

Mode d'une société sans limites ou évolution contemporaine?

## Suicide et suicide assisté

**Malgré les souhaits passifs de mort très fréquents à l'âge avancé, des enquêtes d'opinion montrent qu'une majorité de personnes soutiennent l'assistance au suicide pour les maladies terminales dans les pays occidentaux, par contre elle la refuse pour les affections psychiatriques et les souhaits de mort. Le suicide assisté pour les personnes fatiguées de vivre mais sans dépression, polymorbides sur le plan de la santé physique mais sans maladie incurable grave, est pour le moment un acte criminel.**

Les personnes âgées vivent plus longtemps et en meilleure santé physique, restent plus longtemps actifs sur un plan familial mais aussi économique, participent activement dans le monde associatif, revendiquent une place dans les débats politiques. Cette image d'un vieillir positif n'est pas toutefois sans ombres. Les symptômes dépressifs touchent une personne âgée sur quatre, parfois de manière chronique, résistante au traitement médicamenteux.

En 2012, 1037 personnes se sont donné la mort par suicide en Suisse, dont 312 personnes de plus de 65 ans. Le nombre moyen de suicides chez les hommes est de 16 pour 100 000 habitants dans les pays européens mais monte à 35 chez les 65-84 ans, et même à 70 chez les plus de 85 ans. Le taux de suicide est globalement plus élevé chez les hommes. Au cours de la même année, on a ainsi déploré 228 suicides de seniors masculins contre 84 suicides féminins. Sans surprise, l'affect dépressif était à l'origine de la grande majorité de ces passages à l'acte, soit sous la forme d'un diagnostic connu de longue date (environ un tiers de cas) soit par la présence de symptômes dépressifs associés à des plaintes somatiques (environ la moitié de cas).

La radicalité du sentiment de désespoir et d'absence de perspective qui marque la dépression à cet âge est bien documentée et il n'y a pas lieu à l'analyser davantage dans ce bref texte. Notons toutefois que contrairement à une idée préconçue, la plupart des personnes âgées qui se suicident rencontrent leur médecin traitant dans les deux semaines qui précèdent leur geste. Un autre élément à retenir : bien qu'environ la moitié de ces cas présentait des maladies chroniques, moins que 10% souffraient d'une maladie terminale (1). Ces statistiques ne tiennent pas compte des morts assistées dont le nombre augmente progressivement dans nos sociétés. 75 % de ces morts en Suisse (qui sont dans leur grande majorité demandées par des personnes âgées) concernent des femmes. Au cours des deux dernières décennies, l'évolution du nombre des suicides assistés en Suisse est claire. Entre 2003 et 2012, on a passé de 88 à 264 cas pour les femmes, de 51 à 159 cas pour les hommes.

### Suicide assisté et souffrance psychique

L'interface entre les deux phénomènes est un sujet délicat et polémique, chargé de positions émotionnelles. Les chiffres montrent que le suicide est rarement associé à une maladie terminale (le



Pr Panteleimon Giannakopoulos  
Chêne Bourg

motif essentiel des demandes de mort assistée). A contrario, le nombre de cas de suicide assisté sans maladie terminale en Suisse augmente de manière nette. Le problème de fond n'est pas juridique, mais d'éthique sociétale. Actuellement, le Code pénal (art. 114) interdit d'aider activement quelqu'un à mourir (euthanasie active). Par contre, en ce qui concerne le suicide, non seulement le Code pénal ne définit pas le suicide comme un délit, mais la Suisse est l'un des rares pays au monde où l'aide au suicide n'est pas punissable, sauf si le mobile en est égoïste (art. 115 du Code pénal). Cependant et malgré de nombreuses tentatives, une loi sur l'aide au suicide tarde à venir, la Suisse ayant refusé encore une fois en 2011 de légiférer sur les motifs exacts de suicide assisté.

Il y a deux ans, l'Université de Berne a publié une étude soutenue par le Fonds national suisse qui montrait le flou autour des motifs donnant accès aux suicides assistés. Aucune cause sous-jacente de la mort n'est indiquée dans 16 % des certificats de décès. Et ce, bien que seules les personnes qui sont atteintes d'une maladie incurable avec des souffrances intolérables ou une invalidité sévère, seraient a priori admissibles pour l'assistance au suicide. Les derniers chiffres montrent qu'environ un tiers des demandes d'assistance au suicide sont dues à des polyopathologies invalidantes liées à l'âge. Selon l'association Exit, la moyenne d'âge de ces cas est de 84 ans dans un collectif de membres dont plus d'un tiers sont âgés de plus de 75 ans. Mais quelles sont ces polyopathologies? En premier lieu des maladies physiques ou des infirmités graves (cécité, surdité, arthrose, douleurs chroniques) étant donné que jusqu'à très récemment la présence d'une pathologie psychiatrique était considérée un critère d'exclusion pour l'accès au suicide assisté. La notion d'incurabilité, suffisamment poreuse, est cependant régulièrement remise en question. Il y a environ deux ans, cette association a élargi la définition pour y inclure les personnes âgées ayant des conditions de santé très précaires.

Face à cette évolution, la question de l'accès au suicide assisté pour des patients dépressifs chroniques ne pouvant ou ne voulant pas se suicider mais aussi pour des sujets âgés exprimant des souhaits passifs de mort ou une idéation suicidaire sans projet (avec toute l'ambiguïté que ce terme contient) se pose en Suisse comme ailleurs. Les dilemmes éthiques sont aussi évidents que difficiles à aborder. Interdire le suicide assisté chez une personne âgée avec

dépression résistante la condamnant de vivre dans une souffrance morale de tous les jours, est-il acceptable? A l'inverse, accepter le suicide assisté pour les personnes âgées sans problèmes physiques qui vivent un épuisement pulsionnel possiblement passager et en tout cas non terminal n'ouvre-t-il pas la porte à un arbitraire qui dépréciera la valeur de la vie humaine dans nos sociétés?

Cet article examinera certains aspects de ces deux cas de figure sans prétendre y amener des réponses définitives.

### Le cas des troubles psychiques graves et résistants

Les enquêtes d'opinion montrent sans exception que malgré le fait qu'une majorité de personnes soutiennent l'assistance au suicide pour les maladies terminales dans les pays occidentaux, elle la refuse pour les affections psychiatriques. Des résultats concordants sur ce plan ont été publiés au Canada (75 % d'opinion négative) et les Pays-Bas (52 % d'opinion négative et seulement 36 % d'opinion positive parmi les professionnels de santé) par rapport à la dépression résistante (2). Il y a évidemment de nombreuses différences entre une maladie terminale et la dépression résistante: l'horizon temporel, la présence tout au moins éventuelle d'un traitement efficace non tenté, la fiabilité diagnostique dans un champ marqué par des discordances importantes quant aux critères cliniques adoptés. Des arguments contre une légalisation du suicide assisté pour la dépression en découlent naturellement. Il serait possible de trouver un traitement efficace dans le futur même si cela implique de vivre une vie misérable en attendant une issue incertaine. Il serait important d'investir dans la qualité des soins prodigués au lieu de légaliser explicitement ou tolérer implicitement le suicide assisté même si cela implique comme pour les soins palliatifs un nombre substantiel de non-répondeurs. L'effet médiatique d'une telle légalisation de facto serait catastrophique vu qu'elle ôterait le dernier des maux de la boîte de Pandore, l'espoir.

D'un autre côté des voix se lèvent pour dénoncer cette discrimination négative à l'égard des patients avec dépression chronique. Le sujet de fond est celui des capacités de discernement de ces patients face à la mort. Hors à ce jour, aucune étude n'a démontré une baisse ou suppression des capacités de jugement d'un individu déprimé chroniquement (à l'exception de la dépression mélancolique) face à des décisions d'une telle importance. Si l'on part du présupposé d'une distorsion négative bien établie et faisant partie de l'identité, il n'est pas aisé de définir au cas par cas où l'effet néfaste de la dépression s'arrête et où le soi authentique qui représente la personne « dans le monde » commence. L'autre préoccupation est celle de l'effet « boule de neige » qui ne s'est pas vraiment confirmé dans les pays avec une politique plus libérale en la matière. Après la mise en place des cliniques de fin de vie, une augmentation notable de ce type de suicides assistés a été décrite (12 en 2012 et 42 en 2013) mais qui n'a pas continué par la suite (2).

Les Pays-Bas et la Belgique permettent l'accès au suicide assisté pour les sujets avec troubles psychiques sous conditions strictes: a. la présence des capacités de discernement intacts quant aux alternatives proposées, b. l'expression d'une volonté libre, c. l'absence d'alternatives pour soulager la douleur morale, d. un médecin indépendant donne son opinion sur la démarche. Plus récemment, l'avis concordant de deux psychiatres (en sus du médecin susmentionné) a été requis dans ce cadre bien particulier aux Pays-Bas. D'autres pays se questionnent sur cette évolution, telles que le Canada qui a donné certains signes d'ouverture en 2013. Par

**TAB. 1 Suicide assisté: les cas de figure**

Dépression résistante	Souhaits de mort
Pas d'altération obligatoire des capacités de discernement	Capacités de discernement contrôlées
Absence de soutien affectif	Absence de stigma social
Perspective ressentie nulle	Autosuffisance comme valeur clé
Souffrance morale	Peu d'émotions exprimées
Marginalisation sociale	Bon niveau socio-culturel
Trois médecins dont un psychiatre aux Pays-Bas mais interdit dans la plupart des pays européens	Interdit, masqué sous forme de troubles somatiques

contre, l'Allemagne et la Grande-Bretagne excluent pour l'instant catégoriquement les patients déprimés du suicide assisté (3-5).

### Souhaits de mort et suicide assisté

Les souhaits passifs de mort sont très fréquents à l'âge avancé. Ils sont associés à la solitude, la perte du tissu social, et le sentiment de perte de contrôle sur son propre sort (devenir en un mot l'objet plus que le sujet de sa propre histoire). La prévalence de ces souhaits passifs varie entre 10 et 15 % de sujets âgés, ceux de suicidants actifs (avec l'élaboration de projets précis) se situant entre 1 à 9 % (6). Le suicide assisté pour les personnes fatiguées de vivre mais sans dépression, polymorbides sur le plan de la santé physique mais sans maladie incurable grave, est pour le moment un acte criminel. Comme indiqué indirectement dans les écrits de l'association Exit, la zone grise du suicide assisté se situe à ce niveau. Le pourcentage d'opinions favorables pour un tel élargissement est aux alentours de 20-25 %, clairement inférieur du pourcentage soutenant le suicide assisté dans les cas de maladie grave. Les personnes qui soutiennent cette vision plus libérale mais aussi plus individualiste de la société sont dans la règle plus éduquées, moins religieuses, méfiantes face aux médecins, avec un locus de contrôle interne (7). La question ouvre un débat éthique difficile: le droit à l'autodétermination tel que décrit par J. Locke, John Stuart Mill et Emmanuel Kant est certes une valeur clé à préserver mais la protection des personnes en état de nécessité l'est également. La notion de fatigue existentielle est peu précise pouvant concerner des idées fugaces sans lendemain ou des pensées prenant progressivement un caractère obsédant.

### Conclusions

Albert Camus ouvrait «Le mythe de Sisyphe» en reconnaissant que le seul problème philosophique sérieux pour tout être humain est celui du suicide. L'interface trouble entre suicide et suicide assisté est ainsi un des sujets les plus controversés de nos sociétés. La position de principe qui classait la dépression chronique au delà de l'expérience humaine de souffrance est remise en question. L'accès au suicide assisté dans ces cas reste l'exception mais gagne de plus en plus de terrain en Europe du Nord. Dans un registre complémentaire, F. Nietzsche écrivait dans «Humain, trop humain»: «Abstraction faite des exigences qu'impose la religion, il sera bien permis de se demander: pourquoi le fait d'attendre sa lente décrépitude jusqu'à la décomposition serait-il plus glorieux, pour un

homme vieilli qui sent ses forces diminuer, que de se fixer lui-même un terme en pleine conscience?» Presque 140 ans après l'écriture de ce texte, nos sociétés commencent à imaginer que le souhait de mort persistant suffit pour accéder au suicide assisté. Il est cependant difficile de distinguer l'effet de mode d'une société sans limites de l'évolution contemporaine du rapport entre la mort et la qualité de vie qui le précède.

**Pr Panteleimon Giannakopoulos**

Direction Médicale et Qualité  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
2, ch. Petit Bel-Air, 1225 Chêne Bourg

**Références**

1. Cheung et al. Medical examiner and coroner reports: uses and limitations in the epidemiology and prevention of late-life suicide. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015;30:781-92
2. Schuklenk et al. Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying. *J Med Ethics* 2015;41:577-83
3. Quebec National Assembly. An act respecting end of life care. P. 10f. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamic\\_Searh/telecharge.php](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamic_Searh/telecharge.php) ?
4. Borasio et al. Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. 2014. Stuttgart: Kohlhammer

**Messages à retenir**

- ◆ Le suicide est rarement associé à une maladie terminale
- ◆ Les suicides assistés ont augmenté fortement au cours des dix dernières années, notamment chez la femme
- ◆ Les enquêtes d'opinion montrent que malgré le fait qu'une majorité de personnes soutiennent l'assistance au suicide pour les maladies terminales dans les pays occidentaux, elle la refuse pour les affections psychiatriques et les souhaits de mort
- ◆ La dépression résistante est considérée dans certains pays une pathologie invalidante pouvant conduire au suicide assisté
- ◆ Etre fatigué de vivre et avoir des polymorbidités somatiques est une des causes de plus en plus fréquente de demande d'aide au suicide

5. House of Lords, Bill 6. Assisted Dying Bill. 2014. <http://www.publications.parliament.uk/pa/bills>
6. Scocco et al. Death ideas, suicidal thoughts, suicide ideation and plans among nursing homes residents. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2009;22:141-8
7. Raijmakers et al. Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey. *J Med Ethics* 2015;41:145-50