

[texte](#)

[article](#)

Assistance médicale au suicide : quelle position pour le psychiatre??

"Comme il est du devoir de n'importe quel médecin de soulager, il est du devoir du psychiatre de reconnaître la dépression et de la traiter pour soulager son patient."

Par: Françoise Chastang, Psychiatre, CHU Côte de Nacre, Caen, Espace de réflexion éthique de Basse-Normandie, EA 1610, université Paris Sud / Michel Walter, Professeur des universités, psychiatre, CHU, Brest / Cécile Omnes, Psychiatre, Centre hospitalier Charcot, Plaisir (78), Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) / Jacques Vedrinne, Psychiatre, université de Lyon /

Publié le : 05 Février 2015

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Fichiers

- [Fin de vie, la vérité du soin 2014 \(2.52 Mo\)](#)

Poursuivre la réflexion

Désespoir et ambivalence

Les conduites suicidaires et l'AMS ont en commun désespoir et ambivalence. Au moment où la France s'engage dans une réflexion citoyenne sur la fin de vie, il est nécessaire pour les psychiatres exerçant dans la prévention du suicide de préciser leurs réflexions sur l'assistance médicale au suicide (AMS), acte qui mobilise autrui tout en laissant à la personne la responsabilité de l'acte final.

Le désespoir est alimenté par la perte d'estime de soi, la perte anticipée de la vie ou la perte

du sentiment de dignité. L'AMS comporte une dimension ambivalente, car elle concerne non seulement le demandeur, mais aussi le médecin qui délivre le produit mortifère, et se situe au-delà d'une «*autonomie*» revendiquée, d'une «*liberté*» assumée.

Comme il est du devoir de n'importe quel médecin de soulager, il est du devoir du psychiatre de reconnaître la dépression et de la traiter pour soulager son patient. La clinique psychiatrique est plus complexe que la seule reconnaissance d'un état dépressif qui peut être associé à un autre trouble mental ou à une autre pathologie mettant en jeu le pronostic vital. Par ailleurs, la dépression peut multiplier par 4 les demandes d'AMS chez les patients cancéreux.

L'Assistance médicale au suicide pour raisons psychiques et existentielles sera sans doute le grand défi des années à venir. En Suisse, 16 % des AMS sont en rapport avec des demandes existentielles¹. Pour certains², l'AMS doit être étendue, comme au Benelux, aux patients présentant des troubles psychiques chroniques avec d'intolérables souffrances psychiques, des symptômes difficilement gérables et une qualité de vie moins bonne que celle des patients cancéreux. Or les troubles mentaux sont susceptibles d'altérer l'autodétermination en modifiant la vision du monde alors pathologiquement différente des valeurs habituelles. Nier cette vulnérabilité serait méconnaître leur réalité psychique et reviendrait à ne pas prendre en considération les motifs inconscients de leur demande.

Bien qu'il soit difficile d'estimer la dimension clinique de la demande d'AMS, l'évaluation par un psychiatre devrait être systématique voire même répétée dans le temps³.

Un moyen paradoxal de communication inconsciente dirigée vers l'autre

Considérer cette demande⁴ comme recevable au nom des grands principes moraux comme le respect, la liberté et la dignité, revient à en ignorer les ressorts inconscients. La réelle violation des Droits de l'homme n'est pas dans ce «*respect de la volonté et de la liberté*» pouvant aller jusqu'à un «*droit à la mort*», mais dans le court-circuit de la parole et dans l'omission d'en dégager le sens en lien avec des facteurs psychologiques sous-estimés. L'AMS s'inscrit dans une temporalité du patient avec une possible réversibilité de la demande. Cette demande implique le patient, son entourage, le médecin et le législateur et leurs mécanismes de défense inconscients.

Éthiquement, légiférer sur l'AMS nécessite de déterminer comment un médecin peut participer à la prévention du suicide et être impliqué dans l'AMS. Légiférer renvoie au contrôle des autres et de leur destin, à la maîtrise des angoisses citoyennes, et propose une conduite générale à des histoires singulières et émouvantes qui demandent une écoute et une attention particulière du cœur et de l'esprit.

1. Steck N, Junker C, Maessen M et al. *«Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study»*. *Int J Epidemiol* 2014, 1-9, doi : 10.1093/ije/duy010.

2. Hewitt J. *«Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debat?»*. *Int J Law and Psychiatry* 2013, 36, 358-365.

3. Pignon B, Rolland B ; Jonas C et al. *Place de la psychiatrie dans le suicide médicalement assisté*. *Rev Epidémiol Santé Publique* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2014.09.003>.

4. Muskin PR, *«The request to die. Role for a psychodynamic perspective on physician assisted suicide?»*, *JAMA*, 279, 1998, 323-328.

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire