathologique) s'opposent et se complètent à la fois. Elles s'opposent dans la mesure où elles n'ont pas le même postulat empirique, mais se complètent puisqu'elles font la promotion de l'expertise de leurs praticiens. En effet, l'expertise des médecins, et particulièrement des médecins légistes et psychiatres, jouit d'une reconnaissance grandissante dans les cours de justice du Québec et ces professionnels sont amenés à se prononcer toujours davantage sur l'état mental des suicidaires (Grenier 2002; D'Astous-Masse 2010 ; Perrault 2015 ; Cauchie, Corriveau, Hamel et Lyonnais, 2018). Ici, les champs médical et pénal ne sont pas directement placés en opposition quant à la prise en charge des suicides et gestes suicidaires. On note plutôt des affinités électives entre ces deux champs disciplinaires (Cellard, Chapdelaine, Corriveau, 2013). Devant appliquer le droit pénal dans les cas de tentatives de suicide, les officiers de justices et les jurés, confrontés à une évolution des sensibilités sociales face aux gestes suicidaires (Pelletier-Audet, 2018), vont être sensibles à l'idée d'une plus grande prise en charge de ces gestes par le

champ médical. Alors que le savoir médical sur les suicides est initialement employé pour départager les malades des criminels, il confère conséquemment une expertise en matière de justice à ses praticiens. Qu'ils soient défenseurs d'une théorie ou de l'autre, ce sont ces spécialistes qui vont trancher la question, entraînant ainsi une amorce significative de la prise en charge par le milieu médical de ce geste avant sa décriminalisation (Cellard, Chapdelaine, Corriveau, 2013). Le droit se « libère » ainsi de la régulation du suicide en le reléguant progressivement au champ médical. Ce début de médicalisation se consolide alors que s'affirme un consensus dans la profession médicale, et de plus en plus dans les cours de justices, sur les liens entre maladies mentales et les suicides. Selon nos données, nous avons constaté que l'établissement d'un consensus sur la nature médicale du suicide (ou de ce régime de vérité (Marsh, 2008)), repose davantage sur une redéfinition de l'objet suicide et constitue à nos yeux un consensus de façade. Kuhn avance que pour qu'une théorie s'impose en paradigme, elle doit sembler meilleure que les autres et ce, même si elle n'arrive pas à expliquer entièrement un phénomène (Kuhn 2018, p.48). Nous avons vu qu'il se produit à la fois une simplification et une généralisation de l'objet suicide. Cette simplification s'exprime notamment dans les pages de l'UMC par la progression de l'idée que tout suicidaire est systématiquement atteint d'une affliction mentale (Plouffe et Legend, 1934 ; Bellefeuille, 1929). Ayant longtemps fait l'objet de théories où de multiples pathologies peuvent être responsables de ce phénomène, la maniaque-dépression est mise de l'avant comme cause générale des suicides (Bellefeuille, 1929; Tellier, 1934; Berthiaume, 1958). Cette généralisation des causes de ce geste conduit à un changement d'approche significatif dans le champ psychiatrique, c'est-à-dire que le suicide devient systématiquement un symptôme d'une pathologie à identifier, au même titre qu'une fièvre ou

une infection (Plouffe et Legrand, 1934). Selon Cohen (2001), nous pouvons y voir là un signe de la médicalisation sociale des suicides. Ces mutations s'inscrivent dans un contexte plus vaste tout au long du 19^e siècle où l'expertise en psychiatrie ne vient plus seulement confirmer l'état pathologique des accusés, mais également les motivations qui les ont amenés à commettre leurs gestes criminels (Foucault, 1981, p.412 ; Kaluszynski 2008).

Nous l'avons vu, pour Foucault (1981), les psychiatres ont doucement introduit dans les cours de justice la notion d'individu dangereux, incarnation d'une nouvelle pathologie paradoxale, la monomanie homicide. Cette idée est de donner une explication, une cause à certains crimes graves commis de façon gratuite, sans raison manifeste et sans bénéfice pour le perpétrateur. La folie, momentanée et indétectable, hormis pour les experts psychiatres, disparaît complètement une fois le crime commis. C'est pourquoi Foucault décrit l'invention de cette pathologie comme : « [une] *entité absolument fictive d'un crime-folie, d'un crime qui est tout entier folie, d'une folie qui n'est rien d'autre que crime* » à cette époque (Foucault, 1981, p.407). Boudée par la plupart des acteurs du milieu judiciaire, cette notion sera brièvement noyée dans la plus complexe théorie de la dégénérescence à la fin du 19^e siècle (Foucault, 1981, p.417). Loin d'y voir une volonté du champ médical à étendre son autorité dans le champ juridique, Foucault avance que c'est en fait dans un avantage mutuel, des affinités électives (Löwy, 2004 ; Corriveau, 2011), que les psychiatres et juristes ont déplacé leur lorgnette davantage sur la nature intrinsèque des accusés, leurs motivations, leur dangerosité, que sur l'acte criminel en soi. Les médecins et juristes gagnent dans cette nouvelle perspective. Le champ juridique y trouve son compte puisqu'il peut « rationaliser » certains crimes violents sans justifications apparente en les attribuant

à la nature (sa santé mentale) du perpétreur. Pour le champ médical, l'avantage relève d'une plus grande reconnaissance de son expertise dans les cours de justice ainsi que d'un élargissement de sa prise en charge d'individus déviants. On voit d'ailleurs un retour du concept de dangerosité des individus dans les cours de justices françaises du 21^e siècle, dans une optique de prévention de la récidive (Kaluszynski, 2008, p.3). L'expertise médicale dans la détermination du degré de cette dangerosité y est encore centrale.

6.3.2 Consolidation de la transition d'une prise en charge juridique du suicide à une prise en charge médicale

On constate qu'au cours des années 1950 au Québec, les cas de tentatives de suicides qui sont judiciairisés vont être redirigés vers le corps médical avec une présomption systématique d'aliénation mentale, bien qu'il n'y ait pas de démonstration explicite à cet effet (Cellard, Chapdelaine, Corriveau, 2013). À cet égard, on voit que les changements conceptuels sur le suicide changent. Ce geste qui pouvait être rationnel et délibéré devient par essence un geste irrationnel et pathologique. Ce passage d'un geste parfois rationnel à un geste systématiquement involontaire repose également sur l'exclusion de certains comportements suicidaires. En monopolisant l'expertise médicale sur le suicide à travers un processus de médicalisations social, les médecins psychiatres peuvent écarter toutes autres formes explicatives de ce geste comme le suggèrent nos sources, particulièrement les suicides rationnels ou compréhensibles, comme ceux causés par des douleurs physiques intenses ou faisant l'objet d'un plan délibéré. En effet, ce n'est que si on exclut ces suicides dits rationnels de notre cadre conceptuel *s'enlever la vie* que ce consensus devient cohérent. Ainsi, sont écartées du cadre d'analyse sur le suicide toutes observations cliniques

témoignant de la lucidité des suicidaires. Plus encore, même lorsque cette lucidité apparaît comme manifeste, elle sera niée au nom d'une vision tranchée sur la nature nosologique des suicides. Nous rappelons à cet effet cet écrit du Dr Bellefeuille : « *En dehors du monde psychiatrique, on semble attacher à la lucidité du sujet une importance, qu'en fait, elle n'a pas ; la clinique démontre tous les jours que la lucidité n'est nullement un critérium d'appréciation de la santé d'un sujet [...]* » (UMC 1929, p.665). La tentative de suicide apparaît dès lors comme une preuve irréfutable d'aliénation mentale ou d'un trouble de l'esprit.

Nous observons alors ce qui apparaît comme un changement de paradigme dans le geste des suicidaires. Toutefois, le désengagement du champ judiciaire n'a que des effets limités sur le changement ontologique du suicide. En effet, le judiciaire se dirige bien vers une plus grande prise en charge des suicidaires par les acteurs du champ médical à partir du début du 20^e siècle, voire une prise en charge quasi totale après les années 1950, mais conserve son autorité en ce qui a trait à l'aide au suicide et à l'incitation au suicide, le gardant en partie dans sa sphère de contrôle jusqu'au début du 21^e siècle.

Ainsi, nous avons vu l'établissement progressif par le champ médical d'une théorie psychiatrique des pathologies conduisant au suicide écartant de fait les suicides rationnels de cette théorie. Le paradigme du suicide essentiellement pathologique s'impose dans le milieu de la médecine, puis dans celui de la justice, sans pour autant qu'une démonstration explicite de ses assises empiriques soit faite. Pourtant, nos données montrent que si ce paradigme s'impose, en créant une révolution scientifique sur le suicide, il n'efface pas pour autant la théorie des suicides rationnels qui, bien qu'en veilleuse pendant des décennies, va

resurgir dans le débat public, notamment par le militantisme de groupes clandestins faisant la promotion du droit à l'euthanasie (Gandsman 2018, p.168-170) et aussi par des actions en justice (Martel 2002)⁶⁰. *S'enlever la vie*, prit sous l'angle de l'aide médicale à mourir, va également causer une nouvelle crise dans le champ médical, où les différentes positions militantes, en faveur et contre, s'y affrontent sur la base de cette lucidité et cette rationalité du suicide qui ont été occultées pendant plus de 60 ans.

⁶⁰ À titre d'exemple, la cause de Nancy B. en 1992, Sue Rodriguez en 1990, Ginette Leblanc en 2012, et Gloria Taylor en 2012.

CHAPITRE VII

EUTHANASIE, AIDE MÉDICALE AU SUICIDE ET SUICIDE ASSISTÉ

Le changement de la prise en charge des gestes suicidaires, du judiciaire au médical, est bien amorcé au début du 20^e siècle. Ce changement est pour ainsi dire consacré en 1972 (*bill omnibus* 1968, bill C-150 dans sa version finale) lors de la refonte du Code criminel canadien qui décriminalise officiellement la tentative de suicide. Le Canada ne fait pas figure d'exception. On assiste en effet dans plusieurs pays et au sein d'organismes de santé internationaux, tels que l'Organisation mondiale de la Santé, à la reconnaissance du suicide comme un enjeu de santé publique. Ce *régime de vérité* (Marsh, 2008), où le suicide est compris comme un objet relevant de la santé mentale, apparaît être établi de façon cohérente et indiscutable tant dans les champs médical et judiciaire que dans la société civile. Tout comme les débats sur la nature du suicide au 19^e siècle s'inscrivent dans une crise de redéfinition de ce qu'est *s'enlever la vie*, nous avançons qu'il en est de même des débats sur l'euthanasie et le suicide assisté au tournant du 21^e siècle.

Bien que les débats sur l'euthanasie et le suicide assisté prennent forme dans les années 1982 au Canada, notamment avec la Commission de réforme du droit du Canada : *Protection de la vie ; Euthanasie aide au suicide et interruption de traitement* (1982), le sujet de l'euthanasie fut déjà âprement discuté dans les années 1930 et 1940. En effet, dans le courant de la pensée eugéniste qui se développe, l'idée de l'euthanasie est largement acceptée par ses sympathisants (Dowbiggin, 2005). L'idéal d'une société épurée de ses éléments jugés faibles ou défectueux s'abreuve largement des théories malthusiennes et

néo-darwinistes issues de la fin du 19^e siècle et va s'incarner en programme politique dans les années 1930-40, particulièrement en Allemagne nazie. Si certains médecins ont fait l'éloge des politiques « sanitaires » de ce régime, comme la politique d'euthanasie des handicapés physiques et mentaux dès 1939 (programme Aktion T4), la grande majorité d'entre eux ont déchantés face à l'ampleur de ces massacres et aux dérives auxquelles ces politiques sanitaires ont conduit (Dowbiggin, 2005). Ainsi, le terme euthanasie, mis de l'avant par Francis Bacon (1561-1626)⁶¹, qui veut dire « mort douce et sans souffrance » reste marqué d'un stigma et appelle spontanément à la méfiance voire à l'hostilité.

La situation des années 1980 en Occident est toutefois singulièrement différente des années 1940 où des autorités médicales condamnaient à mort des milliers de malades chroniques et de handicapés au nom de la pureté raciale alors que désormais ce sont des individus atteints de maladies dégénératives qui en font expressément la demande. Loin d'une politique de « santé publique », les revendications pour l'euthanasie des années 1980 à aujourd'hui s'inscrivent dans un contexte d'affirmation des droits individuels à disposer de son propre corps et de sa propre vie, notamment en lien avec le droit à avortement.

À cet égard, il importe de rappeler que des revendications de nature progressiste se développent aussi au début du 20^e siècle en parallèle avec la pensée eugénique dominante. Principalement portée par des courants antireligieux et féministes, la revendication du droit à l'euthanasie se jumelait avec le droit aux régulations des naissances et à l'avortement (Dowbiggin, 2005). Parmi les précurseurs de cette approche, Annie Besant (1847-1933) se

⁶¹ Terme qu'il emprunte à l'historien Romain Suetonius (70-130).

démarque pour son avant-gardisme et revendique le droit aux régulations des naissances afin que les femmes puissent participer activement à la société, le corps des individus appartenant à l'État et non à Dieu. Elle écrit à cet égard:

The infant is nurtured, the child is educated, the man is protected by others; and in return for the life thus given, developed, preserved, society has a right to demand from its members a loyal, self-forgetting devotion to the common weal.... And when we have given all we can, when strength is sinking, and life is failing, when pain racks our bodies, and the worse agony of seeing our dear ones suffer in our anguish, tortures our enfeebled minds, when the only service we can render man is to relieve him of a useless and injurious burden, then we ask that we may be permitted to die voluntarily and painlessly, and so to crown a noble life with the laurel-wreath of a self-sacrificing death (Kemp, 2002).

Ces revendications progressistes pour le droit à l'euthanasie demeurent toutefois marginales et la lutte pour le droit des femmes à disposer de leurs corps délaissera les revendications sur l'euthanasie pour mettre de l'avant le droit à la contraception et l'accès à l'avortement (Dowbiggin, 2005). Encore une fois, ce n'est que dans les années 1980 que des acteurs de divers courants progressistes retrouvent un intérêt, toujours marginal, pour le droit de mettre fin à ses jours lorsque l'on vit de trop grandes souffrances. Au Québec, une sécularisation des mœurs amorcée dans le courant des années 1960 (Meunier & Wilkins-Laflamme, 2012) ouvre la voie à une plus grande acceptabilité sociale de pratiques condamnables aux vues d'une morale chrétienne telles que l'avortement et la contraception. C'est dans un contexte d'ouverture des mœurs vers une dépénalisation des « crimes sans victimes » que prennent place les débats sur la mort volontaire en fin de vie et l'euthanasie.

Avec les débats entourant la légalité de l'euthanasie, nous sommes amenés à nous questionner si cela conduit bien à l'émergence d'un nouveau paradigme sur la mort

volontaire ou s'il s'agit plutôt de la résurgence d'un ancien paradigme, celui des suicides dits rationnels? Tout comme ce fut le cas dans les articles de l'UMC qui mentionnent des suicides commis afin d'échapper à de grandes douleurs, le débat sur l'euthanasie ramène au jour la question de *s'enlever la vie* pour des raisons jugées compréhensibles (valables aux yeux des médecins du moins). Alors que la manifestation d'idées suicidaires devrait constituer la preuve d'un désordre psychiatrique, on voit, dans les demandes d'euthanasie, la maladie mentale devenir un critère d'exclusion. Seuls les gens saints d'esprit peuvent avoir recourt au suicide médicalement assisté ou administré. Pour saisir le cœur de cet enjeu au sein du milieu médical, nous avons ciblé ce qui peut être vu comme le pinacle de ce débat, soit les consultations publiques de la CMD. Les travaux de cette commission, qui s'est déroulée en 2010, ont permis à des centaines de praticiens du champ médical de s'exprimer et de déposer des mémoires dans lesquels leurs positions sur cet enjeu sont étayées.

7.1 Un débat social et militant en toile de fond.

On l'a dit, c'est depuis les années 1980-90 que certains groupes militent pour ce qui est qualifié de « droit à la mort ». Parmi ces groupes, deux tendances idéologiques se dessinent, l'une plus modérée, l'autre plus radicale. Le groupe des militants plus modérés font la promotion d'une dépénalisation de l'euthanasie ainsi que de l'aide au suicide et revendique le droit à une mort médicalement assistée. Il regroupe des organismes tels que *La Coalition* (Colombie-Britannique), *DWD* (Dying With Dignity), l'*Organisation provinciale ombudsman des handicapés* (COPOH), ainsi que les groupes communautaires *Mourir dans la dignité* et la *Société pour le droit de mourir* (Martel, 2002, p.73). Parmi les militants

considérés comme plus radicaux, on retrouve les partisans d'une décriminalisation complète de l'aide au suicide et, de ce fait, la légalisation du suicide assisté. Les principales associations prônant la légalisation de l'aide au suicide sont constituées dans les regroupements *DIY* (Do It Yourself) (Gandsman, 2018, p.170). Alors que les groupes de la mouvance DIY œuvrent principalement dans la clandestinité afin d'offrir des stratégies et des solutions « moins douloureuses » pour *s'enlever la vie*, les autres groupes militants plus modérés vont être particulièrement actifs sur la scène politique et médiatique, notamment autour de causes phares, comme l'affaire Sue Rodrigues au Canada au début des années 1990. Les revendications de regroupements en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté ne passent pas inaperçue dans l'opinion publique. Aussi d'autres regroupements et associations, ceux-ci opposés à tout assouplissement de la loi en matière d'euthanasie et de suicide assisté, se font également entendre (Martel, 2002, p.72-79).

Ces opposants se composent en grande partie de regroupements religieux, d'associations de médecins, d'associations de personnes handicapées, comme People in Equal Participation inc. (PEP), ainsi que des associations de prévention du suicide comme l'Association canadienne de la prévention du suicide (Martel, 2002, p.74-76). Outre les arguments moraux mis de l'avant par ces opposants, la question des dérives possibles d'une légalisation ou même d'une dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté occupent une place centrale dans leur argumentaire pour s'opposer à de telles mesures. Implicitement, leurs inquiétudes sont à l'effet que des personnes vulnérables (personnes handicapées⁶², âgées, dépressives) soient ni plus ni moins mises à mort à la demande de membres de la

⁶² On peut penser au cas Latimer ici au Canada.

famille ou en raison de contraintes administratives ou budgétaires des institutions de santé. Pour ces regroupements, les analogies de la pratique de l'euthanasie avec l'idéologie eugéniste sont loin d'être caricaturales (Gandsman, 2018, p.174). Signe d'un changement des sensibilités sociales au début des années 1990 au Québec, quatre sondages réalisés auprès du Collège des médecins, de la Fédération des médecins omnipraticiens, de la Fédération des médecins spécialistes et de la population québécoise en général⁶³, révèlent une ouverture à l'euthanasie⁶⁴. C'est donc dans un contexte où les revendications pour le droit à mourir dignement se font entendre tant sur la place publique, dans les médias que dans les cours de justice que la consultation publique *Mourir dans la dignité* prend en place.

Notons également que les débats entre professionnels de la santé qui ont lieu au Québec lors de Commission de 2010 à 2011 se déroulent également dans d'autres juridictions, notamment en Belgique où les psychiatres sont divisés quant à la possibilité pour une personne souffrant de maladie mentale à demander l'euthanasie. Dans les débats en Belgique, les principaux arguments avancés par les opposants à un élargissement de l'AMM sont à l'effet que ces malades sont par définition « incapables » et ne peuvent donner un consentement éclairé, qu'aucune maladie mentale n'est incurable, que l'expression du désir de mourir soit un signe clair d'une psychopathologie à laquelle il importe de répondre par

⁶³ Collège des médecins du Québec. *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie – Document de réflexion*, 16 octobre 2009, 9 p.; Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Communiqué de presse « La FMOQ dévoile les résultats de sa consultation sur l'euthanasie », 29 octobre 2009; Fédération des médecins spécialistes du Québec. Communiqué de presse « Euthanasie : La FMSQ dévoile les faits saillants de son sondage », 13 octobre 2009 ; HANDFIELD, Catherine. « Les Québécois favorables à l'euthanasie », [en ligne], mis à jour le 11 août 2009.

⁶⁴ Le rapport de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (p.13) s'appuie en bonne partie sur les résultats d'une vaste enquête réalisé en 2010 auprès de la population québécoise : HANDFIELD, Catherine. « Les Québécois favorables à l'euthanasie », [en ligne], mis à jour le 11 août 2009. [[Http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200908/10/01-891423-les-quebecois-favorables-a-leuthanasie.php](http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/200908/10/01-891423-les-quebecois-favorables-a-leuthanasie.php)] (consulté 03-12-2022)

un traitement et non en validant ce désir (Distelmans 2013). Nous observons un argumentaire analogue dans les mémoires des professionnels de la santé au Québec, à une exception significative; les psychiatres québécois ne se prononcent pas sur cet enjeu. En effet, l'Association des psychiatres du Québec n'a pas soumis de mémoire à l'intention des commissaires, si ce n'est qu'ils sont membres de la Fédération des médecins spécialistes du Québec qui a produit un mémoire (214m) ambivalent sur la question.

7.2 La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (CMD), le cœur du débat sur l'euthanasie et le suicide assisté au Québec

La CMD, initialement mise sur pied en 2009, est par la suite pilotée par la ministre déléguée aux Services sociaux (2012-2014) Véronique Hivon, députée de Joliette. D'une grande ampleur, la consultation réunie différents acteurs de plusieurs champs de spécialité : éthiciens, sociologues, anthropologues, médecins, infirmières, etc. De plus, la population est invitée à participer et à communiquer son point de vue sur cet enjeu sensible. Le rapport qui découlera de cette consultation s'appuie donc sur corpus important de sources et de témoignages divers provenant de plusieurs horizons et champs disciplinaires.

Tableau 9

La Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité en chiffres

- 32 experts entendus pendant 6 jours
- Plus de 3 200 exemplaires du document de consultation
- 273 mémoires
- 239 personnes et organismes entendus pendant 29 jours d'auditions publiques dans 8 villes (Gatineau, Montréal, Québec, Rimouski, Saguenay, Sherbrooke, Saint-Jérôme, Trois-Rivières)
- 114 personnes entendues pendant les périodes de micro ouvert
- 6 558 réponses au questionnaire en ligne
- plus de 16 000 commentaires reçus par courriel, par la poste, par télécopieur et par l'intermédiaire du questionnaire en ligne
- 21 rencontres pendant la mission en France, aux Pays-Bas et en Belgique
- 51 séances de travail des membres de la Commission

-Sources : rapport Mourir dans la dignité

Dans le cadre de cette thèse, nous ne nous intéressons toutefois qu'au milieu de la médecine et à ses acteurs, toujours dans l'optique d'observer comment le savoir médical sur la mort volontaire se constitue. Nous avons donc sélectionné pour notre analyse les mémoires déposés par les regroupements d'acteurs du champ médical (19 mémoires), tout en excluant les mémoires de médecins déposés à titre personnel, car ceux-ci étant davantage composés de témoignages et d'expériences personnels que d'argumentaires appuyés sur des connaissances médicales. Bien que la commission eût pour motivation première d'explorer la possibilité d'ouvrir une porte à l'euthanasie, un thème s'est imposé dans les discussions soit celui des soins de fin de vie et surtout des soins palliatifs. Un bref retour sur l'évolution des soins palliatifs au Québec se doit ainsi d'être fait.

Les soins palliatifs ou soins de fin de vie sont une innovation récente au Québec. Développés dans un premier temps à l'hôpital Royal-Victoria afin de venir en aide aux cancéreux en phase terminale, les soins palliatifs sont intégrés peu à peu à diverses institutions de santé de la province au cours des années 1990 pour enfin s'insérer

officiellement dans un programme national de soins de santé en 1998. C'est dans le contexte de ces soins de fin de vie pour les patients souffrants qui n'ont plus d'espoir de guérison que le suicide assisté et l'euthanasie prennent place comme *une continuité* des soins de santé (Rapport MdD, p.21) bien que cette mesure fût initialement envisagée comme exceptionnelle. Nous sortons ici de la logique initiale de la médecine, préserver la vie, pour prendre celle de l'accompagnement des malades vers la mort. Ici, la finalité humaine n'est plus niée ni repoussée à l'infini, mais intégrée dans un *continuum*, un processus naturel de la vie que la médecine cherche à rendre "douce" et exempte de souffrance. Cependant, nous verrons que ce qui est présenté par les commissaires comme une « continuité naturelle » des soins palliatifs est loin d'être perçu ainsi par les acteurs de ce milieu. En effet, la totalité des mémoires déposés par les associations œuvrant dans les soins palliatifs sont farouchement opposés à l'euthanasie et au suicide assisté.

7.4 Débat sur l'euthanasie : Trois positions dans le champ médical

C'est donc 19 mémoires d'associations de praticiens du domaine de la santé⁶⁵ que nous avons recensés, soit :

- Association des médecins catholiques de Montréal
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- Association québécoise de gérontologie
- Canadian society of palliative care physicians
- Coalition des médecins pour la justice sociale

⁶⁵ Nous avons cherché à recenser les mémoires déposés par l'ensemble des professionnels de la santé (infirmières et psychologues) non pas exclusivement des médecins comme ce fut le cas pour nos sources de l'UMC, afin de refléter l'importance que ces professions occupent dans le débat sur l'aide médical à mourir.

- Collectif de médecins, opposés à l'euthanasie et au suicide assisté de McGill
- Collège des médecins
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Fédération des médecins spécialistes du Québec
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ
- Maison des soins palliatifs de l'Est-de- l'Île-de-Montréal
- Maison des soins palliatifs de la Rivière-du-Nord
- Médecins de la division de gériatrie de l'Université McGill
- Médecins et infirmières soignant les patient(e)s atteint(e)s du cancer contre l'euthanasie et le suicide assisté
- Réseau de soins palliatifs du Québec
- Nova Montréal
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Ordre des psychologues du Québec
- Programme des soins palliatifs, département d'oncologie, Université McGill

Naturellement, les mémoires soutiennent deux positions bien tranchées soit en faveur de l'euthanasie ou opposée à celle-ci. Toutefois, une troisième voie se dégage et met en lumière la position ambivalente de certains groupes, qui ne se prononcent pas en faveur de l'euthanasie, mais qui ne cherchent pas explicitement à s'y opposer. Nous regroupons donc ainsi les mémoires du champ médicales :

Tableau 10

Position en faveur ou opposée à l'euthanasie (mémoires pour la commission MdD)

En faveur	2
Opposé	12
Ambivalent	5

Afin de bien disséquer ce débat entre deux positions apparemment tranchées sur l'aide au suicide, nous allons regarder sur quelles assises empiriques médicales chacune des différentes positions s'appuient pour valider leurs arguments. Tout comme le chapitre précédent, nous nous questionnerons également sur l'enjeu de l'intention des suicidaires et comment celle-ci est interprétée parmi les professionnels de la santé afin de mettre en lumière deux positions distinctes. Enfin, nous tenterons d'établir si ce débat conduit bien à un changement de paradigme médical en observant les arguments mis de l'avant pour légitimer ou refuser la légalisation de l'euthanasie et plus spécifiquement, sur quelles bases scientifiques s'appuient ces professionnels de la santé pour justifier leur position. C'est à travers ce débat, que la question fondamentale sur la nature du suicide se tisse en toile de fond. Ce geste est-il exclusivement un symptôme d'une pathologie de l'esprit ou peut-il également être un projet lucide et rationnel?

7.4.1 Argument en faveur de la légalisation de l'euthanasie

Les deux mémoires qui sont ouvertement en faveur d'une aide médicale pour mettre fin à ses jours sont ceux de l'organisme *NOVA Montréal* et de l'*Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)*. Ces deux organismes diffèrent significativement par leur nature et leur approche des enjeux de l'euthanasie et du suicide assisté. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous les présentons chacun indépendamment et, dans un second temps, nous traiterons de leurs visions communes.

L'origine de cet organisme à but non lucratif remonte à 1897, moment de la création du *Victorian Order of Nurses* (VON). De visées pancanadiennes, cette organisation d'infirmières apporte son soutien aux malades et blessés les moins fortunés au cours du 20^e siècle pour se spécialiser dans les soins à domicile, particulièrement pour des patients âgés en perte d'autonomie. Un service de soins palliatifs à domicile est mis en place en 1992 afin de permettre à certaines personnes gravement malades de finir leur vie dans leur domicile. Plutôt modeste, la division montréalaise de cet organisme ne comptait que cinq infirmières au moment de la restructuration de ses activités en 2015, où seules les divisions d'Ontario et de Nouvelle-Écosse sont préservées.

Le mémoire soumis à la CMD est succinct et ne comporte que cinq pages. Tout en faisant la promotion de soins palliatifs de qualité et particulièrement des soins à domicile, l'organisme affirme clairement que :

Selon ses croyances, nous sommes d'avis que tout être humain confronté à une mort imminente devrait avoir la liberté et le droit de choisir le moment et la façon de mourir. En outre, ce choix doit être entièrement le sien, et non pas celui de la famille ou du médecin.

[...] pour d'autres, qui vivent une grande détresse causée par la douleur physique ou morale que la médecine n'arrive pas à soulager, le choix de mourir dignement, de la façon et au moment voulu, devient la seule option possible.

Cet organisme insiste sur l'importance que des professionnels de la santé supervisent toutes les opérations des soins palliatifs, sans pour autant nommer clairement la nature exacte du choix de ces individus pour qui la mort est imminente. En effet, le document ne contient aucune mention des mots euthanasie et suicide assisté et comporte plutôt des allusions comme présenté dans les extraits cités ci-haut. Aussi, trois témoignages de patients

gravement malades sont présentés, sans préciser la nature exacte des gestes que NOVA juge acceptable pour eux. Dans un de ces témoignages, il n'est rapporté que les souffrances et le désir de mourir d'un patient cancéreux, sans pour autant préciser la façon exacte dont est survenu son décès. Dans un autre cas, il est question de débranchement d'un respirateur à la demande d'un patient atteint de la maladie de Lou-Gehrig, ce qui constitue un arrêt de traitement, et non de l'euthanasie. Bien que la possibilité de mettre fin à ses jours face à une mort imminente et souffrante soit recommandée par l'organisme, un flou demeure sur la façon exacte dont cette aide à mourir doit être administrée et sur les balises de son application. Ces imprécisions sont propres à cet organisme et diffèrent du mémoire de l'AQESSS qui, lui, parle clairement d'euthanasie.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

Créée en 2005, cette association regroupe les gestionnaires des hôpitaux et centres hospitaliers et hôpitaux universitaires de la province. Sa principale mission est d'opérer la gestion de 85% du budget de ces institutions ainsi que celle de son personnel (200 000 employés)⁶⁶. C'est donc à titre de gestionnaires que les membres de cette association prennent l'initiative de participer à la CMD et d'exprimer leur position sur cet enjeu. Émettant une série de 21 recommandations, l'AQESSS se positionne à la fois sur les testaments de fin de vie, les soins palliatifs et sur l'euthanasie.

⁶⁶ En 2013, l'AQESSS devient la Direction des assurances du réseau de la santé des services sociaux (DARSSS) et concentre ses activités dans la coordination et la gestion des assurances responsabilité et dommage des établissements de soins de santé.

Ainsi, ce mémoire d'une quinzaine de pages présente le contexte démographique d'une population qui se fait de plus en plus vieillissante pour aborder la question des soins palliatifs et du testament de fin de vie. Dans ce document sont inscrites les volontés d'une personne en matière de soins de santé et sur l'acharnement thérapeutique (réanimation cardiaque, gavage, dialyse, hydratation forcée ou artificielle, etc.) qu'elle souhaiterait voir exécutés si elle n'est plus en mesure de consentir à de tels soins. Toutefois, aucune demande d'euthanasie anticipée n'est prévue dans ce document, ce que déplore l'AQESSS. Au Québec ce document porte le nom de Directives médicales anticipées (DMA) et fut mis en place après la commission en 2016. Toutefois les DMA ne permettent pas de formuler une demande d'AMM anticipée. Le mémoire de l'AQESSS met de l'avant les avantages d'un tel document pour les gestionnaires d'établissements de santé et recommande que des mesures soient prises afin de s'assurer de sa connaissance et de l'application des volontés du patient. De façon analogue, les recommandations faites concernant les soins palliatifs sont à l'effet d'en augmenter la qualité et surtout la disponibilité afin que la population puisse pleinement profiter de ces services. C'est donc dix des douze pages de ce mémoire qui sont consacrées à ces enjeux et qui font l'objet de 12 des 21 recommandations.

En ce qui concerne la partie du mémoire qui traite d'euthanasie, il est principalement fait mention du caractère pluraliste du personnel qui travaille dans le domaine de la santé et de l'importance de respecter les croyances et valeurs de ceux-ci en ce qui concerne la mise en place de cette pratique. Puis, neuf recommandations spécifiquement à cet effet sont formulées en guise de conclusion :

1- L'importance que les demandes d'euthanasie répondent à des critères bien définis au plan physique, psychologique, et éthique et que chaque situation soit considérée comme unique et étudiée dans cette perspective;

2- À chaque fois, il faudrait s'assurer que la personne concernée ne fasse l'objet d'aucune pression et que son désir de mettre un terme à sa vie ne soit pas uniquement causé par sa crainte d'être un fardeau pour ses proches ou la société, mais bien parce qu'elle souffre physiquement, psychologiquement de façon intolérable et que sa vie n'a plus aucun sens pour elle;

3- Les procédures convenues pour procéder à une demande d'euthanasie devraient garantir qu'il s'agit d'une décision réfléchie. Ainsi, elles devraient prévoir la formulation de demandes répétées par la personne alors qu'elle était consciente, incluant des délais entre chaque demande en fonction de la réalité de la maladie (un état stable - exemple : séquelles d'un AVC/accident de la route — vs — un état évolutif - exemple : cancer/maladie dégénérative neuromusculaire); ceci permettant de s'assurer de la persistance dans le temps de la décision de la personne ou d'un revirement possible, l'état mental ou physique de celle-ci s'étant amélioré⁶⁷;

4- Toutes les avenues pour soulager une personne et améliorer sa qualité de vie devraient avoir été explorées et communiquées à la personne avant de considérer une demande d'euthanasie;

5- Seul un médecin devrait avoir le droit de pratiquer l'acte de l'euthanasie mettant intentionnellement fin à la vie d'un patient à la demande de ce dernier. Évidemment, tout médecin devrait être libre d'accéder ou non à la demande d'euthanasie d'un patient. Une instance multidisciplinaire incluant au moins un, voire deux autres, médecin devrait faire partie du processus;

6- L'endroit où devrait se dérouler l'euthanasie devrait être convenu de concert avec la personne. Dans les pays où l'euthanasie a été décriminalisée, le domicile semble être l'endroit choisi par la majorité des personnes. Il faut néanmoins réaliser que les établissements de santé et de services sociaux pourraient devenir « les principaux lieux » au sens large, où se pratiquerait l'euthanasie. D'énormes responsabilités seraient alors confiées aux professionnels de la santé impliqués et aux gestionnaires d'établissements;

⁶⁷ Pour un état stable sur le plan physique, tel que les séquelles d'un accident (ex. : quadriplégie, etc.), le délai indiqué entre les demandes pourrait aller jusqu'à un an, pour s'assurer que la personne ne soit plus en état de choc post-traumatique ou de dépression majeure.

7- Le cas échéant, les établissements devraient s'assurer d'informer et de former les professionnels de la santé et les gestionnaires sur les nouvelles dispositions de la loi décriminalisant l'euthanasie dans certaines circonstances;

8- Au-delà de la formation, les établissements auraient à soutenir les équipes soignantes en privilégiant les échanges au sein de l'équipe de soins ainsi que la supervision clinique et la contribution d'éthiciens. Ils auraient à revoir leurs structures de consultation telles que les comités d'éthique et autres conseils professionnels à la lumière des nouveaux protocoles, le cas échéant;

9- Finalement, les établissements devraient s'assurer du respect le plus rigoureux des balises et critères qui accompagneraient de tels changements aux plans juridique et éthique et devraient évidemment continuer à assurer la qualité optimale des soins et des services aux personnes et à leurs proches dans le respect des lois en vigueur.

En somme, ces deux mémoires ouvertement en faveur de l'euthanasie sont peu représentatifs des acteurs du milieu médical et n'avancent aucun argument médical précis pour la justifier. De plus, ils ne s'appuient pas sur une littérature tirée de revues médicales. L'organisme NOVA Montréal ne représente que quelques infirmières et l'AQESSS est constituée de gestionnaires des institutions de santé de la province. Il apparaît que ces derniers accordent une grande importance aux enjeux légaux et à la responsabilité juridique des établissements de santé. C'est pourquoi cet organisme fait la promotion de balises pour encadrer la pratique de l'euthanasie afin d'éviter les dérives et « de soutenir ses membres dans l'exercice de leur mission afin de toujours améliorer la qualité des services à la population » (083M, p.10) et, fort probablement, d'éviter d'éventuelles poursuites en justice.

Quant aux raisons cliniques avancées pour soutenir la légalisation de l'euthanasie, ils se résument en deux points : 1- des individus malades éprouvent de grandes souffrances; 2- la médecine, dans son état actuel, est incapable de soulager ces souffrances. Nous

soulevons au passage que ces deux mémoires emploient le terme *euthanasie* et non pas *aide médicale à mourir*, terme qui n'est pas encore consacré dans le cadre des débats. Aussi, les principaux arguments mis de l'avant en faveur de cette pratique concernent principalement le besoin de soulager de trop grandes souffrances chez certains patients et du besoin d'encadrer cette pratique. Dans cette perspective, l'euthanasie s'inscrit dans une continuité voire une complémentarité avec les soins palliatifs. Toutefois, cette conceptualisation des soins de fin de vie est catégoriquement rejetée par les opposants à la décriminalisation de l'euthanasie qui voient plutôt une contradiction fondamentale entre les soins palliatifs et l'euthanasie.

7.3.2 Argument contre de la légalisation de l'euthanasie

Les mémoires des professionnels de la santé qui s'opposent à la décriminalisation de l'euthanasie sont largement majoritaires, 12 mémoires sur 19. Nous les avons regroupés en fonction de leurs spécialités disciplinaires ou encore de leurs champs de pratique lorsque cette spécialisation n'était pas manifeste. Il en ressort une prédominance des praticiens des soins palliatifs, comme nous pouvons le constater ici :

Tableau 11
Spécialités médicales se prononçant sur l'AMM

Groupes d'intérêt ou de spécialisation médicale	Nombre de mémoires
Soins palliatifs	5

Oncologie (exclusive-ment ⁶⁸)	1
Gériatrie	2
Soins infirmiers	1
Regroupements multidisciplinaires	3

Nous nous attarderons donc, dans un premier temps, aux arguments émanant des professionnels de la santé œuvrant dans le domaine des soins palliatifs, puis, dans un second temps, nous dégagerons l'ensemble des différents arguments médicaux et bioéthiques qui sont invoqués pour s'opposer à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le regard des professionnels des soins palliatifs

Des mémoires provenant du domaine des soins palliatifs, quatre⁶⁹ mentionnent que les demandes d'euthanasie ou de suicides assistés des patients devraient être traitées comme tout autre propos relevant du suicide, c'est-à-dire d'offrir un support psychologique ou psychiatrique afin de traiter ce symptôme dépressif. La logique qui sous-tend cette assertion relève d'une définition du suicide conventionnel (tel que l'entend l'OMS) associant ce geste (où son évocation) à une pathologie mentale. L'idée qu'un suicide rationnel puisse exister ou encore de décider du moment de sa mort, même en situation de fin de vie, est ainsi écartée. Cette idée s'inscrit dans l'optique que les symptômes de dépression sont traitables et qu'il est possible d'aider des patients en situation de grande détresse qui demandent à mettre fin à leurs jours à surmonter cette épreuve afin qu'ils appréhendent leur mort

⁶⁸ Un des mémoires, 209m, provient du Programme des soins palliatifs du département d'oncologie de l'Université McGill. Étant donné de la perspective adoptée dans ce mémoire nous l'avons associé aux autres mémoires relevant des soins palliatifs, l'oncologie n'étant pas au centre de leur argumentaire.

⁶⁹ Mémoires : 115m, 145m, 209m et 219m.

éminemment plus sereinement (209m, p.11). Dans certains cas cet état est d'ailleurs présenté comme un fait empirique :

D'autres études [...] mettent en évidence que les déterminants les plus prédictifs d'une demande de mettre fin à ses jours ne sont pas reliés aux symptômes physiques (douleur, dyspnée), mais reliés à la détresse psychologique et à des attentes vis-à-vis de soins non satisfaites, par exemple les symptômes non végétatifs de la dépression et un sens profond de ne pas être apprécié, d'absence de dignité (209m, p.11).

Par exemple, la prévention du suicide des personnes souffrant de dépression est une responsabilité reconnue par tous. Pourquoi la société accepterait-elle une attitude différente lorsque la personne est en fin de vie ? » (115m, p.12).

Toutefois, dans d'autres mémoires, notamment celui du Réseau de soins palliatifs du Québec, une nuance est apportée à cette association entre demande d'euthanasie et symptômes dépressifs, insinuant que ce ne serait qu'une partie de ces demandes qui proviendrait de patients en dépression :

Il est important de savoir que, selon Ganzini⁷⁰, en Oregon, sur 6 personnes demandant l'euthanasie en fin de vie, une serait atteinte de dépression clinique. En effet, la fin de vie est fréquemment associée à des troubles dépressifs significatifs et souvent ce problème n'est ni identifié, ni traité. Selon l'étude de Van der Lee⁷¹, les personnes déprimées, en phase terminale (moins de 3 mois de vie), seraient plus nombreuses à demander l'euthanasie, soit 4.1 fois plus souvent que les personnes non déprimées. Ce désir de mourir peut facilement être associé aux intentions suicidaires d'une personne déprimée (115m, p.10).

La dépression est alors présentée comme fréquemment associée à la fin de vie, bien qu'elle ne se présente pas systématiquement. Dans l'extrait précédent, il est mentionné que les

⁷⁰ Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK., Oregonian's reasons for requesting physician aid in dying, Ganzini L, *Arch. intern. Med.* 2009; 169(5): 489-492.

⁷¹ van der Lee ML et al., Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients, *J. Clin. Oncol.* 2005 ; 23: 6607-6612

personnes dépressives ne représentent qu'une minorité des gens en fin de vie, une sur six d'après les études qu'ils ont consultées. Ainsi, l'emphase est placée sur les failles à établir un tel diagnostic, introduisant l'idée que des personnes dépressives pourraient être euthanasiées, alors qu'elles n'ont pas la pleine possession de leurs facultés mentales. L'argumentaire s'appuie principalement sur cette association entre demande d'euthanasie et idées suicidaires. Dans cette perspective, le deuil vécu par les proches des individus qui décèdent par euthanasie ou suicide assisté serait le même que ceux qui font face au suicide d'un proche :

Le temps consacré à accompagner une personne chère en fin de vie contribue à amorcer un deuil qui, bien que difficile, pourra se résoudre avec un minimum de difficulté. Il existe très peu d'études sur l'impact d'un décès, par euthanasie ou par suicide assisté, pour les proches. Nous savons cependant que le deuil, associé à un suicide, est particulièrement difficile. Nous devons donc nous questionner sur celui associé à une vie abrégée par l'euthanasie ou par le suicide assisté (115m, p.12 et 219m, p.3).⁷²

Les demandes de suicide assisté ou d'euthanasie sont donc présentées comme une conséquence du mauvais état de santé mental des patients qui manifestent ce désir. Il est clair que dans cette perspective la réponse appropriée à ces demandes relève de la santé mentale et de la prévention au suicide, non du droit de mourir. Accepter d'aider une personne à mettre fin à ses jours, même lorsqu'elle se trouve en situation de fin de vie, reviendrait en quelque sorte à poser un geste criminel dommageable pour celle-ci.

⁷² Nous avons observé une forte similitude entre certains éléments des mémoires du Comité d'éthique du réseau de soins palliatifs du Québec et de La Maison de soins palliatifs de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. En fait, comme c'est le cas dans cet extrait, certaines phrases sont identiques et ont probablement fait l'objet d'une retranscription identique.

D'autre part, dans les mémoires provenant du milieu des soins palliatifs, les demandes d'euthanasie font l'objet d'un certain relativisme et sont même banalisées dans une certaine mesure. Reconnaisant l'existence de ces demandes chez leurs patients, les acteurs du domaine des soins palliatifs avancent que les pensées suicidaires des mourants ne constituent qu'une phase normale du processus de fin de vie et qu'une fois sublimée, grâce à de meilleurs traitements, les patients n'en font plus la demande (115m, p.10; 145m, p.3; 209m, p.11).

La demande de mort par euthanasie ou par assistance au suicide n'est pas neutre tant chez celui qui l'exprime que chez celui qui la reçoit. Lors d'un véritable face à face, médecin-patient, le sens d'une demande d'euthanasie n'est pas toujours clair. Provenait-elle d'un désir vrai de mourir, d'un cri d'alerte traduisant un état dépressif masqué, une démoralisation profonde ou encore, dans le cas d'un jeune homme gai atteint du sida, demandait-il, exprimant possiblement la douleur d'une homophobie intégrée, "est-ce que je mérite de vivre"? (209m, p11).

Au Québec, le souhait de mourir prématurément est associé au manque de dignité des personnes en fin de vie. La souffrance associée à cette situation est perçue comme intolérable et incurable. Une fois la relation thérapeutique établie entre le patient, son médecin, et l'équipe soignante, il est possible d'atténuer cette souffrance et même de redonner un sens à la vie. Les professionnels de la santé et les bénévoles peuvent même prévenir significativement ce sentiment négatif (115m, p.10).

Il est également souligné que parmi les patients qui articulent une telle demande, seule une minorité (10%) désire réellement *s'enlever la vie* (209m, p.11). Décrites comme une simple phase du processus de fin de vie, les demandes d'euthanasie sont comprises ici comme la manifestation d'un inconfort profond auquel les soins palliatifs peuvent répondre adéquatement. Ces demandes ne doivent donc pas être comprises comme la manifestation explicite des patients à mettre fin à leurs jours, mais bien comme la manifestation d'un trouble dépressif ou de souffrances physiques et psychiques qui demandent à être soulagées.

Un argument qui revient fréquemment dans les mémoires issues des soins palliatifs est celui de la « pente glissante » ou des risques de dérives⁷³. Selon eux, en prenant pour exemple les pays et états qui ont légalisé l'euthanasie ou le suicide assisté, l'assouplissement des lois sur l'AMM conduit à des dérives et à un nombre toujours croissant de morts par euthanasie. Les exemples les plus souvent cités sont ceux des Pays-Bas, de la Belgique et dans une moindre mesure de l'Oregon. Le portrait de la pratique de l'euthanasie dans les Pays-Bas qui est dépeint par les opposants à cette pratique est plutôt sombre. Selon eux, plus de 50% de cas d'euthanasie ne seraient pas rapportés officiellement. Aussi, de 20 à 30% des euthanasies seraient effectuées sans le consentement des patients, et plus de 50% de médecins proposeraient directement l'euthanasie à leurs patients sans leurs offrir d'autres options de soins palliatifs (115m, p.10; 209m, p.12). On décrit la situation en Belgique comme analogue avec plus de 50% de cas où les euthanasies seraient pratiquées sans le consentement des patients selon certains articles⁷⁴, particulièrement chez les patients âgés de 80 ans et plus, ceux souffrant de démence ou étant comateux. Enfin, de nombreux cas d'euthanasie ne seraient pas rapportés, comme aux Pays-Bas (209m, p.13).

Ces dérives conduiraient en quelque sorte à un retour de l'eugénisme et seraient particulièrement dommageables pour les populations les plus vulnérables, soit les personnes ayant un handicap⁷⁵ ou les personnes âgées. Cet argument est récurrent et nous

⁷³ Mémoires 070m, 115m, 209m, 219m.

⁷⁴ Cf. Keown, J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legislation*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2002; Callahan, Organised Obfuscation: Advocacy for Physician-Assisted Suicide. Hasting Center Report, 2008 ;38 (5) : 30-32.

⁷⁵ Les cas Latimer en est un exemple célèbre au Canada. Il fait référence au procès de Robert Latimer pour le meurtre de sa fille Tracy Latimer qui était en grande souffrance. Les enjeux éthique, moraux et légaux

rappelle que le sens historique donné du terme *euthanasie* a été associé aux régimes fascistes. L'association entre euthanasie et eugénisme est donc essentiellement présentée pour que l'on s'y oppose et s'inscrit en partie dans la rhétorique de la « pente glissante » qui, par le biais de la légalisation de l'euthanasie, ouvrirait la voie à une caution morale et politique de pratiques eugénistes, comme l'illustre cette citation de Corine Pelluchon⁷⁶ (115m et 219m) : « [...] si l'euthanasie devient la réponse au problème de la souffrance, cela signifie symboliquement que la personne malade et handicapée n'a pas sa place dans la société ».

D'autre part, il existerait une confusion manifeste chez le personnel médical relativement à la terminologie employée dans le cadre des soins palliatifs, signe que le concept même de ce qu'est l'euthanasie et dans une plus large mesure *s'enlever la vie* ne fait pas l'objet d'un consensus sur son « sens commun » au sein de la profession médicale sensée la prendre en charge (Bourdieu 2001, p. 50). Au Québec, l'aide médicale à mourir, l'euthanasie et les soins de fin de vies ne font pas l'objet de définitions établies dans le champ médical. Cette confusion terminologique est notamment observable en ce qui concerne la sédation palliative intermittente ou continue :

Enfin, la sédation palliative est fréquemment perçue comme de l'euthanasie déguisée, ce qui est faux puisque le patient décède de sa maladie (070m, p. 5).

Outre la confusion sur les différents actes médicaux qui peuvent être posés, il y a également une réticence à considérer l'euthanasie et l'aide au suicide comme des soins de santé. Dans

ont fait grand bruit dans les médias autour de l'opposition entre l'idée de meurtre par compassion et d'eugénisme. Voir Lachance (2005).

⁷⁶ Pelluchon, C., 2009, *L'autonomie brisée : bioéthique et philosophie*, Paris PUF, Coll. Léviathan.

certaines mémoires (209m, 070m, 115m), il est avancé que l'euthanasie n'est en aucune façon un soin de santé et que :

[...] il demeure que le présent débat continue de se dérouler dans un climat de confusion entretenue délibérément par certains qui introduisent des euphémismes tels que l'aide médicale à mourir (plutôt qu'euthanasie), ou encore qui persistent dans leur utilisation d'expressions telles qu'euthanasie passive. Pas étonnant que même les médecins ne s'y retrouvent plus et continuent de confondre thérapie par sédation palliative et euthanasie (209m, p.4).

Enfin, dernier argument phare mis de l'avant par ceux qui sont contre l'AMM : les soins palliatifs seraient la seule solution efficace pour répondre aux demandes d'euthanasie et de suicide assisté. En ce sens, la légalisation de l'euthanasie serait dommageable pour la qualité et la survie même des soins palliatifs. De façon assez uniforme, les mémoires issus des professionnels travaillant en soins palliatifs avancent que la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté est superflue puisque les services de soins palliatifs répondent déjà aux besoins que peuvent exprimer les patients en fin de vie. Qui plus est, en autorisant l'euthanasie, cela reviendra à diminuer la qualité des services palliatifs, premier rempart contre la souffrance des patients. À cet égard, il est intéressant de noter que certains professionnels des soins palliatifs ne s'attendaient pas à ce que la commission porte sur la question de l'euthanasie (219m, p.2). Pour eux, elle devait porter sur les soins palliatifs. La légalisation de l'euthanasie est alors comprise comme un désaveu de l'efficacité des soins palliatifs à soulager les souffrances des patients en fin de vie. Les craintes sont manifestes, alors que, selon ces médecins, seulement 15 à 25% de la population en fin de vie aurait accès à des soins palliatifs (209m, p.5) et exprimeraient le souhait que les gouvernements investissent davantage dans le réseau des soins palliatifs en plus de renoncer à son projet de légalisation de l'euthanasie. Loin de l'idée où l'euthanasie et le suicide assisté seraient en continuité

avec les soins palliatifs, nous observons que ces pratiques sont en opposition directe avec le pouvoir de prise en charge de ces patients par les médecins en soins palliatifs. Cela remet aussi en question le sens que ces médecins donnent à cette prise en charge qui consiste à accompagner le plus sereinement possible des patients gravement malades vers leur mort.

En somme, les acteurs œuvrant au sein des soins palliatifs sont à l'avant-scène des opposants à l'euthanasie et au suicide assisté. Leur argumentaire est également représentatif de l'ensemble des mémoires contre la légalisation et expose les principales récriminations contre la décriminalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Les principaux arguments des opposants à l'AMM sont que les demandes d'euthanasie et d'aide au suicide relèvent de la santé mentale de patients dépressifs qu'il faut traiter. Aussi, l'argument de la pente glissante, avec cités en exemple les cas de la Belgique, des Pays-Bas et de l'Oregon, laisse croire que la légalisation de l'euthanasie entraîne des dérives éthiques majeures. Il est également avancé que de légaliser l'euthanasie pave la voie à des pratiques eugénistes qui affecteront les plus vulnérables de la société. Aussi, qu'une confusion importante sur les termes entourant les actes médicaux qui soulagent les souffrances et accompagnent la fin de vie (la sédation palliative notamment) est présente dans l'ensemble du corps médical. Enfin, et c'est le point central de leur argumentaire, que cette nouvelle légalisation entraînerait une dégradation de la qualité des soins palliatifs qui sont déjà sous-financés.

CHAPITRE VIII

LA QUESTION DE L'ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE ET DU LIEN EUTHANASIE/HOMICIDE

Deux autres arguments sont présents dans les mémoires opposés à la légalisation de l'euthanasie, soit la question de l'acharnement thérapeutique et de l'association directe entre l'euthanasie et l'homicide.

8. La mise de l'avant de l'enjeux de l'acharnement thérapeutique pour discréditer la nécessité du recours à l'euthanasie.

Dans cinq des mémoires⁷⁷ des opposants à l'euthanasie, la question de l'acharnement thérapeutique vient s'imbriquer dans leurs argumentaires. La pratique de l'acharnement est ici présentée à la fois comme un aveu des défaillances du système de santé et également comme un bouc émissaire des fondements du « problème » de l'AMM. D'une part, les professionnels de la santé qui en traitent admettent que cette pratique a cours encore trop souvent et que dans certains cas les volontés des patients ne sont pas respectées. Certains patients qui seraient naturellement décédés d'une crise cardiaque ou d'un arrêt respiratoire voient leur vie prolongée sans que la qualité de celle-ci s'améliore et demeurent dans l'attente d'une mort imminente. Il y a une reconnaissance de cette pratique, mais celle-ci est plutôt décrite comme un phénomène du passé, principalement issue du contexte des années 1960 (134m, p.3; 183m, p.6). D'autre part, l'acharnement thérapeutique est présenté comme le véritable problème (outre le manque de ressources en soins palliatifs) qui

⁷⁷ 134m, 183m, 206m, 207m, 210m.

occasionne des souffrances indues aux patients. Parler d'euthanasie ne serait donc pas la bonne façon de traiter de la fin de vie puisque le problème réside dans la pratique de l'acharnement thérapeutique :

Quant au droit de "mourir dans la dignité", rappelons que l'origine de ce débat est survenue en réaction à l'acharnement thérapeutique que l'on a vu poindre au cours des années 1960 avec l'avancée des biotechnologies médicales. La pertinence des soins palliatifs en fin de vie n'a d'ailleurs jamais été remise en question (183m, p.6).

Ainsi, pour l'ordre des infirmières du Québec (134m), il est surtout question de bien revoir les pratiques médicales afin que l'acharnement thérapeutique n'ait plus lieu et ainsi mettre l'emphase des soins sur le bien-être et les volontés des patients.

8.1 Présenter l'euthanasie comme un homicide ; un enjeu moral ?

La mention du meurtre est présente dans l'argumentaire des opposants à l'euthanasie et du suicide assisté et cette association est mise de l'avant de façon explicite dans cinq mémoires⁷⁸. Il y est invoqué par ces médecins que l'intention de tuer est en contradiction avec le devoir du médecin qui est de soigner et de préserver la vie (210m, p.4; 207m, p.3). Autrement dit, ceux-ci y voient une association sans équivoque entre la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté et le meurtre. Si cette association est parfois simpliste : « *Si une personne dit qu'il (sic) va sauter d'un pont- c'est illégal d'encourager un patient de se suicider, nous devenons complices* » (188m, p.10), elle peut parfois prendre un sens plus symbolique ; « *l'euthanasie tue le patient deux fois* » (188m, p.11) entendu ici physiquement et symboliquement. Parfois, on fait mention qu'il s'agit de meurtre à proprement

⁷⁸ 137m, 188m, 206m, 207m, 210m.

parlé, comme dans le mémoire de l'Association des médecins catholiques de Montréal (206m), où il est fait mention d'une étude faite en Belgique où 2% des patients auraient été euthanasiés sans qu'ils en aient fait la demande : « *Deux pour cent des patients de cette étude ont donc été assassinés par leur médecin* » (p.3).

Il est également mis de l'avant, quoique plus timidement, l'idée de quête du sens (207m, p.2) qui serait selon eux inhérent au passage de la vie à trépas, idée qui relève effectivement des convictions spirituelles de chacun. En effet, les milieux de soins palliatifs sont des témoins privilégiés d'une mutation des spiritualités et d'une ritualisation du passage vers la mort (Simard 2013). Mais plus encore, la légalisation de l'euthanasie viendrait également « *accorder priorité à la valeur "autonome", à l'origine du repli sur soi, au détriment de valeurs prônant l'altérité et la solidarité* » (115m, p.5 et 13). Ici, le mémoire du Réseau de soins palliatifs du Québec mentionne que la légalisation de l'euthanasie va fondamentalement à l'encontre des valeurs de « *solidarité sociale, d'équité et de compassion* » du système de santé publique du Québec. Il est intéressant de noter que le thème de la compassion est sollicité tant par les opposants à la légalisation que par ceux qui en font la promotion (138m, 83m).

L'ensemble de cet argumentaire à consonnance moralisatrice ne constitue toutefois pas les arguments centraux pour s'opposer à l'euthanasie. Nous avons vu que cette opposition repose principalement sur le danger de tuer des patients dépressifs mal diagnostiqués, aux bris de confiance que cela pourrait engendrer dans la population, à la théorie de la « *pente glissante* », au risque pour les personnes vulnérables dont les handicapés et à la

crainte d'un sous financement des soins palliatifs. Des parallèles sont ici à tracer avec l'affaire Sue Rodriguez, et Latimer où des arguments d'ordre moraux avaient également été soulevés en cours (Martel 2002). Comme l'a observé la criminologue Martel : « *Parce que l'affaire Rodriguez se situe dans l'arène judiciaire - plutôt que dans un autre espace social -, l'affrontement des protagonistes se situe donc dans des termes a-éthiques de la raison instrumentale. Par conséquent, les protagonistes de l'affaire Rodriguez ont recours aux valeurs ou aux absolus moraux d'une manière essentiellement stratégique* » (2002, p.187). Le contexte de la commission parlementaire étant différent de celui d'une salle d'audience, les comparaisons doivent être nuancées, mais il est effectivement possible de voir à travers cette rhétorique, notamment l'évocation de l'homicide et de l'eugénisme, une stratégie narrative (Martel 2002, p.188) permettant de mettre de l'avant une opposition essentiellement morale cachée derrière des concepts plus techniques et incarnés.

Cette association entre le suicide et l'homicide a des racines historiquement anciennes que nous avons en outre retrouvées dans les pages de L'UMC. À l'époque, celui qui commet un suicide ou un *felo de se* (le meurtre de soi) commet avant tout un meurtre. Toutefois, la mention du meurtre ou de l'homicide dans les pages de l'UMC n'occupe pas une place prépondérante dans l'analyse des suicides par les médecins. Les cas où une attention spécifique est portée à l'association entre suicide et homicide sont ceux de la folie amoureuse, un cas de meurtre suicide raté, et du procès de Ménétrier, deux articles dont nous avons préalablement traités. Nos données nous montrent ainsi que proportionnellement, les références associant l'homicide et le suicide sont bien plus présentes dans les mémoires de la CMD (26% des articles) que dans les pages de l'UMC (9%).

Pour certains médecins et infirmières travaillant en oncologie (207m, p.2), le projet de loi viendrait procurer une autorisation d'office pour commettre des meurtres à l'abri de la justice et d'éventuelles poursuites. La Coalition des médecins pour la justice sociale demande en ce sens :

Pourquoi aujourd'hui il y a un mouvement pour l'euthanasie et le suicide assisté pour accélérer le décès des patients qui est en fait un meurtre ou un homicide prémédité ? [...] Dans la même perspective, notre parlement canadien ne doit pas légitimer l'homicide par un acte médical (188m, p.7 et 8).

Se référant au cas belge où des patients auraient été euthanasiés sans leur consentement :

[...] 2% des décès présentés dans l'échantillon de cette étude sont qualifiés de "décès assistés par le médecin sans demande explicite du patient".⁷⁹ Cet euphémisme à connotation clinique pourrait être considéré comme un meurtre dans notre pays. Deux pour cent des patients de cette étude ont donc été assassinés par un médecin. Au Canada, pour le moment du moins, tuer une personne à sa propre demande est assimilé à un meurtre. Dans nos traditions légales et sociales, le droit à la vie est absolument fondamental : c'est la base de tous les autres droits (206m, p.3).

Toujours dans le lien entre homicide et euthanasie, la solitude est présentée comme la principale responsable des demandes d'euthanasie auxquelles les médecins ont été confrontés, et non un réel désir d'en finir avec la vie de la part des patients. À cet effet, il est avancé qu'une technique médicale de qualité peut permettre de surmonter toutes les souffrances physiques chez les patients. Quant aux souffrances morales, ces professionnels de la santé croient que les mourants devraient être encouragés dans la *quête du sens* (207m, p.2). Cette quête de sens peut être développée dans une forme singulière des soins palliatifs et des soins de fin de vie dans les approches misent de l'avant par les soignants (Hibon et Pujol

⁷⁹ Chambaere et All., 2010.

2020). En somme, par une forme de rhétorique, on pourrait en venir à penser que la légalisation de l'euthanasie constituera ni plus ni moins qu'une légitimation de l'homicide qui viendrait marquer une profonde trahison du corps médical envers la société.

Crainte d'un désengagement dans les soins palliatifs

En résumé, les opposants au suicide assisté et à l'euthanasie mettent de l'avant un ensemble d'arguments reposant principalement sur des enjeux moraux⁸⁰, éthiques⁸¹ et techniques⁸². Il est à noter que l'ensemble des mémoires font la promotion des soins palliatifs et de la nécessité d'en améliorer la qualité et la disponibilité. L'introduction des pratiques d'euthanasie est ainsi perçue comme corollaire d'un désengagement du gouvernement dans les soins palliatifs, ce qui inquiète l'ensemble des opposants à cette légalisation. À cet effet, le titre du mémoire de l'Ordre des Infirmières du Québec traduit clairement cette préoccupation : *Mourir dans la dignité -Développer d'abord les soins palliatifs*. D'autre part, le mémoire de l'Ordre des infirmières du Québec expose une préoccupation importante pour ce corps professionnel, soit de devenir exécutante de l'acte d'euthanasie. Les infirmières s'opposent donc à la légalisation de l'euthanasie en partie par peur de voir leurs tâches s'alourdir de responsabilités avec une charge éthique significative : donner la mort à un patient, en plus de devoir gérer cette procédure avec le patient et ses proches. Ces réticences s'ajoutent à la peur des dérives (pente glissante) et à la crainte d'un

⁸⁰ Cette pratique peut conduire à l'eugénisme, les médecins ont le devoir sacré de préserver la vie, il est indigne de procéder de la sorte.

⁸¹ L'introduction de cette pratique conduit à des manquements éthiques des praticiens, comment bien définir les balises de cette pratique ?

⁸² Une confusion terminologique existe, les ressources financières en soins de santé palliatifs sont limitées, et qui est le personnel qui devra gérer ces demandes ?

désengagement de l'État dans les soins palliatifs. Ces arguments recourent ainsi ceux des professionnels du domaine des soins palliatifs, sans toutefois associer les demandes d'euthanasie comme des symptômes d'individus dépressifs et suicidaires.

Ainsi, le seul argument essentiellement clinique reposant sur une expertise et un savoir médical sur l'opposition à l'euthanasie repose sur l'idée qu'une personne qui souhaite *s'enlever la vie* est dépressive et qu'il faut traiter cette dépression et, en aucun cas, accéder à une telle demande. Dans cette perspective, il apparaît incongrue qu'une personne saine d'esprit puisse désirer réellement mettre fin à ses jours. Alors que cet argument, qui s'appuie sur les connaissances médicales sur le suicide, est mis de l'avant comme un fait brut par les opposants à la légalisation de l'euthanasie, les mémoires qui sont ambivalents sur la question vont plutôt en traiter de façon plus nuancée.

8.2 Argument des ambivalents : L'aide au suicide ? Peut-être, mais à certaines conditions.

Les cinq mémoires qui exposent de l'ambivalence face à la décriminalisation de l'euthanasie et du suicide assisté sont également ceux qui représentent le nombre le plus important de professionnels du domaine médical, soit 20 500 médecins⁸³ spécialistes et généralistes, 8 500 psychologues⁸⁴ et près de 60 000 membres de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)⁸⁵, regroupant majoritairement des infirmières et infirmières auxiliaires, mais également des inhalothérapeutes, perfusionnistes et

⁸³ Rapport annuel Collège des médecins 2010-2011.

⁸⁴ Rapport annuel 2010-2011, Ordre des psychologues du Québec.

⁸⁵ 151m.

puéricultrices. Comparativement, l'Ordre des Infirmières du Québec (OIQ) compte 66 500 en 2010⁸⁶ bien qu'un nombre important de ses membres soient aussi membres de la FIQ. Ces mémoires ont en commun de ne pas rejeter d'emblée l'idée de légaliser ou décriminaliser l'euthanasie, sans pour autant avaliser une telle pratique⁸⁷. Tous insistent sur l'importance, en cas de légalisation de la pratique, d'établir des balises légales et réglementaires précises et clairement définies. Outre la demande d'encadrement juridique du suicide assisté ou de l'euthanasie, des inquiétudes et réticences sont également formulées, comme celles des contraintes administratives, la problématique de l'acharnement thérapeutique, le cas des personnes dépressives qui ne sont pas traitées comme tel ou encore une profonde confusion sur la terminologie entourant les soins de fin de vie. On voit ici certains recoupements avec les arguments des opposants à la légalisation de l'euthanasie.

À cet égard, une enquête interne de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec de 2010 rapporte que 52,7% des médecins y ayant participé croient que l'euthanasie est pratiquée au Québec (212m). Cette confusion proviendrait en partie de l'introduction du concept d'euthanasie passive et d'euthanasie active (212, p.10). La méconnaissance de ces termes par des spécialistes de la pratique médicale, médecins et infirmières, ouvrirait ainsi la voie à une banalisation de l'euthanasie, plusieurs croyant à tort pratiquer l'euthanasie dans l'exercice de leurs fonctions. Nous l'avons vu, cet argument est également utilisé par les opposants à la légalisation. Parmi les autres préoccupations importantes,

⁸⁶ Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2012-2013, Ordre des infirmières du Québec.

⁸⁷ Notons que la Fédération des médecins omnipraticiens en vient à la conclusion que l'euthanasie devrait être décriminalisée et non pas légalisée, avec pour idée que cette pratique soit employée en de très rares occasions.

toujours analogues aux arguments des opposants, nous relevons la mauvaise impression que le public peut avoir de l'acharnement thérapeutique et l'inquiétude que les professionnels de la santé soient forcés d'exécuter des euthanasies contre leur gré. Ici l'idée d'être coupable d'un geste associé à l'homicide viendrait briser un lien de confiance du publique envers le personnel médical (151M, p.18).

Outre ces inquiétudes auxquelles s'ajoutent les plaidoyers pour garantir des soins palliatifs de qualité, nous constatons que l'ensemble de ces mémoires est dédié aux questions éthiques entourant une potentielle légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Par exemple : quels seront les critères de sélection des patients? Quelles devront-êtr leurs conditions pour que la demande de mettre fin à ses jours soit valide? Dans quels endroits cette pratique se fera-t-elle (maison, hôpital, CHSLD)? Quels seront les protocoles à suivre lorsqu'une telle demande est formulée? etc. Se pose aussi l'enjeu difficile de savoir discerner les patients dépressifs qui ne désireraient pas réellement mettre fin à leurs jours et qui auraient plutôt besoin de soutien psychologique ou psychiatrique.

Ces questionnements et enjeux sont principalement mis de l'avant dans deux mémoires, soit celui de l'Ordre des psychologues du Québec (226m) et celui de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (212m). Dans l'ensemble, ces mémoires mettent de l'avant l'importance de bien diagnostiquer les possibles cas de dépressions chez les patients en fin de vie. Le danger serait de confondre une demande d'euthanasie avec des idées suicidaires. Aussi, cette association n'est pas systématique, puisque ce ne sont pas tous les patients en fin de vie qui sont dépressifs, ce qui laisse entendre que les demandes

de ces gens à mettre fin à leurs jours pourraient être, dans une importante proportion, des cas de dépression. Ainsi :

La dépression à elle seule entraîne une perte d'intérêt pour la vie. Or, c'est près du quart des personnes en fin de vie qui souffriraient de dépression. Il ne faut pas ici confondre la tristesse et l'anxiété normales à cette étape de la vie et la dépression clinique qui constitue en soi un problème de santé méritant toujours d'être évaluée et traitée. Selon une étude américaine, il appert qu'environ la moitié seulement des personnes en fin de vie seraient adéquatement diagnostiquées pour un état dépressif. La dépression serait donc peu traitée et elle serait plutôt confondue avec les symptômes physiques de la maladie et/ou avec les effets secondaires du traitement pharmacologique. Par conséquent, ces personnes ne bénéficieraient que peu ou pas des traitements appropriés. Cela pose un double problème. Une souffrance, parce qu'elle est d'ordre mental ou psychologique, ne serait pas soulagée adéquatement, et ce, même si les interventions efficaces pour traiter la dépression sont largement connues et diffusées. Mais de plus, la dépression, qui à elle seule peut entraîner le désir de mourir, pourrait nuire à la compréhension du désir réel qu'exprime la personne en fin de vie (226m).

De même, chez un psychotique chronique ou un déprimé sévère résistant au traitement ou un trouble de personnalité qui pose des gestes d'autolyse de façon répétés et qui demande qu'on abrège ses souffrances, on ne peut affirmer qu'il ne pourra récupérer suffisamment pour améliorer sa condition et nous remercier plus tard de ne pas avoir répondu à ses attentes (212m).

L'Ordre des psychologues va plus loin et recommande que les demandes d'euthanasie faites en raison de souffrances psychologiques soient exclues d'emblée des demandes d'euthanasie valides. Bien que cette approche ne fasse pas consensus parmi les différents mémoires, celle-ci apparaît lorsque la question du suicide assisté est traitée.

8.3 Le rejet en bloc du suicide assisté

Si un élément fait l'unanimité tant dans les mémoires des opposants à la légalisation de l'euthanasie que dans ceux qui y sont ouverts, c'est l'opposition ferme à une éventuelle

légalisation du suicide assisté. Cette pratique demeure peu répandue et n'est légale que dans un seul pays d'Europe, soit la Suisse, et aux États-Unis dans trois états : l'Oregon, le Montana et l'état de Washington. Dans ces législations, le suicide médicalement assisté est permis, mais il est encadré légalement. Ainsi, toute personne désirant mettre fin à ses jours doit être évaluée par un médecin qui déterminera si elle correspond au bon profil. Encore une fois, les critères tels qu'être atteint d'une maladie incurable et terminale, ainsi que d'être victime de grande souffrance que la médecine palliative ne peut soulager, priment. Dans de tels cas, un médecin pourra prescrire une drogue létale que le malade est libre d'utiliser, ou non, à son domicile avec l'aide d'un proche. Depuis l'entrée en vigueur de cette loi, l'Oregon recense que près de 30% des gens qui obtiennent ces prescriptions ne l'utilisent pas et décèdent de mort naturelle (MdD. 2012). Il y a donc lieu de croire que cette option a un effet rassurant pour ces malades, qui se trouvent réconfortés à l'idée d'avoir ce choix à portée de main, mais n'incite en rien une augmentation du taux de suicide.

Malgré cela, l'opposition au suicide assisté est clairement affirmée dans l'ensemble des mémoires, même ceux qui sont pourtant ouverts dans une certaine mesure à une éventuelle légalisation de l'euthanasie. À l'instar de l'argument de la pente glissante évoqué précédemment, le suicide assisté est lui aussi présenté comme pouvant dangereusement conduire à des dérives des soins de fin de vie. D'ailleurs, on note que cette pratique a été écartée des principales enquêtes internes⁸⁸ effectuées auprès des membres de la Fédération des médecins spécialistes et omnipraticiens. En effet, les membres de ces fédérations n'ont pas pu se prononcer sur cette pratique puisqu'elle est rejetée d'office par leurs représentants

⁸⁸ Ces enquêtes, ou sondages internes, servent en bonne partie de sources pour appuyer les recommandations des différentes fédérations.

chargés de produire le mémoire pour la CMD, et ce bien qu'un questionnaire de fond soit amené dans le cadre de cette commission. Le sujet du suicide assisté est en effet rejeté et ne fait l'objet d'aucun débat pour ces praticiens.

Nous rappelons que le suicide assisté, tel que pratiqué dans l'état de l'Oregon, permet à des individus gravement malades de mettre fin à leurs jours avec l'aide d'un proche dans le lieu de leur convenance, au moment qu'ils jugent opportun. Dans cette opposition en bloc qui est faite à ce type d'euthanasie par les différents intervenants de la CMD, la similitude avec le suicide, entendue comme le symptôme d'une dépression, est clairement évoquée. Ainsi, on peut lire dans le rapport MdD que :

Dans le cas particulier de la lutte au suicide, nous avons été très sensible aux interventions voulant que l'utilisation même du mot « suicide » dans une ouverture à l'aide médicale à mourir puisse avoir des conséquences sur la lutte au suicide. Mais au-delà du terme, le suicide assisté, considéré comme un acte individuel dans le temps et dans l'espace, ne correspond pas aux valeurs d'accompagnement et de sécurité médicale indissociables de l'option de l'aide médicale à mourir, telle que nous le proposons. En outre, le suicide assisté ne peut certes pas être considéré comme soin et s'éloigne ainsi d'un des principes fondamentaux qui a guidé notre réflexion et nos recommandations, à savoir que toute ouverture devrait se situer dans un continuum de soins (Rapport MdD, 2012, p.81).

La fracture des deux ensembles conceptuels de ce qu'est *s'enlever la vie* est ici réaffirmée. D'un part, le suicide qui est un geste pathologique causé par la maladie mentale, et d'autre part l'AMM qui devient un acte médical posé par un professionnel de la santé dans un cadre de soins de fin de vie. Bien que la volonté de mettre fin à ses jours puisse être exprimée de façon manifeste dans les deux cas, la réponse du corps médical se présente de façon fort différente. Dans un cas la demande est interprétée comme un signe manifeste de trouble mental et la volonté d'un individu de mettre fin à ses jours sera considérée

comme irrationnelle. Dans l'autre cas, cette volonté sera considérée comme compréhensible et même raisonnable. Cela nous ramène dans une dynamique conceptuelle du 19^e et 20^e siècle où il y a bien deux types de suicide, l'un rationnel et l'autre irrationnel. Aussi, nous observons que peu importe les réponses apportées à cette volonté manifeste de *s'enlever la vie*, le corps médical demeure le principal acteur de la régulation sociale de ces gestes. Qu'il soit lucide ou non, le suicide s'inscrit dans un champ d'expertise et compétence relevant de la science médicale. C'est à ce champ médical d'établir les frontières dans les demandes de suicides dites « normales » et les demandes considérées comme « pathologiques » (Foucault, 1995, p.60-62). Cette distinction est toutefois mise à l'épreuve alors que certaines associations de médecins (050m; 151m; 214m) manifestent plutôt une volonté d'extraire la légalisation sur l'euthanasie et le suicide assisté du champ médical.

8.4 L'euthanasie n'est pas un enjeu médical !

Alors que notre recherche porte sur les assises empiriques de la médecine qui ont conduit à la décriminalisation des suicides et, par le fait même, sur le développement des connaissances empiriques sur la nature du suicide, nous constatons un certain rejet de l'association entre l'euthanasie et la médecine pour des intervenants. Dans certains mémoires (050m; 151m; 214m;), il est avancé que la question de la légalisation de l'euthanasie ne relève pas du champ médical. Alors qu'une éventuelle pratique de ce geste serait exclusivement réalisée en centre de soins par des professionnels de la santé, l'euthanasie ne relèverait pas de la médecine. Ainsi, lorsque questionnés sur cet enjeu par leur fédération, les médecins spécialistes avancent que « *la question de l'euthanasie relève d'abord de l'éthique (49%) et de la morale (24%), puis du droit dans une proportion moindre (13%)*

» (214m, p.7). Pour le Collège des médecins, les questionnements entourant l'euthanasie et le suicide assisté ne seraient pas pertinents et détourneraient le débat sur les soins de fin de vie.

Pour nous, la question principale à laquelle il faut répondre n'est pas vraiment : Doit-on légaliser l'euthanasie ou non ? ni, Doit-on ou non reconnaître aux patients le droit de mourir dans la dignité ? C'est plutôt la suivante : Comment faire pour assurer aux personnes en fin de vie les soins les plus appropriés possibles ? À nos yeux, une partie de la réponse se trouve déjà dans le cadre légal prévu pour encadrer les soins au Québec, qu'il faudrait adapter au contexte de fin de vie afin que la discussion devienne possible même quand il s'agit de décisions difficiles comme celle d'envisager l'euthanasie (050m).

Dans cette veine, la Fédération interprofessionnelle de la santé avance que la question de l'euthanasie n'est pas d'ordre médical, mais bien une question de choix social (151m, p.3). Ainsi, « à l'instar de Blondeau⁸⁹, la FIQ estime que "la question de la légalisation de l'euthanasie" n'est ni une question médicale ni une question juridique, c'est une question qui concerne l'ensemble de la société québécoise et qui s'inscrit dans un projet de société » (p.32). Pourtant, l'enjeu du suicide assisté était un élément central qui a conduit la mise sur pied de la CMD dès 2009.

La teneur des propos de ces mémoires traduit donc une volonté d'extraire la question de la légalisation de l'euthanasie du champ médical tout en gardant le contrôle opérationnel et symbolique sur ce geste (Bourdieu, 2001, p.72). Nous observons que les professionnels de la santé se gardent bien d'avaliser le projet de légalisation de l'euthanasie, relayant cette prise de décision aux champs législatif, politique et social. Ces professionnels

⁸⁹ Danielle Blondeau a déposé à titre personnel un mémoire dans le cadre de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Elle était professeure de soins infirmiers à l'Université Laval et a publié des ouvrages portant sur les enjeux des soins de fin de vie et de l'éthique.

se mettent ainsi à l'abri de critiques qui pourraient leur être adressées, comme la perte de confiance et la méfiance de patients craignant pour leur vie ou celle d'un proche, ou encore l'odieux de s'abroger le droit de mettre fin à la vie d'autres concitoyens. D'un même élan, les demandes et préoccupations nombreuses sur les balises et l'encadrement d'une telle pratique amènent implicitement à ce que seuls certains professionnels de la santé puissent exécuter cette pratique.

Cela est manifeste dans le rejet d'une éventuelle légalisation du suicide assisté, pratique qui échappe partiellement au contrôle médical. En somme, la prise de décision sur la légalisation de l'euthanasie ne doit pas venir des professionnels du champ médical, mais dans le cas où cette légalisation aurait lieu, ceux-ci doivent impérativement en avoir le contrôle. Nous voyons ici un élément important du pouvoir symbolique et de l'expertise de champ, ou de lutte de champ, comme Bourdieu (2001) l'entend au sens *où les agents dotés de ressources différentes s'affrontent pour conserver ou transformer les rapports de force en vigueur* (p.72). Nous devons toutefois nuancer cette perspective. Bien qu'il soit question de conservation des rapports de force, d'un part dans une lutte globale afin de garder les soins de fin de vie sous contrôle médicale (lire ici l'exclusion d'une législation qui permette l'aide au suicide), et d'autre part dans des luttes internes au champ (oncologie, soins palliatif, gériatrie, etc.), il y a également lieu de penser que les différentes instances médicales ont simplement cherché à gérer un enjeu hautement délicat et qui plus est, fait l'objet d'une grande attention médiatique.

8.5 Comment les protagonistes en faveur ou opposé à l'euthanasie justifient empiriquement leurs positions.

L'étude des mémoires issus du champ médical nous montre que la majorité de l'argumentaire en faveur ou contre l'euthanasie et du suicide assisté repose peu sur des critères scientifiques. Les préoccupations morales, éthiques, mais aussi organisationnelles sont au centre des différents mémoires présentés dans le cadre de la CMD. Toutefois, nous pouvons identifier certains arguments appuyés par une littérature scientifique qui traitent du suicide et de l'euthanasie. Ainsi, en gardant l'emphase sur la question de la nature pathologique du suicide et la rationalité ou non des suicidaires, nous dégageons deux éléments empiriques fondamentaux dans le cadre du débat sur l'euthanasie.

- 1- Il est réaffirmé par les opposants à la légalisation de l'aide médicale à mourir que les suicidaires sont des gens atteints de dépression et qu'il faut les traiter.
- 2- Pourtant, les opposants reconnaissent que ce ne sont pas toutes les personnes qui demandent l'euthanasie ou le suicide assisté qui sont dépressives.

Nous allons donc nous pencher sur ces deux énoncés et porter notre attention sur les éléments empiriques, les articles et sources scientifiques, présentés pour les soutenir. Nous serons alors à même de constater si une révolution scientifique a bien lieu dans le champ de connaissance sur le suicide, ce qui pourrait expliquer une transformation dans les pratiques entourant cet objet.

8.5.1 Tous les suicides relèvent de la maladie mentale

L'argument voulant que les suicides, les tentatives de suicide et les demandes d'aide au suicide soient le signe d'une maladie mentale est bien présent chez les opposants à la légalisation. Il est en fait mis de l'avant que c'est l'état de fin de vie chez les patients qui, en soi, est une cause de la dépression (226m, p.8 et 115m, p.10). Pour appuyer cette position, les articles notamment cités par l'Ordre des psychologues du Québec et le Réseau de soins palliatifs du Québec ; (Galbraith et Dobson, 2000)⁹⁰, (Hultman et coll., 2008)⁹¹, (Ganzini Goy et Dobscha, 2009)⁹² et (van der Lee et coll., 2005)⁹³, s'avèrent peu pertinent pour soutenir cette idée. Les auteurs de ces articles reconnaissent bien une plus forte présence de patients dépressifs chez les individus qui ont moins de trois mois à vivre sans toutefois la voir comme systématique. Cette proportion de patients dépressifs chez les gens en situation de fin de vie serait, selon van der Lee, de 23%. D'autre part, il y est souligné que chez cette population de patients dépressifs en fin de vie, une plus grande propension d'entre eux ont exprimé le désir de *s'enlever la vie* (jusqu'à 4 fois plus), comparativement aux autres patients en fin de vie (van der Lee et coll., 2005).

En d'autres mots, si ces articles mettent en lumière des liens entre la dépression et les demandes d'euthanasie chez les patients en fin de vie, ils sont bien loin de soutenir que ces liens sont systématiques. Qui plus est, ces études reconnaissent une surreprésentation

⁹⁰ Source: Galbraith, K.M. and Dobson, K.S. (2000). The role of the psychologist in determining competence for assisted suicide/euthanasia in the terminally ill. *Canadian Psychology*, 41 (3), 174-183.

⁹¹ Hultman, T., Keene Reder, E.A. and Dahlin, C.M. (2008). Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: The National Consensus Project and the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care. *Omega*, 57 (4), 323-339.

⁹² Sources: Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK, « Oregonians' reasons for requesting physician aid in dying », *Arch. intern. Med.* 2009; 169(5): 489-492

⁹³ van der Lee ML et al. « Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients », *J. Clin. Oncol.* 2005; 23: 6607-6612

des demandes d'euthanasie provenant des patients dépressifs, il n'est en aucun moment fait la démonstration que toutes les demandes d'euthanasie proviennent de patients en état dépressif. Également, il est mentionné dans le mémoire de l'Ordre des psychologues du Québec que la proportion de patients dépressifs chez les demandeurs d'euthanasie, bien qu'elle ne soit pas négligeable, représente une minorité de cas. Nous constatons que les conclusions de ces différents articles mettent davantage de l'avant le besoin de mieux discerner les signes de dépression chez les patients en fin de vie et de leur offrir un meilleur soutien que de présenter ces demandes comme irraisonnées.

Cette idée selon laquelle c'est l'état dépressif non traité chez les patients en fin de vie qui conduit aux demandes d'euthanasie est également mise de l'avant dans le mémoire des médecins de la division de gériatrie de l'Université McGill (210m, p.7), avec pour appui un article du *Journal of American Medical Association* (Emanuel et Fairclough, 2000)⁹⁴. Ce même article est également cité pour affirmer qu'en réalité ce n'est qu'une très faible proportion de patients, seulement 10%, qui font une demande d'euthanasie qui souhaitent vraiment mettre fin à leurs jours (209m, p.11). Toutefois, ces énoncés diffèrent significativement des conclusions de l'article d'Emanuel et Fairclough (2000). Selon cet article, sur les 893 patients de l'étude, 268 d'entre eux se sont prononcés en faveur de l'euthanasie. D'autre part, le 10% mentionné précédemment réfère à l'ensemble des patients (95 sur les 893) qui ont explicitement demandé à avoir recours à l'euthanasie ou au suicide assisté. De ceux-ci, la moitié ont changé d'idée au cours de l'étude (mars 1996-juillet 1997). Toutefois, un nombre égal de patients qui ne souhaitaient pas y avoir recours

⁹⁴ Emanuel, E J, Fairclough, « D. Desires related to euthanasia and physician assisted suicide among terminally ill patients », *JAMA*, 2000;284-2460-8.

ont également changé d'idée et ont demandé l'euthanasie ou le suicide assisté. Il est également avancé que les patients présentant des signes de dépression sont plus susceptibles de faire ces demandes au même titre que les patients qui souffrent (douleurs physiques) ou qui voient leur autonomie se dégrader. Enfin, il est mentionné que les patients présentant des signes de dépression sont plus enclins à changer d'idée après avoir fait une demande d'euthanasie ou de suicide assisté.

La lecture des sources employées par les opposants à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté nous montre donc une distorsion entre les propos tenus dans les mémoires soumis dans la CMD et les conclusions nuancées des articles amenés pour supporter leurs propos. Sortir de la conception essentiellement pathologique du désir de *s'enlever la vie* ouvrirait la voie à un paradigme dans lequel certains suicides sont considérés comme rationnels. Par exemple, certaines affirmations sur le caractère pathologique du suicide sont sans équivoque :

Le médecin a une obligation de refuser toute demande inappropriée. Si un patient demande un médicament inapproprié à son médecin qui peut nuire à sa santé, ce dernier doit le refuser. Donc, pour la même raison, la liberté du choix pour se suicider doit être refusée. Si une personne dit qu'il va sauter d'un pont – c'est illégal d'encourager un patient de se suicider, nous devenons complices (188m).

Le suicide, problème grave de notre société, mérite aussi une mention. Le Québec a l'un des taux de suicide les plus élevés de tous les pays développés : 14,6 par 100 000 habitants, contre 4,8 en Italie et 10,4 dans l'ensemble du Canada. Seuls la Finlande et le Japon ont des taux plus élevés. Plusieurs groupes au Québec tentent de trouver et d'appliquer des stratégies de prévention du suicide, mais lutter pour prévenir le suicide de certaines personnes, et autoriser en même temps le suicide assisté d'autres personnes, communique un message fortement contradictoire qui ne peut que causer de vives préoccupations. La communauté des personnes handicapées voit logiquement dans le mouvement pour le suicide assisté une discrimination envers les malades et les

handicapés : comme si la société devrait empêcher le suicide des personnes en santé, mais faciliter celui des personnes malades (206m).

Les articles mis de l'avant pour étayer ces propos sont pourtant beaucoup plus nuancés. Cette nuance apparaît même dans certains mémoires opposés à la légalisation dont celui des médecins en gériatrie de l'université McGill. Il y est ainsi avancé qu' : « *Il se dégage de la littérature médicale que les causes les plus profondes de demande d'euthanasie ne sont pas d'ordre physique, mais plutôt existentiel et psychologique, dimensions pour lesquelles la médecine est de peu de ressources* » (210m, p.7), avec pour source un article du Dr Chochinov (2005)⁹⁵.

Les articles du Dr Chochinov sont cités à huit reprises⁹⁶ dans les mémoires analysés, ce qui en fait une des références les plus significatives. Travaillant dans le domaine des soins palliatifs et fervent opposant à l'euthanasie⁹⁷ et au suicide assisté, il développe une technique d'intervention, la « Thérapie de dignité » (*Dignity Therapy*). Cette approche thérapeutique psychosociale a pour but de donner un sens à la mort pour les patients en fin de

⁹⁵ Chochinov HM et al, « Understanding the Will to Live in Patients Nearing Death », *Psychosomatics* 46: 7-10, 2005.

⁹⁶ *Ibid.*, cité deux fois; Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al. Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152 (8):1185-11919; Chochinov, H.M., Tataryn, D., Clinch, J.J. and Dudgeon, D. (1999). Will to live in the terminally ill. *The Lancet*, 354, 816-819; Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M. and Lander, S. (1994). Prevalence of depression in the terminally ill: Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgements. *American Journal of Psychiatry*, 151, 537-540; Harvey Max Chochinov, Thomas Hack, Thomas Hassard, Linda J. Kristjanson, Susan McClement, Mike Harlos. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 23, No 24 (August 20), 2005: pp. 5520-5525; Shuster Jr., J.L., Breitbart, W. Chochinov, H.M. (1999). Psychiatric aspects of excellent end-of-life care. *Psychosomatics*, 40 (1), 1-4; Thompson G. and Chochinov H. (2008). Dignity-based approaches in the care of terminally patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2(1: 49-53.

⁹⁷ Le Dr Kenneth Brown rapporte dans un article du *Winnipeg Free Press* (3/182016) certaines conversations qu'il a eu avec le Dr Chochinov où celui-ci affirmait qu'il ne référerait jamais un patient qui ferait une demande d'euthanasie à un autre médecin ce qui a profondément choqué le Dr Brown, celui-ci étant atteint d'un cancer en phase terminale.

vie. Cette approche accorde une importance toute particulière à la discussion avec les mourants afin de les amener à accepter leur sort et de faire de leur décès un événement significatif. Dans cette perspective, il est exclu de hâter la mort car cela trahirait « l'expérience » de la fin de vie. Nous pouvons lire à ce sujet qu'« *il existera toujours des gens qui souhaitent mourir. Ces gens souffrent profondément d'un problème médical ou d'une des innombrables circonstances qui font partie de la vie de chacun* » (206m, p.11). Alors que le Dr Chochinov fait la promotion de son approche thérapeutique, ses articles traitent également du rôle de la dépression dans les demandes d'euthanasie et de suicide assisté. Il en ressort que chez les patients en fin de vie, les cas de dépression ne sont présents que chez 13 à 26% de ceux-ci (Chochinov, 1994). Le lien systématique entre ces patients dépressifs et les demandes d'euthanasie ou de suicides assistés n'est donc pas démontré.

Bien que l'argumentaire des opposants à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté soit basé sur la nécessité de condamner de telles pratiques et de ne les légaliser en aucun cas, les sources amenées pour soutenir ces propos présentent eux aussi un portrait où des patients qui ne sont pas atteints de maladies mentales expriment le désir de mettre alors fin à leur vie. La justification empirique sur la nature du suicide glisse d'une position absolue à un relativisme sur l'état des suicidaires.

8.5.2 Une certaine proportion des suicides relèvent de la maladie mentale.

Dès lors qu'il est admis que ce ne sont pas tous les patients qui expriment une demande de suicide assisté ou d'euthanasie qui sont atteints de dépression, il devient crucial de les différencier et de bien les identifier. Plusieurs articles cités, tant dans les mémoires

des opposants à la légalisation que dans ceux des ambivalents, vont en ce sens. Notamment, il est avancé que les dépressions chez les personnes en fin de vie sont peu prises en considération dans les traitements en soins palliatifs et chez les personnes âgées en général (Waern, Rubenowitz et Wilhelmson, 2003). Ce manque de diagnostic est présenté comme un risque évident de permettre à des patients qui ne voudraient pas vraiment *s'enlever la vie* d'avoir accès au suicide assisté ou à l'euthanasie. À cet égard, le cas de l'Oregon, où le suicide assisté et l'euthanasie sont légalisés, est souvent mentionné. Au dire de l'Association des médecins catholiques de Montréal, seulement, 4% des patients de l'Oregon ont eu une évaluation psychiatrique avant d'avoir accès à l'euthanasie (206m, p.4-5), bien qu'aucune source ne puisse appuyer ce chiffre.

Il est également question d'établir la proportion de patients qui font une demande d'euthanasie ou de suicide assisté qui sont dépressifs. À la lecture de certains mémoires, cette proportion serait significative (188m p.4-5). Pourtant, les articles cités pour appuyer cette idée montre plutôt que les patients dépressifs ne représentent que 20% des demandes (Hendin et Foley, 2008). À cet égard, les articles du Dr Hendin sont, à l'instar du Dr Chochinov, fréquemment cités⁹⁸ par les opposants à la légalisation. Cela n'est pas étonnant en soi puisque le Dr Hendin est aussi directeur de l'*American Suicide Foundation* et est connu pour être opposé à l'euthanasie et au suicide assisté. Ultimement, il apparaît que le rôle du dépistage et de l'identification des patients dépressifs soit au premier plan. À cet égard, en

⁹⁸ Hendin H, Foley K. Physician-assisted suicide in Oregon: a medical perspective. *Michigan Law Review*, 106 (8), pp. 1613-1640, 2008 (2 mentions); Hendin H. (2004). The Case against Physician-Assisted Suicide: For the Right to End-of-Life Care. *Psychiatric Times* 21. (2) *Expanded Academic ASAP*. Accessed online 5 Aug. 2010; Hendin, Herbert. The Dutch experience. *Issues in Law & Medicine* - Vol. 17 No. 3, March 2002 (2 mentions); Hendin, Herbert. Seduced by Death: Doctors, Patients and the Dutch Cure. New York: W.W. Norton & Company, 1997 (2 mentions).

s'appuyant sur les articles de Faberman (1997) ainsi que celui de Butt, Overholser, et Danielson, (2003), l'Ordre des psychologues du Québec avance que leurs membres seraient les mieux qualifiés pour procéder à de telles évaluations. Les patients souffrant de dépression ainsi identifiés et écartés des demandes d'euthanasie, ils laisseraient la place aux autres patients qui demandent à mettre fin à leur vie et qui sont bien lucides.

8.5.3 Le suicide peut être un geste rationnel

Nous avons vu que seul deux regroupements de professionnels du milieu de la santé appuient ouvertement la légalisation de l'euthanasie, sans aborder la question du suicide assisté, soit le regroupement d'infirmières NOVA Montréal et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).

Pour convaincre du bien-fondé de la légalisation de l'euthanasie, NOVA ne se base que sur des statistiques internes, mentionnant que 30% des patients qu'ils traitent réclament l'aide à mourir, mais que cette statistique chute à 7% lorsque ceux-ci sont pris en charge (soins à domicile, médicament pour gérer la douleur et l'anxiété) et confortés qu'ils pourront finir leurs jours chez eux. Cette statistique interne n'est appuyée par aucun document vérifiable et ne fait nullement mention de la détresse psychologique possible de ces malades. De plus, aucun argument clinique n'est invoqué pour justifier l'acquiescement à ces demandes. De son côté, l'AQESSS met l'emphasis sur les considérations légales pour encadrer la pratique de l'euthanasie (testament de fin de vie, protocole de validation auprès des patients, implication d'au moins deux médecins dans le processus, etc.). Aucune source n'est présentée pour justifier la légalisation de l'euthanasie en se basant sur des arguments

médicaux. Ainsi les deux mémoires ouvertement en faveur de l'euthanasie ne mettent de l'avant aucun argument scientifique ou basé sur des données de recherche pour justifier leur position.

8.6 Nouveau paradigme et médicalisation

Pour Kuhn, nous l'avons vu, l'émergence d'un nouveau paradigme s'inscrit dans un débat, une controverse entre les acteurs du champ dans lequel ils ont une expertise. S'il est indéniable qu'un débat existe entre les opposants à l'euthanasie et au suicide assisté et ceux qui sont ouverts à leur décriminalisation, celui-ci s'articule davantage entre les opposants et les ambivalents. Bien que les enjeux éthiques, moraux, techniques et même religieux restent à l'avant-plan du débat sur l'euthanasie et le suicide assisté dans les mémoires des professionnels du milieu de la santé, du point de vue Kuhn, l'enjeu réel de ce débat porte sur la nature ontologique de *s'enlever la vie*. Les demandes de mettre fin à ses jours ne peuvent-ils provenir que d'individus en dépression ou peuvent-elles être le fait d'un choix rationnel ? Ici, la question de l'euthanasie dérange profondément le paradigme établi sur la lucidité des individus qui s'enlève la vie puisqu'il introduit une rupture fondamentale à deux niveaux. 1- Dans la pratique de la médecine (soigner, guérir, sauver une vie, etc.). 2- Il rompt avec l'idée que le suicide n'est causé que par la maladie mentale.

Les justifications scientifiques (sources) misent de l'avant tant par les opposants que les ambivalents se recoupent et révèlent en fait une même réalité, celle de l'existence de suicides qui ne relèvent pas de la maladie mentale. Même chez des opposants affichés

à l'euthanasie, comme Chochinov (1999 ; 2008) et Hendin (2004 ; 2008), leurs données témoignent de cette réalité. C'est en fait dans l'interprétation de ces données que le débat se situe. Pour les opposants à l'euthanasie, l'existence d'individus dépressifs parmi les demandeurs d'aide à mourir introduit l'idée que des erreurs de diagnostic ou une absence de celui-ci pourraient conduire à la mise à mort de patients qui ne souhaitaient pas réellement *s'enlever la vie*. Le risque étant réel, données à l'appui, il serait préférable de s'abstenir de l'égaliser cette pratique. Pour ceux qui sont ouverts à la légalisation, ces mêmes données montrent au contraire qu'il est possible qu'une personne lucide et en souffrance formule une demande de mettre fin ses jours. Dans cette perspective, il devint alors crucial de différencier les demandeurs d'euthanasie « sains d'esprit » de ceux qui ne le sont pas.

Même si l'on sort des cas spécifiques des demandes d'euthanasie et que l'on aborde la question des suicides de façon globale, nous constatons que l'Ordre des psychologues du Québec, tout en rappelant que les maladies mentales sont la principale cause des suicides, se réfère à un article de Cavanagh et coll. (2003)⁹⁹ où il est avancé que les cas de maladies mentales comptent pour 47 à 74% des suicides. Bien que les conclusions de cet article mentionnent que les maladies mentales constituent le principal facteur conduisant aux suicides et qu'il est primordial de s'attarder aux problématiques de santé mentale, elles montrent également que 25% des suicidés ne présentent pas de symptômes de dépression ou de maladie mentales. Qui plus est, la fourchette proposée de 47 à 74% de cas pathologiques dans les demandes de suicide laisse place à une certaine interprétation et reflète des difficultés à identifier correctement les pathologies mentales.

⁹⁹ Cavanagh, J.T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33 (3), 395-405.

En somme, nous nous retrouvons face à une rupture dans la connaissance nosologique des suicides où les suicides ne peuvent plus systématiquement être associés à la maladie mentale. Les articles publiés sur le sujet (Chochinov, 1999 ; 2008 ; Cavanagh et coll., 2003 ; Hendin et Foley, 2008) de même que les observations cliniques des praticiens montrent que seulement une proportion (variable selon les études) des demandes de patients pour mettre fin à leur vie provient de personnes souffrant de dépression. La porte est ainsi ouverte pour reconsidérer, à nouveau, certains suicides comme des gestes rationnels, réintroduisant alors un paradigme où deux types distincts de suicide existent.

8.6.1 Reformation ontologique du suicide et consolidation de sa médicalisation

Ce changement de paradigme à l'égard du suicide n'est pas anodin puisqu'il introduit des bouleversements dans le champ de la pratique médicale aujourd'hui. Par exemple, la fonction intrinsèque du corps médical étant de guérir et de « sauver des vies », ou à tout le moins la prolonger le plus possible, se voit radicalement remise en question par l'idée d'abrégier la vie d'un patient et non plus de traiter une maladie qui l'afflige. La pathologisation du suicide qui s'impose dès les années 1930-1940 au sein de la profession médicale fait en sorte qu'il est difficile d'envisager une demande d'euthanasie comme étant rationnelle. Le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté place ainsi le corps médical dans une zone d'inconfort et vient questionner une pratique médicale où la mort d'un patient est habituellement vue comme un échec de la médecine. Le nouveau paradigme, introduit par l'euthanasie, conduit à un renversement des perspectives faisant des demandes d'aide au suicide un « soin » qu'un médecin peut administrer. Alors que dans le rapport officiel de

la CMD, l'euthanasie est présentée comme s'inscrivant dans un *continuum* des soins palliatifs, nous avons constaté que les médecins qui travaillent dans cette spécialisation y sont majoritairement opposés. Aux yeux des médecins et infirmières des soins palliatifs, l'euthanasie représente l'échec de leurs pratiques à fournir des soins permettant aux patients d'aller vers la mort sans souffrances. De plus, comme le mentionnent les mémoires provenant des soins palliatifs, l'introduction de l'euthanasie vient, *de facto*, créer deux types de suicides. Toutefois, il faut comprendre qu'il n'est aucunement question d'une démedicalisation de ces gestes, au contraire.

En effet, alors que les suicides rationnels étaient anciennement compris comme des gestes criminels relevant du système pénal dans le premier cadre paradigmatique que nous avons dépeint, il n'est aucunement question de recriminaliser ce geste ni de l'extraire du champ médical. Ici, la transformation conceptuelle qui a fait du suicide un geste essentiellement pathologique amenant un changement de prise en charge par le champ de la médecine résiste à cet apparent changement de paradigme sur la nature du suicide. D'une part, en écartant des discussions toute légalisation du suicide assisté, les débats demeurent dans l'enceinte d'un cadre médical. Nous rappelons que le suicide assisté permet au patient d'obtenir une prescription de « médicaments » létaux qu'il est libre d'utiliser lui-même, ou avec l'aide d'un proche, au moment qui lui semble approprié. En ce sens, l'euthanasie est strictement administrée par un médecin ou professionnel de la santé. En privilégiant l'euthanasie au détriment du suicide assisté, la CMD confirme le contrôle exclusif des médecins sur ce geste. Ce type de suicide qu'est l'euthanasie relève donc du champ médical, tout comme le sont les suicides des dépressifs.

D'autre part, le caractère médical du suicide est également préservé étant donné son lien insécable avec la pathologie, lequel permet le maintien du pouvoir du champ médical sur des enjeux sociaux, éthiques, moraux voire juridiques (droit à son corps) (Bourdieu 2001, p.92-93). Ainsi, si le suicide n'est plus systématiquement une pathologie de l'esprit, il doit néanmoins être une réponse rationnelle à une pathologie grave qui affecte l'organisme. La médicalisation du suicide apparaît alors comme un processus irréversible. En effet, seuls sont éligibles pour les demandes d'euthanasie les gens gravement malades, préservant ainsi le caractère pathologique du suicide et de ce fait un contrôle du médicale sur ce geste (Foucault 1995, p.60). Avec l'AMM le suicide et la maladie restent ainsi interreliés, même dans le cas d'un suicide dit lucide.

Enfin, nous constatons que l'ensemble des mémoires provenant du champ de la médecine emploient, cela de façon presque exclusive, les termes *d'euthanasie et de suicide assisté* et presque jamais *d'aide médicale à mourir*, terme peu présent dans les débats de la CMD. Toutefois, les conclusions du rapport final produit par la CMD se trouvent dans la situation inverse, si bien que le terme *euthanasie* est remplacé par celui de *soins de fin de vie*. Ce glissement sémantique constitue un signe de la fracture de l'objet *s'enlever la vie* qui se scinde en deux entités conceptuelles, le suicide et l'euthanasie. Dès lors que l'euthanasie est présentée comme une option acceptable socialement. Elle n'est plus assimilée aux suicides et aux campagnes de préventions qui s'y rattachent, mais à un soin médical, un soin de fin de vie au même titre que la sédation palliative.

CHAPITRE CONCLUSIF

TRANSFORMATION DU PARADIGME « SUICIDE », UNE RÉVOLUTION SCIENTIFIQUE QUI N'A PAS EU LIEU.

Cette thèse s'inscrit dans le programme de recherche sur la Sociologie historique du suicide au Québec avec comme principaux chercheurs Patrice Corriveau, Isabelle Perreault et Jean-François Cauchie. En adoptant une perspective socio-historique, nous avons cherché à observer ce qui apparaît comme un paradoxe dans la réaction sociale face au suicide, soit d'une part un geste intrinsèquement lié à la maladie mentale dont le commettant n'en est absolument pas responsable, et d'autre part, un soin de fin de vie dont peuvent s'en prévaloir les mourants dont les facultés cognitives ne sont pas altérées. Autrefois considéré comme un geste relevant de la justice et de la criminalité, *s'enlever la vie* (le suicide, ses tentatives, ainsi que l'aide apporter pour commettre ce geste) fait aujourd'hui l'objet d'une prise en charge presque exclusive par les acteurs du champ médical. De ce fait, nous avons porté notre regard sur le statut étiologique du suicide au sein de ce champ disciplinaire afin d'observer comment il se constitue et se transforme. Ces changements sur un objet conceptuel dans un champ disciplinaire s'articulent autour de débats, ce que Kuhn appelle des crises paradigmatiques, et nous avons donc ciblé deux crises pour en faire l'analyse. L'une, qui conduit à une redéfinition du suicide comme un geste essentiellement pathologique au tournant du 20^e siècle, et l'autre, où l'idée d'un suicide rationnel s'articule autour de l'euthanasie (puis à l'AMM). L'analyse de ces deux « crises paradigmatiques » nous a amenés à certains constats.

D'une part, l'approche socio-historique nous a conduit à aborder notre objet de recherche sur une longue période, de 1873 à 2012. D'autre part, nous observons que la connaissance sur le fait de s'enlever la vie, et non seulement la réaction sociale que ce geste suscite, a évolué dans le temps. Ainsi, les connaissances sur les suicides diffèrent et se transforment dépendamment du contexte culturel et social. Ces transformations successives amènent un changement en profondeur de cet objet conceptuel (s'enlever la vie) et conduisent à un changement de nature ontologique de cet objet sur cette longue période. Le suicide dont parlait les Grecs anciens n'est, conceptuellement, plus le même que le suicide qui est observé par les médecins du 19^e siècle. Il n'est en effet plus question d'aborder le suicide comme un geste rituel/sacré ou encore comme un geste rationnel à poser au pinnacle d'une vie bien remplie (Grisé 1982, p.42). Qui plus est, la multitude des façons d'aborder le phénomène de *s'enlever la vie* nous amène à la prudence face à une empirie médicale qui avance avoir compris et cerné l'entièreté de ce phénomène.

C'est donc à la fois en observant les débats entourant les changements de prise en charge de l'objet *s'enlever la vie* et en observant sa constitution ontologique que nous avons été à même de voir un fractionnement de cet objet en deux entités conceptuelles distinctes. Le suicide (pathos) demeure un enjeu de santé publique dont la prévention est un élément central voire fondamental, et l'euthanasie (suicide lucide) vient s'inscrire dans le cadre des soins de santé en fin de vie. Nous avons également vu qu'une fois établi conceptuellement en deux objets distincts, il apparaît bien périlleux de les reconstituer en une seule entité, comme nous l'avons vu avec les opposants à la légalisation de l'euthanasie. En effet, un de leurs arguments à l'effet que tous les suicides ne peuvent être que de nature

pathologique est peu validé scientifiquement, alors que ces mêmes professionnels de la santé reconnaissent que certaines demandes d'aide médicale à mourir peuvent être formulées par des patients parfaitement lucides. Leur argumentaire glisse alors sur des considérations techniques (le risque de confondre un patient dépressif avec un qui est sain d'esprit, la difficulté de bien diagnostiquer ces patients) et des considérations morales. Ce constat nous a également aiguillé sur la porosité du champ de la médecine, particulièrement sur la question du suicide, et que des éléments moraux, extérieurs au champ, exerçaient une influence dans la conceptualisation nosologique de cet objet.

À ce titre, nous espérons que cette recherche contribue au champ de l'histoire des idées et du développement des savoirs scientifiques. Comme nous avons mis l'emphasis de cette thèse sur les processus de création du savoir, nous sollicitons un bagage théorique qui s'inscrit dans le champ de la sociologie des sciences (Kuhn, 2008 ; Foucault, 1995 ; Bourdieu, 2001). D'autre part, nous avons également observé que la validité d'une démonstration scientifique, ici l'expertise médicale sur le suicide, n'apparaît pas être le substrat qui conduit à un changement législatif de la prise en charge de cet objet, mais que ce phénomène relève plutôt de facteurs externes à la discipline : moraux, sociaux, sensibilités populaires, conceptions éthiques, etc.

Nous l'avons vu, les débats dans le champ médical entourant la nature exclusivement pathologique du suicide, au 19^e siècle et au début du 20^e, s'estompent quelques années avant le retrait définitif de la tentative de suicide du Code criminel canadien en 1972. Ces débats étaient particulièrement vifs en France, au 19^e siècle, notamment entre

l'aliéniste Gustave Etoc-Demazy et le médecin Claude-Étienne Bourdin. Le premier avançant que les suicides sont majoritairement (les 2/3) causés par l'aliénation mentale et qu'une minorité font l'objet d'une action délibérée. Et le second défend l'idée que la totalité des suicides sont systématiquement symptomatiques d'une pathologie (Mucchielli et Renneville, 1998, p.7). Ces débats français font écho de l'autre côté de l'Atlantique dans les pages de l'Union Médical du Canada, particulièrement au 19^e siècle, où certains articles ne sont que des retranscriptions ou des copies de médecins français, parfois sans même en citer l'auteur (n.a., UMC 1873, p.94-96) ; (n.a., UMC 1877, p.268-271) ; (Girard, UMC 1977, p.373-374) ; (Magnan, UMC 1881, p.255-259, et 1885, p.34-39). À cela s'ajoute les références employées par les auteurs qui situent empiriquement leurs recherches, notamment les articles des docteurs Derome (novembre 1919), Bellefeuille (novembre et décembre 1929) et Plouffe & Legrand (août 1934), où sont exposées, et parfois critiquées, les théories et observations de médecins français tels que Magnan, Frusac, Esquirol, etc.

Sans observer de débats à proprement parler dans les pages de l'UMC, les différentes prises de positions sont présentes dans ce journal, soit pour un suicide pathologique ou pour un suicide qui parfois n'est pas d'origine pathologique et fait de façon délibérée. Également, nous avons vu une évolution dans la perception des causes du suicide chez les différents médecins qui ont publié dans l'UMC. Dans les articles les plus anciens, on observe une association occasionnelle entre le suicide et la criminalité voire l'homicide¹⁰⁰. C'est d'ailleurs dans une perspective de complémentarité avec le système judiciaire que des recherches plus approfondies sur le suicide ou l'empoisonnement seront conduites afin

¹⁰⁰ (UMC, juin 1881, p.255-259; juillet 1894, p.391-392; janvier 1888, p.10; avril 1888, p.170)

d'établir aux yeux de la justice si oui ou non tel décès provient d'un suicide ou si une tentative de suicide peut être attribuable à un trouble de l'esprit¹⁰¹. Cette préoccupation initiale de mieux comprendre et identifier les suicides pathologiques afin de distinguer les malades non responsables de leurs gestes des criminels qu'il faut réprimander (Villeneuve et Derome notamment) s'efface progressivement, cédant le pas à des articles qui cherchent davantage à comprendre l'étiologie du suicide. Est-il une pathologie ? Si oui laquelle ? Comment la définir ? Est-il le symptôme d'une pathologie, encore une fois à découvrir, identifier et circonscrire ?

C'est dans cette recherche plus poussée sur les suicides que les articles des Drs Bellefeuille et Plouffe & Legrand en viennent à affirmer le caractère exclusivement pathologique des individus qui s'enlèvent la vie ou tentent de le faire. En parallèle, des médecins vont établir des liens entre des maladies non psychiatriques et des cas de suicide, essentiellement dans un lien entre douleurs insoutenables et le désir de *s'enlever la vie*¹⁰². La possibilité conceptuelle, particulièrement à la fin du 19e siècle, qu'un suicide puisse être commis par une personne qui souffre physiquement sans être atteint mentalement est tout à fait cohérente.

¹⁰¹ (Villeneuve et Johnston, Revue statistique des enquêtes tenues par la cour du Coroner du district de Montréal, pour l'année 1893, p.393-403, L'application de l'entomologie à la médecine légale, octobre 1897, p.577-588 ; Villeneuve, De l'expertise médicale, juillet 1893, p.337-340, Les aliénés devant la loi, mars-avril, 1896, p.129-144/193-213 ; Henri R. Gray, La vente des poisons, mars 1883, p.113-114 ; n.a., Tentative d'empoisonnement par le pétrole, septembre 1885, p.424, etc.).

¹⁰² (N.a., Traitement de l'ozène, novembre 1880, p.524 ; Vérité, Dermatologie. Eczéma anal, novembre 1885, p.519 ; Dieulafoy, De la folie Brightique, mai 1886, p.229 ; Reverdin, Conséquences thérapeutiques de l'opération du phimosis, septembre 1890, p.468 ; Wiederholdt, Varicocèle et neurasthénie, février 1892, p.83 ; Raynaud, Le suicide dans la grippe, août 1893, p.445, etc.)

Ainsi, si notre périodisation s'était arrêtée dans la première moitié du 20^e siècle, il aurait été légitime de conclure à l'avènement d'un nouveau paradigme sur le suicide au sens de Kuhn. Nous observons en effet l'émergence d'un régime de vérité (Marsh 2010) où la nature pathologique du suicide fait consensus dans le monde médical, et ultimement dans le milieu juridique et social, signe de la médicalisation sociale de ce phénomène (Cohen, 2001 ; Collin & Suissa, 2007). Tous suicides, tentatives de suicide ou gestes suicidaires sont alors associés à des symptômes pathologiques à traiter. Commettre un suicide devient par nature un geste irrationnel. Cette conclusion amène toutefois un paradoxe évident que Marsh a bien exposé ; il n'y a eu aucune découverte scientifique crédible pour appuyer cette assertion. En effet, dans les pages de l'UMC il n'y a pas de démonstrations explicites d'une causalité systématique entre le suicide et la maladie mentale, bien qu'un consensus se dessine à cet effet. En étudiant le phénomène de *s'enlever la vie* sur un temps long (de 1873 à 2012) nous avons été à même de constater que ce régime de vérité sur le suicide est remis en question à la fin du 20^e siècle et que les débats scientifiques sur ce geste sont toujours d'actualité.

En effet, le cas emblématique de Sue Rodriguez devant les tribunaux canadiens de même que l'action de mouvements militants pour le droit à mourir (Gandsman 2018) contribuent aux débats publics au Québec et Canada sur l'euthanasie et le suicide assisté et, par ce billet, sur le suicide lucide et rationnel. Différents acteurs des milieux juridiques et médicaux vont prendre position dans ce débat laissant voir une nouvelle polarisation des idées sur le suicide médicalement assisté. Ces positions sont bien identifiables à travers les travaux de la *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité* (2012),

particulièrement pour les acteurs du milieu de la santé que nous avons analysés. Nous y avons vu que les regroupements de professionnels de la santé en faveur ou « ouverts à une décriminalisation sous certaines conditions » de l'euthanasie font de la bonne santé mentale des demandeurs un élément central de cette pratique. C'est également le cas pour l'AQESSS (83m, p.12).

Ceux-ci remettent de l'avant l'idée qu'il peut être rationnel de *s'enlever la vie* dans certaines circonstances bien spécifiques; ici, une fin de vie souffrante et ce, en ayant la pleine jouissance de ses facultés cognitives. Cette idée n'est pas nouvelle, comme en témoignent certains articles de l'UMC dans les années 1877 à 1928 que nous avons précédemment mentionnés. Toutefois, une dissociation nette et affirmée est opérée entre le suicide médicalement assisté (aide médicale à mourir) et les suicides (enjeux de prévention et de santé publique). Plus qu'un débat essentiellement sémantique, c'est principalement au niveau conceptuel que la distinction s'opère et est mise de l'avant.

Associant tantôt l'euthanasie au meurtre, tantôt aux dérives des régimes eugénistes de la première moitié du 20^e siècle (188m, p.7 et 8, et 206m, p.3), les opposants à la légalisation, notamment les Médecins de la division de gériatrie de l'Université McGill, l'Association des médecins catholiques de Montréal et les différentes associations de médecins travaillant en soins palliatifs, emploient le terme euthanasie dans cette perspective, conscients de la connotation négative qui lui est associée. Un des points centraux de l'argumentation des opposants relève en fait d'une réaffirmation du paradigme du suicide comme étant un objet propre à la psychiatrie.

Nous sommes alors amenés à constater l'existence de deux perspectives conceptuelles sur le geste de *s'enlever la vie*, soit le suicide et l'aide médicale à mourir. Les tentatives des opposants à les présenter comme un seul et même phénomène, alors que cette vision était présente au 19^e siècle, trouvent moins écho au début du 21^e siècle. S'agit-il alors d'une réouverture du débat scientifique sur le suicide, débat paradigmatique que nous pouvions croire résolu au milieu du 20^e siècle? Nous ne le croyons pas. Ce que nous observons, plutôt qu'une révolution scientifique au sens où Kuhn l'entend, relève davantage d'un éclatement de l'objet conceptuel *s'enlever la vie*.

Anciennement *felo de se*, puis suicide au milieu du 19^e siècle, le concept de *s'enlever la vie* englobe une multitude de facettes dont Baechler (1975) en fait une description des plus exhaustives. Cet auteur intègre dans son analyse, entre autres, les suicides sacrifices dans le cadre militaire (p.447), spirituels (p.479), les suicides dits ludiques (p.583) ou d'ordalie (p.576). Ce phénomène est même analysé sous une forme institutionnelle pouvant conditionner les comportements suicidaires. Cette pluralité conceptuelle s'en trouve grandement réduite dès lors que le terme suicide est redéfini dans sa seule expression pathologique. On peut ainsi dire que les acteurs du champ médical ont fait l'économie du suicide en écartant de cet objet les traits qui ne validaient pas la vision qu'ils en avaient. Ce morcèlement est également perceptible dans l'approche « préventive » de la suicidologie qui, malgré la certaine multidisciplinarité qu'elle manifeste, ne change rien au paradigme fondamental qui est d'identifier le suicide comme un geste intrinsèquement pathologique à déceler et à soigner (Aujard, 2008). Pour Aujard, les fondements empiriques de la suicidologie en

viennent même à dépouiller encore davantage l'essence du suicide. En somme, se suicider se vide d'intention et de sens et se commue en un objet mental faisant l'objet d'un processus de recherche (*ibid*, p.87). Ainsi, aujourd'hui au Québec les débats et questionnements sur l'aide médicale à mourir sont exclus de cette discipline, celle-ci ne se préoccupant que des suicides associés à des troubles traités par la psychiatrie (et la psychologie dans une certaine mesure).

Cela dit, force est de constater que même séparées en deux unités conceptuelles distinctes, le suicide et l'euthanasie, la prise en charge de ces gestes demeure l'apanage du champ médical depuis le 19^e siècle. Cela nous a conduit à un autre questionnement épistémologique sur la médicalisation des fragments de l'objet *s'enlever la vie* particulièrement en ce qui concerne les suicides non psychiatriques.

Médicalisation totalisante des gestes et idéations suicidaires, un phénomène aux origines multiples

La segmentation de l'objet conceptuel *s'enlever la vie* ne conduit pas pour autant à une démedicalisation de ce comportement, bien au contraire. Nous l'avons vu, même si certains mémoires déposés dans le cadre de la CMD rejettent l'idée que la question de l'euthanasie en soit une d'ordre médical (050m; 151m; 214m), la prise en charge exclusive de ce geste par les professionnels de la santé, advenant sa légalisation, est unanime. La médicalisation de la prise en charge des gestes suicidaires s'inscrit, elle aussi, sur un temps long à travers la crise paradigmatique interne au champ médical.

Lors des débats sur la nature des suicides au 19^e siècle, *s'enlever la vie* est un phénomène dont l'ensemble de ses manifestations sont rattachées à des causes communes ou à une explication singulière. Conceptuellement, il n'y a pas différents types de suicides, mais bien différentes causes et manifestations du phénomène. Tant les tentatives de suicides, les idéations suicidaires que les suicides exécutés font partie du même ensemble conceptuel. C'est dans ce contexte, où le champ médical n'ayant pas installé de façon définitive son expertise dans la compréhension de ce geste, que Durkheim produit son ouvrage sur le suicide (1897) espérant apporter une explication plus exacte, plus complète de ce phénomène (Muchielli & Renneville, 1998). Pourtant, l'expertise médicale sur le suicide gagne du terrain dans les cours de justice, notamment avec le développement de la médecine légale (Villeneuve, *De l'expertise médicale*, UMC, juillet 1993). L'aliéniste, fort du savoir empirique spécifique à sa profession, en vient à être le seul qualifié pour identifier les symptômes qui seraient révélateurs d'une aliénation mentale chez certains accusés.

Ce que ne sait pas le Dr Derome, un des pionniers de la médecine légale au Québec, c'est que c'est en partie « l'autopsie psychologique » qui va contribuer à affermir le pouvoir psychiatrique sur le suicide (Marsh, p.187). Nous entendons ici la prise en charge de ce geste par la « production d'une vérité » sur cet objet (Foucault, 2003, p.134)¹⁰³.

¹⁰³ À titre d'exemple, l'autopsie réalisée sur 134 cadavres par le psychiatre Eli Robins en 1959 discute de cette forme particulière d'« autopsie » :[...] *this continues to be read as an important piece of research in that it was the first to establish a correlation between categories of mental illness and suicide. Analysis of the St Louis study can illustrate the way in which the truth of the link between psychopathology and self-accomplished deaths could come to be formed through psychological autopsy, and how such an approach to the study of deaths by suicide could act to strengthen psychiatric power through the production of knowledge that confirmed the "almost ubiquitous presence" of psychopathology in a sample of community suicides thereby demonstrating the necessity (in order to save lives) of*

De plus, nous notons qu'au regard de la loi de l'époque, le *felo de se*, est un seul et même geste qui ne souffre pas des nuances que thérapeutes et psychiatres lui donnent. Alors que les hypothèses sur les différents types de suicide et de leurs causes font l'objet de débats dans le champ médical, la Couronne et son système de justice voit dans ce geste une forme de déviance, un geste criminel apparenté à l'homicide. Dès lors, ce qui demeure central dans les procès pour tentatives de suicide, c'est l'intention du suicidant, à savoir s'il jouissait de ses pleines capacités mentales au moment du passage à l'acte (Cauchie, Corriveau et Hamel 2017 ; Corriveau Perreault, Cauchie et Lyonnais, 2016 ; Perrault, Corriveau et Cauchie, 2016).

À cet égard, le Dr Bellefeuille introduit une notion fort significative en termes de rupture paradigmatique. En faisant la promotion de l'idée de l'aliénation comme d'une condition qui échappe totalement au contrôle de la personne qui est étiquetée comme telle, il fait fi de son degré de lucidité (UMC, décembre 1929). Cette lucidité est ainsi niée chez les individus jugés aliénés. Alors qu'avant une frontière existait entre la folie et la raison, celle-ci s'en trouve transformée. Ce ne sont plus les agissements, idées et comportements d'un individu qui font de lui un être lucide, mais bien l'interprétation qu'en fait le psychiatre. L'ensemble du corps social et juridique ne serait donc plus apte à juger de l'état mental des individus, prérogative qui échoit désormais d'office aux médecins psychiatres. Ceci introduit une logique analogue à la notion d'individus dangereux (Foucault, 1981), où

extending psychiatric practices beyond the confines of the asylum and hospital wards and in to the community (Marsh, p.187).

le geste en soi (le crime) devient la preuve irréfutable de l'aliénation, même si celle-ci ne peut être constatée en dehors de ce geste (p.407-408). Dans le cas du suicide, l'individu se trouve dépouillé de toute agentivité sur les gestes suicidaires qu'il commet : « *le suicide [devient] une maladie dont la victime n'est pas responsable* » (Aujard, 2008, p.85).

Dans cette perspective médicalisante, le suicide apparaît condamné à être vu comme un problème, une déviance sociale, relevant impérativement d'un trouble mental, bien que certains déterminants sociaux puissent être pris en compte, mais principalement comme déclencheur de la maladie (avec les conditions génétiques préexistantes par exemple). Ceci est cohérent à l'intérieur du champ médical qui perçoit les phénomènes avec le spectre de la pathologie et exclut les autres possibilités interprétatives de cet objet. Les suicides qui ne cadrent pas dans ce spectre théorique sont ainsi écartés et requalifiés différemment pour éviter une remise en cause profonde des connaissances issues de ce champ. Or, les demandes d'euthanasie faites par des patients gravement malades viennent réintroduire l'idée du suicide lucide (et raisonné) qu'on a tenté de mettre de côté.

La question de l'euthanasie demeure néanmoins un enjeu intimement lié au champ médical : les demandes qui en sont faites proviennent d'individus malades ou atteints de conditions dégénératives sans espoir de guérison. Toutefois, nous avons observé une certaine résistance et méfiance bien que nuancé, d'organisations représentant des professionnels de la santé à l'égard d'une prise en charge médicale de l'AMM. On peut penser ici à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (134m), aux Fédérations des médecins omnipraticiens et spécialistes du Québec (212m; 214m) ou encore aux associations de

médecins pratiquant en gériatrie et, particulièrement, en soins palliatifs. Nous avons également vu les opposants à la décriminalisation de l'euthanasie rejeter l'idée du suicide lucide non pathologique, tout en reconnaissant toutefois sa possibilité. Ceux-ci exposent alors le risque de confondre un patient lucide demandant l'aide à mourir avec un patient dépressif dont la lucidité face au geste suicidaire est absente ou altérée (209m, 183m, 207m, 115m). C'est une fois que ces réticences sont exposées que s'exprime la volonté manifeste que cet acte (l'AMM) soit essentiellement lu et encadré par des professionnels du milieu de la santé.

En somme, la réaction sociale face aux suicides et gestes suicidaires au 19^e et au début 20^e siècles est avant tout morale (religieuse) alors que sa prise en charge est à la fois judiciaire et médicale (Perreault, Cauchie et Corriveau, 2018). Le basculement vers une prise en charge systématique des cas de suicide par le champ médical met ainsi momentanément dans l'ombre l'idée des suicides lucides, anciennement relevant davantage du judiciaire, dans une nouvelle vision actualisée du phénomène. Ainsi, *s'enlever la vie* ou obtenir de l'aide pour le faire en contexte de fin de vie acquière son essence propre, distincte des « autres » suicides. Qu'on la nomme euthanasie, aide médicale à mourir ou encore suicide assisté, cette « nouvelle » entité des suicides lucides relève néanmoins, toujours et encore, de la prise en charge médicale. En effet, nous avons vu que les demandes pour y avoir accès passent par le filtre de la lecture médicale, seule une cause pathologique ou un état pathologique pouvant les justifier. C'est d'ailleurs lorsque ce geste sort du champ médical, comme dans le cas de l'aide au suicide où ce sont des acteurs non professionnels de la santé qui exécutent ce geste en dehors d'un cadre médical, qu'une réponse judiciaire intervient de nouveau pour l'interdire. Par exemple, au Canada, l'article 241

(L.R.C. (1985), ch. C-46) du Code criminel canadien interdit à un médecin, une infirmière, ou toutes personnes qui n'ont pas ces statuts professionnels, à assister une personne qui voudrait mettre fin à ses jours¹⁰⁴.

À cet égard, nous rappelons que le suicide assisté a fait l'objet de peu de mentions et de considérations dans les débats sur l'aide médicale à mourir, si ce n'est que pour être écarté des options possibles d'aide médicale à mourir. Pourtant, même dans les cas où les individus ont plus de liberté sur le choix du moment de leur mort, comme dans les cas du suicide assisté en Oregon et dans l'État de Washington, c'est un médecin qui a le droit de donner ou non, la prescription de la substance létale (à l'instar de la prescription de la pilule abortive au Canada), exerçant ici une mesure de contrôle du champ médical sur le juridique. *S'enlever la vie* demeure donc un geste sous la gouverne d'un professionnel de la santé, ce dernier devant impérativement l'autoriser grâce à son statut médical.

La mise à l'écart des suicides lucides, notamment ceux causés par de grandes douleurs physiques, puis leur réintroduction sous une nouvelle appellation (euthanasie, puis aide médicale à mourir) conduit à une reprise des débats au sein du champ médical. Pourtant, nous l'avons vu dans le chapitre précédent, ce débat sur le suicide s'articule davantage

¹⁰⁴ Extrait du Code criminel canadien : Aide médicale à mourir Note marginale : Définitions 241.1 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article et aux articles 241.2 à 241.4. aide médicale à mourir Selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien : a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort; b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort. (medical assistance in dying). **infirmier praticien** Infirmier agréé qui, en vertu du droit d'une province, peut de façon autonome, à titre d'infirmier praticien ou sous toute autre appellation équivalente, poser des diagnostics, demander et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des substances et traiter des patients. (nurse practitioner) **médecin** Personne autorisée par le droit d'une province à exercer la médecine. (medical practitioner) **pharmacien** Personne autorisée par le droit d'une province à exercer la profession de pharmacien. (pharmacist).

dans une perspective éthique et morale que sur des bases empiriques, signe selon nous d'un vide de connaissances scientifiques sur ce phénomène pris dans son ensemble.

La souffrance comme porte d'entrée?

Un élément demeure toutefois central pour déterminer l'acceptabilité du recours à l'euthanasie et au suicide assisté: la souffrance. Ici, le corps médical reconnaît non seulement la souffrance physique, mais aussi la souffrance morale et psychologique de se voir mourir à petit feu (et l'angoisse qui y est rattachée) (MdD, p.23). La souffrance, tant physique que psychologique (perte de dignité), est en effet la principale raison des demandes d'euthanasie et de suicide assisté. Bien que situé en dehors de la logique pénale, nous reprenons l'argumentaire avançant que depuis le 18^e siècle et les idées humanistes, on a cherché à réduire la douleur et la souffrance dans l'ensemble des sphères de la société. Cela s'est notamment observé par l'abandon des châtiments corporels dans les sanctions pénales au Canada (Landreville, 2007) et dans le développement d'une pharmacopée des opiacés afin de soulager les souffrances du quotidien (Grenier, 2019). Dans une perspective de réduction de la douleur, on invoque, tout comme dans le cas de Sue Rodriguez, l'article 7 de la charte des droits et libertés du Canada, qui ne concerne pas directement la douleur, mais bien la garantie de la liberté et de la sécurité de la personne (de se soustraire à une souffrance pour laquelle il n'y a pas de remède). Cette nouvelle sensibilité à la souffrance n'est pas à négliger dans l'argumentaire développé pour promouvoir le suicide assisté et l'euthanasie. On peut penser ici au cas du psychologue Lawrence Kohlberg dont les

souffrances physiques incurables l'ayant conduit au suicide avaient suscité l'empathie de ses collègues et étudiants¹⁰⁵.

Nous avons d'ailleurs constaté que l'évocation d'une grande souffrance physique avait été employée dans certains articles de l'UMC en 1891. Nous avons aussi vu que l'évocation de cette souffrance s'inscrit dans une stratégie descriptive afin d'exposer la gravité des pathologies que traitent ces différents médecins ; « *c'était un mal de tête atroce par son intensité [qui] l'oblige à se lever à errer dans l'appartement en criant et en pleurant et va jusqu'à le faire songer au suicide* » (n.a., *Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale*, UMC juin 1891). Toutefois, le thème de la souffrance n'est pas en soit développé et n'est pratiquement jamais évoqué dans les articles portant sur les suicides en lien avec une pathologie de l'esprit. L'idée que les souffrances physiques puissent conduire au suicide est même invalidée dans un article précédemment cité (n.a., UMC, mars 1894, p.162). Or, si le thème de la souffrance n'est pas très présent dans les pages de l'UMC, il est central dans les mémoires soumis à la CMD.

En effet, la souffrance apparaît en toile de fond comme un élément indissociable des débats sur la légalisation de l'euthanasie. Le thème de la souffrance est abordé, à divers degrés, dans l'intégralité des mémoires que nous avons analysé à l'exception de celui déposé par la Fédération des médecins spécialistes du Québec (214m). La souffrance chez certains patients en fin de vie amène en fait la question fondamentale sous-jacente au débat de la CMD : comment la faire cesser? C'est dans les mémoires provenant des milieux des

¹⁰⁵ <https://www.nytimes.com/1987/04/08/obituaries/lawrence-kohlberg-is-dead.html>

soins palliatifs que cette question est la plus manifeste puisque les médecins qui travaillent dans ce domaine se présentent en expert du traitement de la douleur chez les mourants : « *Le vécu et l'expérience de nos équipes interdisciplinaires de soins palliatifs continuent d'inspirer des centaines d'équipes de soins au Québec et ailleurs* » (209m, p.3). Il existe également chez les opposants à la légalisation une conviction profonde en leur capacité à traiter et à soulager cette souffrance. Ainsi, « *l'euthanasie et le suicide assisté ne peuvent répondre au problème complexe de la souffrance humaine, qu'elle soit physique, émotionnelle ou spirituelle. Les progrès récents dans le domaine médical ont permis un contrôle excellent de la douleur pour le plus grand nombre* » (137m, p.5). Demander à ces médecins d'euthanasier des personnes souffrantes alors qu'ils estiment avoir une expertise pour les traiter apparaît alors comme un constat d'échec patent de leur pratique.

D'ailleurs, la simple idée d'une normalisation des demandes à *s'enlever la vie* dans le cadre de l'euthanasie est présentée comme contreproductive si l'objectif de la médecine est de soulager la souffrance : « *Vaincre la souffrance est un objectif crucial pour tout médecin. Malheureusement, pour le partisan de l'euthanasie, c'est l'élimination du patient qui est proposée comme solution plutôt que celle de la souffrance* » (210m, p.4). À cet égard, il faut noter que plusieurs médecins qui considèrent l'euthanasie comme un geste contre nature ont été étonnés de constater que la CMD s'y intéressait; « *La recherche de la mort n'est pas naturelle chez les êtres humains : elle est l'expression d'une grande souffrance. Il nous faut soulager cette douleur plutôt que de consentir à la demande* » (206m, p.2).

Ce commentaire n'est pas sans rappeler la position du Dr. Bellefeuille en 1929 lorsqu'il invoquait « l'instinct de survie » comme étant si fondamental à la condition humaine qu'il était *de facto* impossible qu'une personne puisse rationnellement chercher à *s'enlever la vie* : « *Le psychisme de l'homme est formé des facultés intellectuelles et des instincts, parmi lesquels le plus précoce, le plus constant et le plus durable est sans contredit l'instinct de conservation* » (UMC, novembre 1929, p. 666). Pourtant, la Commission de réforme du droit du Canada (1982) s'est penchée sur cette question en indiquant que rien dans le code criminel canadien n'empêcherait : 1- un patient de refuser un traitement qui prolongerait indument sa vie; 2- un médecin d'entamer des soins palliatifs même si ceux-ci ont une chance d'écourter la vie d'un patient; 3- un médecin d'appliquer une demande anticipée d'arrêt de traitement basée sur son jugement professionnel (p.80-81).

Le manque de connaissance des médecins généralistes sur les mécanismes inhérents à la souffrance est en outre mentionné : ceux-ci ne seraient peut-être pas les plus aptes à prendre une bonne décision à cet effet (209m). C'est du moins ce qu'avance le mémoire du Programme des soins palliatifs du département d'oncologie de l'Université McGill en citant un texte paru dans La Presse (Champagne, 19 juillet 2010) où il est fait mention que « *les vétérinaires reçoivent trois fois plus d'heures de formation théorique et pratique sur la douleur chronique que les résidents en médecine familiale [...]* » (209m, p.6). Ici, tout en appelant à une meilleure connaissance de l'expertise développée dans les soins palliatifs par les autres professionnels de la santé, une relative normalisation de la souffrance est également mise de l'avant : « *Enfin, tous les professionnels de la santé devraient être sensibilisés à cette approche qui conduit à l'acceptation de la condition humaine comme étant*

naturellement limitée et occasionnellement sujette à la souffrance » (219m, p.4). Bien que cette perspective soit marginale dans les mémoires des opposants, la souffrance en vient ainsi à être employée comme un argument rhétorique pour ces opposants à la décriminalisation de l'euthanasie.

Seule figure d'exception, le mémoire des *Médecins et infirmières soignant les patient(e)s atteint(e)s du cancer contre l'euthanasie et le suicide assisté*, qui vient nuancer la question des douleurs physiques. Dans ce mémoire, il est plutôt mis de l'avant que c'est une sorte de contrition, un désir de ne plus être une charge pour ses proches, qui serait le principal moteur des demandes d'euthanasie :

Il est très rare de voir des cas où des patient(e)s demandent d'être aidés à mourir, et dans ces rares cas, le problème est rarement celui d'une souffrance physique insupportable – que l'on peut toujours alléger –, mais plutôt d'une profonde solitude, qui se traduit parfois par le souci de penser enlever aux proches un fardeau difficile et indésirable (207m, p.2).

On note aussi que l'évocation de la souffrance sert d'argument à la fois pour valider sa position sur la légalisation de l'euthanasie et pour promouvoir son champ d'intervention, son expertise. Dans cette perspective, la FIQ rappelle que la souffrance des patients vient en grande partie du sous-financement et du manque d'effectif dans les lieux de soins (151m, p.6-7). Les centres de soins palliatifs y vont aussi en ce sens :

Il faut donc prioriser les soins palliatifs dans tous les milieux en supportant les initiatives suivantes : former le personnel infirmier et médical, approfondir la qualité de nos accompagnements, favoriser une recherche des méthodes de soulagement de la douleur, mieux supporter financièrement les soins palliatifs, dans leur ensemble, afin de répondre aux demandes grandissantes (219m, 3).

La capacité à répondre à la souffrance dans une dynamique d'autopromotion de sa profession s'observe également avec l'Ordre des psychologues du Québec, lequel réitère son expertise en matière de santé mentale :

Il va de soi que le désir de mourir peut-être déclenché par des souffrances intenses dont il permet d'envisager la fin. L'impact des souffrances physiques sur le désir de mourir est largement reconnu. On a observé des variations dans le désir de mourir en fonction du niveau de douleur ressentie. Mais encore, il semble que la peur de douleurs futures plutôt que l'intensité de la douleur actuelle soit également l'une des principales motivations reliées au désir de mourir. Le contrôle et la peur de la douleur semblent donc exercer une grande influence sur l'intérêt du patient en phase terminale pour l'euthanasie ou le suicide assisté, ce dont témoignent les psychologues sur le terrain (226m, p.5).

Cette réflexion sur l'anticipation de la souffrance à venir, laquelle jouerait un rôle déterminant dans la prise de décision des demandes d'euthanasie, n'est pas anodine et fait même l'objet de débats actuellement au Québec.

Cette réflexion est en effet toujours d'actualité alors que l'anticipation du recours à l'euthanasie est étudiée dans le cadre de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie au fédéral. La question est aujourd'hui de déterminer si une personne atteinte d'une maladie neurologique dégénérative (ex : Alzheimer) peut faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir à partir d'une phase précise de la maladie, sachant qu'elle n'aura plus à terme les facultés cognitives pour donner un consentement libre et éclairé. Il y a donc ici une anticipation d'une éventuelle souffrance en fin de vie, ou en état d'incapacité, qui relance les réflexions sur les « *testaments de fin de vie* » dont il a été question lors de la CMD en 2012 et plus récemment dans les recommandations du Conseil des académies canadiennes (2018) sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir.

Par cette recherche nous avons aussi voulu contribuer à la connaissance criminologique de la prise en charge de la déviance et de sa médicalisation. Plus précisément, nous avons cherché à expliciter les liens entre le savoir médical et le processus de décriminalisation du geste de *s'enlever la vie*. Sans révéler un lien causal systématique entre la décriminalisation et la médicalisation, nous constatons que cette dernière joue un rôle significatif dans les processus qui font changer la compréhension et la prise en charge d'un comportement jugé déviant du juridique au médical. À l'instar de la décriminalisation des mœurs homoérotiques, nous n'avons pas observé une rupture entre ces deux modes distincts de compréhension du phénomène suicide. C'est plutôt par l'entremise d'affinités électives entre le champ de la médecine et celui judiciaire que le suicidaire ne sera progressivement plus jugé pénalement mais évalué médicalement. Ce processus de décriminalisation est profondément tributaire d'une autre dynamique, celle de la médicalisation sociale du suicide.

Ainsi, en cherchant à identifier et à retracer les processus étiologiques ayant conduit à une conceptualisation des suicides comme gestes essentiellement pathologiques, puis de quelles façons cette empirie est réinvestie pour avaliser le recours à l'euthanasie, nous avons constaté que des considérations extérieures au champ médical influençaient ces processus. De ce que nous avons observé, cette influence extérieure au champ médical relève de ce que Bourdieu appelle l'autonomie des champs disciplinaires (Bourdieu, 1984; 2001). Loin d'être parfaitement isolée dans la clinique ou le laboratoire, la production scientifique

est influencée à différents niveaux par les acteurs qui la produisent. Comme l'écrit Bourdieu (2001, p.43) :

Les intérêts sociaux suscitent des tactiques de persuasion, des stratégies opportunistes et des dispositions culturellement transmises qui influencent le contenu et le développement de la connaissance scientifique. Loin d'être déterminées sans équivoque par "la nature des choses" ou par des "pures possibilités logiques", comme le voulait Mannheim, les actions des savants et l'émergence et la cristallisation de paradigmes scientifiques sont influencés par des facteurs sociaux intra et extra-théoriques.

Ainsi, les sciences médicales et la psychiatrie particulièrement sont influencées par des éléments relevant du contexte social (Foucault, 2003; Bourdieu, 2001; Dowbiggin, 2005 ; Marsh, 2008).

L'aide médicale à mourir, un dossier qui est loin d'être clos.

Au moment d'écrire ces lignes, une commission spéciale au parlement fédéral canadien sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie se penche sur l'élargissement des critères d'admissibilité pour être éligible à l'euthanasie. À cet égard, le rapport Deschamps, *L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir* (2018), est particulièrement éclairant. Une des questions centrales qui fait l'objet de débats dans ce rapport est d'établir s'il est possible de déterminer à l'avance son désir de se prévaloir de l'aide médicale à *s'enlever la vie* à un moment où un consentement libre et éclairé ne pourra plus être émis (p.188). Avec cette question d'un consentement fait à l'avance, sorte de testament de soins de fin de vie, l'enjeu de la santé mentale atteint ici un point de friction relatif aux enjeux éthiques entre une volonté rationnelle et réfléchie de mettre fin à son existence dans une circonstance spécifique, à un moment précis où, justement, l'individu ne sera plus en mesure de faire des choix rationnels. La question se pose

particulièrement dans le cas d'individus atteints de la maladie d'Alzheimer et soulève des enjeux fort intéressants.

Cela amène une réflexion relative à l'inaptitude du patient à prendre une décision éclairée. Est-ce qu'un tuteur légal est habilité à prendre une telle décision en absence de demande explicite du malade? *A priori* non, mais qu'en est-il si le malade avait auparavant fait connaître sa volonté par un mandat d'inaptitude notarié? Comment s'assurer que les dispositions laissées dans un mandat soient encore le reflet réel de la volonté du malade en cas d'inaptitude? Encore une fois, d'autres questions de fond demeurent : Peut-on tuer par compassion? Un individu peut-il prendre la décision lucide de mettre fin à ses jours sans être considéré comme un dépressif devant être psychiatrisé ? Nous retrouvons au cœur de ce débat et de ces questionnements une réflexion relative à la fin de vie, à la souffrance et à leur encadrement législatif dans le cadre de réflexions éminemment éthiques.

De plus, la décision rendue par la cour supérieure du Québec dans l'affaire *Truchon c. Procureur général du Canada*,¹⁰⁶ en 2019 déclare inconstitutionnel le critère d'admissibilité de « fin de vie » attendue. En statuant que ce critère portait atteinte à l'article 7 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés, cette décision ouvre une porte à des demandes d'AMM faites par des personnes en situation de handicap ou encore des dépressifs chroniques. Les questions éminemment éthiques que soulève cette avenue devraient nous inviter à une grande prudence afin que l'AMM ne devienne pas une option de pis-aller pour les plus déshérités de notre société venant compenser un filet sociale

¹⁰⁶ 2019 QCCS 3792

inadéquat et se détériorant depuis le virage néolibéral entamé dans les années 1980. Ainsi, nous croyons qu'il serait dangereux que l'option de l'AMM pour les plus démunis et laissés pour compte du système palliant ainsi un manque d'investissement chronique dans les soins de santé, les services sociaux ainsi qu'une faillite à redistribuer les richesses collectives afin d'atténuer les inégalités sociales.

En somme, force est de constater que la médicalisation du geste de *s'enlever la vie* n'a pas mis fin à sa redéfinition en tant qu'objet conceptuel. *S'enlever la vie*, à la lumière de l'empirie médicale que nous avons analysée, apparaît davantage comme un objet conceptuel relevant de dynamiques sociétales, morales et éthiques qui dépassent largement le champ médical.

BIBLIOGRAPHIE

- Adès et Lejoyeux, (2003). *Alcoolisme et psychiatrie*, Paris, Masson.
- Aïach et Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 1998.
- Aristote (Barthélemy Saint-Hilaire), (1992). *L'éthique à Nicomaque*, Paris, Le livre de poche.
- Atkinson, J. Maxwell, (1978). *Discovering suicide*, Wildshire, MacMillan Press.
- Aujard, (2007). La suicidologie, un outil de gestion du comportement, *Recherches sociographiques*, Volume 48, Numéro 3, septembre–décembre 2007, p. 161–174.
- Aujard, (2008). *Genèse et nature de la suicidologie*, thèse, Université Laval, janvier 2008.
- Aujard, (2010). *Genèse et nature de la suicidologie*, Paris, Éditions universitaires européennes.
- Baechler, (1975). *Les suicides*, Calmann-Lévy, France.
- Baillargeon, D., (2004). *Un Québec en mal d'enfants, La médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- Bastien, R. et I. Perreault (2012). « Propagande d'hygiène mentale au Québec dans les années 1930 », *Lien social et Politiques*, No. 67, p. 85-105.
- Baudelot, C., et Establet, R. (2006). *Suicide. L'envers de notre monde*, Paris, Seuil.
- Bayet, A. (1922/2007). *Le suicide et la morale*, Paris, L'Harmattan.
- Beaudelot et Establet, (2006). *Suicide. L'envers de notre monde*, Paris, Seuil.
- Bellamy, M., (2009). Beer Wars. Canada's History. Canada's History. Archived from the original on 2 February 2017.
- Benslama, F., (2016), *Un furieux désir de sacrifice. Le surmusulman*, Paris, Édition du Seuil.
- Bensmaïl, (1999). *Le suicide en Algérie, Dans Politique et Religion en Méditerranée*, (dir) Bresc, Dagher, Veauvy, Éditions Bouchène, p.387 à 412.

- Bertrand D et Bui M (1999). Le suicide au Viêt Nam, éléments de compréhension ethnopsychologique, dans A. Kiss (dir.), *Suicide et Culture*, L'Harmattan, p35-48.
- Bibliothèque du parlement : projet de loi C-14 : Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) ; https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/421C14E#a20
- Bourdieu, P., (1984). *Questions de sociologie*, Lonrai, Les éditions de minuit.
- Bourdieu, P., (1997). *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Paris, Éditions Quæ.
- Bourdieu, P., (2001). *Science de la science et réflexivité*, Dijon, Raisons d'agir.
- Bourgoin, (1993). Le suicide en milieu carcéral, *Population* 1993/3 (Vol. 48), pp. 609 à 625.
- Bourgoin, (1999). Suicide et activité professionnelle, *Population*, 1999/1 (Vol. 54), pp. 73-101.
- Briand, (2006). « Kamikazes, ou le destin fermé », *Étude sur la mort*, 2006/2 n.130, pages 21 à 27.
- Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., Horowitz, L. M., Kelleher, K. J., & Campo, J. V., (2019). Association between the release of Netflix's 13 Reasons Why and suicide rates in the United States: An interrupted times series analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Broz et Münster, (2015). *Suicide and agency: anthropological perspectives on self-destruction, personhood, and power*, London and N-Y, Routledge.
- Burgess et Hawton, (1998). Suicide, euthanasia, and the psychiatrist. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 5(2), 113–126.
- Conseil des académies canadiennes, (2018). *L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir*. Ottawa (ON): Groupe de travail du comité d'experts sur les demandes anticipées d'AMM, Conseil des académies canadiennes.
- Canguilhem, G., (2005). *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Carrier, N., (2006). « La dépression problématique du concept de contrôle social », *Déviance et société*, 1 vol. 30, Médecine & Hygiène, p.3-20.

- Cauchie, Corriveau, Hamel et Lyonnais, (2018). Un droit criminel en retrait ou en introspection ? Les plaintes déposées pour tentative de suicide dans le district judiciaire de Montréal (1908-1919), *Criminologie*, Volume 51, numéro 2, automne 2018, p.13-38.
- Cauchie, Corriveau, Hamel, (2017). Croyez surtout pas que j'ai perdu la tête: quand les lettres d'adieu de suicidés québécois défient les verdicts du coroner, *Frontières*, vol. 29, n. 1, 2017.
- Cellard et Corriveau, (2013). 250 ans de suicides au Québec: Les fondations d'une recherche dans les Archives du coroner, *May, Histoire sociale/Social history*, 46(1) : p.205-221.
- Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec : 1600-1850*, Montréal, Éditions du Boréal.
- Cellard, A. et Corriveau, P. (2010). « Éléments pour une sociologie historique du suicide au Québec, 1763-2000 », dans Véronique Strimelle et Françoise Vanhamme (dir.). *Droits et voix. Rights and Voices. La criminologie à l'Université d'Ottawa*, Ottawa, PUO, p. 255-268.
- Cellard, A., Chapdelaine, E. et Corriveau, P. (2013). « 'Des menottes sur des pansements': la décriminalisation de la tentative de suicide dans les tribunaux du Québec entre 1892 et 1972 », *La Revue Canadienne Droit et Société*, 28(1), p. 83-98.
- Chambry, (1965). *Apologie de Socrate - Criton* – Phedon, France, Flammarion.
- Chesnais, (1999). L'homicide et le suicide dans le monde industriel. Le cas russe, *Population* 1999/1 (Vol. 54), pages 127 à 130.
- Cohen, D. (2001) « La médicalisation », dans *Problèmes sociaux*. Tome 1, Théories et méthodologies, sous la dir. de Henri Dorvil et Robert Mayer, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001, pp. 217-231.
- Collin et Suissa, (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social, *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 19, Issue 2, printemps 2007, p. 25–33.
- Commission de réforme du droit du Canada (1982), *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, ministre des Approvisionnement et service Canada.
- Conrad et Schneider, (1980), *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, St-Louis, Mosby Company.

- Conrad P., (2007). *The Medicalization of Society*, Baltimore, JHUP.
- Corriveau, Cauchie et Perrault, (2014). Enjeux autour de la responsabilité du geste suicidaire en institution carcérale. Analyse des enquêtes du coroner de Montréal entre 1892 et 1950, *Champ pénal*, vol XI, 2014.
- Corriveau, Cauchie et Perreault, (2018). Un droit criminel en retrait ou en introspection? Le cas des plaintes déposées pour tentative de suicide dans le district judiciaire de Montréal (1908-1919), *Criminologie*, vol. 50, n. 2, 2018, p. 13-38.
- Corriveau, P., (2011). *Judging Homosexuals - A History of Gay Persecution in Quebec and France*, Canada, UBCPress.
- Corriveau, Perreault, Cauchie et Lyonnais, (2016). Faire parler la mort volontaire: enjeux épistémologique, méthodologique et éthique, dans I. Perreault et M.-C. Thifault (dir.). *Récits inachevés. Réflexions sur les défis de la recherche qualitative*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2016, p. 201-218.
- Courtet, P. & Olié, É. (2010). Sérotonine et conduites suicidaires : une longue histoire toujours actuelle. Dans : Philippe Courtet éd., *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 39-46). Cachan: Lavoisier.
- Crettiez, X., (2011). « High risk activism » : essai sur le processus de radicalisation violente, *Pôle Sud* 2011/1 (n° 34), pages 45 à 60.
- D'Astous-Masse (2010). « Les Médecins comme auxiliaires de la justice criminelle à Québec, 1880-1920 », *Mémoire de maîtrise*, Université Laval.
- Daemmrich, (1998). *The Evidence Does Not Speak for Itself: Expert Witnesses and the Organization of DNA-Typing Companies*, Sage Publication, *Social Studies of Science*: Vol. 28, No. 5/6, Special Issue on Contested Identities: Science, Law and Forensic Practice, pp. 741-772.
- Dej, E. (2015). «Punishing the (Not) Guilty. Specifying the Not Criminally Responsible » *Criminologie*, Justice et santé mentale Volume 48, numéro 1, printemps 2015
- Denaud, A., (2019a). *L'économie de la nature*, Montréal, Lux.
- Denaud, A., (2019b). *L'économie de la foi*, Montréal, Lux.
- Denaud, A., (2020). *L'économie esthétique* Montréal, Lux.
- Desmarais, A., (2013). *Histoire du don d'organes au Québec*, *Mémoire de maîtrise*, UQAM.

- Dizboni, Ali, (2005). Le concept de martyr en islam, Article publié dans *Théologiques*, Volume 13, Numéro 2, 2005, p. 69–81.
- Douglas, J. D. (1967). *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, Princeton University Press.
- Dowbiggin, I., (1991). *Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth-Century France*, *Medicine and Society*, vol 4.
- Dowbiggin, I., (1993). *La folie héréditaire*, Paris, E.P.E.L.
- Dowbiggin, I., (2005). *A concise History of Euthanasia. Life, Death, God, and Medicine*, USA, Rowman & Littlefield Publisher.
- Duchac, R., (1964). Suicide au Japon, suicide à la japonaise, *Revue française de sociologie*, 1964, vol. 5-4, pp. 402-415.
- Dufour, R., (2006). Plotin et les stoïciens, *Études Platoniciennes III, L'âme amphibie*, *Études sur l'âme selon Plotin*, Paris, Belles Lettres, 2006, p. 177-194.
- Dufresne M. et D. Robert, (2017). La biographie d'un gène, *Déviance et société*, Volume 4, Numéro 41, 593-619 (2017).
- Durkheim, E. (2009) – (1897). *Le suicide*, Paris, PUF, 2007.
- Feynman, R., (1985). *La lumière et la matière*, France, Interédition.
- Fortier, I., (2007). *L'automutilation, une stratégie d'adaptation? : étude exploratoire auprès de femmes*. Mémoire. Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Département de travail social, 84 p.
- Forum Research Inc., *Support for assisted suicide increases across four years*, communiqué, 25 août 2015.
- Foucault, M., (1963). *Naissance de la Clinique*, France, PUF.
- Foucault, M., (1969). *L'archéologie du savoir*, France, Gallimard.
- Foucault, M., (1974). *Le pouvoir psychiatrique; Cours au Collège de France 1973-1974*, Paris, Gallimard 2003.
- Foucault, M., (1981). L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale, *Déviance et société*, Année 1981, 5-4, pp. 403-422.

- Foucault, M., (2003). *Society Must be Defended: Lectures at the college of France 1975-1976*. NY: Picador.
- Fourasté, R., (1999). Le suicide ? Pour introduire les données culturelles en psychopathologie : remarques méthodologiques à propos de trois exemples cliniques, in : *Suicide et culture*, Paris [etc.] : L'Harmattan, p.75-104
- Gagné et Dupont, (2007). Les changements de régime du suicide au Québec, 1921-2004, *Recherches sociographiques*, Volume 48, Numéro 3, septembre–décembre 2007, p. 27–63.
- Gagnon, A. et Perreault, I. (2017). La scénarisation de sa propre mort. La régularité suicidaire dans les enquêtes du coroner au Québec (1925-1980). *Déviance et Société*, 41(3), 481-503.
- Gandsman, A., (2018). « 99 % des suicides sont tragiques, nous nous battons pour le 1 % qui reste ». Des esprits sains dans des corps malades et l'activisme du droit à la mort, *Criminologie*, Volume 51, numéro 2, automne 2018, p.167-188.
- Garland, D., (1990). *Punishment and Modern society*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Garrison, E.P., (1991). Attitudes towards Suicide in Ancient Greece, *The Johns Hopkins University Press, TAPA*, Vol. 121 (1991), pp. 1-34.
- Gauchet, M., (1985). *Le Désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Gallimard, Paris.
- Gingras, I., (1991). Les origines de la recherche scientifique au Canada : le cas des physiiciens, Montréal, Boréal.
- Gingras, I., (2002). Mathématisation et exclusion, socioanalyse de la formation des cités savantes, dans Wunenburger J. J. (éd), *Gaston Bachelard et l'Épistémologie française*, Paris, PUF.
- Gingras, I., (2005). *Éloge de l'homo techno-logicus*, Montréal, Fides, 2005, collection Grandes conférences.
- Gingras, I., (2014). Les dérives de l'évaluation de la recherche : du bon usage de la bibliométrie, *Raisons d'agir*, Paris (2014).
- Godineau, D., (2012). *S'abrégé les jours*, Paris, Armand Colin.
- Goffman, E., (1963). *Stigma*, Paris, Les Éditions de minuit.

- Gomart, É. et Martineau, H. (2000). Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas. Rapport de synthèse. Paris, France : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- Goulet, D., (2020). Brève histoire des épidémies au Québec. Du choléra à la COVID-19, Québec, Septentrion.
- Guilman S., (2017). *Diseases and Diagnoses: The Second Age of Biology*, Routledge.
- Grandazzi, G., (2016). Familles et communautés face aux « grappes localisées » de suicides de jeunes : deux exemples en populations québécoise et autochtone, *Enfances Familles Générations*, [Enligne], 24 | 2016, mis en ligne le 15 août 2016, consulté le 30 septembre 2016. URL: <http://efg.revues.org/1028>.
- Grass, H. William (2001). *The anatomy of Melancholy*, Burton
- Grenier, A., (2019). "L'opium du peuple" : la guerre à la drogue à Montréal, 1921-1923, mémoire, UQAM.
- Grenier, G., (1994). Doctrine de la dégénérescence et institution asilaire au Québec (1885-1930), In J.-P. Goubert & O. Keel (dir.), *Polysémie de la santé*, Cahiers du centre de recherches historique (pp. 105-115), 12. Grenier, G. (1990).
- Grenier, G., (2002). La médecine légale des aliénés selon Georges Villeneuve (1895-1917), *Bulletin d'histoire politique*, 10(3), 23–33.
- Grisé, Y., (1982). *Le suicide dans la Rome antique*, Montréal-Paris, Bellarmin- Les Belles Lettres.
- Gunnell et Lewis (2005). Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention, *Br Journal of Psychiatry*. 2005 Sep; 187: 206-8.
- Halbwachs, M., (1930). *Les causes du suicide*, Paris, Félix Alcan.
- Hibon, C. & Pujol, N. (2020). Qu'est-ce que le *spiritual care*? Jusqu'à la mort accompagner la vie, 143, 11-23.
- Hubert, O., (2005). « Rituelité ultramontaine et pouvoir pastoral clérical dans le Québec de la seconde moitié du XIXe siècle », dans Fecteau, Jean-Marie et Janice Harvey (dir.), *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution, pour une problématique historique de l'interaction*, Montréal, Presse de l'université du Québec, p.435-460.
- Illich, I., (1975). « Némésis médicale », dans Ivan Illich œuvres complètes vol 1, Paris, Fayard, 2003.

- Joubert, D. (2018). Psychopathologie, traitement et genre en milieu psycholégal : associations avec les conduites suicidaires. *Criminologie*, 51 (2), 109–135.
- Kaluszynski, M., (2008). « Le retour de l'homme dangereux¹. Réflexions sur la notion de dangerosité et ses usages », *Champ pénal*, Vol V.
- Kaminsky et al., 2015)
- Kemp, N.D.A., (2002). *Merciful Release: The History of the British Euthanasia Movement*, Manchester University Press.
- Kerchove, M., (1984), Réflexions analytiques sur les concepts de dépenalisation et de décriminalisation, *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 1984/1 (Volume 12), p. 31 à 89.
- Klein, A., (2018). De la scientificité de la psychiatrie francophone. Unité linguistique et continuité historique des représentations de la santé mentale au Québec entre 1948 et 1960, *Histoire, économie & société* 2017/1 (36^e année), pages 76 à 89.
- Kushner, H., (1991). *American suicide*, Rutgers, The State University.
- Lachance, S., (2005). « *La participation des mouvements sociaux dans le système pénal : l'affaire Latimer* », mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa, département criminologie.
- Landreville, P., (2007). Grandeurs et misères de la politique pénale au Canada : du réformisme au populisme, *Criminologie*, Volume 40, Numéro 2, automne 2007, p. 19–51.
- Laurier C., et F., Chagnon, (2011). Modèle interactif du risque suicidaire chez les jeunes contrevenants, *Criminologie*, Volume 44, Numéro 2, Automne 2011, p. 251–278.
- Laurier et coll. (2018). Jeunes contrevenants à la croisée des chemins, *Criminologie*, Volume 51, Numéro 2, Automne 2018, p. 288–313
- Leenaars, A. A. (1988). *Suicide notes*, New York, Human Sciences Press.
- Lemonde, L., (2010). Les menaces au droit à l'avortement et à l'autonomie des femmes enceintes, *Les Cahiers de droit*, Volume 50, Numéro 3–4, septembre–décembre 2009, p. 611–635.
- Levasseur, G. (1994). Le suicide en droit pénal. Dans F. Terré (dir.), *Le suicide* (p. 121–132). Paris, France : Presses universitaires de France.

- Ligier, F., Michaud, L., Kabuth, B., Lesage, A., Corriveau, P., & Séguin, M. (2020). A quantitative and qualitative study of notes left by youth who died by suicide in Quebec from 1895 to 1985. *Archives of suicide research*, 24(4), 554-567.
- Lloyd, M., (1990). Suicide and self-injury in prison. A literature review, Home Office Research Study, No. 115, Londres, HMSO, 1990.
- Lock, M. (2004). 'Medicalization and the Naturalization of Social Control', in C. W. Ember and M. Ember (eds), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, vol. 1 (New York: Lower Academic/Plenum Publishers), 116-24.
- Loi concernant les soins de fin de vie, S-32.0001
- Lynch, M., (1993). *Scientific Practice and Ordinary Action*, Ethnomethodology and Social Studies of Science, Cambridge, CUP.
- MacDonald, M. et Murphy, T. (1990). *Sleepless souls. Suicide in early modern England*. Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- MacDonald, M. G. (1999). *Suicide intervention training evaluation: A study of immediate and long term training effects*, doctoral thesis, University of Calgary, Calgary, AB
- Marcoux, I. (2007). Dans quelles conditions est-il acceptable ou non de mourir par euthanasie ? *Frontières*, 20(1), 69-75.
- Marra, R., & Orru, M. (1991). Social images of suicide. *The British journal of sociology*, 42 2, 273-88. p.273-288.
- Marsh, I. (2010). *Suicide. Foucault, history and truth*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Martel, (2002). *Le suicide assisté. Héraut des moralités changeantes*, Ottawa, PUO.
- Martuccelli, D., (2004). « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, 1 July 2004, Vol.45(3), pp.469-497.
- Menninger, K., (1968). *The Crime of Punishment*, New-York, The Viking Press, 305p.
- Michelet, J., (1990). *Mémoires de Luther écrits par lui-même*, France, Mercure de France.
- Minh, B., et D., Bertrand., (1999). Les suicides au Vietnam, quelques réflexions, in : *Suicide et culture*, Paris [etc.] : L'Harmattan, p.25-36.

- Minois, G. (1995). *Histoire du Suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Paris, Fayard.
- Mishara, B., et M., Tousignant, (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, PUM.
- Mishara B., (2007). Les enjeux liés à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté au Canada, *Frontière*, Automne.
- Mucchielli, L. et M. Renneville (1998). « Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930) », *Déviance et Société*, 22, 1, pp. 3-36.
- Ogden, R. D. (2010). Suicide, Canadian law, and Exit International's "peaceful pill". *Health law in Canada*, 31(2), 37-52.
- Otero, M. (2004). Le suicide à Buenos Aires : la contribution des médecins à sa « thématization » comme problème social. *Bulletin canadien d'histoire de la médecine/Canadian Bulletin of Medical History*, 21(1), 41–71
- Palanque, J-R (1956), p.1089 à 1097. Dans *Histoire universel* tome 1, Encyclopédie de la pléiade, Belgique, dir...
- Pape, R., (2003), *The Strategic Logic of Suicide Terrorism*. Published online by Cambridge University Press: 27 August 2003.
- Perrault, Cellard, Corriveau, Quesnel, (2020) Montréal, Vous avez détruit la beauté du monde. Le suicide scénarisé au Québec depuis 1763, Éditions Moelle Graphique.
- Perreault I. et Thifault, M.-C. (2012). « Les Sœurs de la Providence et les psychiatres modernistes: enjeux professionnels en santé mentale au Québec, 1910-1975 », *Études d'histoire religieuse*, 78(2), p. 59-79.
- Perreault, Corriveau et Cauchie, (2016). While of Unsound Mind? Narratives of Responsibility in Suicide Notes in the 20th Century, *Social History*, vol. XLIX, n.98, 2016, p.155-170.
- Perreault, I. (2012a). « L'intervention sociale en psychiatrie. Le rôle des premières assistantes sociales à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 1920-1950 », *L'incontournable caste des femmes. Histoire des services de soins de santé au Québec et au Canada*, sous la direction de Marie-Claude Thifault, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 205-228.
- Perrier-Durand, A., (1998). *Je me tue à vous le dire le suicide à la croisée des regards de la psychanalyse et de la criminologie*, France, Erès.

- Petit, J-G., (2005) « Les régulations sociales et l'histoire », dans Fecteau, Jean-Marie et Janice Harvey (dir.), *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution, pour une problématique historique de l'interaction*, Montréal, Presse de l'université du Québec, p.30-2847.
- Pfohl, J. (1985), *Images of Deviance and Social Control. A sociological history*, Waveland Pr Inc, 2009.
- Pires, A. P. (1995). Quelques obstacles à une mutation du droit pénal. *Revue générale de droit*, 26(1), 133–154
- Pouliot, (2008). Les médias de masse sont-ils responsables des suicides en grappes? *Frontières*, dir F. Chagnon, Volume 21, Numéro 1, automne 2008, p. 120–125.
- Poupart (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme : des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. *Recherches qualitatives*, 30(1), pp. 178-199.
- Poupart, J., (2001). « D'une conception constructiviste de la déviance à l'étude des carrières dites déviantes », dans *Problèmes sociaux. Tome 1, Théories et méthodologies*, sous la dir. de Henri Dorvil et Robert Mayer, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001, pp. 79-110.
- Rapport annuel des centres de prévention du suicide (RACPS), 2004-2005, cité dans : La suicidologie, un outil de gestion du comportement, *Recherches sociographiques*, Volume 48, Numéro 3, septembre–décembre 2007, p. 161–174.
- Renneville, M., (2018). « Le suicide est-il une folie ? Les lectures médicales du suicide en France au XIXe siècle », *Criminocorpus* [en ligne], La pathologie du suicide, Communication, mis en ligne le 14 mai 2018. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3797>.
- Revel, (2001). Les sciences historiques, Jean-Michel Berthelot (dir.), *Épistémologie des sciences sociales*, PUF, Paris, 2001, p.21-76.
- Riessman, K., (1983). Women and Medicalization: A New Perspective. USA, *Social Policy*, vol. 14, no 1, p. 3-18.
- Riska, E., (2003). Gendering the Medicalization Thesis, Finland, *Gender Perspectives on Health and Medicine: Key Themes*, *Avances in Gender Research*, vol. 7, p. 59-87.
- Robert, C., (2019). « À qui la faute ? » : Le second mouvement de tempérance et l'état au Québec, (1870-1922), mémoire de maîtrise, UQAM.

- Rochet, Tonon, Kopp, Vaudry et Miachon, (1998). Evaluation of endozepine-like immunoreactivity in the frontal cortex of suicide victims, *Neuroreport*, 1998 Jan 5;9(1):53-6.
- Saint Augustin, (2011). *La cité de Dieu*, Nabu Press.
- Sanati, A., (2009). Does suicide always indicate a mental illness? *London Journal of Primary Care: Vol. 2, No. 2*, pp. 93-94.
- Schur, (1965). *Crime without victims: Deviant Behavior and Public Policy*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall,
- Schuwer, C., (1949). *La signification métaphysique du suicide*. Paris, Aubier.
- Shneidman, s. E., (1985). *Definition of suicide*, Los Angeles, Jhon Wiley & son.
- Shneidman, s. E., (2001). *Comprehending suicide*, Washington, American Psychological Association.
- Siena, (2009). Suicide as an Illness Strategy in the Long Eighteenth Century (pp. 53-72), dans *International Perspectives on Self-destruction in the Modern World*, Weaver et Wright, 2008, Edited by John Weaver and David Wright.
- Simard, J., (2013). *Mourir en paix. Ethnographie d'une institution de soins palliatifs québécoise*.
- Simonnot, (2005). *Les papes, l'Église et l'argent. Histoire économique du christianisme des origines à nos jours*, Paris, Bayard.
- Staikowsky, F., Chastang, F. et Pujalte, D. (2008). « Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008 : Incidence et pronostic », *Science directe : Réanimation*. 17, p.783-789.
- Stötzer, Poser, Becker, (1988). Empirical Evaluation Studies Concerning Completed Suicide and Addiction, *Current Issues of Suicidology*, ed. by H J Moller, A Schmidtke & R Welz, Berlin, Springer-Verlag, 1988. p.114-118.
- Suissa, A., (2003). Dépendances et médicalisation. Repères et enjeux psychosociaux, *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 19, Numéro 2, printemps 2007, p. 92–110.
- Szasz, T. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist*, 41(7), 806–812.
- Szasz, T., (1970). *The manufacture of madness*, New-York, Harper Colophon.

- Szoni, (1967). De la psychologie du choix, *Revue Philosophique de Louvain*, 1967, vol. 87, pp. 332-355.
- Taschereau, H.E. (1888). *The Criminal Statute Law of the Dominion of Canada*, Toronto, Carswell.
- Thiara, D., (2014). Aboriginal Youth Suicide Prevention: A Post-Colonial Community-Base Approach, *International Journal of Child, Youth and Family Studies*. Vol 5 No 1 (2014): Special Issue on "Youth Suicide Prevention: Research, Policy and Practice", pp. 158–179.
- Tibon-Cornillot, (1990). La mécanisation du vivant : construction du vivant et savoirs biologiques modernes, *Quaderni*, Fait partie d'un numéro thématique : Les objets génétiques, 1990, vol 11, pp. 25-55.
- Tosini, (2011). Agents and Mechanisms of Terrorist Campaigns. A contribution to a general theory of rationality, *Revue européenne des sciences sociales* 2011/2 (49-2), pages 43 à 70.
- Turecki, (2001). Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disorders*, Volume3, Issue6, December 2001, Pages 335-349.
- Turecki, (2014). The molecular bases of the suicidal brain, *Nature Reviews Neuroscience* volume 15, pages802–816.
- Turecki, Brezo et Klempan, (2008). The Genetics of Suicide: A Critical Review of Molecular Studies, *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 31, Issue 2, June 2008, Pages 179-203.
- Van de Kerchove, (1989). Les différentes formes de baisse de la pression juridique et leurs principaux enjeux, *cahiers de recherche sociologique*, numéro 13, Automne 1989, p. 11–29.
- Van Hooff, (1990). *From euthanasia to suicide: self-killing in classical antiquity*, London and New York, Routledge.
- Van Zandt, (1993). Suicide by Cop, *The Police Chief*, (July 1993), p.24-30.
- Vermet (2012). Les représentations sociales des aînés chez des intervenants psychosociaux engagés dans la livraison de services de soutien à domicile en centre de santé et de service sociaux, mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec.

- Wallot (1998). *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli*, Québec, Publications MNH.
- Weatherston, D., & Moran, J. (2003). Terrorism and Mental Illness: Is There a Relationship? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(6), 698–713.
- Weaver et coll., (2012). *Effects of a Late-Life Suicide Risk–Assessment Training on Multidisciplinary Healthcare Providers*, The American Geriatrics Society.
- Weaver et Wright, (2008). *International Perspectives on Self-destruction in the Modern World*, Edited by John Weaver and David Wright.
- Weaver, J.C. (2009). *A Sadly Troubled History. The Meanings of Suicide in the Modern Age*, Montreal, McGill-Queen's University Press.
- Wetherell et Potter (1988). Discourse analysis and the identification of interpretative repertoires. In C. Antaki (Ed.), *Analysing everyday explanation: A casebook of methods* (p. 168–183). Sage Publications, Inc.

ANNEXE 1

Articles de l'Union médical du Canada mentionnant ou traitant du suicide

(1871-1971)

- n.a., *Mortalité de la cité*, UMC, janvier 1873, p.42-44.
- n.a., *Maladies mentales*, UMC, février 1873, p.94-96.
- n.a., *Toxicologie: Valeur toxique des sels de cuivre: empoisonnement; suicide; conclusions*, UMC, juin 1877, p.268-271.
- n.a., *Médecine légale : De la valeur médico-légale des ecchymoses sous pleurales*, UMC août 1877, p.373-374.
- n.a., *Statistique de décès chez les médecins*, UMC, juillet 1878, p.335.
- n.a., *Traitement de l'ozène*, UMC, novembre 1880, p. 523-524.
- n.a., *État mental des vieillards et des mourants*, UMC mars 1881, p.140-143.
- Magnan, V., *Pathologie et clinique médicales : De la dipsomanie*, UMC juin 1881, p.255-259.
- Henry, G., *La vente des poisons*, UMC, mars 1883, p.113-114.
- Magnan, V., *Maladie mentale : La dipsomanie*, UMC, janvier 1885, p.34-39
- Duguet, *Tentative d'empoisonnement par le pétrole*, UMC, septembre 1885, p.424.
- Vérité, *Eczéma anal*, UMC, novembre 1885, p.518-519.
- Dieulafoi, *De la folie Brightique*, UMC, mai 1886, p.229-231.
- n.a., *Des diverses formes d'eczéma chez les enfants*, UMC juillet 1886, p.225-227.
- n.a., *La mortalité chez les médecins*, UMC, novembre 1886, p.524-525.
- n.a., *Variété : suicide d'un médecin russe*, UMC, janvier p.55.
- Ball., *Maladie mentale : De la mélancolie*, UMC 1887, août, p.436-439.
- n.a., *résumé d'une communication 10^e congrès international de médecine et de chirurgie*, UMC, novembre 1887, p.602.
- Duquet, *La folie héréditaire ou folie des dégénérés*, UMC janvier 1888, p.5-15.
- Duquet, *Note sur l'affaire Ménétrier, à propos du rapport de M. le Dr Marandon de Montyel*, UMC, avril 1888, p.169-175.
- Reverdin, A., *Conséquences thérapeutiques de l'opération du phimosis*, UMC, septembre 1888, p.468-469.
- n.a., *Sincérité des tentatives de suicide des hystériques*, UMC, novembre 1890, p.598.
- n.a., *Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale*, UMC, p.297-301.
- n.a., *Chronique et nouvelles scientifiques : Le suicide à Berlin*, UMC, octobre 1891, p.558.
- Kjellberg, *De la psychose nicotinique*, UMC, juillet 1891, p.347-348.
- n.a., *Civilisation et suicide*, UMC, décembre 1891, p.657-658.
- n.a., *Varicocèle et neurasthénie*, UMC, février 1892, p.83-84.

- n.a., *Chronique et nouvelles scientifiques*, UMC, février 1892, p.111.
- Villeneuve, G., *De l'expertise médico-légale*, UMC, juillet 1893, p.337-340.
- Johnston, W. et Villeneuve, G., *Les verdicts de la cour du Coroner du district de Montréal, pour le premier semestre de 1893 au point de vue médical*, UMC, août 1893, p.393-403.
- n.a., *Le suicide dans la grippe*, UMC août 1893, p.445-446.
- Tillaux, *Des fissures anales*, UMC, octobre 1893, p.519-521.
- Johnston, W. et Villeneuve, G., *Revue statistique des enquêtes tenues par la cour du Coroner du district de Montréal, pendant l'année 1893*, UMC, février 1894, p.57-67.
- n.a., sans titre, UMC, mars 1894, p.161-168.
- Gélineau, *La folie amoureuse*, juillet 1894, p.391-392.
- Dagonet, *Folie puerpérale*, UMC, septembre 1894, p.481-483
- n.a., sans titre, janvier 1895, p.53-54.
- Jacobs, *Traitement des manifestations nerveuses génitales chez la femme*, UMC, mai 1895, p.253-256.
- n.a., *Observations personnelles*, UMC, novembre 1895, p.575-584.
- Villeneuve, G., *Les aliénés devant la loi*, UMC, mars 1896, p.129-144.
- Villeneuve, G., *Les aliénés devant la loi*, UMC, avril 1896, p.193-211.
- Chagnion, E., *Note sur la curabilité en aliénation mentale*, UMC, avril 1896, p.212-213.
- Derome, W., *Courrier des hôpitaux : Hôpital Notre-Dame*, février 1897, p.119-122.
- Brochu, *De l'épilepsie jacksonnienne*, UMC, juillet 1897, p.385-403
- Johnston, W. et Villeneuve, G., *L'application de l'entomologie à la médecine légale*, UMC, octobre 1897, p.577-588.
- Lancereaux, *La dyspepsie nerveuse et son régime alimentaire*, UMC, mai 1898, p.267-276.
- Villeneuve, G., *Les aliénés devant la loi*, UMC, juillet 1898, p.385-411.
- n.a., *Le médecin et l'assurance sur la vie*, UMC, septembre 1898, p.542.
- Villeneuve, G. et Chagnon, E., *Certificat médical et internement*, UMC, décembre 1898, p.742-756.
- Saint-Jacques, E., *Tic douloureux de la face et examen pathologique de 15 ganglions de Gasser réséqués*, UMC, octobre 1902, p.663-665.
- n.a., *Le fœticide thérapeutique*, UMC, août 1903, p.489-493.
- n.a., *Les psychoses hépatiques*, UMC, février 1905, p.41-43.
- n.a., *Revue analytique*, UMC, septembre 1905, p.491-495.
- Sirois, L., *La prophylaxie de l'alcoolisme*, UMC, septembre 1906, p.497-509.
- n.a., *Suicide chez les écoliers en Allemagne*, UMC, octobre 1907, p.606.
- Oddo, *Du rôle des émotions dans l'étiologie de la chorée de Sydenham d'après 150 observations personnelles*, UMC, juin 1910, p.352-356.
- Derome, W., *La mort est-elle le résultat de la submersion?* UMC, août 1910, p.435-441
- Derome, W., *Période médico-légale de la paralysie générale*, UMC, octobre 1910, p.585-590.

- Derome, W., *A propos de la dernière pendaison*, UMC, juillet 1911, p.391-393.
- Villeneuve, G., *L'expertise psychiatrique en matière pénale dans la province de Québec et plus particulièrement dans le district judiciaire de Montréal. Étude statistique*, UMC, août 1916, p.373-382.
- Villeneuve, G., *Organisation de l'expertise psychiatrique en matière pénale, dans la province de Québec (suite)*, UMC, septembre 1916, p.431-444.
- Villeneuve, G., *La récidive en aliénation mentale (suite)*, UMC, février 1918, p.53-62.
- Derome, W., *Étude sur le suicide*, UMC, novembre 1919, p.562-570.
- De Bellefeuille, G., *Corps étranger de la vessie chez une aliénée*, UMC, février 1920, p.84-88.
- De Bellefeuille, G., *L'automutilation chez l'aliéné*, UMC, juillet, 1924, p.311-318.
- Derome, W., *Suicide par arme à feu*, UMC, décembre 1925, p.625-627.
- Loignon, G., *Sur l'importance de la recherche systématique de l'agent causal dans les psychoses toxi-infectieuses et dans les psychoses par intoxication endo et exogènes*, UMC, mai 1928, p.264-271.
- De Bellefeuille, G., *Le suicide et la responsabilité*, UMC, novembre 1929, p.664-670.
- De Bellefeuille, G., *Le suicide et la responsabilité (suite)*, UMC, décembre 1929, p.729-739.
- Amyot, R., *Contribution à l'étude des aspects psychiatriques de l'encéphalite épidémique à forme prolongée*, UMC, novembre 1931, 785-796.
- Plouffe, D. et Legrand, E., *Les raptus mélancoliques, Étude médico-légale*, UMC, août 1934, p.758-779.
- Tellier, H., *Traitement des états maniaques*, UMC, août 1934, p.911-921.
- Berthiaume, M., *Psychose maniaco-dépressives*, UMC, juillet 1958, p.
- Saulnier, J., *La tentative de suicide et sa prévention postcure*, UMC, novembre 1965, p.

Autres articles de l'Union médical du Canada sans mention de suicide.

- Derome, W., *Experts médicaux devant les tribunaux*, UMC, mars 1916, p.147.
- Villeneuve, G., *Organisation de l'expertise psychiatrique en matière pénale, dans la province de Québec*, UMC, juillet 1916, p.313-326.
- Derome, W., *Le lieu du crime*, UMC, mai 1928, p.274-282.

ANNEXE 2

Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité :

Liste des mémoires provenant d'acteurs du milieu de la santé

(excluant les mémoires déposés à titre personnel)

- 50m - Collège des médecins
- 70m - Maison des soins palliatifs de la Rivière-du-Nord
- 83m - Association Québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
- 115m - Réseau de soins palliatifs du Québec
- 134m - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- 137m - Collectif de médecins, opposés à l'euthanasie et au suicide assisté de McGill
- 138m - Nova Montréal
- 145m - Canadian society of palliative care physicians
- 151m - Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ
- 183m - Association québécoise de gérontologie
- 188m - Coalition des médecins pour la justice sociale
- 206m - Association des médecins catholiques de Montréal
- 207m - Médecins et infirmières soignant les patient(e)s atteint(e)s du cancer contre l'euthanasie et le suicide assisté
- 209m - Programme des soins palliatifs, département d'oncologie, Université McGill
- 210m - Médecins de la division de gériatrie de l'Université McGill
- 212m - Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- 214m - Fédération des médecins spécialistes du Québec
- 219m - Maison des soins palliatifs de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- 226m - Ordre des psychologues du Québec

ANNEXE 3

Liste des articles et sources cités dans les mémoires déposés à la CMD

(uniquement ceux traités dans cette thèse)

- Callahan, (2008), *Organised Obfuscation: Advocacy for Physician-Assisted Suicide*. Hastings Center Report, 2008 ;38 (5) : 30-32.
- Cavanagh, J.T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33 (3), 395-405.
- Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L, (2010) Physician-assisted death under the euthanasia law in Belgium a population-base survey. *CMAJ* 182 (9): 895-901, June 15, 2010.
- Chochinov HM et al, « Understanding the Will to Live in Patients Nearing Death », *Psychosomatics* 46: 7-10, 2005.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M et al., (1995), Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152 (8):1185-1191.
- Chochinov, H.M., Tataryn, D., Clinch, J.J. and Dudgeon, D. (1999). Will to live in the terminally ill. *The Lancet*, 354, 816-819.
- Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M. and Lander, S. (1994). Prevalence of depression in the terminally ill: Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *American Journal of Psychiatry*, 151, 537-540.
- Emanuel, E J, Fairclough, « D. Desires related to euthanasia and physician assisted suicide among terminally ill patients », *JAMA*, 2000;284-2460-8.
- Galbraith, K.M. and Dobson, K.S. (2000). The role of the psychologist in determining competence for assisted suicide/euthanasia in the terminally ill. *Canadian Psychology*, 41 (3), 174-183.
- Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK., Oregonian's reasons for requesting physician aid in dying, Ganzini L, *Arch. intern. Med.* 2009; 169(5): 489-492.

- Harvey Max Chochinov, Thomas Hack, Thomas Hassard, Linda J. Kristjanson, Susan McClement, Mike Harlos. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 23, No 24 (August 20), 2005: pp. 5520-5525;
- Hendin H, Foley K. Physician-assisted suicide in Oregon: a medical perspective. *Michigan Law Review*, 106 (8), pp. 1613-1640, 2008 (2 mentions); Hendin H. (2004). *The Case against Physician-Assisted*
- Hendin, Herbert. *Seduced by Death: Doctors, Patients and the Dutch Cure*. New York: W.W. Norton & Company, 1997 (2 mentions).
- Hendin, Herbert. The Dutch experience. *Issues in Law & Medicine* - Vol. 17 No. 3, March 2002 (2 mentions);
- Hultman, T., Keene Reder, E.A. and Dahlin, C.M. (2008). Improving psychological and psychiatric aspects of palliative care: The National Consensus Project and the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care. *Omega*, 57 (4), 323-339.
- Keown, J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legislation*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2002 ;
- Pelluchon, C., 2009, *L'autonomie brisée : bioéthique et philosophie*, Paris PUF, Coll. Léviathan.
- Rapport annuel 2010-2011, Ordre des psychologues du Québec.
- Rapport annuel 2010-2011, Collège des médecins.
- Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2012-2013, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Saint-Arnaud, J. (2005). « De l'approche biomédicale à l'art du soin : réflexions éthiques sur le soulagement de la douleur », *Frontières*, vol. 17, n° 2, p. 34-41.
- Shuster Jr., J.L., Breitbart, W. Chochinov, H.M. (1999). Psychiatric aspects of excellent end-of-life care. *Psychosomatics*, 40 (1), 1-4;

Suicide: For the Right to End-of-Life Care. *Psychiatric Times* 21. (2) Expanded Academic ASAP. Accessed online 5 Aug. 2010;

Thompson G. and Chochinov H. (2008). Dignity-based approaches in the care of terminally patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2(1: 49-53.

van der Lee ML et al., Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients, *J. Clin. Oncol.* 2005 ; 23: 6607-6612