

Le désir de suicide exprimé par des patients souffrant d'une maladie psychique: un symptôme ou une décision autonome?

Paul Hoff

L'autonomie est – à juste titre – une notion centrale de l'éthique médicale. Les décisions doivent être prises et assumées sur la base d'informations fiables et après une évaluation minutieuse. Cela s'applique non seulement aux décisions concernant les patients, mais également à l'activité médicale. Les concepts actuels d'*Alliance*, d'*Empowerment* et de *Recovery* illustrent bien cette tendance et ne concernent en aucun cas seulement la psychiatrie. Tout ceci est très utile pour le travail diagnostique et thérapeutique. Et pourtant, ils ne permettent pas à eux seuls de trouver des réponses à toutes les questions, ni des solutions à tous les problèmes, surtout lorsque ceux-ci sont éthiquement difficiles, comme l'utilisation de la contrainte et l'approche de la suicidalité en psychiatrie.

Actuellement, deux questions totalement différentes se recoupent dans la problématique de l'assistance au suicide chez les malades psychiatriques:

1. Peut-on réellement considérer que l'assistance au suicide apportée sous certaines conditions à une personne qui souhaite mourir fait partie de la mission d'un médecin? Comme on le sait, tant au sein du corps médical que dans la population, les réponses à cette question sont très divergentes. Mais quelle que soit la réponse, si elle ne veut pas être discriminatoire, elle doit s'appliquer de la même façon à toutes les personnes. Cela signifie que si l'on considère que l'assistance médicale au suicide doit être

En 2004, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) avait publié des directives et recommandations médico-éthiques concernant la «Prise en charge de patientes et patients en fin de vie». Diverses demandes adressées à la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM révèlent des cas isolés de pratiques indéfendables de l'assistance médicale au suicide, que ce soit avec ou sans la participation d'une organisation d'assistance au suicide. A cette occasion, la CCE rappelle dans une prise de position les critères formulés dans les directives et précise les conditions requises pour leur observation. La prise de position a été publiée dans le BMS le 14 mars 2012 et complétée par différents «points de vue» rédigés selon des perspectives professionnelles individuelles. Le troisième et dernier point de vue reflète le sujet sous l'angle de la psychiatrie.

de mourir d'un malade psychique? Les écarts entre les deux pôles peuvent être considérables: depuis le désir de mourir d'une personne gravement psychotique poussée au suicide immédiat par des voix obsédantes et impératives jusqu'au cas d'une personne qui, après avoir connu dans sa vie plusieurs épisodes dépressifs, est en grande partie guérie mais exprime maintenant un désir déterminé de mourir dû à une

S'agit-il d'une décision autonome devant être respectée comme telle ou la tendance suicidaire est-elle la manifestation d'une perte brutale de l'autonomie due à la maladie psychique?

autorisée ou même proposée sous des conditions clairement déterminées, on ne peut pas exclure les malades psychiques sur la seule base du diagnostic. Il ne s'agit pas ici d'un problème psychiatrique, mais de la perception de l'activité médicale (et de la déontologie) ainsi que de l'attitude fondamentale de la société face au suicide et donc à l'assistance au suicide.

2. Il n'en va pas de même pour la deuxième question: comment le corps médical comprend-il le désir

situation de crise aiguë causée par le chômage et une séparation. C'est exactement là – dans la question du lien entre le désir de mourir et la maladie psychique – que se situe le problème. Pour le formuler de façon plus pointue: dans le cas particulier d'un suicide de bilan, s'agit-il d'une décision autonome devant être respectée comme telle? Ou, à l'inverse, la tendance suicidaire est-elle justement la manifestation d'une perte brutale de l'autonomie due à la maladie psychique?

Correspondance:
Prof. Dr méd. et Dr phil.
Paul Hoff
Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich
Lenggstrasse 31
Case postale 1931
CH-8032 Zurich
paul.hoff[at]puk.zh.ch

Ce n'est pas en renvoyant simplement à des dichotomies conceptuelles comme «capable de discernement vs. incapable de discernement» ou «psychotique vs. non psychotique» que nous pourrions trouver des solutions à ce problème complexe. L'essence d'une maladie psychiatrique réside justement dans le fait qu'elle peut affecter en même temps des domaines psychiques tout à fait différents: une personne dépressive n'est pas simplement triste, elle souffre de troubles cognitifs, peut-être d'inhibition de la pensée, et – ce qui est décisif dans le contexte actuel – ses perspectives de vie globales, surtout *son échelle de valeur*, se transforment. Celui qui, au cours d'un épisode dépressif, décide de ne pas entamer une formation alors qu'elle était planifiée, le fait sur une toute autre base que s'il était serein. Il en va de même pour le désir de suicide.

Les maladies psychiques induisent typiquement des troubles aigus du comportement, qui ont des lourdes conséquences sur les processus de décision de la personne concernée. Même si au premier contact un désir de suicide paraît mûrement réfléchi et correctement présenté, il peut selon l'état affectif du patient être affaibli le lendemain, être exprimé autrement ou encore avoir disparu.

Ce dont il est question ici représente une des tâches les plus exigeantes en psychiatrie. Pour illustrer avec un exemple proche de la pratique, on peut citer le cas d'un patient chroniquement dépressif, confronté depuis peu à un diagnostic de tumeur maligne au pronostic défavorable, qui demande un soutien dans son désir de mourir. Cette situation exige

- du temps (un seul entretien ne saurait être suffisant);
- la disposition à s'impliquer sans préjugés dans la vie et les valeurs de la personne concernée (en reléguant temporairement au second plan ses propres idéologies);
- de l'expérience en psychiatrie (celui qui n'a encore jamais examiné et traité une personne gravement dépressive ne saurait avoir la compétence de prendre une décision dans un tel cas).

Il va de soi que les malades psychiques sont avant tout et sans aucune restriction des *personnes*. Elles ont fondamentalement les mêmes droits et devoirs que toute autre personne, et c'est incontestable. Mais justement, il s'agit de *malades psychiques*. Et ceci suppose une approche spécifique, adaptée à ces per-

Qui détermine au cas par cas à partir de quelle limite il y a ou non incapacité de discernement?

Certes, on peut réduire toute la problématique à la question (juridique) de la capacité de discernement, mais cela n'est pas réellement utile: car qui détermine au cas par cas à partir de quelle limite il y a ou non incapacité de discernement? Certainement pas la loi, car sa mission est de fixer un *cadre*. Le *contenu* de ce cadre ne peut être déterminé que par un examen et une évaluation médicale qui reposent avant tout sur une *expertise psychopathologique* minutieuse.

sonnes – il ne s'agit en aucun cas de limiter leurs droits fondamentaux, mais bien au contraire, de leur donner la possibilité de les exercer d'une manière responsable dans la pratique.

Un dernier point: des questions de société fondamentales, comme par exemple la conception de l'être humain à la base des actes publics et individuels, doivent être largement débattues et décidées. Il n'existe aucun spécialiste à qui on peut déléguer définitivement ces questions. Notre conception du suicide *n'est pas* une question psychiatrique.