

Suicide assisté de la personne âgée

Pour une posture de soin

Introduction

Avec l'évolution, la pratique du suicide assisté et la démocratisation y reliée démontre l'émergence de deux modalités de demande de suicide assisté.

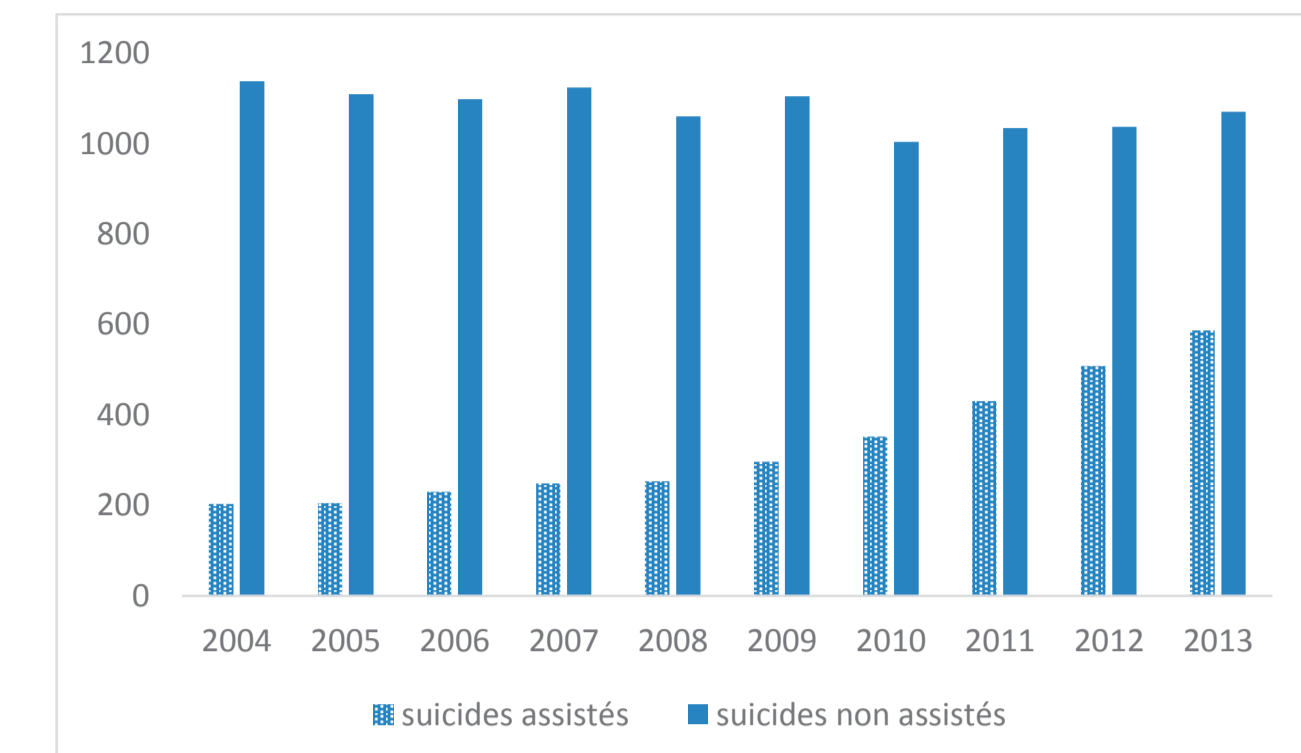
Les pratiques initiales étaient centrées sur des situations de soins, essentiellement les cancers en phase terminale et les maladies neurodégénératives avancées, où l'imminence d'une mort difficile et souffrante était anticipée afin d'en abrégier la durée.

Aujourd'hui, la demande tend à se déplacer sur la période de la vie liée à la vieillesse et de plus en plus de personnes âgées y recourent en invoquant des polyopathologies invalidantes liées à l'âge.

La demande est comprise comme une volonté d'anticiper et d'éviter la période considérée comme douloureuse des pertes reliées à la sénescence. Il ne s'agit donc plus de répondre à la souffrance intolérable des conditions du moment du trépas, mais bien de répondre aux enjeux existentiels de la période du travail du trépas de la dernière partie de la vie. Les motivations inhérentes à une démarche d'aide au suicide ont donc glissé sur la ligne de la vie. Si elles se centrent toutes deux sur la question de la mort, la première touche les conditions du trépas (comment mourir) ; la seconde sur le travail du trépas (comment travailler le processus du trépas).

Les auteurs proposent de réfléchir sur cette seconde problématique éthique et clinique, bien que de nombreux liens et apparentements puissent éclairer les deux pratiques.

1. Suicides assistés et non assistés, 2004-2013 (chiffres absolus)



Source : OFS, statistique des causes de décès ; analyses : OFSP 2015

Suicide assisté selon le sexe et l'âge

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Suicide assisté | 187 | 203 | 205 | 230 | 249 | 253 | 297 | 352 | 431 | 508 | 587 |
| Hommes | 70 | 90 | 96 | 98 | 113 | 108 | 132 | 155 | 185 | 201 | 249 |
| moins de 65 ans | 19 | 25 | 15 | 25 | 24 | 30 | 33 | 26 | 39 | 42 | 47 |
| 65 ans et plus | 51 | 65 | 81 | 73 | 89 | 78 | 99 | 129 | 146 | 159 | 202 |
| Femmes | 117 | 113 | 109 | 132 | 136 | 145 | 165 | 197 | 246 | 307 | 338 |
| moins de 65 ans | 29 | 24 | 29 | 30 | 29 | 38 | 34 | 47 | 43 | 43 | 54 |
| 65 ans et plus | 88 | 89 | 80 | 102 | 107 | 107 | 131 | 150 | 203 | 264 | 284 |

1) Le tableau ne comprend que les personnes résidant en Suisse

© OFS - Statistique des causes de décès, 2015

Au sein même de la société suisse, il n'y a pas eu de débat de fond sur l'aide au suicide. Il est urgent, face au développement de la représentation que la seule mort digne est celle que l'on « se décide » ou que l'on « se préserve », de questionner le désir réel, fondamental de tout sujet sur ses désirs humains profonds, par delà les idéaux libéraux qui placent l'indépendance, l'auto-suffisance et la liberté comme socle de la dignité.

Alors que l'ensemble des procédures actuelles visent l'évaluation de la détermination de mourir, il nous appartient, en tant que soignant, de ne pas accepter d'être exclu du processus du suicide assisté au nom du principe de l'autonomie découlant de l'éthique libérale mais plutôt de nous y investir en nous souciant avec sollicitude de notre patient au sens de l'éthique du care afin de lui permettre de douter que sa vulnérabilité a fait de lui un être devenu indigne d'humanité.

Ethique libérale

Certitude

Possiblement un signe clinique de risque suicidaire élevé lors d'une détresse existentielle majeure

Autonomie est un continuel dévoilement holistique
Nécessité d'une vie intérieure et un regard d'humain
L'Autre est une nécessité pour advenir à moi-même



Sentiment d'humanité

Détermination
Suffisance de la raison
L'Autre est possiblement une menace pour ma liberté



Doute
Ethique du care

Les principales raisons de demander la mort peuvent être considérées comme des signes cliniques de souffrance existentielle

- Sentiment d'isolement, d'inutilité, de devenir une charge pour la société, pour la famille
- Souffrance psychique, angoisse d'effondrement imminent
- Dépression, désespoir
- Peur de perdre le contrôle de sa vie, peur du handicap physique ou psychique, peur du changement
- Peur de perdre la maîtrise de ses émotions, de son image, de son idée de la dignité
- Angoisse de la séparation, de la rupture d'attachement, déni de la mort ou refus de l'abandon à la mort

Clinique Existentielle et Structurale des Sujets et Groupes Apparentés.

En partant du constat que la demande de suicide assisté relève d'une intégration d'enjeux humains, contextuels, environnementaux et sociaux complexes, la prise en soin et le traitement de la demande de suicide assisté, particulièrement en institution, ne peut se faire de manière uniquement individuelle.

En partant du travail du collectif via l'individu et vice versa, la CESSGA permet d'élaborer une prise en soin touchant les niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Prévention primaire

Veille à traiter la situation in situ et à réduire les facteurs de risques précipitants ou aggravants.

Clinique de travail d'investigation de la demande de suicide assisté.

Accompagnement relationnel de type narratif pour un travail dans les couches de l'intériorité du sujet.

Prévention secondaire

Travail sur les méthodes de détection et de traitement des modifications précliniques afin d'anticiper des évolutions pathologiques, enrayer des processus délétères sur les individus et les groupes.

Travail d'élaboration et d'accompagnement des groupes apparentés en vue de favoriser une élaboration psychique de la sidération provoquée par tout travail de processus suicidaire avéré ou latent.

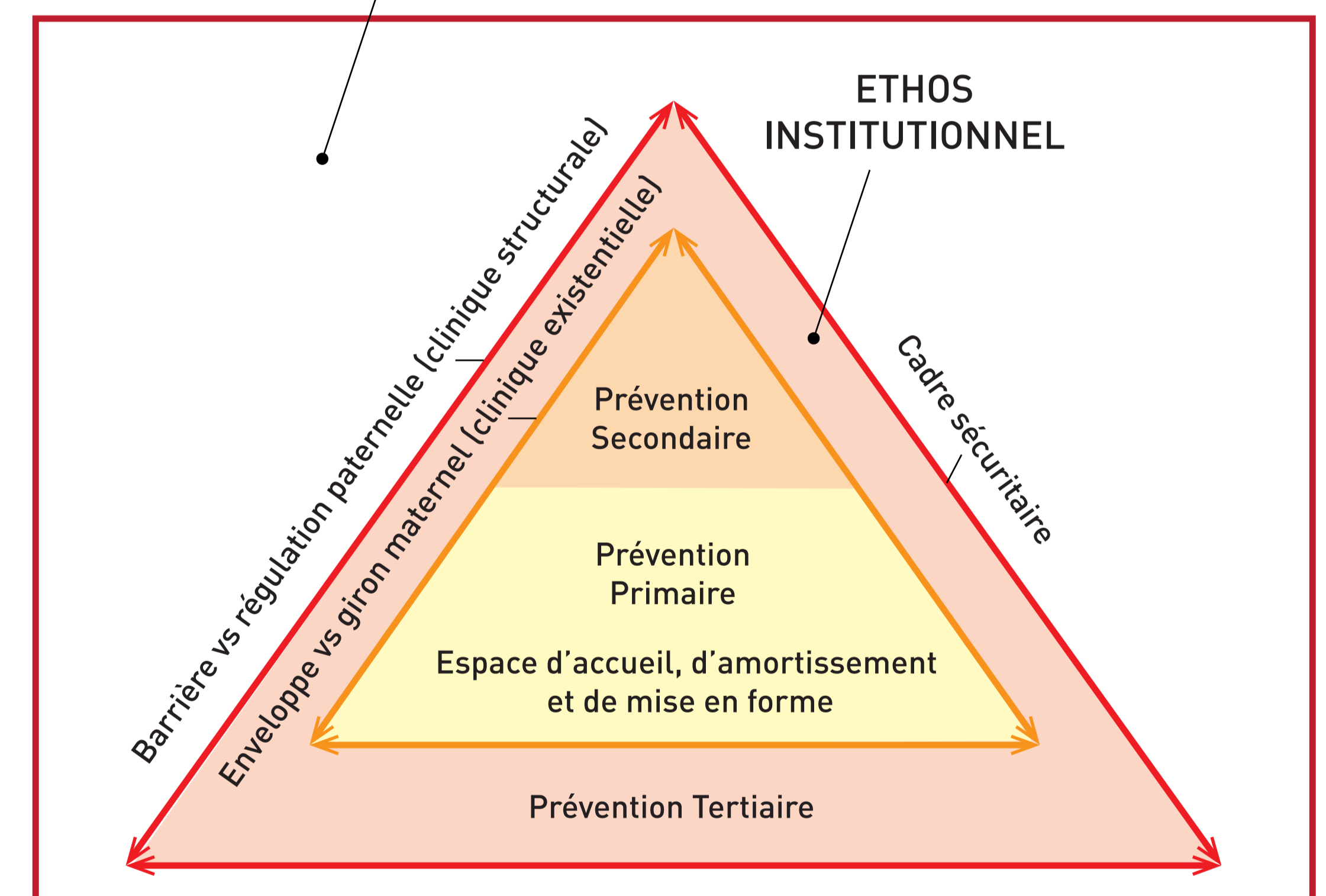
Prévention de syndromes post-traumatiques, clinique du suicide transgénérationnel pour la famille et prévention du processus de suicide par propagation dans les collectifs vulnérables.

Prévention tertiaire

Veille à prévenir et anticiper la récurrence ou le développement de la problématique suicidaire de manière individuelle et globale.

Travail, au niveau institutionnel, au développement d'un ethos de la gestion du trauma et du suicide ainsi que le développement de compétences cliniques y relatives.

ETHOS SOCIÉTAL



© Christine Félix et Daniel Ducraux

Conclusion

L'éthique libérale nous offre un regard de l'humain basé sur la rationalité. Si cette dernière est essentielle, la clinique du soin et les connaissances cliniques nous montrent que la raison n'est pas une chose en soi, évidente, mais est le fruit d'un cheminement réflexif et humain intégrant différents niveaux, comme l'intériorité du sujet, jamais « totalement dévoilée » et la réflexion critique des normes influençant le jugement éthique et normatif pour soi-même.

En ce sens, les auteurs proposent de s'engager pleinement dans le développement d'un accompagnement soucieux de l'intégration des savoirs actuels en lien avec la souffrance existentielle et l'ensemble des problématiques suicidaires, de la personne vieillissante.

Car finalement, la première et dernière exigence éthique peut se résumer par la parole d'un homme qui nous convoque dans ce que notre humanité peut avoir de plus profond :

« Mais n'est-il pas très beau que tant d'hommes et de femmes se lèvent le matin, ou ne se couchent pas la nuit, pour murmurer aux malades qu'une perte de maîtrise n'est pas une perte de dignité ; qu'il y a d'autres remèdes à la douleur au goût de sel qu'une mort médicalement, hygiéniquement administrée ; qu'on peut apaiser les douleurs sans donner la mort ; que ce qui se cache sous l'apparent désir de mort, c'est bien souvent un désir d'amour ? » (Éric Fiat)

Bibliographie

Charazac-Brunel, M. (2014). Le suicide des personnes âgées. Clinique, Prévention et prise en charge. Paris. Eres
Charazac, P. (2007). Comprendre la crise de la Vieillesse. France : Paris. Dunod.
Collière, M.F. (2011). Soigner... le premier art de la vie. Paris : Masson (2ème édition: mise à jour: 1ère édition 1996)
Cyrulnik, B. (2010). Mourir de dire la honte. Paris : Odile Jacob
Delourmel, C. (2002/4). La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques par D. W. Winnicott », Revue française de psychanalyse 4/2002 (Vol. 66), p. 1325-1334
Donnet, J.L. (1995). Le divan bien tempéré. Paris PUF

Kaës, R. (et al). (2007). Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels. France : Paris. Dunod
Pandelé, S. (2010). La grande vulnérabilité. Paris. Seli Arslan
Racamer, P.C. (2001). L'esprit des soins. Le cadre. Paris : Editions du Collège.
Rameix, S. (1996). Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Ed.Ellipses, Paris, 1996
Ruszniewski, M. (1999). Face à la maladie grave. Paris : Dunod
Tisseron, S. (2010). L'empathie, au cœur du jeu social. France : Paris. Albin Michel
Thiaw-Po-Une, L. (sous la dir.de). (2006) Questions d'éthique contemporaine, Ed.Stock, Paris