

*Vincent Camus, et alii*

# DE QUELQUES QUESTIONS ÉTHIQUES POSÉES PAR L'INTENTIONNALITÉ ET LES CONDUITES SUICIDAIRES

## INTRODUCTION

D'après l'OMS<sup>1</sup>, le suicide « est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale ». Passage à l'acte ou intentionnalité suicidaire accompagnent, révèlent ou compliquent une pathologie psychiatrique avérée dans une grande majorité des cas. Dans d'autres cas, le passage à l'acte ou l'intentionnalité suicidaire interviendront dans le cadre d'une situation de crise psychosociale qui survient lorsque, dans un contexte relationnel donné, les ressources psychologiques adaptatives individuelles se révèlent dépassées. En réponse à cette double détermination du passage à l'acte suicidaire, le système de santé s'est organisé, d'une part pour dépister l'intentionnalité suicidaire et, d'autre part, pour prendre en charge la personne ayant commis un geste suicidaire, en particulier par le traitement des éventuelles comorbidités psychiatriques révélées par le passage à l'acte, ou par une intervention psychologique individuelle ou systémique permettant de sortir de la situation de crise psychosociale.

Pourtant, dans de rares situations, la conduite suicidaire ou l'intentionnalité suicidaire s'expriment en l'absence de tout contexte psychopathologique évident, de toute crise psychosociale. Ces situations ne vont pas sans poser un certain nombre de questions éthiques, au niveau individuel, sociétal, profes-

---

1. WHO, *The World Health Report 2001*, Genève, World Health Organisation, 2001, p. 1-178.

sionnel. L'évolution de la pratique médicale d'un modèle « paternaliste », vers un modèle plus « consumériste », érigeant le principe d'autonomie en une valeur essentielle qui modifie la pratique médicale et la nature même de la relation soignant-soigné, risque de voir se développer, de plus en plus souvent, les situations dans lesquelles l'expression d'une intentionnalité suicidaire sera dissociée des situations classiques de comorbidité psychiatrique, de psychopathologie avérée ou de crise psychosociale. Les professionnels de santé doivent anticiper une telle évolution par la réflexion sur ses implications éthiques et ses éventuelles conséquences sur les modalités et limites de la pratique médicale.

## QUELQUES DONNÉES CLINIQUES ET ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR LE SUICIDE

### **Épidémiologie des comportements suicidaires**

Le suicide représente un problème majeur de santé publique, comme en témoigne sa fréquence. La moyenne des taux comparatifs de suicide par âge dans le monde est de 15, 1 pour 100 000, avec une surexposition masculine importante dans tous les pays (*sex ratio* de 3, 5 pour 1)<sup>2</sup>. Avec 11 000 décès par suicide par an<sup>3</sup>, la France se situe au 7<sup>e</sup> rang des pays européens en termes de mortalité par suicide derrière la Hongrie, la Finlande, la Suisse, la Belgique, l'Autriche<sup>4</sup>. Le suicide y représente la deuxième cause de décès après les accidents de la route chez les 15-24 ans, et la première cause de décès chez les 25-34 ans<sup>5</sup>. Cependant, le nombre de décès par suicide augmente significativement avec l'âge, avec une surmortalité masculine dramatique au-delà de 75 à 80 ans. La probabilité de se suicider est ainsi environ cinq fois moins élevée à 20 ans qu'à

2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport de la santé dans le monde en 2001*, Genève, OMS, 2001, p. 1-182.

3. G. BADEYAN, C. PARAYRE, « Suicides et tentatives de suicides en France : une tentative de cadrage statistique » dans LA DREES, *Études et Résultats*, n° 109, avril 2001, p. 1-8.

4. R. F. DIEKSTRA, W. GULBINAT, « The Epidemiology of Suicidal Behaviour: a Review of Three Continents », dans *World Health Stat. Q.*, n° 46, 1993, p. 52-68.

5. Voir *Études et Résultats* n° 109.

75 ans <sup>6</sup>. Au-delà des chiffres de mortalité par suicide, on estime entre 130 000 et 180 000 le nombre de tentatives de suicide prises en charge annuellement par le système de soins en France. Plus de 80 % de ces tentatives de suicide (137 000) passent par les services d'urgence des hôpitaux généraux. Seuls 50 à 60 % de ces patients bénéficient d'une hospitalisation en milieu psychiatrique <sup>7</sup>. Les autres sont donc renvoyés sur le réseau de soins ambulatoires et de proximité.

De nombreuses études convergentes ont établi les différents types de facteurs de risque de mortalité par suicide. Parmi les facteurs psychosociaux <sup>8</sup>, on peut citer les difficultés économiques, l'isolement familial, une séparation récente. Les facteurs familiaux comprennent les antécédents de violence, d'abus physique et psychique, les pertes affectives précoces, les antécédents familiaux de suicide, la présence de conflits conjugaux majeurs. Les facteurs personnels, enfin, sont la présence d'une pathologie psychiatrique comme une dépression ou une schizophrénie, la consommation chronique d'alcool ou de toute autre substance psycho-active, la présence d'un trouble de la personnalité. Les antécédents de tentative de suicide constituent également un risque majeur de décès par suicide <sup>9</sup>. Les tentatives de suicide se caractérisent ainsi par un très fort taux de récurrence. Près de 45 % des personnes ayant survécu à une tentative de suicide vont récidiver. Cette récurrence intervient dans 25 % des cas dans les 3 mois, dans 35 % des cas dans les 6 mois, dans 56 % des cas dans l'année, dans 75 % des cas dans les deux ans <sup>10</sup>. On comprend ainsi combien la prévention de la mortalité par suicide repose essentiellement sur le dépistage précoce de l'intentionnalité suicidaire, mais également sur le suivi et la prise en charge des personnes ayant survécu à un premier passage à l'acte suicidaire.

6. A. ANGUIS, C. CASES, P. SURAULT, « L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », dans *Études et Résultats*, n° 185, 2002, p. 1-8.

7. Voir G. BADEYAN, C. PARAYRE, art. cit.

8. A. T. CHENG, T. H. CHEN, C. C. CHEN, R. JENKINS, « Psychosocial and Psychiatric Risk Factors for Suicide. Case-Control Psychological Autopsy Study », *Br.J. Psychiatry*, n° 177, 2000, p. 360-365.

9. J. SUOKAS, K. SUOMINEN, E. ISOMETSA, A. OSTAMO, J. LONNQVIST, « Long-Term Risk Factors for Suicide Mortality After Attempted Suicide-Findings of a 14-Year Follow-Up Study », *Acta Psychiatr Scand.*, n° 104, 2001, p. 17-121.

10. Voir G. BADEYAN, C. PARAYRE, art. cit.

## Classification et caractérisation des conduites suicidaires

Il a été proposé de classer les conduites suicidaires selon leur niveau croissant de risque de décès en idéations suicidaires, conduites autodestructives indirectes, conduites autodestructives directes<sup>11</sup>. Bien qu'il n'existe pas de continuum entre ces différents types de conduites, l'absence de dépistage ou d'intervention thérapeutique antérieure à l'évocation d'idées suicidaires peut voir se succéder des conduites de niveau de risque de plus en plus élevé, jusqu'à des conduites autodestructives indirectes ou directes pouvant mener au décès.

### *Les idéations suicidaires*

Quelques études épidémiologiques ont cherché à évaluer la fréquence des idées suicidaires en termes de population générale. Une enquête australienne menée auprès de plus de 11 000 personnes suggère que la fréquence des idéations suicidaires décroît avec l'âge et en fonction de leur nature<sup>12</sup>. Ainsi le sentiment que « la vie ne vaut plus la peine d'être vécue » semble être ressenti, à un moment ou à un autre, par 15 à 20 % de la population générale, alors que la fréquence d'idées suicidaires plus précises est estimée de 6 à 10 %, et que les projets précis de passage à l'acte ne sont reconnus comme tels que par 0,3 à 4 % de la population générale.

D'autres données suggèrent que, bien que moins fréquentes dans les tranches d'âges élevées, les idéations suicidaires sont plus fréquemment associées à un diagnostic psychiatrique, en particulier une dépression<sup>13</sup>, mais également à des caractéristiques sociales comme la pauvreté du support social, l'isolement ou une histoire récente de séparation, l'altération de l'état de

11. Voir P. W. O'CARROLL, A. L. BERMAN, R. W. MARIS, E. MOSCIKI, B. TANNEY, M. SILVERMAN, « Beyond the Tower of Babel: a nomenclature of suicidology », *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26, 1996, p. 237-252. Voir aussi K. HEERINGEN, « The Suicidal Process and Related Concepts », *Understanding Suicidal Behavior*; Chichester, John Wiley & Sons, 2001.

12. D. DE LEO, E. CERIN, K. SPATHONIS, S. BURGIS, « Lifetime Risk of Suicide Ideation and Attempts in an Australian Community: Prevalence, Suicidal Process, and Help-Seeking Behaviour », *J. Affect. Disord.*, n° 86, 2005, p. 215-224.

13. M. KIRBY, I. BRUCE, A. RADIC, D. COAKLEY, B. A. LAWLOR, « Hopelssness and Suicidal Feelings Among the Community Dwelling Elderly in Dublin », *Irish Journal of Medical Psychology*, n° 14, 1997, p. 124-127.

santé général<sup>14</sup>. Chez les personnes âgées déprimées, la présence d'idéations suicidaires est très fortement corrélée à la sévérité de la dépression, et à l'existence d'antécédents de passages à l'acte suicidaires<sup>15</sup>, la présence d'une dépression multipliant le risque de décès par suicide par plus de 80 chez les personnes âgées<sup>16</sup>.

### *Les conduites autodestructrices indirectes*

Les conduites autodestructrices indirectes (CADIS ou *Indirect Self Destructive Behaviors* – ISDB en anglais) sont des actes volontaires qui comportent un risque significatif pour la vie. Ces conduites incluent un ensemble de situations, potentiellement dangereuses, qui peuvent prendre essentiellement chez l'adolescent ou l'adulte jeune, la forme de conduites ordaliques (l'ordalie étant entendue comme une épreuve dont l'enjeu est la vie), telles que la pratique de sports à hauts risques, de jeux dangereux (roulette russe, etc.), d'automutilations ou d'auto-agressions (jeu du foulard, etc.), l'usage de substances psychoactives, des conduites à risque (conduites sexuelles, comportement au volant, etc.).

Les caractéristiques communes de ces conduites autodestructrices indirectes sont leur chronicité, leur répétitivité, leur lien avec une recherche de sensation, une impulsivité, plus qu'à une réelle intentionnalité suicidaire. Ces conduites de prise de risque diminuent avec l'âge, mais il existe des équivalents de conduites autodestructrices indirectes chez le sujet âgé. Elles prennent la forme de refus de soins, syndrome de désinvestissement ou

14. Voir M. DENNIS, S. BAILLON, T. BRUGA, J. LINDSAY, R. STEWART, H. MELTZER, « The Spectrum of Suicidal Ideation in Great Britain: Comparisons Across a 16-74 Years Age Range », *Psychol. Med.*, n° 37, 2007, p. 795-805. Voir aussi M. LINDEN, S. BARNOW, 1997 IPA/Bayer Research Awards in Psychogeriatrics, « The Wish to Die in Very Old Persons Near the End of Life: a Psychiatric Problem? Results From the Berlin Aging Study », *International Psychogeriatrics*, n° 9, 1997, 291-307. Voir enfin I. SKOOG, O. AEAARSSON, J. BESKOW, L. LARSSON, S. PALSSON, M. WAERN, S. LANDAHL, S. OSTLING, « Suicidal Feelings in a Population Sample of Nondemented 85-Year-Olds », *Am J. Psychiatry*, n° 153, 1996, p. 1015-1020.

15. G. S. ALEXOPOULOS, M. L. BRUCE, J. HULL, J. A. SIREY, T. KAKUMA, « Clinical Determinants of Suicidal Ideation and Behavior in Geriatric Depression », *Arch Gen Psychiatry*, n° 56, 1999, p. 1048-1053.

16. M. WAERN, B. S. RUNESON, P. ALLEBECK, J. BESKOW, E. RUBENOWITZ, I. SKOOG, K. WILHELMSSON, « Mental Disorder in Elderly Suicides : a Case-Control Study », *Am J. Psychiatry*, n° 159, 2002, p. 450-455.

de « glissement », pouvant avoir des conséquences dramatiques sous la forme d'une aggravation de l'état général ou de la survenue du décès.

### *Les conduites autodestructrices directes*

Les conduites autodestructives directes sont constituées de tous les actes intentionnels visant à attenter à ses jours et sont à l'origine de la majorité des décès par suicide. Leur fréquence varie selon le sexe et la tranche d'âge, comme en témoignent les études portant sur les principales causes de décès par suicide. Chez l'homme, elles sont respectivement et par ordre décroissant de fréquence, la pendaison, l'usage d'une arme à feu, l'intoxication par un médicament ou une substance toxique, la précipitation. Chez la femme, c'est l'intoxication médicamenteuse qui est la cause la plus fréquente de décès par suicide, en particulier dans les tranches d'âge les plus jeunes, devant la pendaison, la précipitation, la noyade<sup>17</sup>.

## LE SYSTÈME DE SOINS ET LA PRISE EN CHARGE DES IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Les conséquences médicales du passage à l'acte suicidaire font des dispositifs hospitaliers d'urgence le lieu privilégié de la prise en charge des comportements suicidaires. Mais l'intensité des liens entre altération de l'état général et idéations suicidaires, entre maladie somatique et dépression, font des services médicaux et chirurgicaux ou des structures d'hébergement pour personnes âgées, un lieu également privilégié d'expression de l'intentionnalité ou du passage à l'acte suicidaire.

Pour venir en aide aux équipes de soins des services d'urgences, des unités de soins ou d'hébergement, l'offre de soins psychiatriques s'est diversifiée pour garantir la présence d'équipes de psychiatrie spécialisée au sein même des services d'accueil et d'urgences des hôpitaux généraux, et pour développer des dispositifs de psychiatrie dits de consultation-liaison. Ces équipes psychiatriques ont pour objectif commun d'inter-

---

17. Voir G. BADEYAN, C. PARAYRE, art. cit.

venir, au sein des services de soins non psychiatriques et à la demande des équipes médicales, pour évaluer et aider à la prise en charge des comorbidités psychiatriques, d'éventuels conséquences psychologiques de la maladie, des possibles facteurs psychosociaux favorisant la survenue de la pathologie ou en renforçant l'expression symptomatique. La question de l'intentionnalité suicidaire, de l'appréciation du risque de passage à l'acte, du dépistage d'une éventuelle pathologie psychiatrique sous-jacente, en particulier dépressive, est au cœur de l'activité de ces équipes de consultation-liaison de psychiatrie. Trois situations cliniques remarquables nous semblent illustrer la problématique de l'intentionnalité suicidaire dans leur pratique. Elles se différencient selon leur temporalité (temporalité brève, survenue aiguë ou brutale, ou temporalité longue, prolongée, inscription dans la relation de soins), et selon que l'intentionnalité suicidaire y est explicitement exprimée ou non.

### **La notion de « crise suicidaire » : intentionnalité explicite et temporalité brève**

La notion de « crise suicidaire » est définie par l'ANAES comme « une crise psychique dont le risque majeur est le suicide ». Elle constitue la situation la plus illustrative de l'expression aiguë d'une intentionnalité suicidaire pouvant déboucher sur une conduite autodestructrice directe. Elle appelle donc une intervention urgente de prévention du passage à l'acte ou de prise en charge précoce du passage à l'acte. Le terme de crise avait été proposé initialement par De Clercq pour définir « le symptôme urgent (...) manifestation souvent lié à un dysfonctionnement de la communication au sein du couple, de la famille, d'une institution ou du contexte social du patient (qui met en jeu), le contexte de vie familiale ou professionnelle plutôt que le patient pris isolément ». Une hospitalisation en milieu psychiatrique est nécessaire lorsque cette crise survient dans un contexte de comorbidité psychiatrique évidente, nécessitant des soins immédiats, ou s'il persiste un risque élevé d'intentionnalité suicidaire. L'hospitalisation peut intervenir même en l'absence du consentement du patient selon la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Mais, dans la grande majorité des cas, la crise suicidaire n'est associée à aucun antécédent psychiatrique ni à aucune comorbidité psychiatrique

évidente<sup>18</sup>. Le geste suicidaire constitue ainsi l'une des expressions les plus fréquentes de situations de « crise psychosociale », ce que reprend la définition de l'ANAES, qui rappelle que la crise suicidaire constitue « un état réversible, temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une manifestation possible ». Cette rupture de l'équilibre relationnel signe « l'insuffisance des moyens de défense<sup>19</sup> ». La notion de rupture brutale de l'équilibre interne correspond à ce que les promoteurs des psychothérapies psycho-dynamiques brèves décrivent sous le terme de « rupture d'étayage<sup>20</sup> ».

Pour ces auteurs, l'équilibre psychique est considéré comme le fruit d'un triple étayage : biologique, intrapsychique et relationnel ; l'aménagement des relations interpersonnelles significatives est alors considéré comme « étayage objectal ». Tout événement qui peut venir mettre en question la dynamique de cet étayage peut être à l'origine d'une situation de crise. La crise est alors le reflet « de la difficulté qu'éprouvent ces patients à modifier l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, seule possibilité d'assumer un réaménagement de leurs relations affectives ». Dans cette perspective, les symptômes de la crise ne sont pas à considérer comme une simple réaction à ces événements, mais plutôt comme la difficulté pour le patient à modifier l'image qu'il a de lui-même dans l'interaction avec son entourage. Comprendre la crise suicidaire comme l'expression d'une rupture d'étayage souligne l'importance de rencontrer l'entourage proche du sujet au décours immédiat du geste suicidaire. C'est tout le sens des recommandations de l'ANAES, qui préconisent que tout patient admis aux urgences au décours d'un geste suicidaire : 1) doit pouvoir bénéficier d'un entretien avec un psychiatre, 2) doit pouvoir être entendu au moins une fois par le psychiatre en présence de ses proches<sup>21</sup>. Si la crise est l'expression d'une « rupture d'étayage », elle constitue également une période

18. M. DE CLERCQ, *Urgence psychiatrique et intervention de crise*, Paris-Bruxelles, De Boeck, 1997, p. 1-165.

19. ANAES, Rapport « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » (conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000), 2000, p. 1-31.

20. E. GILLERON, *Le Premier Entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod, 1996, p. 1-252.

21. Voir ANAES, rapport cité.



particulièrement propice aux réaménagements internes, aux changements, ce qui explique que l'intentionnalité suicidaire ne reste souvent pas explicite au-delà du geste. Les équipes de psychiatrie d'urgence et de crise mettent ainsi en œuvre des interventions limitées dans le temps, qui ont pour but de :

- 1) permettre la mise en œuvre d'un processus de changement suffisamment satisfaisant et durable pour le patient et qui limite le risque d'une récurrence du geste suicidaire à court terme, ou
- 2) permettre le transfert du patient dans de bonnes conditions vers une équipe ou un professionnel pouvant assurer un traitement à plus long cours si celui-ci s'avère nécessaire.

On le voit : bien que n'étant pas associées dans la majorité des cas à une comorbidité psychiatrique évidente, ces situations de crises suicidaires peuvent trouver une réponse par une intervention médicale et psychiatrique coordonnée, prenant en compte, au-delà de l'état de santé général du sujet, ses ressources psychiques, familiales et sociales. Ce travail d'intervention en situation de crise constitue l'essentiel de l'activité des dispositifs de psychiatrie de crise et d'urgence, tels que ceux déployés au sein de nombreux hôpitaux généraux. Il nécessite la restauration d'une temporalité suffisante pour que puisse être élaborés par le patient, dans la relation thérapeutique, les éléments personnels psychologiques et/ou contextuels qui ont pu lui faire accéder à un niveau d'intentionnalité suicidaire explicite, considérant à un moment donné de son histoire que le suicide représentait la seule issue possible à une situation perçue comme une impasse.

### **Les conduites autodestructrices indirectes de la personne âgée : intentionnalité implicite et temporalité prolongée**

Chez les personnes âgées, l'intentionnalité ou le passage à l'acte suicidaire révèle très fréquemment une pathologie psychiatrique avérée, essentiellement du registre de la dépression. Pourtant, les conduites autodestructrices indirectes ne sont pas rares. Elles prennent alors la forme d'un refus alimentaire, d'une diminution de l'activité physique, d'une perte ou d'un refus actif de la communication verbale, d'une évolution rapidement dramatique vers une altération de l'état général associé, à un risque élevé de décès. Ces conduites, particulièrement fréquentes en milieu hospitalier gériatrique ou en institution de

long séjour, ont été individualisées sous le terme de « syndrome de glissement <sup>22</sup> », qui se rapproche de ce que l'on retrouve sous le terme de *failure to thrive* dans la littérature internationale. Ce terme était initialement utilisé en pédiatrie pour décrire les situations retard de croissance et de prise de poids, troubles du développement en rapport avec une affection somatique sévère et/ou une dénutrition chez le nourrisson ou le jeune enfant. Il a été étendu aux situations gériatriques de déclin fonctionnel rapide <sup>23</sup> associé à des signes de fragilité physique, de malnutrition, mais également des symptômes dépressifs, des troubles cognitifs <sup>24</sup>. Sa validité en tant que syndrome gériatrique est contestée, en particulier parce que la dimension psychologique du trouble est souvent sous-estimée <sup>25</sup>.

Du fait des risques qu'ils font courir en termes de survie, ces tableaux cliniques justifient parfois un interventionnisme médical radical, qui peut avoir un effet aggravant, et font suspecter l'existence d'une intentionnalité suicidaire implicite qui justifie la recherche systématique d'une dépression <sup>26</sup>. Plus souvent, ces tableaux sont l'expression d'une difficulté adaptative provoquée ou majorée par l'aggravation de l'état de santé, la perte d'autonomie, le changement du cadre de vie ou une rupture relationnelle. L'enjeu de la prise en charge médicale est alors l'amélioration de la relation par la restauration de la parole du patient et sa prise en considération par l'équipe soignante, pour la mise en œuvre d'un projet de soins acceptable par tous : le patient, ses proches, l'équipe soignante. Ce compromis est d'autant plus difficile à trouver qu'un trouble de la personnalité sous-jacent pourra altérer les relations que le patient établit avec ses proches et les soignants.

22. Voir la thèse de J. CARRIÉ, *Étude sur les modes de décès des vieillards à l'hospice*, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, 1956. Voir également Y. DELOMIER, J. FAURE, « Le syndrome de glissement », *Rev. Geriatrie*, n° 6, 1978, p. 289-296.

23. Voir J. V. BRAUN, M. H. WYKLE, W. R. COWLING, « Failure to Thrive in Older Persons: a Concept Derived », *Gerontologist*, n° 28, 1988, p. 809-812.

24. Voir R. KATZ, P. BEASTON-WIMMER, P. PARMELEE, E. FRIEDMAN, M. P. LAWTON, « Failure to Thrive in the Elderly: Exploration of the Concept and Delineation of Psychiatric Components », *J. Geriatr Psychiatry Neurol*, n° 6, 1993, p. 161-169.

25. Voir S. SCHREIBER, B. LERER, « Failure to Thrive in Elderly Depressed Patients: a New Concept or a Different Name for an Old Problem? », *Isr. J. Psychiatry Relat Sci.*, n° 34, 1997, p. 108-114.

26. Voir C. A. SARKISIAN, M. S. LACHS, « Failure to Thrive in Older Adults », *Ann Intern Med.*, n° 124, 1996, p. 1072-1078.

Les équipes de consultation-liaison de psychiatrie en milieu gériatrique interviennent très fréquemment dans ce type de situations<sup>27</sup>, avec un double objectif : celui de l'évaluation et du repérage d'une pathologie psychiatrique essentiellement dépressive dont le traitement permettra l'amélioration de l'état somatique et général du patient, mais également celui de l'aide à la décision et à l'élaboration d'un projet médical réaliste qui tienne compte, non plus seulement des éléments de la réalité médicale objective, mais encore de la perception subjective, par le patient, de sa situation médicale, de ses craintes et de ses attentes en termes de santé, de cadre et de qualité de vie. La temporalité prolongée, contrainte par les risques à court terme pour le patient, est ici mise à profit pour évaluer le niveau implicite de la demande du patient et mobiliser ses ressources psychiques par la restitution de l'événement dans sa propre histoire et celle de son groupe familial, par l'implication de ses proches, par l'amélioration de « l'ajustement relationnel » qui permettra à l'équipe soignante une meilleure compréhension et intégration de ces éléments subjectifs dans le projet de soins et dans la relation avec le patient<sup>28</sup>.

### **Les soins terminaux et les décisions d'arrêt de traitement : intentionnalité explicite et temporalité longue**

La question de l'arrêt des soins dans les stades terminaux des maladies chroniques est toujours une source de questionnement, voir d'inquiétude pour les équipes de soins. Il s'agit d'une question fréquente, en particulier en cancérologie, en néphrologie, mais également en soins intensifs, en neurologie... Il a été bien établi que les idéations suicidaires sont fréquentes dans les stades terminaux des cancers<sup>29</sup>. Elles peuvent prendre

27. Voir V. CAMUS, A. PORCHET, J. WERTHEIMER, « Consultation-Liaison en psychiatrie de la personne âgée », dans J.-M. LÉGER, J.-P. CLÉMENT, J. WERTHEIMER (éd.), *Psychiatrie du sujet âgé*, Paris, Flammarion, 1999, chap. 45.

28. Voir V. CAMUS, A. PORCHET, J. WERTHEIMER, « Adaptation, crise et vieillissement : implications cliniques et institutionnelles », *Cahiers psychiatriques genevois*, n° 25, 1998, p. 141-155.

29. Voir B. DRUSS, H. PINCUS, « Suicidal Ideation and Suicide Attempts in General Medical Illnesses », *Arch. Intern. Med.*, n° 160, 2000, p. 1522-1526.

la forme d'une intentionnalité suicidaire explicite<sup>30</sup> ou d'un passage à l'acte suicidaire<sup>31</sup>. Les demandes de ne pas prolonger les soins par arrêt des thérapeutiques sont également fréquentes (15 à 20 %). Elles sont significativement associées à l'existence d'un état dépressif constitué, d'un sentiment de désespoir isolé mais persistant, d'une pauvreté du réseau de support social<sup>32</sup>, pouvant alors les faire considérer comme l'expression d'une intentionnalité suicidaire.

À l'inverse, plusieurs travaux ont suggéré que les patients pouvant se réclamer d'un niveau significatif de bien-être spirituel pouvaient être protégés d'un tel niveau de désespoir et d'intentionnalité suicidaire dans les stades terminaux de la maladie cancéreuse<sup>33</sup>. La question de l'arrêt des soins est également fréquente dans le cadre de l'insuffisance rénale chronique terminale, où elle est à l'origine de près de 20 % des décès<sup>34</sup>. Les raisons d'arrêt de la dialyse sont souvent des considérations médicales, mais la demande d'arrêt par le patient lui-même reste également fréquente, même si elle n'est pas toujours synonyme de désir de mourir, mais plutôt de suspendre un traitement dont la poursuite impose des contraintes importantes, des effets secondaires, un épuisement<sup>35</sup>. Quand elle émane du patient lui-même, cette demande suscite une certaine réticence des soignants, souvent un inconfort dans leurs prises de décisions<sup>36</sup>. Pourtant, l'intégration

30. Voir D. T. RASIC, S. L. BELIK, J. M. BOLTON, H. M. CHOCHINOV, J. SAREEN, « Cancer, Mental Disorders, Suicidal Ideation and Attempts in a Large Community Sample », *Psychoncology*, 2007.

31. Voir T. AKECHI, T. OKUYAMA, Y. SUGAWARA, T. NAKANO, Y. SHIMA, Y. UCHITOMI, « Suicidality in Terminally Ill Japanese Patients with Cancer », *Cancer*, n° 100, 2004, p. 183-191.

32. Voir W. BREITBART, B. ROSENFELD, H. PESSIN, M. KAIM, J. FUNESTI-ESCH, M. GALIETTA, C. J. NELSON, R. BRESCIA, « Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer », *JAMA*, n° 284, 2000, p. 2907-2911.

33. Voir C. S. MCCLAIN, B. ROSENFELD, W. BREITBART, « Effect of Spiritual Well-Being on End-of-Life Despair in Terminally-Ill Cancer Patients », *Lancet*, n° 361, 2003, p. 1603-1607.

34. Voir B. BIRMELE, M. FRANÇOIS, J. PENGLOAN, P. FRANÇAIS, D. TESTOU, G. BRILLET, D. LECHAPOIS, S. BAUDIN, O. GREZARD, J.-L. JOURDAN, M. FODIL-CHERIF, M. ABAZA, L. DUPOUET, G. FOURNIER, H. NIVET, « Death After Withdrawal From Dialysis : the Most Common Cause of Death in a French Dialysis Population », *Nephrol. Dial. Transplant.*, n° 19, 2004, p. 686-691.

35. Voir A. J. RUSS, J. K. SHIM, S. R. KAUFMAN, « The Value of Life at Any Cost: Talk About Stopping Kidney Dialysis », *Soc. Sci. Med.*, n° 64, 2007, p. 2236-2247.

36. Voir R. CLÉMENT, P. CHEVALET, O. RODAT, V. OULD-AOUDIA, M. BERGER, « Withholding or Withdrawing Dialysis in the Elderly: the Perspective of a Western Region of France », *Nephrol. Dial. Transplant.*, n° 20, 2005, p. 2446-2452.

d'une approche de soins palliatifs améliore significativement la prise en charge de ces situations de demande d'arrêt des dialyses, tant du point de vue des familles des patients que des soignants eux-mêmes<sup>37</sup>.

La demande d'arrêt des traitements dans le cadre des stades terminaux des maladies chroniques entraîne une situation potentiellement conflictuelle entre, d'une part la dynamique naturelle d'une équipe soignante par principe favorable au maintien du soin et de la vie, et d'autre part la position du patient demandeur d'un arrêt des traitements conduisant à précipiter la fin de vie. La question de l'existence d'une intentionnalité suicidaire explicite fait d'ailleurs toujours rechercher l'existence d'une dépression dans ces situations. L'expertise psychiatrique est dans ce cas d'autant plus nécessaire que le diagnostic de dépression est parfois rendu difficile par la coexistence d'altérations de la vigilance ou de la cognition, souvent fréquentes aux stades terminaux de ces pathologies. Elle permet également d'évaluer les niveaux implicites d'une telle demande, de les faire mesurer par le patient quand son état de vigilance le permet, soit les enjeux individuels et familiaux. Mais elle a également pour autre intérêt de faire intervenir un tiers dans la relation patient-équipe soignante. Tiers dont l'intervention, l'évaluation, peuvent faciliter l'évolution de l'appréciation du patient ou de l'équipe soignante, permettant finalement une prise de décision consensuelle. L'élargissement du cadre de la discussion aux proches permet également de faire évoluer l'appréciation et la position de chacun vers un objectif commun de poursuite de soins ou d'instauration de soins terminaux. Une telle approche multidisciplinaire, construite en dehors de tout contexte d'urgence, est de nature à respecter l'autonomie du patient tout en limitant l'inconfort et la surcharge émotionnelle qu'une telle demande d'arrêt des traitements génère chez les proches comme chez les soignants.

---

37. Voir L. M. COHEN, M. GERMAIN, D. M. POPPEL, A. WOODS, C. M. KJELLSTRAND, « Dialysis Discontinuation and Palliative Care », *Am J. Kidney Dis.*, n° 36, 2000, p. 140-144.

DISCUSSION :  
DES ENJEUX ÉTHIQUES  
POSÉS PAR L'INTENTIONNALITÉ  
ET LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Par la diversité des situations cliniques au cours desquelles ils surviennent, comportement et intentionnalité suicidaires posent des questions éthiques de nature différente. Certains éléments cliniques sont ainsi déterminants pour saisir la complexité des enjeux éthiques. C'est le cas de la temporalité et de l'évidence d'une psychopathologie avérée. Ainsi, plus l'intentionnalité suicidaire s'exprime dans une période prolongée, sans lien évident avec une psychopathologie caractérisée, plus la contrainte éthique semble forte.

Par le caractère soudain du passage à l'acte ou par son imminence potentielle, la crise suicidaire signe, complique ou révèle parfois des situations de psychopathologie avérée. La médicalisation de la prise en charge permet de limiter le risque du passage à l'acte suicidaire ou de ses conséquences, dans un cadre réglementaire et légal qui ne soulève pas de questions éthiques majeures. En effet, si le niveau de risque suicidaire ou la gravité de l'état clinique sous-jacent l'exige, l'hospitalisation en milieu psychiatrique pourra garantir la sécurité du patient et permettre la mise en œuvre d'un traitement approprié. En l'absence de consentement du patient, son hospitalisation pourra être organisée conformément aux dispositions de la loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », qui encadre les conditions d'hospitalisation sous contrainte justifiée par une dangerosité pour soi ou pour autrui des personnes atteintes de troubles mentaux. Lorsque la dangerosité pour soi peut être avérée et documentée par une évaluation psychiatrique sur la base de critères cliniques d'appréciation du risque, les conditions d'une hospitalisation sous contraintes sont réunies ; de même lorsque l'examen psychiatrique établit que le comportement ou l'intentionnalité suicidaire trouve son origine dans une altération sévère ou même partielle des capacités d'appréhension de la réalité. Sous réserve du respect des procédures prévues par la loi (conformité de la demande d'hospitalisation par le tiers et des certificats médicaux

établis par deux médecins différents, information du patient des voies de recours, etc.), la sécurité du patient peut être garantie, l'intervention médicale contraignante se justifiant au nom du principe de bienfaisance. Les conditions du respect du principe d'autonomie sont considérées comme ne pouvant être remplies du fait même de la pathologie mentale de nature à abolir ou altérer le discernement, et donc l'autonomie du patient. Le questionnement éthique tourne alors plus spécifiquement autour de l'appréciation des conditions de la contrainte aux soins, en particulier sur l'appréciation clinique, d'une part du risque de passage à l'acte suicidaire et, d'autre part, du lien entre la symptomatologie psychiatrique et le niveau de risque de passage à l'acte. La nécessité d'établir, dans les vingt-quatre heures suivant l'admission et par un psychiatre autre que ceux ayant établi les certificats initiaux, un nouveau certificat médical descriptif justifiant ou non le maintien de la mesure, garantit une pluralité des regards cliniques au bénéfice du respect des droits du patient. Cette pluralité des regards et de l'appréciation de la justification de la contrainte, condition nécessaire de l'éthique de la décision, est garantie par la loi, qui donne en outre mandat aux Commissions des hospitalisations psychiatriques de chaque département, d'examiner, « en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toute personne dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ». Ces commissions sont en effet composées d'un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel, d'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel et de deux personnalités qualifiées, désignées l'une par le préfet, l'autre par le président du conseil général, dont un psychiatre et un représentant d'une organisation représentative des familles de personnes atteintes de troubles mentaux. On le voit : dans ces situations, l'encadrement des conditions d'hospitalisation sous contrainte par les dispositions de la loi du 27 juin 1990, impose l'implication de plusieurs parties (famille ou proche en tant que tiers demandant l'hospitalisation, médecins extérieurs à l'établissement psychiatrique, tiers extérieurs aux soins constitués de professionnels du soin, du droit, représentants des familles) garantes de la pluralité des regards, qui permet non seulement le strict contrôle du respect de la procédure et du droit, mais qui offre également

les conditions d'une réelle discussion des enjeux éthiques de la décision.

Les tensions éthiques semblent plus importantes dans les situations où l'intentionnalité suicidaire s'exprime dans une temporalité prolongée, sans lien évident avec une psychopathologie avérée. Les situations de demande d'arrêt des traitements de maladies chroniques sont ainsi paradigmatiques de la question des limites entre intentionnalité ou comportement suicidaire et demande de reconnaissance d'un droit à mourir, voire d'un droit à un suicide médicalement assisté ou, plus radicalement encore, à une euthanasie. Qu'il s'agisse du Cas Vincent Humbert ou de l'annonce en octobre 2007 du décès par suicide assisté de la comédienne Maia Simon, l'actualité récente est venue rappeler à chacun, aux professionnels de santé comme à l'ensemble de notre société, qu'il n'est plus possible de se soustraire à cette réflexion sur les enjeux éthiques de l'intentionnalité suicidaire quand celle-ci semble dissociée de toute psychopathologie évidente et qu'elle s'inscrit en dehors de tout contexte de crise.

La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » précise bien dans son article L. 1111-4 que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». En conséquence, « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». Parmi les moyens mis en œuvre, l'information est évidemment primordiale. Le rapport « Du droit au consentement au droit au refus de soins », adopté par le Conseil national de l'Ordre<sup>38</sup>, rappelle que tout refus de soins doit être analysé « pour en comprendre la réalité, les raisons, voire les représentations irrationnelles de ses éléments, et cette analyse est le premier temps d'une reformulation de l'information initiale pour s'efforcer de convaincre ».

---

38. Voir J.-J. BOUQUIER, « Du droit au consentement au droit au refus de soins », Rapport adopté lors du Conseil national de l'ordre des médecins des 29 et 30 janvier 2004, publication en octobre 2004.



Ce même rapport souligne que le refus peut trouver son origine dans « une angoisse bien habituelle vis-à-vis de la maladie, vis-à-vis des examens nécessaires, ou (dans) une appréhension tout à fait légitime vis-à-vis de la thérapeutique et de ses effets secondaires. Il peut s'agir aussi d'un état dépressif plus ou moins prolongé lors de l'annonce du diagnostic ou d'une sidération psychique qui ferme l'esprit à toute décision (...) ». L'évaluation psychiatrique et l'investigation psychologique sont, dans ce contexte, particulièrement importantes. Elles visent à évaluer les contraintes psychologiques ou psychiatriques qui pourraient faire obstacle au plein exercice de l'autonomie de la décision. Certains auteurs insistent sur la difficulté qu'il y a en général à qualifier d'actes autonomes l'expression d'une volonté de mourir<sup>39</sup>. Pour d'autres, pourtant<sup>40</sup>, « les conditions effectives de l'exercice de l'autonomie ne sont jamais idéales. Nos décisions ne sont jamais pures de composantes émotionnelles (comment déciderions-nous ?), nous sommes tous pris dans des réseaux de dépendance affective, nous pensons tous à partir de représentations socialement partagées et de valeurs communes ; ces données font partie des conditions dans lesquelles s'exerce notre pouvoir d'auto-détermination. Des contraintes réelles peuvent bien sûr s'exercer sur notre volonté de l'extérieur (manipulation psychologique, violence physique) ou de l'intérieur (maladie mentale, choc émotionnel violent), mais toute influence ne représente pas toujours une entrave à l'exercice de l'autonomie (...). Notre liberté n'est pas affaire de tout ou rien mais de degré. Et il est légitime de penser que certaines des personnes qui choisissent la mort font cette requête librement ».

En admettant que cette proposition soit recevable, en l'absence d'une altération évidente des capacités à exercer un choix autonome du fait de la contrainte interne que constituerait l'existence d'une psychopathologie avérée, le refus de toute prise en considération de la demande du patient au nom du principe de bienfaisance ne semble alors plus défendable. La qualité de l'évaluation psychiatrique est, dans ces situations, tout à fait

39. Voir E. D. PELLEGRINO, « Les fausses promesses de l'homicide par bienfaisance », dans A. BONDOLFI, F. HALDEMANN, N. MAILLARD (éd.), *La Mort assistée en arguments*, Genève, Éd. Georg, coll. « Controverses en éthique », 2007, chap. 5.

40. A. BONDOLFI, F. HALDEMANN, N. MAILLARD (éd.), *op. cit.*, p. 1-419.

déterminante, puisque c'est sur elle que reposera pour une bonne part la mise en évidence des contraintes ou limites potentielles de l'exercice d'un choix autonome. Pourtant ce constat n'entraîne en pratique que peu de possibilités de contrainte aux soins. Et la souscription à la demande du patient au motif du respect des principes d'autonomie et de bienfaisance crée nécessairement une tension chez les professionnels de santé, tout engagés qu'ils sont au service du maintien de la santé et du respect de la vie. La loi du 22 avril 2005 relative aux « droits des malades et à la fin de la vie » précise bien à son article 6 que « lorsqu'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix ». Ce même article ajoute que, dans ce cas, « le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L.110-10 du code de la santé publique », c'est-à-dire en recourant aux « soins palliatifs (définis comme) des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire (qui visent) à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». Cet encadrement légal et réglementaire est d'importance capitale pour les équipes de soins, car il est de nature à limiter la tension éthique créée par la demande d'arrêt des soins. De fait, la mention par la loi de la nécessité de recourir aux soins palliatifs dans ce contexte rappelle que l'accompagnement du patient en fin de vie, loin d'être un abandon, reste une démarche médicale active, requérant des compétences propres au bénéfice d'un respect de la qualité de vie et de la dignité du patient.

Il n'en demeure pas moins que l'expérience, par les équipes médicales, des limites de leur savoir, de leur pouvoir à servir un idéal d'amélioration de la santé, du maintien de la vie ou de la qualité de vie, est toujours douloureuse et nécessite la réalisation d'un travail de deuil à l'élaboration duquel aident parfois les équipes de consultation-liaison de psychiatrie. Dans ce contexte, la dépénalisation du suicide médicalement assisté et plus encore de l'euthanasie active, constituerait une mise en tension majeure des valeurs et des pratiques des soignants, une violence même, proportionnelle au niveau d'implication active

que requièrent, de la part des soignants, l'une et l'autre de ces modalités de fin de vie. Cette violence est inhérente à la nature même de la question posée, l'intentionnalité suicidaire interrogeant par la violence faite à soi-même jusqu'à l'extrême finitude de la mort. Violence, aussi, de la question posée par l'absence de réflexion préalable sur les réponses à apporter, par l'absence de préparation aux éventuelles évolutions des représentations, des valeurs et pratiques qu'imposerait une pression sociale croissante autour d'une demande de médicalisation de la mort volontaire telle qu'elle existe déjà dans plusieurs pays occidentaux. De fait, dans les pays où la pratique en est dépénalisée, les demandes d'assistance médicale au suicide sont fréquentes. Une enquête récente menée en Suisse romande auprès de plus de 1 600 médecins révèle ainsi que 30 % des praticiens ont été confrontés à une telle demande<sup>41</sup>. Des hôpitaux généraux et des institutions de long séjour y ont défini des conditions très restrictives de mise en œuvre de suicides médicalement assistés. Pourtant, malgré ces tentatives d'encadrement strict, chaque demande reste éminemment problématique pour les équipes de soins, le travail multidisciplinaire et de soins palliatifs se révélant le plus à même de limiter l'inconfort généré par de telles demandes, sans jamais pourtant faire oublier qu'on ne peut jamais être tout à fait prêt à répondre à une telle demande qui nous confronte chaque fois au même sentiment d'être démuni, impuissant<sup>42</sup>.

La psychiatrie est aujourd'hui au cœur de nombreux débats qui mettent en jeu son identité, les limites de ses pratiques et de ses compétences. La demande croissante d'un rôle de contrôle social qu'illustre la pression sur les injonctions de soins psychiatriques en matière de comportements violents, la psychiatrisation et la psychologisation croissantes du deuil et de la mort, et la demande toujours plus forte de reconnaissance des droits des victimes qu'accompagne le développement des structures d'urgences médico-psychologiques ou de victimologie, en sont

41. Voir S. BURKHARDT, K. WYSS, « L'assistance au suicide en Suisse : la position des médecins », *Revue médicale suisse*, n° 3, 2007, p. 3137.

42. Voir G. WAEBER, C. ODIER, C. FOPPA, J. B. WASSERFALLEN, M. VANNOTTI, C. MAZZOCATO, « Physician-Assisted Suicide in University Hospital : Are We Ready? », *Revue médicale Suisse*, n° 3, 2007, p. 2454-2460.

autant d'illustrations. Dans ce contexte, notre discipline doit prendre part à la réflexion collective sur les questions éthiques majeures que posent, entre autres, les différentes formes d'expression de l'intentionnalité suicidaire, en lien avec les autres disciplines médicales avec lesquelles elle travaille au quotidien à l'évaluation et à la prise en charge des patients suicidants. L'enjeu est de ne pas laisser l'intervention psychiatrique, en la matière, se limiter à la seule expertise clinique relative à la présence ou à l'absence de psychopathologie avérée, mais également d'aider chacun des acteurs, patient, famille, soignants, à repérer, et supporter la part d'ambivalence, d'ineffable et d'imprévisibilité à laquelle confronte toujours l'intentionnalité ou le comportement suicidaire, et plus généralement tout comportement humain.

*Vincent Camus,  
Florence Dubois-Carmagnat,  
Natacha Péru, Isabelle Suzanne,  
Marc Fillatre*

Clinique psychiatrique universitaire,  
CHRU de Tours