Zeitschrift: Curaviva : revue spécialisée

Herausgeber: Curaviva - Association des homes et institutions sociales suisses

Band: 2 (2010)

Heft: 1: L'assistance au suicide : entre liberté individuelle et limites institutionnelles

Artikel: Le point de vue du psychiatre: Daniel Hell : "La mort volontaire est-elle vraiment librement choisie?"

Autor: Leuenberger, Beat / Hell, Daniel

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-813664

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Le point de vue du psychiatre: Daniel Hell

«La mort volontaire est-elle vraiment librement choisie?»

De belles paroles pour parler du suicide. C'est ce que reproche Daniel Hell aux représentants d'Exit et de Dignitas. Pour ce professeur de psychiatrie, les personnes en situation de crise ont avant tout besoin d'une écoute et d'une prise en charge adéquate. Selon une recherche sur le suicide, parmi les personnes qui choisissent de mettre fin à leurs jours, nombreuses sont celles qui souffrent d'une maladie psychique.

Beat Leuenberger

Vous êtes psychiatre et psychothérapeute et n'avez pas nécessairement affaire à des personnes en fin de vie, qui souffrent d'une grave maladie physique. Comment réagissez-vous au débat actuel autour de l'assistance organisée au suicide ?

Daniel Hell: Les organisations d'aide au suicide ne s'occupent plus seulement de personnes en fin de vie ; elles proposent leur assistance également à des malades psychiques. Il est dès lors important pour moi de pouvoir intervenir dans ce débat et de faire part de mon expérience dans le traitement des personnes dépressives et dans la prise en charge de la suicidalité chez les malades psychiques.

Quelle est cette expérience?

D.H. – En tant que psychiatre, je rencontre des personnes dans la force de l'âge, surtout dépressives ou névrosées, parfois psychotiques. Beaucoup sont suicidaires. Mais pour la plupart, on peut leur venir en aide. J'ai toutefois connu des patients en clinique psychiatrique qui ont mis fin à leurs jours. Cela m'a beaucoup marqué. Je suis convaincu que nous aurions pu sauver certaines de ces personnes si nous avions mieux identifié leur situation et si nous avions eu plus de spécialistes et de ressources à disposition pour leur apporter le soutien adéquat. C'est cette expérience qui me fait plaider en faveur d'une meilleure prise en charge et contre un élargissement de l'aide au suicide aux personnes souffrant psychiquement.

Est-ce que les personnes qui veulent mettre fin à leurs jours sont psychiquement malades?

D.H. – Non. La suicidalité n'est pas une maladie, mais l'expression d'un problème existentiel. Seul être vivant à avoir la capacité de penser, l'individu peut s'interroger : est-ce que je veux continuer à vivre? Mais qui observe attentivement constate que la suicidalité est presque systématiquement associée à une affection psychique. Il existe aujourd'hui des méthodes précises qui permettent de déterminer ce qui conduit une personne au suicide.

Lesquelles?

D.H. – Par exemple l'autopsie psychologique. Les chercheurs essaient de saisir ce qui s'est passé avant le suicide de la personne, en se basant sur ses actes mais aussi sur les échanges qu'elle a pu avoir avec les médecins qui l'ont suivie ou avec ses proches. Divers experts se sont intéressés à cette méthode et il existe de nombreuses études à ce sujet. Les résultats de ces travaux montrent que 90 à 95 personnes sur 100, dont le parcours a ainsi été analysé, souffraient d'une maladie mentale au moment de leur mort. Les résultats sont similaires chez les personnes qui ont survécu à une tentative de suicide qui aurait pourtant dû conduire à la mort. Enfin, l'étude épidémiologique «Lundby» rapporte elle aussi que 91% des personnes qui se donnent la mort plus tard, avaient par le passé présenté une affection psychiatrique.

De quelles maladies mentales souffrent les personnes qui veulent se suicider ?

Photo: Maria Schmid

D.H. – Le plus souvent de dépression. De troubles de la personnalité aussi, ou de maladies liées à des dépendances, mais moins souvent de psychose. En général, les psychotiques n'attentent pas à leurs jours durant les épisodes aigus de la maladie, mais plutôt lorsque leurs troubles s'installent, lorsqu'ils vivent très difficilement leur mise à l'écart et leur isolement. C'est cet état chronique difficile à supporter qui conduit finalement ces patients au suicide.

Comment la société peut-elle agir avec les personnes pour qui la vie est devenue insupportable?

D.H. – Il y a de grandes différences culturelles et sociales dans la façon d'appréhender le suicide – aussi chez les psychiatres et les psychothérapeutes. La nature de l'aide que l'on peut apporter à des personnes suicidaires est elle aussi très variée. Pour ne prendre que les extrêmes, d'un côté, on prive de liberté, à des fins d'assistance, des personnes incapables de discernement, qui souffrent par exemple de dépression psychotique avec des idées délirantes, et qui veulent se tuer parce qu'elles ont une perception complètement altérée de la situation. A l'autre extrême – c'est en tout cas comme ça que je le vois – on aide à se suicider une personne qui a émis librement sa volonté de mourir.

Quels sont les moyens dont disposent la médecine et la psychothérapie pour empêcher une personne suicidaire de passer à l'acte?

D.H. – Il est essentiel de bien comprendre les situations personnelles des patients qui désirent se suicider, de prendre au sérieux leur détresse et de renoncer à toute moralisation. La rencontre humaine, qui prend une part croissante dans les entretiens entre médecin et patient ou dans les séances de psychothérapie, est le b.a.ba de la prise en charge de ces personnes. Mais parce qu'elles sont nombreuses à en souffrir, on doit aussi traiter les troubles psychiatriques – dépression, névrose, psychose –, avec des médicaments si nécessaire. Les personnes dépressives expriment très bien comment les troubles de l'humeur qui perdurent affectent l'estime de soi, et à quel point elles peuvent devenir vulnérables et dépendantes lorsqu'elle ont perdu confiance en elles. A nous dès lors de nous interroger sur la nature de l'aide dont ces personnes ont besoin pour changer le regard négatif qu'elles posent sur elles-mêmes et pour renforcer leur autonomie. Encore une fois: le meilleur moyen pour prévenir le suicide est d'instaurer une relation de confiance. Les personnes suicidaires devraient avoir quelqu'un à leurs côtés, qui ne juge pas leur désir de mourir, mais qui tente de les comprendre et ne les laisse pas seules dans leur détresse.

Outre le fait de juger un comportement suicidaire, y a-t-il d'autres écueils à éviter dans les relations avec des personnes dépressives qui désirent mourir?

D.H. – Il y a en effet toute une série d'attitudes inadaptées, notamment de la part des proches: par exemple, tergiverser pour gagner du temps plutôt qu'apporter un vrai réconfort. Pire encore, rappeler à l'ordre ou sermonner la personne suicidaire. Nous ne devons pas non plus négliger les difficultés qui sont à l'origine d'une tentative de suicide, interroger la personne, analyser, commenter son acte – parler d'elle plutôt qu'avec elle. Les relations avec les personnes suicidaires exigent du doigté, tant elles sont sensibles. Les discours peu convaincants et les faux espoirs n'aident pas non plus ces personnes. Chez les individus dépressifs, toutefois, il y a toujours à long terme un espoir réaliste.

Que se passe-t-il dans la tête d'un être humain pour qu'il en arrive à un tel geste?

D.H. – La recherche sur le suicide considère que le geste suicidaire est le résultat d'un processus par étapes. Cela commence >>

par le désir de ne plus être là, de disparaître, de ne plus vouloir vivre. De tels désirs sont courants et l'on peut dire qu'ils font partie de la vie. De nombreuses personnes ont des idées suicidaires. Pour autant, ce qu'une personne pense n'est pas nécessairement ce qu'elle va réaliser. A l'étape suivante, l'idée se concrétise, devient une intention de suicide, avec peut-être même déjà un plan précis. Et la dernière étape consiste à mettre son plan à exécution.

Est-ce à dire que le processus est irréversible ?

D.H. – Non. La suicidalité pourrait apparaître comme un processus linéaire, qui passe d'une étape à l'autre sans retour possible. Or, ce n'et pas le cas. La recherche sur le suicide, et mon expérience le confirme, montre en effet que l'ambivalence est la règle : les pensées vont et viennent, on fait un pas en avant, puis un en arrière. Cette ambivalence existe jusqu'au dernier moment, avant de commettre le geste fatal. Il arrive souvent que les personnes ont peur du dernier pas à franchir. Le processus est ainsi fluctuant. Ce n'est pas une démarche irréversible qui irait de la suicidalité passive jusqu'au passage à l'acte.

Dans de nombreux pays européens, le nombre de morts par suicide semble diminuer, tandis que ce chiffre reste élevé en Suisse. De plus, entre 2003 et 2007, les suicides assistés ont fortement augmenté. Y a-t-il une explication à ce phénomène?

D.H. – Là, on peut parler de l'influence des organisations d'aide au suicide. Il est avéré que l'accessibilité aux moyens pour se donner la mort influe sur le taux de suicide. En outre, la conception du suicide s'est considérablement modifiée au cours des dernières années, voire dernières décennies, passant d'une attitude plutôt protectrice à une affirmation de l'autonomie de la personne. La société occidentale encense des notions comme l'autodétermination, la responsabilisation, la réalisation personnelle, à tel point que les gens sont parfois débordés par leur quête de souveraineté. Nous sommes également face à une forte valorisation du bien-être. Nous considérons comme maladie tout ce qui peut s'accompagner de souffrance. Notre vision du monde s'est sécularisée. Tout cela a conduit à un mouvement en faveur du suicide assisté.

Y a-t-il des différences entre les genres dans la fréquence du suicide ?

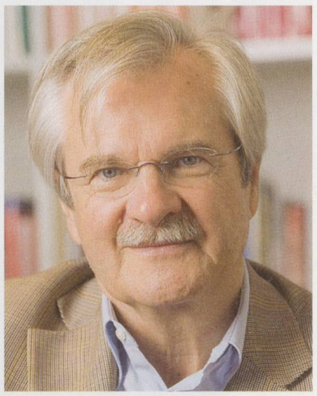
D.H. – Pas seulement entre les genres, mais aussi entre les classes d'âge. Le suicide chez les hommes et trois fois plus élevé que chez les femmes. Selon les statistiques, le taux de suicide est particulièrement élevé chez les 20–24 ans et chez les hommes de plus de 70 ans. Mais le suicide n'est que la pointe de l'iceberg, qui cache d'innombrables tentatives, quatre fois plus que de suicides réussis chez les hommes, et vingt fois plus chez les femmes. Et l'on ne compte même pas les crises existentielles qui donnent suite à des projets de suicides, mais qui ne seront pas mis à exécution. En d'autres termes, la suicidalité concerne beaucoup plus de personnes que ne le montrent les statistiques.

Au final, peu de tentatives de suicide sont fatales...

D.H. – ... Absolument. Seulement 2 à 5% des cas. Il me paraît important de s'en rendre compte : lorsqu'une personne commet, seule, une tentative de suicide, il y a peu de risque qu'elle meure. Cela s'explique notamment par le choix de la méthode utilisée pour en finir, et par toute l'ambivalence intérieure. Ce que l'on ne retrouve pas dans le cas d'une assistance organisée au suicide. Parmi les personnes qui survivent à une tentative de suicide, 10% mourront plus tard – dans les 10 années qui suivent – par suicide. Autrement dit, 90% d'entre elles ne mettront pas volontairement fin à leurs jours, quand bien même elles ont fait une tentative de suicide par le passé. Malgré les tentatives de suicides, la plupart des gens meurent de mort naturelle.

«La meilleure prévention du suicide est une relation de confiance.»

Daniel Hell

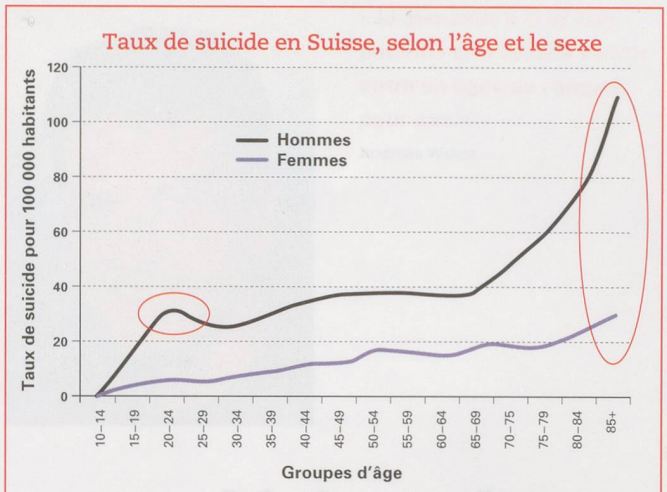


Vous êtes sceptique face à l'assistance organisée au suicide. Pourquoi?

D.H. – Pour diverses raisons, en partie aussi personnelles : parce que comme on l'a déjà évoqué, on étend l'aide organisée au suicide à des malades mentaux qui auraient pourtant besoin d'une aide d'une autre sorte. Dans les discussions sur le pour et le contre, les partisans du suicide assisté invoquent le droit à l'autodétermination de l'individu ; parce que l'autonomie morale prime sur le vécu corporel et sur les souffrances de l'individu, on aurait le droit de mettre fin à ses jours grâce à une assistance technique et institutionnelle. Le suicide est présenté à celui qui est désespéré, que la vie a brisé, comme une mort sereine et librement choisie. Voici les questions que cela soulève actuellement: la mort volontaire est-elle vraiment librement choisie? Et jusqu'où la société peut-elle réglementer la mort volontaire, sans restreindre l'autonomie de l'individu?

L'autonomie et l'autodétermination sont des valeurs importantes...

D.H. – Certes, mais je n'apprécie pas la façon dont les représentants des organisations d'assistance au suicide idéalisent le suicide – malgré la reconnaissance de l'engagement personnel de chacun des accompagnants. Cependant, je ne jugerai jamais quelqu'un qui attente à ses jours par désespoir. J'ai aussi de la compréhension pour le médecin qui engage sa responsabilité personnelle en aidant un patient qu'il connaît bien, atteint d'une maladie physique incurable, et qui veut mettre fin à ses souffrances. Mais ce qui m'inquiète, ce sont les belles paroles pour parler du suicide. Ce qui me dérange, c'est la distinction entre valeur et non-valeur, entre dignité et indignité d'une vie.



Taux de suicide selon l'âge et le sexe (valeurs moyennes 1996–2000), statistiques sur les causes de suicide (OFS)

Celui qui voit un individu souffrir a effectivement le sentiment d'une dignité perdue...

D.H. – Oui, mais ce sont les conditions de vie qui sont indignes, pas nécessairement la personne qui est indigne. En outre, ce n'est pas pareil si c'est la personne elle-même qui juge que son existence est devenue indigne en raison d'une maladie ou de conditions de vie dégradantes, ou si ce sont ses semblables, par exemple des accompagnants au suicide, qui portent un tel jugement sur sa qualité de vie. Pour avoir succédé à des professeurs de psychiatrie zurichois, qui remettaient en cause la valeur de la vie à l'époque de l'eugénisme, je suis particulièrement sensible à l'utilisation de tels concepts. Pour moi, il n'y a que la vie qu'un individu veut poursuivre ou non; il n'y a pas de vie nulle ou indigne objectivement parlant. La dévalorisation de la vie d'autrui est d'autant plus problématique que dans la pratique la distinction est ténue entre assistance au suicide et euthanasie active. Il n'est pas exclu qu'un accompagnant au suicide puisse donner un coup de pouce au moment de la prise de la potion létale de natrium-pentobarbital, ou encourage le suicidant à finir de boire la potion, alors qu'il se serait interrompu dans son geste. Un suicide assisté n'est pas un acte complètement autonome d'un individu; il est ancré dans une pratique institutionnelle qui, encore une fois, peut influencer l'individu. Du point de vue de l'expérience psychiatrique et psychothérapeutique, la lutte qui se joue entre désir de mort et volonté de vivre dans les cas de tentatives de suicide n'est pas anodine. Le suicide assisté par des organisations n'est pas une affaire privée.

Pourquoi pas ?

D.H. – Le cas des malades mentaux, qu'Exit et Dignitas n'excluent plus aujourd'hui de l'assistance au suicide, explique bien pourquoi. Les malades psychiques souffrent fréquemment de stigmatisation sociale et sont aussi clairement pénalisés en matière d'assurance. Pour exemple, la réduction des prestations pour le traitement de patients après une tentative de suicide. Il est dès lors cynique de revendiquer, comme le font les représentants d'Exit et Dignitas, le même droit à l'assistance au suicide pour les malades physiques et psychiques, sans avoir au préalable dénoncé et écarté l'injustice de l'inégalité de traitement.

Vous êtes également expert en matière de prévention du suicide. Qu'est-ce qui permet de le prévenir efficacement?

D.H. – Avant tout la volonté d'améliorer les conditions de vie et d'empêcher que la société encourage les désirs de mort, dans la mesure où elle ferait comprendre aux individus, ouvertement ou à mots couverts, qu'ils pourraient devenir un fardeau. Il est également prouvé que l'accessibilité aux moyens de se donner la mort influe sur le taux des suicides. Le fait d'avoir débarrassé le gaz domestique des substances toxiques a eu un effet préventif. Si l'on restreignait la détention d'armes dans les ménages privés, on diminuerait sans doute le taux de suicides très élevé en Suisse. En revanche, la courbe pourrait grimper si l'on facilitait l'accès à l'assistance au suicide, respectivement au natrium-pentobarbital, comme le demandent les organisations d'aide au suicide. A mon avis, la Suisse a encore beaucoup à faire en matière de prévention : sécuriser les «hot spots», c'est-à-dire les places et les ponts dangereux, assurer une meilleure prise en charge des groupes à risques, les dépressifs, les toxicomanes, mais aussi les immigrants et les détenus. Sur bien des points, la Suisse est encore à la traîne par rapport à ses voisins ou aux pays scandinaves.

Que répondez-vous à vos adversaires qui demandent à étendre le plus possible le droit à disposer de sa vie et de sa mort?

D.H. – Je vous rappelle que la suicidalité est un problème existentiel complexe, qui nécessite les efforts de chacun pour être surmonté. Les idées suicidaires sont liées à des conditions de vie souvent trop lourdes à supporter et à des maladies invalidantes. Les déceptions jouent également un rôle important. Mais ce que nous, les hommes et les femmes d'aujourd'hui, attendons de nous-mêmes et de la vie, et ce qui nous déçoit, n'est pas seulement notre propre fait, mais dépend largement de notre éducation et de notre culture. Etre autonome ne veut pas dire devenir victime de l'image que l'on a acquise de soi, mais préserver autant que possible son indépendance, aussi contre ses propres interrogations intérieures et contre les tentatives d'instrumentalisation extérieures. ●

(Texte traduit de l'allemand)

Portrait

Jusqu'au début 2009, Daniel Hell était professeur ordinaire en psychiatrie clinique à l'Université de Zurich et directeur médical de la clinique psychiatrique universitaire de Burghölzli. Depuis, il dirige le Centre de compétence pour le traitement des dépressions et des névroses de la clinique privée de Hohenegg, à Meilen, dans le canton de Zurich. Daniel Hell est membre de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine.