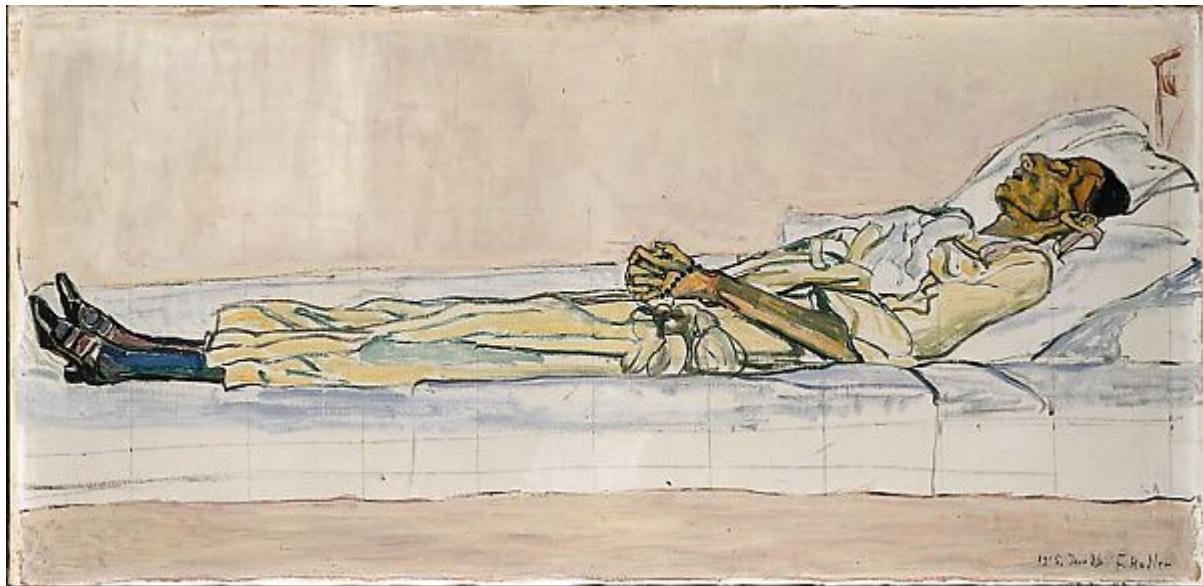


Un suicide, des suicides ? Réflexions sur l'aide à mourir et le suicide « ordinaire »



Hodler, 1914 - L'agonie de Valentine Godé-Darel



Vallotton, 1894

Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie
Journées scientifiques 2025

Dr Laurent Mchaud, PDMR
Médecin chef
Psychiatrie de liaison
Département de Psychiatrie CHUV
Lausanne, Suisse

REPRÉSENTATIONS – ASSOCIATIONS

- A quel(s) mot(s) vous fait penser l'assistance au suicide ?



REPRÉSENTATIONS – ASSOCIATIONS

- A quel(s) mot(s) vous fait penser le suicide non assisté ?



PLAN

- Contexte suisse
- Détour historique
- Suicide assisté ou non: une frontière si nette?
- Quelle position clinique ?

PLAN

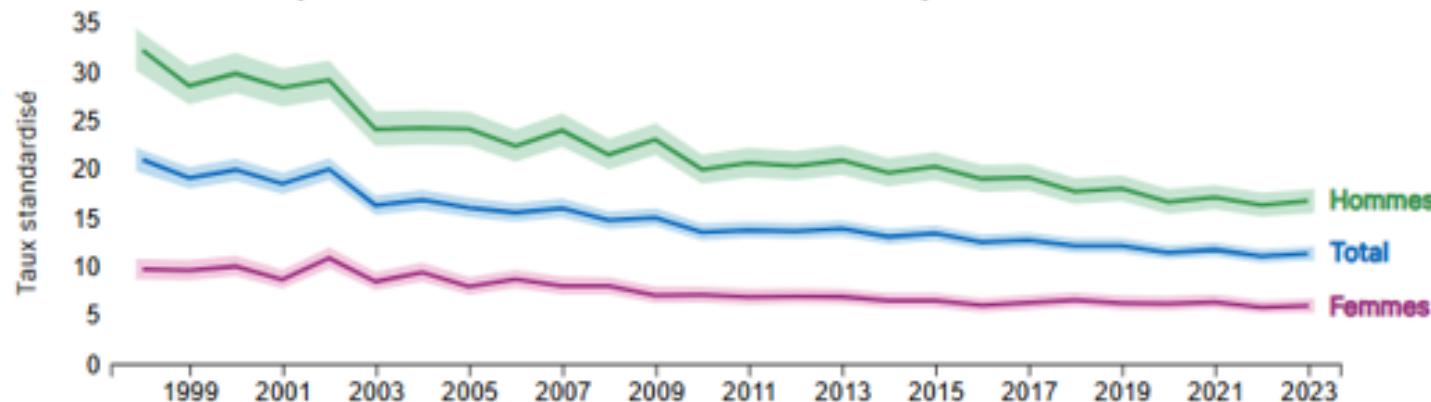
- Contexte suisse
- Détour historique
- Suicide assisté ou non: une frontière si nette?
- Quelle position clinique ?

INTRODUCTION CONTEXTE SUISSE

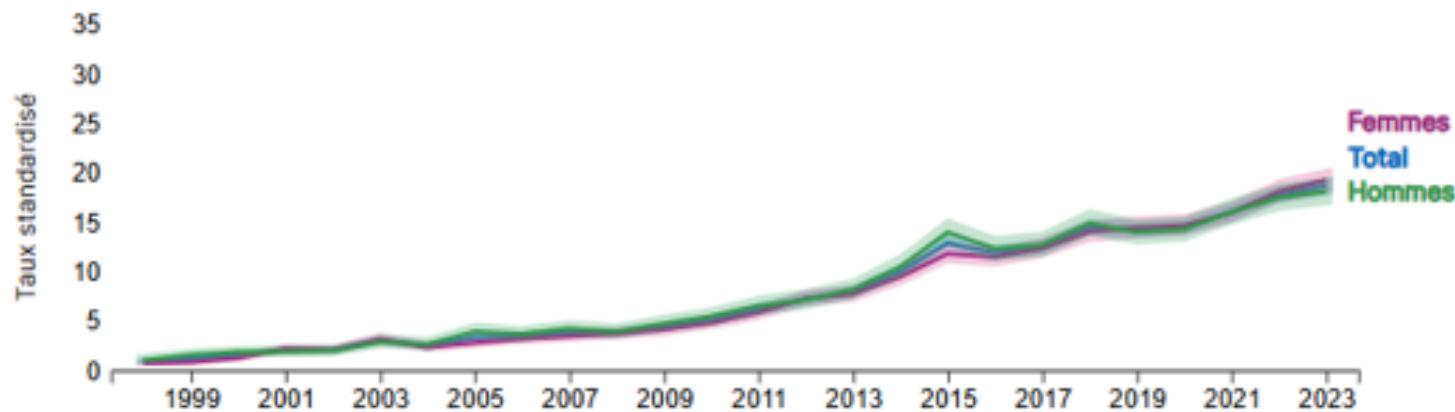
- Suicide assisté (SA) légal en vertu d'une ancienne disposition du code pénal
- « Démocratisation » du SA à partir de la fin des années '90, via sa « prise en main » par des associations militantes
- Débats vifs et conflictualité entre le monde des soins palliatifs (contre) et les associations
- Aujourd'hui, débat à l'intérieur des associations de soins palliatifs (Bigrorio 2022)

INTRODUCTION CONTEXTE SUISSE

Taux de suicide (sans les suicides assistés)



Taux de suicide assisté



PLAN

- Contexte suisse
- Détour historique
- Suicide assisté ou non: une frontière si nette?
- Quelle position clinique

DÉTOURHISTORIQUE DANS L'HISTOIRE, DES SUICIDES

- Avant l'apparition du mot suicide (XVII^e siècle), pas de terme unique
- Désignations variables selon les époques, les langues et les contextes :
 - mort volontaire -> intention
 - se donner la mort -> l'agent
 - mourir par désespoir -> l'affect
 - attenter à ses jours, homicide de soi-même -> la faute
 - mort par honneur -> la valeur morale
- Le geste est compris à partir de son contexte, de son motif, de sa valeur sociale, et on le qualifie moralement

DÉTOURHISTORIQUE LE MOT «SUICIDE»: UNTOURNANT

- On passe d'une pluralité de récits à une seule catégorie abstraite
- Cette unification a plusieurs effets
 - Le phénomène devient nommable, comparable, mesurable
 - Possibilités d'une réflexion morale générale, approche juridique, médicale, statistique, et plus tard prévention organisée
 - MAIS perte de nuances, différences de sens écrasées, gestes hétérogènes traités comme équivalents

DÉTOUR HISTORIQUE UNE OSCILLATION : LE SUICIDE FOU OU RAISONNABLE

- Les images du suicide, dans la culture de l'Occident, oscillent entre deux types extrêmes : d'un côté, le suicide accompli en pleine conscience, au terme d'une réflexion où la nécessité de mourir, exactement évaluée, l'emporte sur les raisons de vivre ; à l'opposé, l'égarement démentiel qui se livre à la mort sans penser la mort. Les deux exemples antithétiques pourraient se nommer Caton et Ophélie.



DÉTOUR HISTORIQUE DONC DEUX MORS VOLONTAIRES DIFFÉRENTES ?



PLAN

- Contexte suisse
- Détour historique
- Suicide assisté ou non: une frontière si nette ?
- Quelle position clinique ?

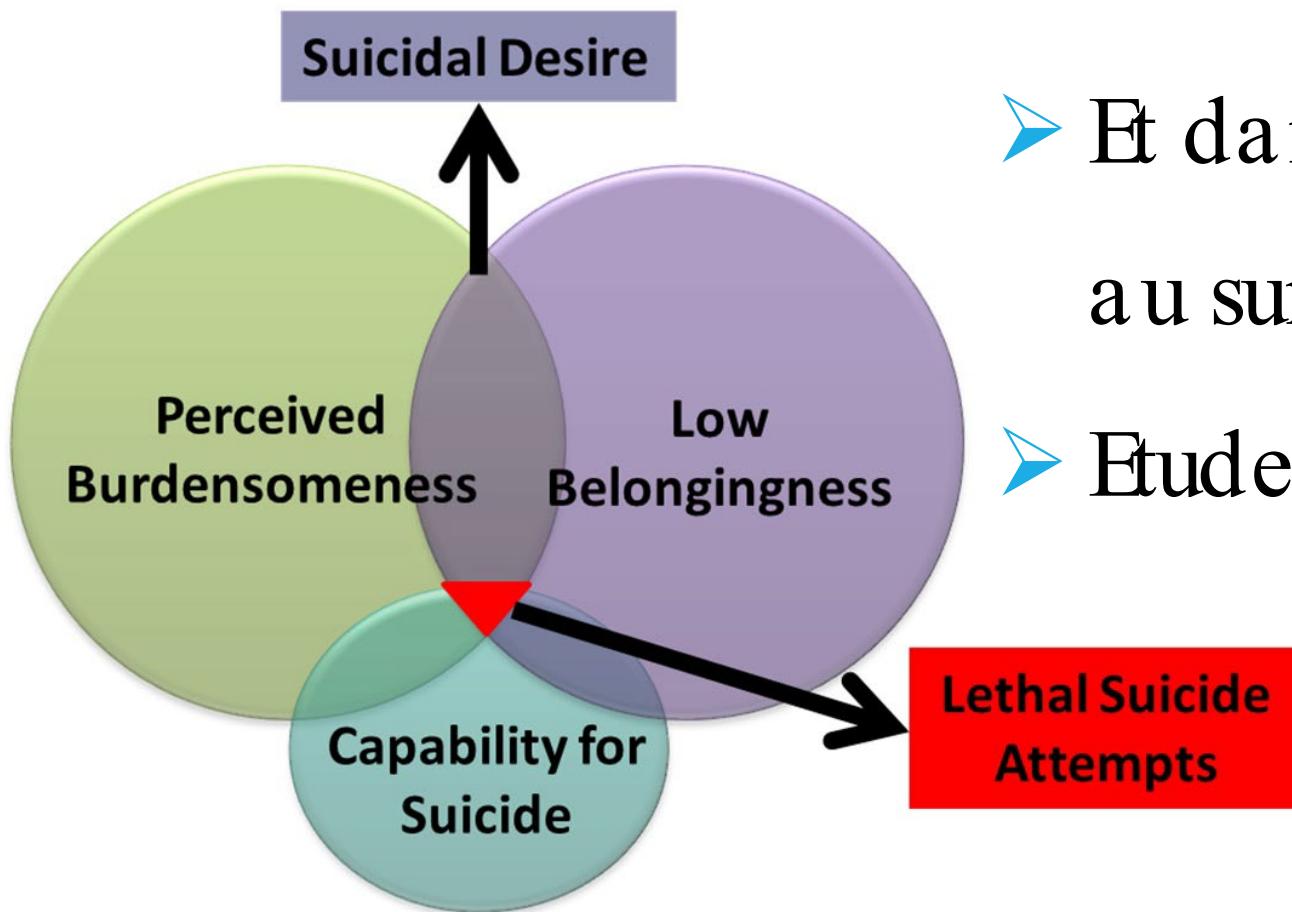
UNE FRONTIÈRE SI NETTE SOUFRANCE, MOTIVATIONS, SOCIODÉMOCRAPHIE

- Souffrance psychique, douleur chronique ou isolement social (SA vs SNA, Genève)
- Douleur physique/ psychique
- Isolement, divorce
- Antécédents suicidaires
- SA : plus éduqué·es, niveau socioéconomique élevé

UNE FRONTIÈRE SI NETTE? THÉORIE INTERPERSONNELLE

- La plus en vogue en suicidologie
- Manque d'appartenance «*Thwarted belongingness*»
 - solitude: « Je me sens déconnecté des autres »
 - absence de relations mutuelles bienveillantes: « Je n'ai personne vers qui me tourner »
- Lourdeur perçue «*Perceived burdensomeness*» (perception d'être un fardeau pour les autres)
- Capacité suicidaire acquise

QUEQUES THÈMES IMPORTANTS THÉORIE INTRPERSONNELLE



- Et dans l'assistance au suicide?
- Etude Lausanne

UNE FRONTIÈRE SI NETTE ? AMBIVALENCE ET CONFLITS INTRAPSYCHIQUES

- Dans la souffrance suicidaire, la personne cherche avant tout à mettre fin à une souffrance insupportable -> critère de l'ASSM pour la demande de SA
- Demandes de suicide assisté rarement univoques
- Affects intenses partagés : honte, peur, colère, culpabilité
- Pertes narcissiques et d'agentivité (être le sujet de son existence, reprendre le contrôle)

UNE FRONTIÈRE SI NETTE? L'ACCÈS ET LES MOYENS

- La disponibilité des moyens est un déterminant majeur des taux de suicide
- Cette disponibilité et l'acceptabilité dépendent de normes sociales, culturelles et légales
- Le SA est une modalité organisée d'accès à la mort
- Dans le cas du SA en Suisse, l'accès est en principe égalitaire mais dépend énormément du contexte socioculturel et de l'implantation des organisations d'aide au suicide

Nombre de cas par 100 000 habitants, taux standardisé

2019-23 ▶

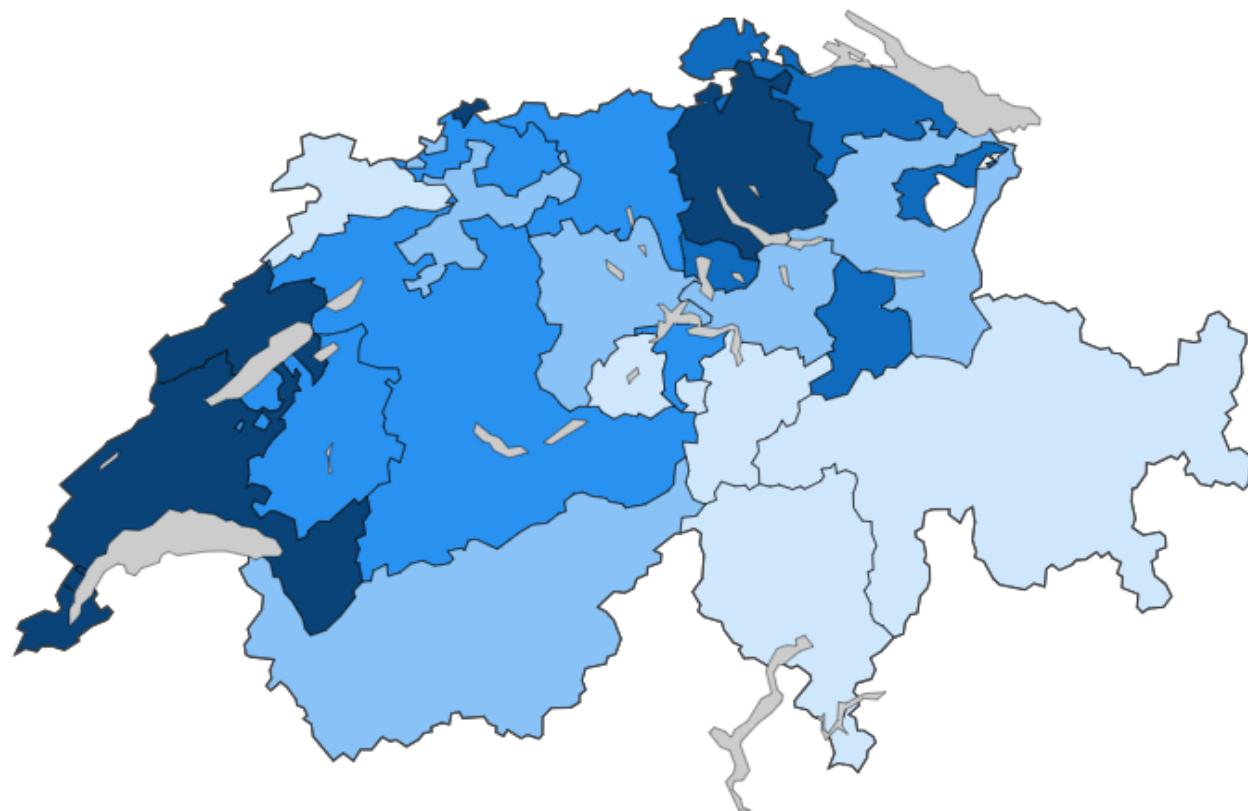
Total

Femmes

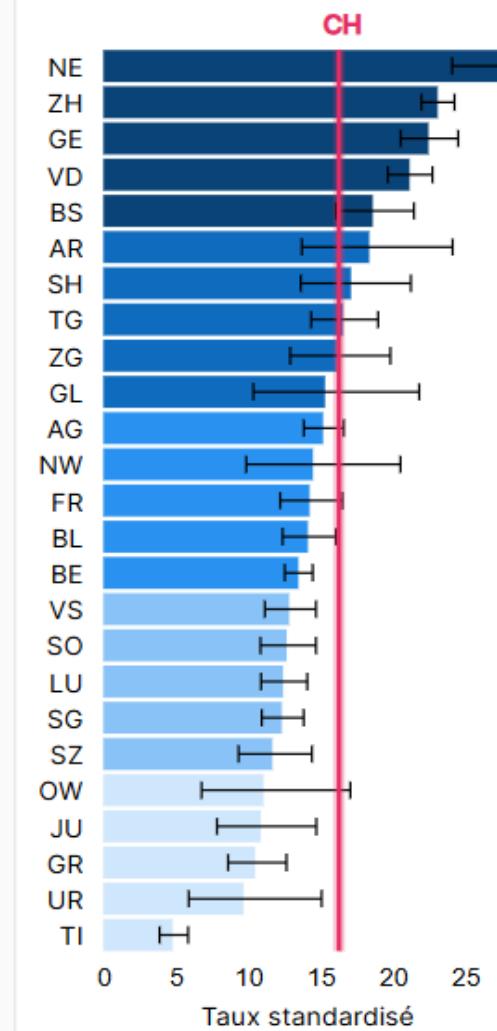
Hommes

Taux de suicide assisté

SUICIDE ASSISTÉ



Taux standardisé (en quantiles)



Taux standardisé

Nombre de cas par 100 000 habitants, taux standardisé

2019-23 ▾

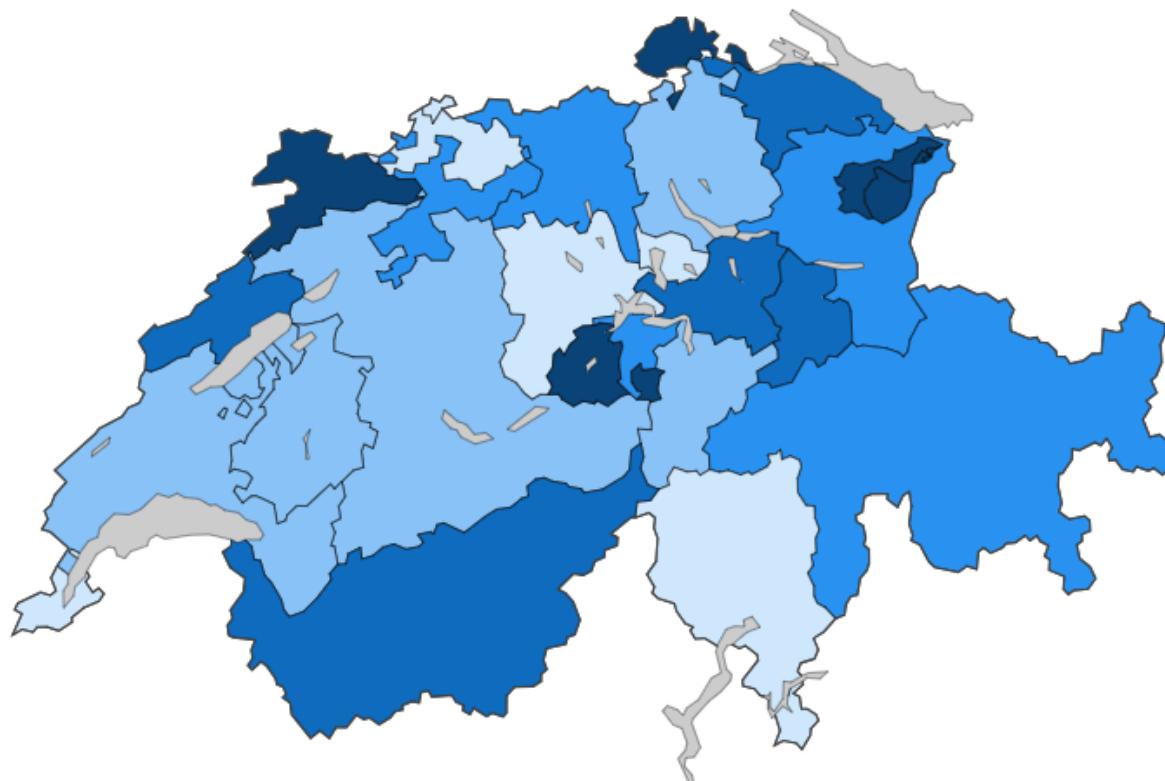
Total

Femmes

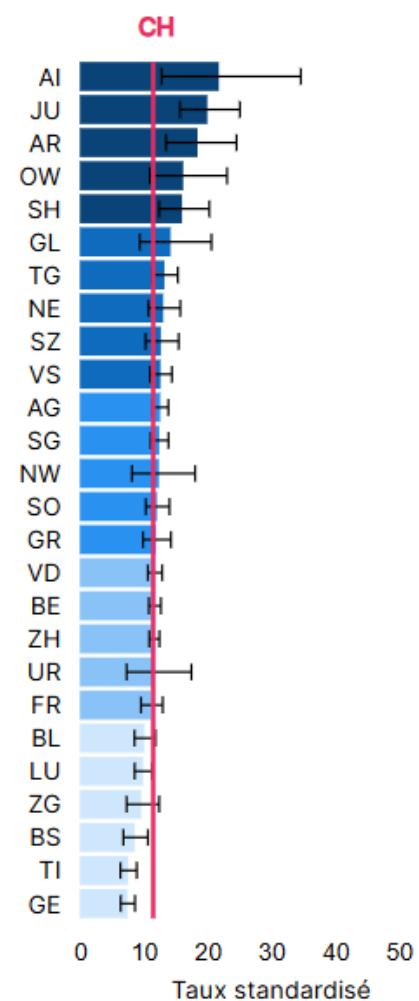
Hommes

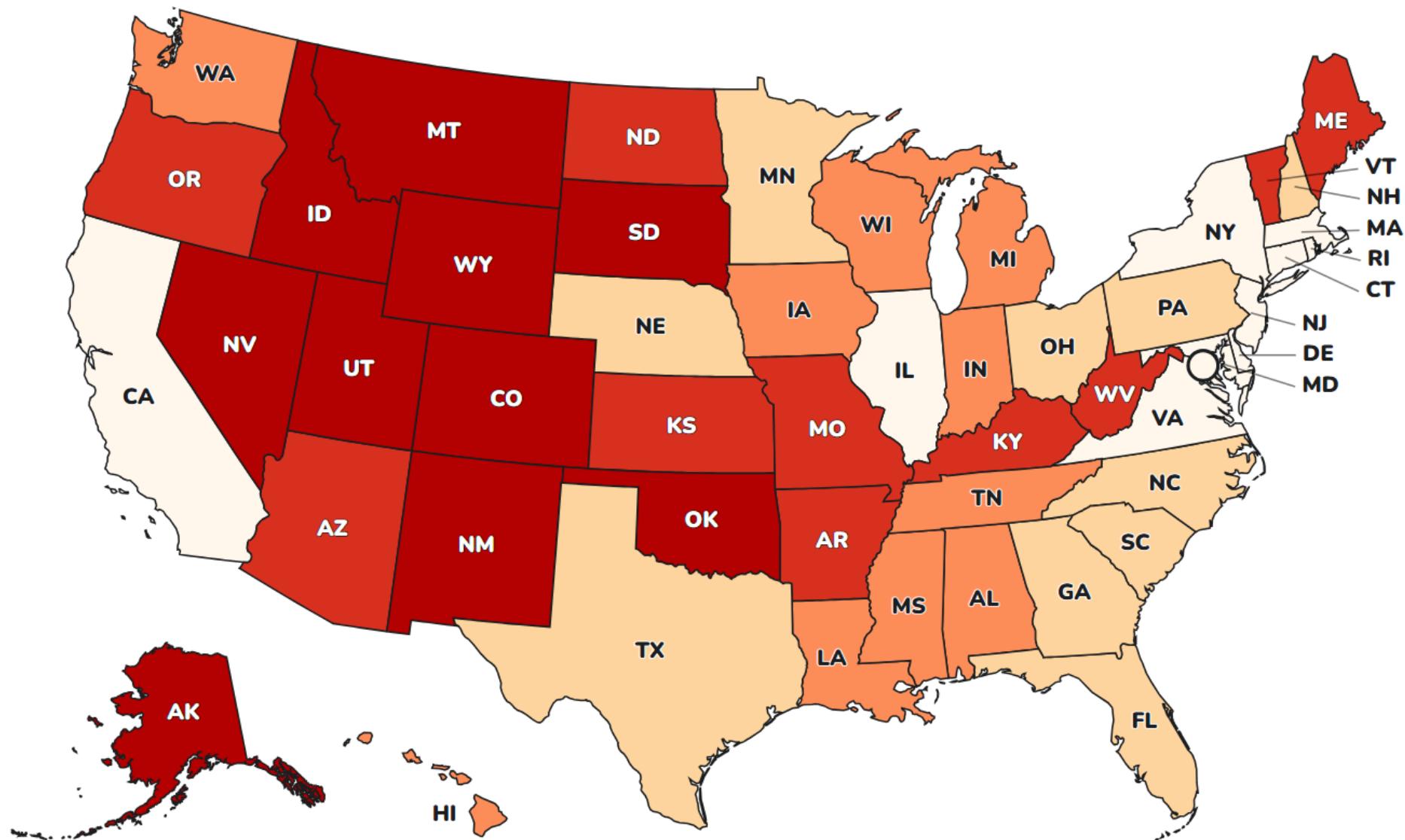
Taux de suicide (sans les suicides assistés) ≡

SUICIDE NON ASSISTÉ



Taux standardisé (en quantiles)





UNE FRONTIÈRE SI NETTE? EFFETS DE GENRE ET D'ÂGE

- SNA : 3–4× plus d'hommes versus SA : quasi parité
- La perte d'autonomie, de dignité, ou la peur de la dépendance sont fortement influencées par des normes culturelles et genrées
- Idéaux féminins de contrôle, de conformité et de non-prise de place pourraient rendre certaines femmes plus enclines à demander le SA
- Les personnes âgées sont susceptibles d'intérioriser l'idée que leur vie a moins de valeur une fois qu'elles ne sont plus « productives » ou autonomes



International Association for Suicide Prevention

There is a strong potential for overlap between what we consider to be suicide and euthanasia. End-of-life assistance (EaAS), particularly when EaAS is provided not at the request of the patient, can lead to those with chronic conditions for whom death is not requested. Research and clinical experience indicate that when a person has an

Il y a un grand potentiel d'équivalence entre le suicide et l'euthanasie/suicide assisté

À :

Commission euthanasie et psychiatrie – NVvP
À l'attention du Dr R.M. Marijnissen, Présidente

Division Neurosciences

Président de la division

Prof.dr. Jim van Os
Directeur médical et président

Tél. 088 755 70 44
J.J.vanOs-2@umcutrecht.nl

Copie à :

Conseil de la NVvP / Association Néerlandaise de Psychiatrie
À l'attention du Prof. Dr C.L. Mulder, Président

Adresse de visite :
Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht

Adresse postale :
Huispostnummer B 01.304
Kamernummer B 01.223
Postbus 85500
3508 GA Utrecht

www.umcutrecht.nl

Objet : Réponse au projet révisé de la ligne directrice NVvP sur la *Fin de vie sur demande*, 14 août 2025

Le 11 septembre 2025

Cher collègue, Radboud,

Comme vous l'aurez compris, un groupe de psychiatres membres de la NVvP éprouvent un profond malaise face à la pratique actuelle de l'euthanasie pour souffrance psychique aux Pays-Bas. Plusieurs

When is suicide a public health issue?

Tessa Jane Holzman ,¹ Julian Savulescu^{2,3}

- Legalisation de l'aide au suicide dans toute l'Australie - > Faut-il prévenir tous les suicides ?
- Plaide pour passer d'une approche Toute mort par suicide est évitable (Approche dominante: OMS, Zero Suicide Model) à une Prévention des mauvaises mort
 - Accompagnement intensif
 - Évaluation approfondie de la rationalité
 - Si volonté stable : assistance pour une mort sereine

PLAN

- Contexte suisse
- Détour historique
- Suicide assisté ou non: une frontière si nette ?
- Quelle position clinique ?

QUELLE POSITION CLINIQUE LA RENCONTRE CINIQUE EST SITUÉE

- Le désir de mort n'est jamais hors contexte
- Il s'inscrit dans un paysage de possibilités sociales
- SA et SNA ne sont pas des catégories cliniquement étanches

QUELLE POSITION D'INIQUE ? L'AMBIVALENCE : UN INVARIA NT

- Dans le SA et dans le SNA
 - Il n'y a pas de solution et trop de souffrance
 - Coexistence de désirs opposés
 - Intensité émotionnelle élevée
- Offrir, tant que faire se peut, un espace d'élaboration de cette complexité

QUELLE POSITION CLINIQUE ? ACCUEILLIR LES NVEAUX DES SOUFFRANCE

- Intrapsychique: conflits émotionnels profonds, blessures narcissiques, affects de honte ou de culpabilité
- Interpersonnel: dynamiques relationnelles avec l'entourage, sentiment d'être un fardeau et isolement social
- Societal: influences de l'âgisme, des représentations culturelles de la fin de vie et des normes sociales autour de l'autonomie et de la dignité

QUELLE POSITION CLINIQUE ? APPROCHE PALLIATIVE ...

➤ DANS LE SUICIDE ASSISTÉ

- Le soin ne se réduit pas à la guérison
- Travailler avec l'ambivalence
- Sortir de la logique de lutte
- Reconnaître la souffrance existentielle

➤ ET DANS LA CRISE SUICIDAIRE « ORDINAIRE »

QUELLE POSITION CLINIQUE MODERNE EN CONTRE

Reconnaitre la souffrance suicidaire de la personne

Reconnaitre les objectifs de la personne, ses ressources et son autonomie permet de s'ajuster à sa réalité et à ses possibilités. Il s'agit d'être le témoin de sa souffrance, de transmettre activement l'espoir et de ne pas chercher/proposer de solutions toutes faites. Dans une deuxième phase et pour les clinicien·nes, les outils comme le Plan de Crise Conjoint (PCC) sont utiles pour penser la suite de l'intervention.

Explorer le processus suicidaire et les moyens envisagés

Cette exploration permet de rejoindre la personne dans sa souffrance, souvent teintée de honte, de culpabilité, de peur, de colère, etc. et de l'aider à sortir de son isolement. Faire émerger, les idées, les plans, mais aussi leurs mises en action (e.g. gestes, achats, repérages de lieux, lettre), permet de mieux comprendre l'évolution dynamique et fluctuante du processus et, lorsque cela est possible, de limiter l'accès aux moyens en partenariat avec la personne et son entourage (et/ou la police).

Narrer l'histoire singulière

Il est préconisé de privilégier une approche narrative (« Racontez-moi avec vos mots l'histoire de votre tentatives/vos idées suicidaires ») sans attentes ni jugement. Cette démarche permet à la personne, avec le soutien de l'intervenant·e, de revisiter l'histoire de sa souffrance suicidaire et d'en co-construire une nouvelle compréhension.

Collaborer avec la personne et son entourage

La personne en souffrance suicidaire est considérée comme "l'experte" de sa propre histoire de vie et de ses propres actions. Une approche empathique et bienveillante est favorisée, en tenant compte de l'ambivalence entre le "désir de mort" et l'élan de survie. Avec l'accord de la personne, il est recommandé, de manière pro-active, d'informer et d'impliquer ses proches et son réseau.

Oser parler ouvertement et directement

Parler du suicide ouvertement et directement (en utilisant les mots suicide/suicidaire et pas des équivalents/péripthèses) c'est surmonter de nombreuses résistances de part et d'autre (e.g. préjugés, fausses croyances, représentations).

Ne pas rester seul·e face à la souffrance suicidaire

Être confronté·e à la souffrance de la personne peut engendrer des mouvements émotionnels intenses (e.g. contamination par le désespoir, sentiment de devoir résoudre les choses seul·e et agir, surimplication, rejet). Le recours à un tiers permet d'atténuer ces phénomènes.

Transparence comme principe guidant la rencontre et l'accompagnement

L'intervenant·e favorise, en s'appuyant sur ses propres compétences, une relation respectueuse, authentique et transparente, afin de transmettre un sentiment de confiance et de sécurité. Si l'accès au vécu de la personne en souffrance n'est pas possible, il est recommandé de s'appuyer sur un tiers pour favoriser la rencontre et, au besoin, convenir d'une attitude (e.g. accompagner la personne vers les ressources adaptées, orienter, rester à disposition). Les mesures de contraintes doivent respecter les procédures institutionnelles et législatives.

Restituer à la personne la synthèse de la situation et les risques globaux

Privilégier une formulation de la situation en collaboration avec la personne, qui vise à résumer les risques et les difficultés actuels qu'elle affronte et à les comprendre afin d'élaborer un accompagnement adapté. Les éléments singuliers qui ont participé à la construction du processus suicidaire (facteurs précipitants), les facteurs prédisposants et les facteurs protecteurs sont utiles pour comprendre la personne et la dynamique de sa crise mais ne permettent pas de prédire le passage à l'acte sur le plan individuel. Vouloir prédire le suicide peut affecter la qualité de la rencontre et l'alliance thérapeutique.

Évaluer les besoins et les ressources de la personne et son état clinique

Il s'agit de s'intéresser (en fonction des compétences de l'intervenant·e) aux besoins de la personne en lien à son état clinique (e.g. expression émotionnelle, humeur, agitation, symptômes psychotiques), mais aussi plus largement à son environnement (lieu de vie, profession, relations, ...) et de s'appuyer sur ses propres ressources et celles de son réseau primaire/secondaire, afin d'offrir un cadre soutenant et sécurisant. Pour les professionnel·les de la santé, l'exploration du processus suicidaire s'inscrit dans l'évaluation clinique globale et celle des besoins/ressources de la personne. C'est sur cette dernière et en tenant compte des éléments précités qu'une attitude peut être proposées.



CONCLUSION

- Les morts volontaires, rencontre d'une souffrance individuelle et de conditions sociales et culturelles
- Des cliniques sœurs et une logique clinique commune d'accompagnement de la personne
- Se dé focaliser de l'empêchement à tous prix du suicide

QUESTIONS & DISCUSSION