

De l'attitude face aux désirs de mourir: «Je voudrais mourir» ne signifie pas «Je veux me suicider»

Daniel Grob

Il est naturel que des personnes âgées et très âgées se préoccupent plus souvent de leur mort que les jeunes gens, tout particulièrement quand un problème de santé aigu frappe un corps déjà fragile et vulnérable. Des propos tels que «Docteur, je voudrais mourir» ou «Docteur, laissez-moi mourir» ne sont pas rares. Souvent ces personnes très âgées ne souffrent pas de maladies primaires susceptibles d'abrèger leur vie; elles souffrent de maladies chroniques et de leurs exacerbations et suites dues à leur grand âge (fractures après des chutes en cas d'ostéoporose; délires en présence d'une maladie cérébrale; pneumonie chez les patients atteints de BPCO; décompensation car-

plus guérir et de devenir dépendantes à plus long terme.

Les désirs de mourir peuvent aussi être la manifestation d'une *dépression*. Les dépressions dans la vieillesse sont très fréquentes et souvent ignorées par les médecins traitants; également les proches des personnes âgées dépressives sont souvent enclins à accepter un comportement dépressif (par ex. retrait de la vie sociale, manque d'initiative) comme un signe inévitable de l'âge. Il arrive souvent que les personnes âgées justifient leur désir de mourir par un sentiment d'«inutilité», de «nullité» respectivement d'être un «poids pour la société». La société tout

Le fait de verbaliser un désir de mourir peut aussi être une façon dissimulée de tester les réactions du médecin: me soutient-il ou m'abandonne-t-il?

diaque en cas d'insuffisance cardiaque, etc.). En même temps, il n'est pas rare que ces personnes soient seules (après le décès de leur conjoint, le départ de leurs enfants et souvent le décès de leurs amis). De ce fait, il est tout à fait compréhensible que dans une telle situation, à priori sans issue, une personne puisse exprimer le désir de mettre fin à ses jours.

Mais que signifie un tel propos venant d'une personne âgée qui, du point de vue médical, n'est pas en fin de vie et comment nous, médecins, pouvons nous réagir à une telle demande?

Dans un premier temps, le médecin a le devoir de rechercher, parmi les nombreuses raisons possibles, celles qui peuvent motiver une personne âgée à vouloir mettre fin à ses jours.

Les désirs de mourir sont souvent l'expression d'une profonde *fatigue de vivre* (dans le cas d'une «vie vécue») chez les personnes très âgées qui, souvent, ont perdu tous leurs amis et connaissances et parfois même – justement à un âge avancé – leurs propres enfants. Ces personnes ont vécu, au courant de leur longue vie, des hauts et des bas et doivent maintenant faire face à une maladie, un accident ou une dépendance croissante qui les confrontent à leur propre faiblesse, avec peut-être la perspective de ne

entière a aujourd'hui tendance à penser en termes de facteurs économiques; même dans les décisions médicales, les discussions autour des coûts sont omniprésentes. Le fait que des personnes âgées en arri-

En 2004, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) avait publié des directives et recommandations médico-éthiques concernant la «Prise en charge de patientes et patients en fin de vie». Diverses demandes adressées à la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM révèlent des cas isolés de pratiques indéfendables de l'assistance médicale au suicide, que ce soit avec ou sans la participation d'une organisation d'assistance au suicide. A cette occasion, la CCE rappelle dans une prise de position les critères formulés dans les directives et précise les conditions requises pour leur observation. La prise de position a été publiée le 14 mars 2012. De brefs «points de vue» publiés dans cette édition du BMS et dans quelques-unes des suivantes traiteront du thème de l'assistance au suicide selon la perspective personnelle d'un professionnel.

Correspondance:
Dr Daniel Grob, MHA
Médecin-chef de la clinique
de gériatrie aiguë
Stadspital Waid
Tièchestrasse 99
CH-8037 Zurich
daniel.grob[at]waid.zuerich.ch

vent à se vivre uniquement comme «facteur de coûts» révèle un vrai problème de société.

Mais parfois les désirs de mourir peuvent aussi être une sorte de «*jeu avec la mort*»: à un âge avancé, la réflexion au sujet de la mort est tout à fait normale – le désir exprimé de mourir est, dans ce contexte, une invitation du patient à parler de la mort. Mais le fait de verbaliser un désir de mourir peut aussi être une façon dissimulée de tester les réactions du médecin: me soutient-il ou m'abandonne-t-il? Puis-je voir en lui un allié qui se tiendra à mes côtés et m'accompagnera sur le chemin peut-être difficile qui m'attend?

alors important de rechercher ce qui se cache derrière cette représentation.

L'expérience personnelle de l'auteur montre que ce désir de mourir correspond (très) rarement à un désir de suicide. Il est tout d'abord l'expression de la préoccupation actuelle du patient avec sa propre finitude ou avec son état de santé. Si dans ce cas, le médecin sort précipitamment son ordonnancier pour prescrire le barbiturique (dans le sens d'une solution moderne et rapide du problème), il courrait le risque de faire une mauvaise interprétation des messages du patients – et donc d'agir de façon incorrecte du point de vue médical. Le médecin serait

Le fait de chercher ces solutions, de s'intéresser au patient et de l'accompagner sur son chemin est une mission médicale noble – mais probablement en travers de la tendance actuelle d'une prise en charge efficace mais fragmentée.

Il est extrêmement difficile de savoir quelle attitude adopter face à un désir exprimé de mourir. Les médecins sont tenus d'instaurer avec le patient un dialogue sur la mort qui exige des compétences élevées et beaucoup de temps; du fait de leur grand âge, il n'est pas rare que des décisions relatives à des analyses et traitements ultérieurs doivent également être prises.

Chez les patients gériatriques, tout particulièrement lorsqu'ils ont exprimé le désir de mourir, de telles décisions ne sont jamais (!) prises individuellement au chevet du patient – il s'agit de processus de décision qui exigent beaucoup de temps et de capacité de communication; dans toute la mesure du possible, les proches et les soignants doivent être intégrés au processus décisionnel.

Conclusion

Dans un premier temps, lorsqu'un patient âgé exprime le désir de mourir, ce n'est que parce qu'il s'imagine que la mort vaut mieux que la vie. Il est

alors, en même temps que son patient, victime de l'air du temps (économisé) qui condamne la médecine moderne à la rapidité.

Très souvent, il existe des solutions plus à même de satisfaire les souhaits des patients. Le fait de chercher ces solutions, de s'intéresser au patient et de l'accompagner sur son chemin est une mission médicale noble – mais probablement en travers de la tendance actuelle d'une prise en charge efficace mais fragmentée.

De nos jours, l'assistance au suicide est pratiquée (à l'encontre des directives de l'ASSM) chez des personnes âgées qui ne sont pas en fin de vie. Dans ces cas, le désir de mourir exprimé initialement a-t-il été interprété correctement et évalué minutieusement? Ou cette demande de suicide est-elle le résultat d'une évaluation économique de l'existence faite par le patient lui-même (et partagée par le médecin)?

Les problèmes de société ne se laissent pas résoudre avec un carnet d'ordonnances.