

22/02/2012 – Colloque « Prévention du Suicide : soins ou contrôle ? »

Intervention du Professeur Jean-Louis Vincent, Chef du Service des Soins Intensifs de l'Hôpital Universitaire Erasme

Du suicide à l'euthanasie, quand accepte-t-on la demande de fin de vie ? Jusqu'où peut aller le droit au suicide ? Le point de vue du réanimateur

Merci beaucoup aux organisateurs de m'avoir invité à participer à cette réunion très intéressante. Nous allons effectivement essayer de combiner la médecine de l'esprit et la médecine somatique. Mais vous savez, en soins intensifs (ou en « réanimation »), nous sommes amenés à traiter des personnes dans leur ensemble et loin de nous l'idée de séparer la tête et le corps.

Quand on parle de suicide, on doit bien entendu considérer une multitude de situations. Il ne s'agit pas seulement d'une personne qui était bien sur le plan somatique et qui développe une dépression et qui dans ce contexte a envie de mettre fin à ses jours. Il y a beaucoup de cas qui sont effectivement plus somatiques ; beaucoup de situations dans lesquelles le patient voit une maladie arriver ou évoluer, et qui appréhende un avenir qui lui laisserait une qualité de vie trop limitée.

Et donc de ces éléments-là aussi nous devons discuter. Et j'en parlerai plus que de la dépression chez la personne qui par ailleurs n'a pas d'autre maladie plus proprement somatique.

Dans ce propos, j'en arriverai à certains moments à parler du droit au suicide, du droit à la mort. Ce sont des termes que j'utiliserai. J'espère ne pas heurter quiconque dans la salle : je vais peut-être étonner certaines personnes, mais mon intention n'est certainement pas de vous heurter en aucune manière.

Alors, si vous voulez, on peut arriver aux conclusions très vite en disant que, puisque je suis ici pour parler du réanimateur - ou urgentiste, car la limite entre les deux est relativement ténue –, je vous dirai qu'en principe, face à une tentative de suicide, on met *tout* en jeu pour tenter de sauver la vie de la personne. En règle générale, c'est ce que nous allons faire : foncer, appliquer les règles de la réanimation, éventuellement faire un massage cardiaque pour faire repartir le cœur s'il est déjà arrêté, intuber la trachée pour oxygéner la personne, on va perfuser, on va donner des médicaments. On va de manière générale tout faire pour tenter de sauver la vie, pour bien entendu réévaluer la situation ultérieurement, en particulier avec nos confrères psychiatres. Alors, vous demanderez : « Mais c'est vraiment dans tous les cas ? » - Oui, vraiment, même si la personne de toute évidence en arrive au terme d'une vie qui « vaut la peine d'être vécue », même si cette personne a laissé un mot écrit – car on ne va pas commencer à lire le papier et à commencer à interroger tous les proches ou l'entourage, parce que si après cela on décidait quand même de réanimer, on aurait perdu de précieuses minutes. Et je ne dois pas faire un dessin sophistiqué pour qu'on comprenne que dans les situations d'urgence, il faut agir rapidement, sans essayer d'interpréter un mot, qui n'envoie d'ailleurs pas toujours un message clair ; le mot peut avoir été écrit dans un moment de dépression, le mot peut même avoir été écrit par quelqu'un d'autre (si les intentions étaient criminelles), on peut tout imaginer !

Alors effectivement on pourrait commencer par la situation de la jeune personne déprimée, par un chagrin d'amour par exemple, et qui a pris beaucoup de médicaments. Cette situation-là est assez simple, assez claire sur le plan éthique. D'abord, ça sera peut-être simplement un « appel à l'aide ». Mais même si la volonté est de se suicider, il est clair qu'après cette réanimation, quand la personne se réveille, on pourra faire beaucoup avec l'aide des psychiatres et on espère bien que cette envie d'en finir ne se répétera pas.

Mais on pourrait arriver à un autre extrême. On pourrait imaginer la personne âgée, qui commence à perdre un peu la mémoire. Et effectivement, les tests ont montré que c'était un Alzheimer débutant. Et cette personne vient de perdre son conjoint. Et elle vit seule. Et elle a des problèmes financiers. Elle est sur le point de se faire mettre à la porte de sa maison... Il y a un moment où on pourrait se dire... effectivement. Mais d'abord, avant d'analyser tous ces éléments-là, ça va prendre un certain temps. Et puis finalement même dans ce cas-là, il y aura peut-être encore quelque chose à faire. Contrairement à ce que beaucoup pensent, ceux qui ont une maladie d'Alzheimer ne sont pas nécessairement malheureux. Il ne faut donc pas nécessairement tout arrêter parce que la personne a un Alzheimer débutant. Et dans ce contexte familial, surtout dans le contexte social, on pourra peut-être intervenir quelque part, peut-être quelque peu l'améliorer, y compris le contexte financier peut-être avec des assistants sociaux etc. Bref, je ne voudrais pas arriver à un message négatif, même dans cette situation extrême d'une personne arrivée en fin de vie disons avec une qualité de vie précaire.

Mais même, reprenons notre jeune personne qui a ce chagrin d'amour tel que la plupart d'entre vous et moi l'ont connu quand nous étions jeunes; nous avons appris à quel point on peut être déprimé. Et effectivement les idées suicidaires pourraient apparaître. Il est clair que chez ces jeunes, les tentatives de suicide sont souvent des appels à l'aide, c'est souvent les comprimés de calmants qu'on prend et puis on appelle le copain ou une ambulance juste après. Il ne s'agit pas de dédaigner ça, il ne s'agit pas de dire : « Oh tout ça ce n'est qu'un appel à l'aide ». Non, non, pas du tout. C'est évidemment à prendre très au sérieux. Mais nous avons parfois malheureusement des situations qui sont beaucoup plus graves et vous les connaissez bien sûr. C'est des situations de récurrences, dans un contexte de dépression, qui n'est plus exogène – de type « chagrin d'amour » – mais endogène : « Qu'est-ce que je fais » ? Question existentialiste qui peut évidemment arriver jusqu'à la mélancolie. Je me souviens d'un de ces cas, une jeune fille d'une vingtaine d'années qui là, à la X^{ième} récurrence a tenté de se pendre et est arrivée chez nous presque pendue, avec des lésions cérébrales tellement importantes que malheureusement, il n'y avait aucun espoir de récupérer une activité cérébrale un tant soit peu satisfaisante. On a donc été amenés à arrêter nos interventions thérapeutiques qui devenaient de l'acharnement thérapeutique. Et je me souviens de la résignation des parents qui ont pensé qu'effectivement dans cette situation-là, arrivés à ce stade, malheureusement c'était l'échéance, parce qu'ils ne voyaient plus d'autre option, quel que soit l'amour qu'ils portaient à leur jeune fille.

Ceci nous montre que finalement, face à la diversité des situations qui peuvent mener à la tentative de suicide, il faut évidemment a priori tenter de se battre pour les

prévenir, mais il y a des cas où, malheureusement, quels que soient les progrès de la médecine, quels que soient les traitements, allant peut-être jusqu'aux électrochocs (comme on les pratique dans les cas extrêmes dans notre institution et dans d'autres institutions), finalement la maladie psychiatrique devient là trop importante et finit par l'emporter.

Tout à l'heure, dans la discussion précédente, j'avais entendu le terme « d'envie de mourir ». Eh bien je ne crois pas, moi, à l'envie de mourir. Je crois à « l'envie de ne plus vivre ». C'est-à-dire que je pense que certaines personnes ne veulent plus vivre cette vie telle qu'ils la connaissent. Personnellement, je peux me tromper bien sûr, mais j'ai quand même rencontré beaucoup de personnes qui exprimaient cette volonté de « ne plus vivre », même s'ils disent parfois : « Je veux mourir ». La distinction peut paraître un peu sémantique mais elle ne l'est pas vraiment, car l'approche est tout de même assez différente. Parce que « je veux mourir »... Pourquoi voudrait-on mourir ? Qu'est-ce que la mort peut apporter ? Même le plus croyant ne croit plus beaucoup au ciel – de toute façon la religion interdit le suicide, si bien que ce n'est pas un bon moyen d'arriver au ciel. Donc même pour le plus croyant, ce n'est pas vraiment une issue. Et pour d'autres ? C'est le trou noir. Qui a envie d'un trou noir ? Par contre, « je ne veux plus de cette vie », ça c'est important. Parce que ça nécessite alors une analyse. A la question : « Pourquoi ne plus vivre ? », parfois la réponse c'est : « Je souffre trop ». Ah ça c'est important, parce que pour le « Je souffre trop », la médecine d'aujourd'hui peut faire beaucoup. Si c'est une souffrance physique, on a quand même des moyens thérapeutiques modernes pour empêcher les gens de souffrir, quelle que soit leur maladie. Si c'est une souffrance morale, on pourra certainement faire quelque chose, avec l'assistance de psychologues, psychiatres, etc. Et puis encore une fois, en revoyant toute la situation environnementale du patient. Donc c'est un élément sur lequel on peut dans la plupart des cas travailler.

Je vais revenir dans un instant à la loi sur l'euthanasie, qui parle de « souffrance intolérable, etc. ». Bien sûr, la souffrance doit être évitée à tout prix, mais dans la grande majorité des cas, on peut encore faire quelque chose pour soulager les souffrances, qu'elles soient morales ou physiques. Si c'est « je perds ma dignité », ça devient plus difficile, mais c'est encore jouable malgré tout. Cela peut être une personne cancéreuse qui a eu une chimiothérapie, qui a perdu ses cheveux, qui a beaucoup maigri à cause de la maladie etc. Ou bien ça peut être des événements plus sociaux ou financiers. Mais on pourra peut-être intervenir, avec l'aide des proches, de la famille, des amis, ou encore une fois d'assistants sociaux ou d'autres personnes pour tenter malgré tout de faire quelque chose à ce niveau. Mais si ça devient : « J'en ai assez », ce sont des situations qui sont là plus difficiles à gérer, surtout lorsqu'il s'agit de maladies d'évolution assez avancée, pour lesquelles la prise en charge médicale devient difficile.

Mais tout homme, tout être humain, a priori tient à la vie. Il ne faut pas beaucoup d'arguments pour défendre cette affirmation. C'est tout simplement l'évolution humaine, et l'évolution animale qui nous précède qui fait que ceux qui ont survécu sont ceux qui ont tout fait pour préserver la vie. Nos ancêtres qui ont pu protéger leur propre existence sont ceux qui ont pu mettre au monde des petits par rapport aux autres qui en tenant moins à la vie n'ont pas eu l'occasion de procréer et donc ainsi été

voués à l'extinction ; c'est la simple évolution des choses. Exactement comme le vertige est tout à fait adaptatif. Pourquoi est-ce que vous avez le vertige ? Parce qu'il y a eu une mutation ; ceux qui n'avaient pas peur du vide sont plus facilement tombés dans le précipice et n'ont pas pu procréer, au contraire de ceux qui avaient peur du vide. C'est bien d'avoir le vertige, c'est normal, ça fait partie de notre héritage. Il faut y penser ! Et je vais y revenir dans un instant quand on parlera effectivement de directives anticipées, ou cela pourrait concerner le petit mot expliquant l'intention du suicide. En fait, quand on est vraiment très près de la mort, il y a cette réaction ancestrale qui revient et qui fait que nous nous raccrochons encore à la vie : « Non, non, attendez quand même, j'hésite un peu ». Et donc quand vous avez en face de vous une personne dans un état très grave et quand vous expliquez la situation, vous pouvez, même si la personne n'a pas l'occasion de s'exprimer, vous pouvez lire la réponse dans son regard, parce que c'est une réponse universelle : « Docteur, si j'ai une chance donnez-la-moi, si je ne l'ai plus, laissez-moi partir ». Celui qui peut s'exprimer, c'est exactement ce qu'il dira. Et si la personne ne peut plus s'exprimer, c'est ce que les proches diront aussi :. Si mon papa (ou ma maman, ou mon frère, ou mon enfant), a une chance d'en sortir « oui, oui, oui, faites tout ». Mais si ça devient de l'acharnement thérapeutique, si ce n'est plus qu'apporter de la souffrance et rien d'autre, alors « arrêtez là ».

Donc il est tout à fait naturel d'avoir cette approche vis-à-vis de l'extrême fin de la vie. Si vous avez des personnes extrêmement déprimées qui ont déjà fait trois tentatives de suicide qui se trouvent dans un avion en difficulté, quand le pilote dit : « Oh là, là je vais essayer d'atterrir en catastrophe », je pense que tout le monde dans l'avion est pris de panique ! Et je ne pense pas qu'il y en ait un qui soit souriant dans l'avion en disant : « Ah ça c'est chouette, c'est sympa, moi j'avais envie de mourir, ça tombe bien » ; ça me semble difficile à concevoir. Et donc a priori alors, les idées suicidaires traduisent une situation pathologique. Par contre, si on en arrive à une situation de fin de vie liée à une maladie extrêmement difficile à vivre, extrêmement pénible, là peut-être qu'il y a des éléments qui deviennent plus forts que cette tendance naturelle à vouloir malgré tout rester vivant. C'est-à-dire que si la souffrance l'emporte, si la qualité de vie devient vraiment trop faible, il y a un moment où ce n'est plus nécessairement maladif de dire : « Je préfère en finir parce que je ne veux plus de cette vie-là ». Et je pense personnellement – mais je présume que la plupart d'entre vous seront d'accord avec moi – que la vie m'appartient quelque part, que la vie nous appartient. Et les idées religieuses, « la vie appartient à Dieu », sont quand même un peu dépassées. Aujourd'hui, on parle de plus en plus de principe d'autonomie : « C'est ma vie, je veux la prendre en charge et je veux moi-même assumer mon existence ». Et on entend de plus en plus les gens dire : « Je veux aussi participer finalement à cette décision du moment exact de ma mort ».

Vous savez, je peux vous parler un peu de soins intensifs. D'abord, dans les unités de soins intensifs, le taux de mortalité n'est pas si élevé que certains d'entre vous le croient. Souvent les gens pensent à 20, 30, 40% de mortalité. Et bien non, c'est moins de 20%. C'est de l'ordre de 15% de mortalité. Notre service à Erasme, c'est un grand service – c'est le plus grand service de l'hôpital d'ailleurs –, qui a cinq unités, il y a 200 personnes qui y travaillent, pour plus de 3.000 admissions par an. Donc ça fait si vous

voulez un peu plus d'un décès par jour. C'est vous dire que nous sommes confrontés tous les jours au décès. Mais ce qu'il faut savoir c'est que dans les services de soins intensifs, dans la grande majorité des cas, en fait dans plus de 90% des cas, c'est nous qui décidons le moment exact du décès du malade. Forcément, puisqu'on a ces machines, on peut continuer la ventilation mécanique artificielle, on peut donner des médicaments qui soutiennent le cœur, on peut épurer les reins, etc. Et donc le moment exact du décès dans 90% des cas c'est nous qui le déterminons. Et quand je dis « nous » ce n'est évidemment pas seulement un médecin qui dit : « voilà, le moment est venu ». Non, c'est le team : On insiste beaucoup sur l'approche d'équipe en soins intensifs. Et avec les proches, avec la famille, qui font partie de cette équipe. Tout cela doit évidemment se discuter. Et il ne faut pas précipiter les choses. Je ne crois pas que ça soit vraiment mon sujet ce matin, si bien que je ne vais pas m'appesantir là-dessus. Mais avec la médecine moderne, quand on regarde tous les décès en Belgique, le nombre de décès qui sont précédés par une décision médicale (soit de ne pas appliquer un traitement, soit d'arrêter un traitement), et bien on se trouve à un tiers des décès, selon des études réalisées par nos amis néerlandophones, surtout de la VUB et publiées dans les meilleurs journaux (« The New England Journal of Medicine », « The Lancet »...). Dans un tiers des cas le décès a été inopiné donc on n'aurait rien pu faire. Et dans un tiers des cas seulement la mort est survenue malgré tous nos efforts...bon. Donc, avec la médecine moderne, dans un tiers des cas de décès il y a eu une intervention médicale qui a mené soit à ne pas appliquer un traitement, soit à aider la personne à mourir avec des calmants, que ce soient des morphiniques ou d'autres agents. L'euthanasie là-dedans représentant vraiment une très petite minorité de cas bien entendu. Je parle de l'euthanasie telle qu'on la définit dans la loi, c'est-à-dire l'euthanasie demandée et signée.

Donc la médecine moderne peut sauver beaucoup de personnes. Et ceci peut mener d'ailleurs à des questions assez intéressantes. A la pause la question a été soulevée « quels sont les médicaments qu'on pourrait utiliser si on voulait vraiment se tuer ? » Mais la plupart d'entre vous savent qu'il y a eu des livres à ce sujet, comme « Suicide mode d'emploi ». Ces livres ont eu un certain succès. Et ils ont fait changer d'ailleurs le profil des types de suicides en Angleterre ou en France d'ailleurs. En France, ça a été les dérivés de la quinine. En Angleterre, ça a été plutôt le paracétamol, qui est un bêta antidouleur ou antipyrétique (pour combattre la fièvre), qui n'est pas très anti-inflammatoire mais qu'on peut avoir en vente libre. Et si on prend quelques boîtes, la toxicité est une toxicité hépatique. Donc on va tout faire pour sauver la personne concernée mais quelques jours plus tard, si la personne a pris beaucoup de comprimés, on va voir apparaître une insuffisance du foie. On ne peut pas vivre sans foie ; c'est une situation qui mène à la mort, sauf si on pratique une transplantation hépatique. Et donc la question sera alors : « Est-ce que nous allons pratiquer cette transplantation hépatique oui ou non à cette personne » ? Si c'est vraiment une idée suicidaire répétitive et que la personne ne veut plus vivre, de toute façon on ne pourra pas transplanter. Parce que si elle ne se prend pas bien en charge, la personne ne prendra pas les médicaments antirejet qu'il faudra prendre ultérieurement et elle ne va pas se traiter pour les infections qui risquent d'arriver, puisqu'on est immunosupprimé après une transplantation d'organe. Quel serait donc le résultat de

cette énorme intervention, la transplantation hépatique, avec des problèmes de justice distributive, le nombre d'organes étant limité. Si vous donnez un foie à une personne, l'autre ne l'aura pas. Ce sont des questions éthiques qui sont extrêmement complexes. « Est-ce que je vais donner ce foie à cette personne oui ou non ? » C'est toute une réflexion qu'il faut avoir, et qui montre encore les limites de la médecine, des questions qui vont vraiment très loin par rapport à ce qu'on a connu ne fût-ce qu'il y a une trentaine d'années où les transplantations hépatiques n'étaient pas couramment pratiquées comme aujourd'hui.

Tiens, avant la pause, j'étais intéressé par cette question de prisonniers qui demandent explicitement qu'on les tue. Cette question me semble extrêmement intéressante parce que si on peut effectivement disposer de son propre corps et si effectivement comme on l'a entendu, dans les prisons on fait vraiment tout pour empêcher le suicide, finalement c'est une demande d'euthanasie : « S'il vous plaît tuez-moi, je ne peux pas me suicider, je ne peux pas me prendre en charge, et bien tuez-moi ». Enfin bon on va sans doute y revenir dans la discussion tout à l'heure. Parce que je trouve ces questions éthiques extrêmement intéressantes.

Et j'avais une question éthique qui m'a interpellé dans ce contexte. : celle qui a concerné un condamné à mort aux Etats-Unis. Je suis contre la peine de mort ; je ne suis pas ici pour défendre la peine de mort, je suis contre, mais j'adore les questions éthiques. Imaginez celui qui est là dans le couloir de la mort, qui ne sait pas quand il va être tué. Ce sera peut-être seulement dans quelques mois, car comme vous le savez, beaucoup doivent attendre un bout de temps. Que répondre à celui qui à ce moment-là demande le suicide : « je voudrais bien qu'on m'aide à me suicider ». C'est une question éthique intéressante. Mais une question encore plus pratique, parce que celle-là s'est posée et elle vient à propos dans ma réflexion, à propos de la transplantation hépatique chez celui qui a pris des comprimés de paracétamol ou d'acétaminophène (c'est le nom américain). Eh bien pour cette personne, pour celui qui est condamné à mort, la question a été soulevée d'une personne qui avait une insuffisance hépatique, une hépatite qui a mal évolué, et la question était : « Est-ce qu'on peut faire une transplantation hépatique à cette personne ? Est-ce qu'on peut faire une transplantation hépatique à un condamné à mort » ? C'est compliqué non ? Parce que a priori vous pouvez dire : « Condamné à mort, mais la sentence n'est pas appliquée, donc on ne sait jamais ce qui peut se produire. » Et il faut effectivement soigner tout le monde de la même manière, qu'on soit face à un homme d'état, un industriel richissime ou un écrivain célèbre, ou qu'on soit face à un criminel, en médecine, nous devons les traiter tous de la même manière. Mais d'autre part, si on transplante, au moment où il semble aller mieux, c'est le moment où on va appliquer la peine de mort. On peut toujours reprendre le foie vous allez dire mais enfin c'est un peu bête d'aller rechercher le foie qu'on vient de transplanter. Donc sur le plan éthique c'est une question que je trouve extrêmement intéressant.

Alors je voudrais dire un tout petit mot malgré tout de l'assistance au suicide. Parce que je pense qu'il y a des situations dans lesquelles on pourrait arriver à l'assistance au suicide. Nous avons en Belgique une loi sur l'euthanasie, beaucoup disent : « Oh bien, nous avons réussi, bravo » ! Je n'ai jamais été un grand supporter de cette loi, qui ne

concerne qu'une toute petite minorité des problèmes de fin de vie. On arrive maintenant à un millier de cas par an. Mais qu'est-ce que c'est un millier de cas par an par rapport aux 150.000 décès par an que nous avons dans notre pays ? Et il ne faut pas que l'arbre cache la forêt parce qu'au contraire cette loi rend la situation plus difficile pour ceux qui voudraient qu'on mette fin à leurs souffrances et qui ne seraient pas dans la possibilité de signer un document. Je peux vous dire que beaucoup de nos collègues intensivistes en particulier dans les hôpitaux plus petits, qui n'ont pas l'assurance de discussions élargies à un staff plus important comme dans un hôpital académique, qui ont peur en disant : « attention, je ne peux pas aider cette personne à mourir, parce que je ne suis pas dans les critères de la loi ». Bref, on n'est pas ici pour parler de la loi sur l'euthanasie. Ce que je voudrais seulement c'est faire passer une question, que j'ai fait passer à ceux qui étaient les grands avocats de la dépénalisation de l'euthanasie – j'ai été fort impliqué dans toute cette discussion. Ils me disaient : « Non, il n'est pas question d'aide au suicide, c'est hypocrite ça, ce serait dire au malade « vous n'avez qu'à le faire vous-même », non, non, vous êtes médecin, c'est vous qui devez aider la personne à mourir, donc nous allons faire une loi sur l'euthanasie pratiquée par le corps médical ». Mais si vous vous souvenez des arguments qui avaient été avancés, c'étaient des cas qu'on citait de personnes qui, sinon, prenaient n'importe quoi comme médicaments et se retrouvaient malades mais qui ne mouraient pas pour autant, ou bien, beaucoup plus brutal, des personnes qui pourraient se jeter du quatrième étage parce qu'elles sont dans une souffrance terrible et qu'elles préfèrent se suicider dans des conditions abominables alors que l'euthanasie pourrait être une solution. Mais moi je n'en suis pas convaincu. Je pense qu'il y a un moment où si la personne pense que la fin de vie est la meilleure option pour elle, parce que la qualité de vie devient trop mauvaise, je ne vois pas pourquoi si cette personne est capable de le faire, elle ne commettrait pas le suicide elle-même plutôt que de dire : « S'il vous plaît, tuez-moi d'une mort douce ». Pourquoi est-ce que la personne ne pourrait pas elle-même avoir ce geste ? Comme vous le savez le droit au suicide existe en Suisse, dans certains états américains et australiens, encore une fois dans des conditions qui sont évidemment réglementées et contingentées. Mais je pense qu'il y a un moment où, un peu comme cette jeune fille que je citais au début qui en arrive à sa X^{ième} tentative de suicide et qui va aboutir dans une institution psychiatrique où on l'empêchera sans doute de se suicider mais où elle risque de rester jusqu'à la fin de ses jours, ou bien cette personne qui ne veut vraiment plus vivre avec cet Alzheimer et en étant seule avec tous ses problèmes etc., est-ce qu'il n'y a pas, plutôt que de dire : « Signez ici et on appliquera une euthanasie », est-ce qu'il n'y a pas un moment où il faut reconnaître qu'effectivement c'est peut-être l'option la moins déraisonnable pour cette personne ? Et donc c'est vrai que vous allez me dire la jeune fille qui en est à sa X^{ième} tentative et puis qui répète des essais de pendaison... Comment est-ce qu'on voit les choses sur le plan pratique ?

Je me souviens d'un cas qui m'a fort frappé quand j'étais tout jeune spécialiste, à Erasme. Et nous avons eu un de ces cas d'une jeune personne qui avait fait des tentatives de suicide à répétition. Et on l'a une fois de plus sorti de là mais en se demandant ce qu'elle allait devenir. Elle est montée en psychiatrie, et le lendemain on l'a retrouvée pendue à un radiateur (pas bien haut, mais comme vous le savez, il ne faut pas nécessairement avoir quelque chose de bien haut pour se pendre). J'ai été

fort secoué, ébranlé psychologiquement par cette histoire. J'en ai parlé à nos collègues psychiatres qui m'ont dit : « Mais oui, qu'est-ce que tu veux, elle était dans un état tellement avancé que c'est peut-être pas plus mal que ça se soit passé comme ça ». J'ai été surpris de ne pas les voir plus émus par cette situation. Mais à la réflexion, je me dis que ce n'était peut-être pas déraisonnable de leur part à un certain moment de permettre à la personne de se suicider. Je vais quand même encore vous citer un cas qui illustre la distinction entre euthanasie et assistance au suicide ; qui revient à la notion suivant laquelle nous avons tendance à nous accrocher à la vie. Parenthèse, beaucoup de gens qui sont bien portants diraient : « Ah moi si j'étais quadriplégique, si j'étais paralysé jusque là, moi je ne pourrais pas vivre comme ça, non, non, je préférerais mourir ». J'ai tendance à dire ça aussi pour moi. Mais néanmoins, quand je soigne ces malades qui sont effectivement dans le cas, et quand je communique avec eux, ils n'ont pas nécessairement envie de mourir. Pensez même aux personnes qui ont un syndrome de « locked in », ces personnes qui sont enfermées en eux-mêmes, qui ne peuvent plus que bouger les yeux pour communiquer avec le monde extérieur, même si d'aucuns peuvent encore dicter un livre quand ils sont dans cette situation. C'est incroyable. Il existe même tout un réseau de ces patients, qui ne demandent pas nécessairement qu'on les aide à mourir. D'ailleurs c'est le Dr Steve Laureys à Liège qui a contribué à une de ces études. Enfin, je pourrais vous citer plein de cas. Je me souviens d'une personne âgée qui est tombée dans les escaliers, s'est retrouvée quadraplégique et son entourage m'a dit : « Mais vous savez, elle a toujours dit qu'elle ne voulait pas vivre comme ça, elle a toujours dit « je suis âgée, si jamais je devais être handicapée etc. ». Et puis j'ai le médecin généraliste au téléphone, qui me dit : « Qu'est-ce que vous faites là, elle a toujours dit qu'elle n'aurait jamais voulu cela et maintenant elle se retrouve paralysée ». Et j'ai dit à cette doctoresse : « Venez, on va parler avec elle ». Moi j'aime bien que le généraliste vienne dans le service de soins intensifs. Et effectivement cette charmante généraliste est venue. Ensemble nous avons interrogé encore cette personne âgée, paralysée. Et clairement, on n'est pas du genre quand même à tourner autour du pot, enfin on l'a fait avec tact, mais la question était claire : « Est-ce que nous continuons le traitement » ? « Oui ». « Donc vous préférez continuer à vivre même comme ça » ? « Oui ».

C'est pour vous dire que quelque part là, au fond de nous, il y a malgré tout toujours cet élément qui nous pousse à continuer à vivre quelles que soient les circonstances. Et donc je reviens à l'autre cas que je voulais vous citer, un cas dont nous nous souvenons très, très bien dans le service des soins intensifs, d'une personne qui était fort handicapée du côté des poumons, vraiment on avait beaucoup de difficultés à le sevrer du respirateur pour lui permettre de respirer tout seul. Qualité de vie qui était quand même mauvaise. Et il n'arrêtait pas de dire... qu'il n'en voulait plus. Alors on s'est dit « euthanasie, oui, non... ». Et à un certain moment j'ai dit : « Et bien on va mettre devant lui toute une série de comprimés et on va lui expliquer ». Et on a aligné une série de médicaments devant le patient en disant : « Ecoutez, maintenant, c'est votre choix. Vous ne devez pas signer de papier ou quoi que ce soit » – c'était d'ailleurs avant la loi sur l'euthanasie – mais même je n'ai pas besoin de ces papiers, la médecine humaine est une médecine qui se discute, on peut parler encore avec les gens, il ne faut pas leur demander des documents – « Vous avez là tous les comprimés devant

vous. Nous allons vous laisser seul, si vous voulez vraiment en finir, vous prenez ces comprimés ». Et effectivement nous avons quitté la chambre. Quand nous sommes revenus un peu après, les comprimés étaient toujours là. Nous avons rangé les comprimés et il n'a plus réitéré ses demandes. Terminé.

Donc la leçon, je pense, c'est que finalement il faut aborder la question, je crois qu'il faut en parler. Ma maman a presque 93 ans, je l'emmène encore tant bien que mal manger au restaurant le soir. Je l'ai fait hier soir. Et je lui dis : « Tiens, demain, je vais aller parler à propos du suicide ». Elle, elle me dit : « Ah oui, qu'est-ce qui faut faire pour se suicider » ? Je lui dis : « il y a plein de trucs pour se suicider ». « Ah et quels médicaments ? » – « Plein de médicaments ». Elle était absolument bien dans sa tête. C'est une sorte de manière d'exprimer que sa qualité de vie n'est pas très bonne. A 92 ans, elle très affaiblie et même si elle garde ses facultés intellectuelles, elle n'a plus d'amis, ils sont tous morts, elle n'a plus de famille de sa tranche d'âge, ils sont tous morts. Donc elle se sent vraiment très, très seule. Et c'est une sorte d'appel à l'aide que de dire : « Mais j'aimerais bien me suicider », elle me dit. Mais je dis : « Mais oui Mamy mais oui il y a plein de trucs pour se suicider mais ne fais pas ça ». Et je sais bien qu'elle ne le fera pas. Parce que quelque part, elle est un peu ambivalente dans son propos et quelque part, il y a toujours cette idée en elle « tant qu'il y a de la vie, il faut essayer de maintenir la vie ». Et donc je ne crois pas qu'elle en particulier va passer à l'acte. Pourtant elle vit seule, elle pourrait le faire si elle le voulait. Mais je ne crois pas qu'elle voudra vraiment. Mais ce n'est pas un sujet tabou. Et si ma maman avait effectivement un cancer fort avancé et si elle disait : « Ecoute maintenant je ne supporte plus tout cela », je vous promets qu'effectivement soit je ferais une assistance au suicide, soit je l'aiderais sans avoir fait signer un papier auparavant. Parce que je trouve que c'est le rôle du médecin d'aider son malade. Et pensons au médecin généraliste, le médecin de campagne d'il y a vingt ans, il ne faisait pas signer son malade quand il l'aidait par une injection de morphine en fin de vie. C'est la médecine d'aujourd'hui, il faut pouvoir accompagner les malades jusqu'au bout, jusqu'au dernier moment de leur existence.

Je pense que j'ai abordé toute une série de points, probablement pas tous ceux que je voulais aborder. Mais je vois que l'heure est passée. Je voulais peut-être terminer en insistant sur le fait que le but de la médecine, c'est d'apporter le bien-être au malade. Ce n'est pas moi qui le dit, c'est l'OMS – Organisation Mondiale de la Santé. Ce n'est pas pour rien que nous sommes appelés les « prestataires de la santé ». Médecins, psychologues, infirmiers, kinés, nous sommes les prestataires de la santé. La santé, au dictionnaire, c'est le bien-être physique et moral. Or, nous n'allons pas vivre indéfiniment. Il y a un moment où effectivement, il faut se rendre à l'évidence et se dire que si la qualité de vie devient insuffisante, il faut pouvoir mettre un terme à cette existence. Peut-être qu'il faudra à un certain moment alors qu'un médecin intervienne, soit pour prescrire des médicaments, soit en aidant plus directement, plus activement, par l'administration de morphine ou d'autres médicaments – ce que nous faisons évidemment très, très régulièrement dans les services de soins intensifs, mais que d'autres personnes peuvent faire aussi dans d'autres environnements moins sophistiqués, y compris le médecin généraliste.

Peut-être que dans certains cas le suicide doit nous amener à fermer les yeux. En prison, on ne peut plus le faire, on oblige les gens à continuer à vivre. Mais est-ce toujours tout à fait raisonnable ? Dans les institutions psychiatriques, même chose, on va tout faire pour empêcher que les gens ne se suicident. Mais il y a peut-être des cas où finalement il n'y a pas d'échappatoire, quand on est relativement bien portant comme Whitney Houston, on peut aller à l'hôtel et mettre la plaque « Don't disturb » sur la porte, et si on arrive à l'hôtel à midi, on sait qu'avec la plaque sur la porte, personne ne viendra avant le lendemain soir. Donc on sera trouvé effectivement bien mort dans son lit. On a parlé il y a quelques années d'un haut placé de l'armée qui a fait ça dans un hôtel de l'avenue Louise à Bruxelles. Mais effectivement celui qui veut vraiment se tuer, je pense qu'il peut le faire, il ne doit pas nécessairement sauter du quatrième étage ou du sixième étage (c'est mieux parce qu'au quatrième on peut encore réanimer). Il y a d'autres formes possibles pour arriver à la fin de sa vie. Mais je crois personnellement, étant « libre examinateur », que beaucoup de personnes, y compris moi, voudraient prendre leur fin de vie en main. Et la médecine moderne aujourd'hui permet dans la plupart des cas de le faire. Je pense que il faut pouvoir le faire, mais de manière tout à fait raisonnée. Et évidemment ce n'est pas la décision d'une seule personne ; il faut qu'il y ait un certain consensus dans l'environnement de la personne concernée. Mais le but de la médecine, c'est le bien-être de l'individu. Voilà, merci beaucoup.
