

Recherche sur la fin de vie

# Journée doctorale

le 19 octobre 2021  
en ligne



Crédit Photo : Ludovic Godard



PLATEFORME NATIONALE  
POUR LA RECHERCHE  
SUR LA FIN DE VIE

**mshE**  
MAISON DES SCIENCES DE L'HOMME  
ET DE L'ENVIRONNEMENT  
CLAUDE NICOLAS LEDOUX - UAR3124

**UBFC**  
UNIVERSITÉ  
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE



# 2021

## Journée doctorale

La Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie a pour but de contribuer à la structuration, au développement et à la valorisation de la recherche française dans le domaine de la fin de vie et des soins palliatifs. La valorisation du travail des jeunes chercheurs figure parmi ses missions, au même titre que la facilitation des collaborations interdisciplinaires. C'est pourquoi la Plateforme organise le 19 octobre 2021 son deuxième colloque exclusivement consacré aux doctorants.

Cette journée doctorale s'adresse aux jeunes chercheurs et chercheuses travaillant une question de recherche relative à la mort, à la fin de vie et aux soins palliatifs, toutes disciplines confondues. C'est l'occasion de mettre l'accent sur leurs travaux, mais aussi de leur permettre de se rencontrer et de les inciter à travailler en réseau. Espace d'échanges interdisciplinaires, de partage d'expériences entre jeunes chercheurs, ce séminaire permet de faire dialoguer différentes approches méthodologiques et disciplinaires.

**Elodie CRETIN**

Directrice de la Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie

## Programme

9h45 Propos introductifs

10h - **Mort et réanimation : à la recherche de marqueurs précoces**

**Sofia CARRION-FALGARONA**

Institut du cerveau et de la moëlle épinière

Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

10h30 - **L'aide médicale à mourir et la fabrication collective de la bonne mort, ethnographie de la pratique de l'euthanasie en Belgique**

**Chloé VALLÉE**

Institut d'ethnologie méditerranéenne, européenne et comparative (Idemec) UMR 7307 CNRS

Aix Marseille Université

11h - **Probabilité et précocité du recours aux soins palliatifs hospitaliers chez les patients avec cancer en France**

**Matthieu FRASCA**

Bordeaux population health - U1219 INSERM

Université de Bordeaux

11h30 - **Aux frontières de la vie et de la mort en EHPAD, entre le temps des soignant.e.s et le temps des résident.e.s**

**Catherine MAURIZE**

Centre Max Weber - UMR 5283 CNRS

Université Lyon 2

12h - Pause déjeuner

14h - **La communication d'urgence : processus créateur de réseau**

**Cécile RIVIÈRE**

Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences sociales (LERASS)

Université Paul Valéry, Montpellier

14h30 - **Parlons de la mort avec le sujet âgé souffrant de troubles cognitifs**

**Natividad ALARCON LUJAN**

Centre de recherches psychanalyse, médecine et société (CRPMS)

Université Paris Diderot

15h - **La terminologie de la loi relative à l'euthanasie - Problèmes sémantiques**

**Vince LIÉGEOIS**

Centre interlangues - Texte, image, langage - (EA 4182)

Université de Bourgogne et Université Heinrich Heine de Düsseldorf.

15h30 - Discussion et clôture

## Mort et réanimation : à la recherche de marqueurs précoces ?

**Sofia CARRION-FALGARONA**

Institut du cerveau et de la moëlle épinière  
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

L'arrêt cardiorespiratoire est une des principales causes de mortalité à travers le monde. Malgré les progrès réalisés dans les dispositifs d'assistance cardiorespiratoire, le pronostic reste sombre. Environ 80% des patients admis dans une unité de soins intensifs après avoir été réanimés restent dans le coma, ou souffrent de lourdes séquelles neurologiques, et deux tiers d'entre eux mourront des suites de dommages cérébraux anoxiques-ischémiques irréversibles.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de marqueur neurophysiologique précoce – pouvant être capturé en « temps réel » au cours de la période péri-anoxique – permettant de prédire un engagement vers une mort cérébrale certaine ou une récupération (partielle ou totale) des fonctions cérébrales après une réanimation cardiorespiratoire.

Les recherches menées par Sofia CARRION-FALGARONA ont pour but de combler ce manque. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une étude préclinique chez le rongeur permettant un monitoring électrophysiologique continu et multi-échelle (du neurone à l'électroencéphalogramme, EEG) au cours d'une anoxie cérébrale et dans la période de réoxygénation systémique (asphyxie transitoire). Elles se basent sur des découvertes récentes sur les processus électriques cérébraux accompagnant l'arrêt et la reprise des activités cérébrales chez l'homme et chez l'animal.

Il a été notamment montré qu'un arrêt cardiorespiratoire produit des modifications inattendues dans les tracés EEG, incluant séquentiellement : la survenue de bouffées d'activités rapides, des ondes lentes et un aplatissement du tracé (isoélectrique), ce dernier marquant l'arrêt des activités neuronales. Ce silence cérébral est ensuite suivi par une onde de large amplitude appelée Onde de la Mort chez le rongeur (OdM) et Dépolarisation Propagée Terminale chez l'homme. L'équipe d'accueil de Sofia CARRION-FALGARONA a montré que cette onde reflétait une perte de la polarisation électrique des neurones du cortex, qu'elle n'était pas irréversible (contrairement à l'hypothèse dominante) et qu'elle pouvait être suivie par une autre onde jamais décrite auparavant : l'Onde de la Réanimation, laquelle reflète le retour des activités neuronales au cours de la réanimation.

Le but de ces recherches est triple :

1. déterminer chez le rongeur la séquence temporelle d'apparition de l'OdM dans les différentes structures cérébrales,
2. identifier possiblement une région cérébrale dont l'arrêt des activités et des fonctions constitue un point de non-retour malgré une réanimation respiratoire
3. découvrir un marqueur non-invasif (accessible aux réanimateurs) indiquant le succès, ou l'échec définitif, de la procédure de réanimation.

Ce dernier point sera évalué par la mesure des activités électrophysiologiques combinée à des tests comportementaux à la sortie de la période post-anoxique.

Cette recherche permettra de comprendre les mécanismes neuronaux qui sous-tendent de manière continue les processus de mort et de réanimation dans les différentes structures cérébrales. Elle permettra également d'identifier des marqueurs fiables d'un processus anoxique irréversible et d'évaluer en temps réel l'efficacité d'une réanimation. Sa translation vers l'homme est cours de discussion auprès des réanimateurs et neurologues de l'Hôpital.

## L'aide médicale à mourir et la fabrication collective de la bonne mort, ethnographie de la pratique de l'euthanasie en Belgique

**Chloé VALLÉE**

Institut d'ethnologie méditerranéenne, européenne et comparative (Idemec) UMR 7307 CNRS  
Aix Marseille Université

À l'heure où les techniques médicales prolongent la vie mais questionnent sur sa qualité et où l'idéal de liberté et d'autonomie individuelles se heurte aux logiques de contrôle politique et médical de la vie, la question de l'aide à mourir prend une place centrale dans les débats sur la fin de vie. L'euthanasie est actuellement au cœur de discussions publiques virulentes et fortement polarisées entre partisans et opposants. Les uns invoquent la sacralité de la vie et les autres la liberté et la dignité de l'individu ; mais alors que chacun campe sur ses positions et que le débat paraît en grande partie bloqué, il semble important d'examiner l'euthanasie à la lumière de ce qui se passe là où elle se trouve mise en pratique.

La Belgique qui, depuis plus de 18 ans, bénéficie d'une loi de dépénalisation de l'euthanasie, constitue un observatoire privilégié pour comprendre les enjeux de cette pratique et permet plus largement de questionner une certaine construction contemporaine de la bonne mort. Il s'agit ici de s'extraire de la polarisation des débats et de dépasser la controverse pour comprendre, à partir de l'expérience de ceux qui y sont confrontés – médecins, bénévoles, requérants et proches de requérants – ce qui se joue vraiment dans cette pratique contemporaine de l'euthanasie.

Quels sont les rouages du processus euthanasique, et en quoi ce dernier est-il un processus éminemment relationnel ? De quelle manière les notions d'autonomie, de dépendance et de dignité sont-elles mobilisées par les différents acteurs de l'euthanasie et quel rôle jouent-elles dans cette pratique ? Que nous disent les parcours euthanasiques sur la bonne et la mauvaise mort, sur le savoir-vivre et le savoir-mourir ?

Ce travail de recherche s'appuie sur une expérience ethnographique de plusieurs mois menée en Belgique francophone au cours de l'année 2017, en terrain associatif – Association belge pour le Droit de Mourir dans la Dignité –, hospitalier – observation de consultations spécialisées – et, plus largement, auprès de différents acteurs de la pratique de l'euthanasie, par le biais de discussions informelles ainsi que d'une vingtaine d'entretiens semi-directifs et enregistrés.

Les données récoltées lors de cette enquête ethnographique mettent en lumière la manière dont le processus euthanasique s'inscrit dans des logiques sociales où s'articulent les notions d'autonomie et de dignité, de dépendance interpersonnelle et de liberté individuelle. Examiner le recours à l'euthanasie en Belgique nous amène à explorer une fabrique collective et contemporaine de la bonne mort, et à dessiner les contours de ce qui, dans les sociétés occidentales, balise aujourd'hui la vie « bonne ».

## Probabilité et précocité du recours aux soins palliatifs hospitaliers chez les patients avec cancer en France

**Matthieu FRASCA**

Bordeaux population health - UMR 1219 INSERM  
Université de Bordeaux

Le vieillissement de la population et le nombre croissant de cancers interrogent l'accès aux soins palliatifs. L'intégration de ces soins en cancérologie et la diversification des structures spécialisées (unité, équipe mobile, lits identifiés, hôpital de jour) modifient les modalités de recours aux soins palliatifs hospitaliers (SPH). L'objectif de ce travail est d'étudier les facteurs prédictifs sociodémographiques, socioéconomiques, tumoraux et liés aux soins de la probabilité et de la précocité du recours aux SPH chez les patients avec cancer.

Une revue systématique de la littérature a identifié les facteurs d'accès aux soins palliatifs dans le monde. Le recours aux SPH a été identifié par la présence d'un code PMSI « Z515 ». L'incidence cumulée à 2 ans et en fin de suivi (probabilité) et le temps moyen de suivi après SPH (précocité) ont ensuite été étudiés dans deux analyses : l'une à partir de patients des registres des cancers de Gironde (n = 8 424, période 2014), l'autre à partir des patients avec cancer du sein métastatique (CSM) de la cohorte nationale ESME-CSM (n = 12 375, période 2008-2016). Selon l'analyse, les facteurs explicatifs étaient l'âge, le genre, le niveau socioéconomique, le lieu de résidence, la localisation ou sous-type tumoral, les caractéristiques des métastases et le type de centre. Plusieurs méthodes ont tenu compte du risque compétitif de décès (estimateur d'Aalen-Johansen, modèle multi-état, pseudo-valeurs).

Dans les deux populations, les SPH étaient majoritairement initiés en phase terminale. Dans l'échantillon issu des registres (75+ ans : 2695, 32% ; Hommes : 4317, 51,3% ; Sein : 1247, 14,8%), les facteurs de l'incidence cumulée à 2 et 4 ans différaient selon le pronostic tumoral. En cas de pronostic défavorable, les patients ruraux, avec hémopathie maligne ou âgés traités hors des centres universitaires recevaient moins de SPH. En cas de pronostic favorable, les patients âgés, favorisés, avec cancer du poumon ou traités dans les centres universitaires recevaient plus de SPH. Les femmes et les patients avec tumeurs du système nerveux central de haut grade avaient un recours plus précoce. Dans l'échantillon des patients ESME-CSM (75+ ans : 2380, 19,2% ; CSM triple négatif : 1545, 12,6%), les facteurs de l'incidence cumulée dépendaient du temps de suivi. À 2 ans, les SPH concernaient surtout les plus jeunes avec CSM triple négatif, les plus âgés avec un autre sous-type, les patients en rechute ou avec plusieurs sites métastatiques. À 8 ans, ils étaient moins fréquents hors des centres à forte activité, en particulier pour les plus âgés. Le recours aux SPH était aussi moins précoce dans ces centres.

Cette étude prédictive basée sur un suivi à long terme et un grand nombre de patients a identifié les besoins de prise en charge de certains sous-groupes et des disparités d'accès aux soins. Nous avons également mis en évidence que le rôle des facteurs sociodémographiques dans le recours aux SPH dépendait du pronostic du cancer. Celui de l'âge dépendait en plus des caractéristiques du centre de prise en charge. Néanmoins, certains facteurs explicatifs manquaient dans les bases de données limitant l'analyse des mécanismes en jeu. Une sous-déclaration des prises en charge palliatives était également possible. Au-delà des résultats, ce travail met donc en évidence l'intérêt d'enrichir les données populationnelles des registres des cancers et de vie réelle des cohortes épidémiologiques. Cet enrichissement peut être envisagé à l'échelle nationale par l'accès au SNDS.

## Aux frontières de la vie et de la mort en EHPAD, entre le temps des soignant.e.s et le temps des résident.e.s

**Catherine MAURIZE**

Centre Max Weber - UMR 5283 CNRS  
Université Lyon 2

Cette recherche vise à documenter les épreuves physiques, morales, relationnelles vécues par les personnes placées en EHPAD et par les professionnel.le.s qui les accompagnent.

Une enquête ethnographique a été réalisée dans un EHPAD situé dans les Alpes (une résidence accueillant 42 personnes et localisée dans un village de moyenne montagne). Cette enquête a eu lieu de 2016 à 2018 et a consisté en la collecte de matériaux en immersion : entretiens, observations, participations à des réunions cliniques, réunions de relève, groupes de travail et différentes activités.

Ce projet de recherche explore un temps d'existence institutionnalisée, à partir du vécu de personnes âgées, et analyse le contexte de l'EHPAD comme étant une situation liminale entre deux mondes d'existence sociale : les non « dépendants » et les morts. L'EHPAD comme espace de liminalité se caractérise par un cadre normatif, une organisation spécifique et des règles collectives de gestion de l'entre deux.

La mort, même si elle apparaît niée institutionnellement, ne peut pas être niée concrètement par les professionnel.le.s de la relation d'aide et de soin qui y sont régulièrement confronté.es. Cette confrontation met en jeu le sens de la relation d'accompagnement, ses finalités, ses manières de faire avec la mort ; elle met en jeu pour les personnes concernées le sens de la vie qu'il leur reste à vivre et ce qui compte pour elles. Le rapport à la mort est une question sensible, les personnes sachant dès leur arrivée que, pour la plupart, elles vont y mourir. Du fait d'une « neutralisation » institutionnelle de cette réalité, il est très peu possible de l'évoquer alors même que des personnes le souhaiteraient. Les professionnel.le.s constatent que lorsque les fins d'existence sont préparées, que certaines choses sont dites, cela aide beaucoup à ce que la toute fin se passe au mieux des circonstances. Cela génère alors chez les professionnel.le.s un sentiment d'accomplissement par rapport à l'accompagnement dû à une personne. Si rien n'est connu de ses souhaits, cela produit des incompréhensions, des gestes indécents, des maladroites vis-à-vis d'elle et les professionnel.le.s le vivent douloureusement. La mort exerce une violence ressentie fortement par les personnels, une violence encore accrue dans le cas d'une arrivée trop rapide d'un.e résident.e dans la chambre auparavant occupée.

Les résident.e.s dans leur expérience-EHPAD naviguent entre lucidité et ennui à l'aune d'une routinisation de leur vie quotidienne, ce qui produit fréquemment ce que les soignant.e.s appellent « un syndrome de glissement » entre ne plus avoir envie de faire d'efforts pour vivre et avoir envie de mourir. Une clinique du soutien se déploie au jour le jour pour faire face aux limites et aux limitations, une clinique cependant fragilisée par le manque structurel de personnel qui serait nécessaire pour un accompagnement digne et décent.

Des faits relevés au cours de l'enquête ethnographique, il ressort une demande d'attention et de présence de très vieilles personnes qui semblent parfois choisir le moment de leur mort, soit pour l'avancer, soit pour la retarder, ce dont témoignent la plupart des soignant.e.s. Ce phénomène interroge une capacité d'autonomie tout à fait spécifique, véritable énigme des derniers temps de la vie.

## La communication d'urgence : processus créateur de réseau

**Cécile RIVIÈRE**

Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences sociales (LERASS)  
Université Paul Valéry, Montpellier

À travers notre recherche, nous souhaitons comprendre en profondeur la communication d'urgence, un sujet toujours situé du côté de ceux qui s'expriment aux noms des patients-usagers peu, ou non communicant oralement. Notre objectif a été d'identifier et de comprendre le système de la communication d'urgence au sein de l'équipe de soins palliatifs à Beaune (21200). Ce travail s'intéresse à la création d'outils de communication à visée praxéologique, afin d'apporter un changement dans le réseau de la prise en charge en soins palliatifs, souvent saturé d'informations médicales, pauvre en nouveaux acteurs et sans méthodologie de la pratique de la médiation et du sens-intermédiaire (Régimbeau).

Il s'agit d'une recherche-action constructiviste (école de Palo Alto, E.Morin) élaborée dans le but d'alimenter une enquête qualitative. Pour cela, nous avons pratiqué des observations participantes existentielles (R.Barbier) à échelle micro-sociale, méso-sociale et exo- sociale. Comment sont reliées les échelles entre elles dans le parcours de la prise en charge ? Par quoi, par qui ? Quelle est la nature de ces liens ? Et que nous font-ils vivre, ressentir ? Dans ce registre, c'est la communication d'urgence qui nous fait créer des outils CAA lors de situations de nœuds info-communicationnels. Les échelles sont organisées par des réseaux d'acteurs humains ou objets.

Chaque échelle a son ou ses réseaux d'attachements composés autour d'acteurs actifs et/ou invisibles, humains et objets. Ces réseaux sont visibles à partir de leur propre énoncé et du support qu'ils choisissent pour donner à être vus, par les autres réseaux et d'autres par d'autres échelles, des éléments de leurs contextes. Notre travail s'articule autour de l'acteur-réseau (B.Latour) et de l'humanisation de la prise en charge d'un patient-usager peu, ou non communicant oralement en soins palliatifs, afin d'éviter une communication transmission (A.Mucchielli) précaire où le seul témoignage de cet échange sera celui du professionnel. Ces outils doivent permettre d'agrandir le réseau de la prise en charge et de créer des acteurs/objets qui facilitent l'échange entre les partenaires de la prise en charge et le patient-usager.

Nous avons suivi 15 parcours de prise en charge en soins palliatifs et nous sommes allées rencontrer un certain nombre d'acteurs de chaque suivi afin de définir leur rôle. Nous sommes allées les interroger sur leurs représentations de l'EMSP de Beaune et sur le réseau qui les liait à cette équipe. Lorsque cela a été possible, nous avons pu réaliser des entretiens semi directifs ou libres avec les principaux acteurs (patients-usagers, familles, bénévoles, infirmières libérales, membres de l'EMSP, aides-soignantes).

Les contextes de la communication au sein du réseau de la prise en charge d'un patient peu, ou non communicant en soins palliatifs, sont multiples et peu étudiés sous leur forme hybride. En nous appuyant sur les premières données exploratoires, nous avons pu co-créeer 5 outils CAA, 3 protocoles info-communicationnels qui nous ont permis d'observer la place des contextes de la prise en charge comme premières informations contenues au sein des médiums, supports rituels ou politiques créés par l'EMSP de Beaune pour mettre au regard des partenaires de la prise en charge, l'image du patient-usager peu ou non communicant oralement.

## Parlons de la mort avec le sujet âgé souffrant de troubles cognitifs

**Natividad ALARCON LUJAN**

Centre de recherches psychanalyse, médecine et société (CRPMS)  
Université Paris Diderot

L'adulte âgé, voire très âgé, est confronté à de nombreuses pertes et deuils. Il continue à affronter les événements de la vie avec ses potentialités et ses ressources. L'avancée en âge implique d'être de plus en plus confronté à la mort de ses proches et de connaître dans son corps et dans son esprit la douleur vive du deuil. Non seulement le sujet âgé est confronté à la mort de ses proches, mais il voit aussi sa propre mort arriver. Cette confrontation régulière à la mort nécessite un travail psychique parfois intense. Comment le sujet qui avance en âge et a fortiori celui qui souffre d'une maladie d'Alzheimer peut-il élaborer un deuil ?

Accompagner l'adulte vieillissant dans ses pertes et ses deuils, y compris pour des adultes souffrant de maladies neurodégénératives, permet de mobiliser leurs ressources encore existantes. Ce travail psychique peut les aider à composer avec leur âge, leurs éventuels troubles, leurs histoires singulières, leurs questions et leurs doutes, pour continuer à avancer dans leur vie. L'humain est en constante évolution psychique et il est possible de travailler et de proposer un travail psychique à des sujets âgés. Si la mort signe la fin d'une vie, l'accompagnement psychologique signe la permanence d'une vie. Dans un contexte de troubles de la compréhension et de la mémoire, de nombreuses difficultés émergent pour prendre soin du patient. Le psychologue clinicien se trouve face à des énigmes qu'il va tenter de résoudre pour accompagner et soutenir au mieux ce patient en grande souffrance et en perte d'identité. Les maladies neurodégénératives évoluent à un degré et à un rythme propre à chaque patient. Cette évolution met le sujet malade en situation de handicap cognitif. Elles créent des difficultés de compréhension, un ralentissement des fonctions cognitives, de nombreux troubles de la reconnaissance, des troubles de l'attention, de la communication, de la mémoire et du comportement. L'humeur et la stabilité émotionnelle sont aussi souvent impactées. Cette altération des fonctions cognitives rend encore plus complexe le fonctionnement psychique.

La rencontre avec le sujet souffrant d'une maladie d'Alzheimer, et particulièrement la rencontre autour du thème de la mort, des pertes, du deuil, pose à la fois des difficultés cliniques, des réflexions éthiques et des hypothèses théoriques. Nous faisons l'hypothèse de la permanence des capacités d'élaboration psychique chez le sujet « dément », à condition qu'un cadre suffisamment étayant et suffisamment transférentiel puisse lui être proposé. Notre expérience empirique nous a montré que les patients peuvent élaborer leur deuil y compris dans un contexte d'oubli massif. Nous souhaitons proposer un travail de recherche nourri par notre pratique hospitalière, résolument ancré dans la clinique. La richesse de cette clinique dite « clinique de l'extrême » reste peu connue mais peut avoir des implications thérapeutiques insoupçonnées.

La délicate question des pertes et des deuils dans la Maladie d'Alzheimer est très peu explorée. Or la clinique auprès des sujets souffrant de cette maladie neurodégénérative nous confronte régulièrement à cette question. Cette thèse propose de participer à une meilleure connaissance des mécanismes psychologiques mis en place par ces patients pour composer avec les pertes et les deuils et de mieux comprendre la spécificité de leur fonctionnement psychique.

## La terminologie de la loi relative à l'euthanasie - Problèmes sémantiques

Vince LIÉGEOIS

Centre interlangues - Texte, image, langage - (EA 4182)

Université de Bourgogne et Université Heinrich Heine de Düsseldorf.

La loi du 22 juin 2002 a légalisé l'euthanasie en Belgique. En janvier 2020, la première affaire pénale a eu lieu sur cette question. L'idée était de savoir si cette loi était appliquée correctement par des médecins en ce qui concerne l'euthanasie de Tine N. Pour cette dernière, le diagnostic de « souffrance psychique constante et insupportable » avait été posé. L'euthanasie était autorisée par les médecins conformément à l'art. 3, § 1 de ladite loi.

L'enjeu de cette affaire reposait sur deux questions. La première était de savoir si le diagnostic de « souffrance psychique constante et insupportable » était adéquat. La seconde consistait dans la juste application de la loi par les médecins impliqués. Des débats subsistaient sur l'interprétation même des dispositions légales. Deux concepts manquaient apparemment de clarté : (i) l'indépendance du médecin et, (ii), la souffrance psychique constante et insupportable.

Du point de vue de la jurilinguistique, des nombreuses recherches se sont toujours soucies de la clarté et de l'accessibilité de la langue juridique. La problématique posée ici repose sur l'impact que peut avoir une définition inadéquate de deux concepts juridiques. L'intérêt d'un tel questionnement ne relève pas seulement des concepts juridiques et linguistiques de l'euthanasie, mais aussi des autres disciplines scientifiques ayant trait à la fin de la vie. Les problématiques relatives à l'aspect juridique et discursive de l'euthanasie disposent aussi d'un intérêt sur le plan éthique et déontologique (médical).

Pour vérifier l'efficacité de la terminologie, nous proposons de faire une analyse linguistique en trois étapes. La première étape concernera la description de deux concepts présents dans la loi et les débats relatifs à ce dernier. Dans un second temps, nous analyserons les propriétés sémantiques de ces deux concepts. Finalement, nous ferons une comparaison des différentes interprétations défendues durant cette procédure pénale. Une telle analyse nous permettra de considérer (i) les problèmes interprétatifs mis en évidence pendant la rédaction de la loi, de même que les problèmes linguistiques inhérents aux deux concepts, et finalement, (ii), de constater une hypothétique solution des problèmes d'interprétation surgis pendant le procès.

Notre analyse montre que les deux concepts sont caractérisés par un certain degré d'ambiguïté qui peut être problématique d'un point de vue juridique et que le concept de « l'indépendance du médecin » méritera une définition plus explicite. Ces résultats méritent d'être discutés sous un angle pluridisciplinaire car beaucoup de questions sur la description exacte des concepts touchent aussi d'autres dimensions de l'euthanasie. Il serait également intéressant de voir si les dispositions légales sur l'euthanasie sont formulées différemment et font l'objet de moins de discussions dans d'autres pays comme la France.

### Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie

Université Bourgogne Franche-Comté  
MSHE Claude Nicolas Ledoux  
32 rue Mégevand  
25 030 Besançon Cedex  
France

03 63 08 26 93

06 73 91 95 24

plateforme.recherche.findevie@ubfc.fr

<https://www.plateforme-recherche-findevie.fr>

