

Prévention du suicide. Rencontrer, évaluer, intervenir

Laurent Michaud, Charles Bonsack (dir. publ.)

CH-1225 Chêne-Bourg/Genève : Médecine et Hygiène, 2017 : 375 p.

Sur un sujet de grande importance clinique et de santé publique, près de 80 auteurs ont contribué à ce livre fourni, précis. Moitié de femmes et moitié d'hommes, attachés à des services du CHU de Lausanne pour deux tiers d'entre eux. La plupart sont psychiatres-psychothérapeutes, une trentaine d'autres disciplines : notamment psychologues, infirmiers, quelques médecins non-psychiatres. Huit parties comprenant 41 chapitres. La première présente le contexte global du suicide, la seconde le modèle de rencontre, évaluation et intervention utilisé. On différencie trois niveaux : la prévention universelle (visant toute la population), la prévention sélective (à l'endroit de groupes à risque) et la prévention dite indiquée (pour ceux à risque manifeste). Sont évoqués l'intervention scolaire, les programmes sentinelles (*gatekeepers*) formant des bénévoles ou des professionnels, la coopération avec les médias, la prévention situationnelle (limitation de l'accès aux moyens – considération majeure de santé publique, qu'il s'agisse de médicaments, d'alcool ou d'endroits qui se prêtent au suicide – et bien sûr, si nous étions aux USA, il faudrait limiter drastiquement la disponibilité des armes à feu). Les auteurs insistent sur l'importance d'inscrire programmes et mesures dans une stratégie globale et dans la durée – ce qui implique d'anticiper les obstacles et les enjeux financiers et d'obtenir un soutien politique au meilleur niveau.

Les parties suivantes abordent chacune une problématique spécifique : Suicide et... périodes de la vie... problèmes de santé... dispositifs de soins. Puis on traite des possibles déterminants sociaux et politiques et de postvention – pour limiter la récurrence ou la contagion : impact du suicide auprès de l'entourage, chez les proches, les professionnels, en milieu scolaire. Parmi les sujets moins « classiques » : suicide et... spiritualité, formation, incarcération, migration, LGBT, violence contre autrui, addiction (à des substances, aux jeux de hasard et d'argent) ; dans les troubles du comportement alimentaire ; en périnatalité.

Chacun de ces chapitres (chacun « pièce d'un large puzzle ») s'organise selon la même structure : 1) vignette clinique ; 2) que faut-il savoir (point sur les connaissances) ; 3) comment rencontrer et évaluer ? (particularités de la situation clinique présentée) ; 4) comment intervenir ? (ce qui est efficace ou l'est moins) ; 5) à quoi être attentif ? (notamment, erreurs à éviter) ; 6) le suivi/l'issue de l'histoire présentée.

Dans la préface (de deux universitaires, du Québec et de Lyon) : « Dans chaque cas, le lecteur est confronté à une situation spécifique qui lui montre la prévention en mouvement, de l'impasse d'une souffrance insurmontable à l'ouverture d'un chemin qui préserve la vie ». « Il nous est aisé de faire partager notre enthousiasme. Ouvrage homogène et plein de vie, avec une colonne vertébrale robuste (...) Le lecteur est sensibilisé à la vulnérabilité suicidaire, telle qu'elle apparaît aux professionnels de la santé et du social (...) Les auteurs partagent le même référentiel d'évaluation, en distinguant le risque, l'urgence et la dangerosité suicidaires – langage commun de transversalité ».

Une question – en toute humilité : dans un ouvrage sur la prévention, il est logique que les cas présentés se terminent habituellement bien, ou pour le moins permettent d'espérer une stabilisation. Aurait-il été pertinent/utile de discuter des situations où des efforts compétents d'aide et de prévention n'ont pas rencontré le succès ? (cela est fait partiellement à propos de postvention).

À noter enfin que le dernier chapitre traite du suicide assisté. Présentation basée sur l'expérience professionnelle et humaine de l'auteur, factuelle, non-jugeante, équilibrée quant aux enjeux éthiques et pratiques que pose cette problématique.

Jean Martin

Penser la fin de vie

Jacques Ricot

Rennes : Presses de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), 2017 : 347 p.

Jacques Ricot a enseigné la philosophie à l'Université de Nantes et est actif dans la formation de professionnels de santé ; auteur de plusieurs ouvrages en rapport avec la fin de vie, l'euthanasie, le suicide. Ce dernier livre est une somme différenciée sur des thèmes qui vont de la condition humaine à la déontologie et la pratique médicales – y compris obstination déraisonnable, soins palliatifs. Décrit les modèles français et britannique de l'autonomie. Ses derniers chapitres traitent de la « tentation de l'euthanasie » et de la notion polysémique de dignité (à ces sujets, on laisse entendre que ceux qui admettent l'euthanasie voudraient en faire un droit opposable, ce qui n'est pas le cas – cela resterait un accord entre « partenaires » d'accord d'y procéder).

La France et d'autres pays. Le propos de Ricot est marqué par les positions majoritairement affirmées en France, mais on doit apprécier le réel intérêt qu'il montre (bien qu'elles le laissent perplexe) pour les déterminations différentes dans d'autres pays et cultures – généralement considérés comme civilisés et/mais qui acceptent l'assistance au suicide – Suisse – et même l'euthanasie – Benelux. L'auteur s'éloigne de ce qui peut rester paternaliste en médecine en se ralliant à la déontologie renouvelée maintenant établie dans les textes. Il rappelle que le secret médical n'est – bien sûr – jamais opposable au patient et souligne que « mentir n'est jamais justifié ni éthiquement, ni thérapeutiquement ». Est évoqué un texte connu de 1950 de Louis Portes, alors président de l'Ordre national des médecins, dont Ricot dit : « Le paternalisme qui suinte à travers les expressions utilisées nous est devenu inaudible, l'inégalité qui s'affiche sans fard, au prix d'une infantilisation du malade... ». Et, sous le titre « Les méfaits du dolorisme » : « Les médecins ont parfois pensé que l'héroïsme du patient face à la douleur lui octroyait une énergie efficace (...) Ces théories, jamais validées, ont vécu ».

Autonomie(s). « La France offre un modèle, presque chimiquement pur, d'une préférence pour un régime de protection des individus contre les dérives éventuellement nuisibles de l'exercice de leurs libertés » (...) L'autonomie est la soumission à une loi rationnelle universalisable » (chassez le paternalisme, reviendrait-il au galop ?). Plus loin : « Pour l'essentiel, dans le contexte culturel anglo-saxon, on privilégie l'indépendance de l'individu par rapport à la soumission à une loi ». « En dernière instance, qui juge du caractère utile du traitement ? C'est le patient, dont la volonté doit être respectée ».

Consentement et directives anticipées vs. bienveillance. « L'insistance sur le recueil du consentement et l'irruption des notions de personne de confiance et de directives anticipées dans la législation sont des indices très éloquents de la modification de la relation qui voit le devoir de bienfaisance du médecin reculer devant le respect de l'autonomie du patient ». Correct. Mais l'auteur reste ambivalent : « Le soignant pourrait devenir l'instrument passif d'une volonté toute-puissante, celle du malade »... Pourtant, dans la préface, le Dr Jean Leonetti, rapporteur de la loi qui porte son nom, écrit : « Les auteurs et les témoins du soin ne peuvent que souscrire à cette phrase [de Ricot dans un autre livre] : "La compassion, dissociée de l'exercice rationnel, ne saurait être promue au rang de repère éthique, en particulier pour les situations de fin de vie" ».

Intentionnalité. Sur cette question, Ricot cite J.-C. Fondras et S. Rameix : « Comment juger si une sédation profonde, continue jusqu'au décès, est sédative ou euthanasique ? (...) Devant des effets secondaires problématiques (abrégé la vie du patient ou porter atteinte à son autonomie), la détermination de la véritable intention et de sa légitimité reste un point crucial ». C'est là qu'on peut ou même doit diverger. En effet, si la remarque ci-dessus est impeccable théoriquement, il paraît illusoire cliniquement de vouloir en faire un critère déterminant, aujourd'hui, dans les décisions au lit du malade en fin de vie – qu'on rappelle par exemple que plus de 80 % des décès survenant en soins intensifs font suite à une décision médicale. Dans de nombreuses situations, se fixer sur une appréciation de l'intentionnalité n'est pas vraiment pertinent, en tout cas si subjectif – qu'il s'agisse de l'acteur ou de l'observateur ; et dite appréciation n'est pas possible de la manière précise que voudraient les tenants de ce critère. De plus, aux côtés de déclarations de principes présentés comme non négociables, comment négliger le fait que personne ne conteste qu'il y a en France un nombre certain d'euthanasies qui ne disent pas leur nom – réalité tolérée, pour ne pas dire admise, par la société.

Ricot ne souhaite pas qu'une confrontation stérile perdure entre des positions « traditionnelles » (dont il reconnaît au reste qu'elles sont actuellement indéniablement bousculées, y compris parmi la population) et celles de pays libéraux. Il préférerait qu'on aille vers un dialogue ; s'il se fait sur des bases objectives, c'est une direction qu'on peut saluer.

Jean Martin