

Suicide assisté: quel futur?

Simple question: qui aura le courage de mettre une limite? L'association Exit Suisse allemande a récemment accompagné au suicide, sous le regard de la télévision, une personne de 56 ans souffrant d'un trouble bipolaire. Parce qu'elle le demandait, expliquent les responsables d'Exit. Et qu'elle disposait, semble-t-il, de sa capacité de discernement. Mais quel sens donner à cette capacité? On sait que l'expression directe, la conséquence la plus dangereuse de sa maladie, celle que redoutent et contre laquelle luttent les familles et les soignants, est justement le suicide. Le paradoxe, du coup, est immense et il ne peut rester irrésolu. Que tout cela soit, en Suisse, autorisé et que même le projet de nouvelle loi ne prenne pas le chemin de l'interdire n'y change rien.

N'y aurait-il donc plus aucun cadre culturel, aucun frein traduisant une vision de l'humain, chez nous, à l'accompagnement au suicide? Les organisations qui pratiquent cette démarche ne considèrent pas qu'une maladie terminale soit nécessaire. La souffrance sans espoir d'amélioration n'est même plus une condition évoquée. Selon une étude qui date de 2005, un tiers des malades que Dignitas et Exit Zurich ont accompagné au suicide n'avait pas de maladies graves ou incurables. Une «fatigue de la vie» pouvait suffire. Avec l'accompagnement d'une personne dont la tendance suicidaire constitue la caractéristique même de la maladie, le dernier pas semble avoir été franchi.

Pourquoi, dès lors, ne pas aider à se suicider n'importe quelle personne qui en fait la demande – y compris l'amoureux éconduit, le joueur ruiné ou l'adolescent révolté – du moment qu'elle peut montrer une certaine capacité de discernement?

La Suisse avance avec une grande tranquillité vers l'horizon dont rêvent les organisations d'aide au suicide: la «délivrance» «digne», «sans violence», «courageuse» pour tous – ces mots revêtus par elles d'un sens quasi théologique – sans condition autre que la volonté clairement et validement exprimée.

Notre pays n'aime rien autant que l'ordre et la clarté des attitudes. Plutôt que de s'interroger sur la demande de suicide, nous préférons mettre toute la charge du questionnement sur la capacité de discernement. L'évolution de la pratique est claire: nous nous intéressons de moins en moins, voire plus du tout, aux motifs de la demande.

Certes, ce n'est pas «nous», ce sont les organisations d'aide au suicide. Oui, mais elles traduisent l'esprit de notre société. Pourquoi sommes-nous le seul pays à avoir produit, ou

laissé se développer, de pareilles organisations? Par paresse? Parce qu'elles ont profité d'un vide juridique? Dans les autres domaines de la bioéthique, la Suisse n'a rien d'un pays libéral. Ses lois sur la procréation assistée sont parmi les plus restrictives des pays développés. Elle n'a toujours pas légalisé le diagnostic préimplantatoire. Alors pourquoi ce libéralisme éthique en ilot autour de la mort? Voilà à quoi il serait bien de commencer à réfléchir.

En rester à la capacité de discernement, c'est évidemment ne pas faire droit à la véritable dimension du problème. Toute assistance au suicide représente une réponse à une demande. Elle suppose donc une relation, une compréhension, une négociation. Agir en humain ne se limite jamais à évaluer une capacité et à fournir une boisson mortelle. Interviennent toujours un jugement, des émotions, de l'indifférence ou de la compassion.

C'est pourquoi aucun suicide n'est humainement anodin. Une étude récente montre que, deux ans après avoir assisté au suicide d'un proche pratiqué par une organisation suisse, 20% des membres d'une famille ou des amis souffrent d'un syndrome de stress post-traumatique et 16% de symptômes de dépression.¹ Dans une enquête menée aux Etats-Unis, 58% des médecins qui avaient assisté un patient au suicide avouaient un fort malaise à tenir ce rôle, 39% affirmant ne jamais vouloir recommencer.²

Le suicide d'un patient psychiatrique, c'est aussi la remise en cause de l'ensemble de l'approche médicale et c'est une violence faite aux autres malades.

La question de la capacité de discernement n'est claire qu'en apparence. En 2006, le Tribunal fédéral a estimé qu'une aide au suicide est légitime en cas de maladie mentale si les traitements ne parviennent pas à la guérir et si le malade dispose de sa capacité de discernement. Mais comment tester cette capacité? Pour le moment, c'est l'approche cognitive qui domine: l'évaluation des capacités de compréhension et de mémoire. Lorsqu'il s'agit de maladies psychiatriques, cette méthode manque sa cible. Dans les troubles de la personnalité, par exemple, le comportement suicidaire représente souvent une forme pathologique de communication. Chez le dépressif qui pense que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue et qu'il doit arrêter d'être un fardeau pour sa famille, les tests cognitifs peuvent ne rien distinguer d'anormal. Comprendre son influence sur la liberté, sa façon d'affecter la volonté, demande d'abord une appréciation de la maladie psychiatrique elle-même. Mais il s'agit aussi

de considérer le patient dans la communauté. D'évaluer sa relation avec son entourage et ses soignants, les phénomènes complexes de transfert et de contre-transfert, les chantages, les pressions implicites. Evaluation infiniment moins quantifiable, reproductible, opérationnelle qu'un test cognitif.

Le défi est encore plus vaste. Nous devons inventer des manières de vivre dans la souffrance des annonces anticipées de mort, dans l'angoisse des maladies mentales, des dégénérescences annoncées. Parce que la progression des diagnostics et du savoir prédictif va nous mettre face à notre destin de plus en plus tôt dans nos vies. Si à la moindre tentation de mort, nous sommes exaucés, s'en sera fini de notre pays face à ceux qui ont une culture de résistance.

Il va nous falloir aider, et apprendre à accompagner, ceux qui ont envie de mourir. Notre manière actuelle est un échec. Où sont les mouvements qui réfléchissent à des changements radicaux: à une intégration dans la société des malades mentaux chroniques et des mourants? A la manière de leur créer une place autre que les minables strapontins symboliques qu'on leur offre actuellement? La vérité est que, dans une époque qui ne jure que par l'efficacité, la beauté, la jeunesse, la réussite, nous ne faisons rien pour donner un véritable rôle à ces porteurs de contradiction.

La fin de vie, la souffrance hors de portée de la médecine posent des problèmes insolubles? Oui. Mais une véritable civilisation n'est-elle pas celle qui empoigne l'insoluble humain?

Nous n'avons que très peu d'écoute des personnes suicidaires et de leurs questions. Nous prétendons leur répondre en déléguant à des organisations la prise en charge technique de leur demande de mort. Peut-être ferions-nous mieux d'entendre la complexité de ce qu'ils disent, plutôt que de prétendre, avec une terrible pauvreté culturelle, savoir leur répondre. Notre devoir est d'entrer dans leur monde pour le faire nôtre.

Bertrand Kiefer

¹ Wagner A, Muller J, Maercker A. Death by request in Switzerland: Posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. *European Psy*, article in press, doi: 10.1016/

² Meier D, Emmons C, Wallenstein S. A National Survey of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998; 338:1193-201.