



ESPACE  
SENIORS

# *La prévention du suicide et le suicide assisté : une contradiction ?*

*(Analyse)*

## 1. Introduction

L'année passée, nous avons collaboré avec l'asbl Un pass dans l'impasse<sup>1</sup> (réseau associatif de Solidaris) sur la thématique de la « **prévention du suicide chez la personne âgée** ». En effet, nous avons observé que ce sujet n'était pas assez abordé et qu'il était important de continuer à sensibiliser le public. Notre projet s'est articulé autour de différentes actions : l'édition d'un dépliant intitulé : « Le suicide des personnes âgées : comprendre, prévenir, agir »<sup>2</sup>, la rédaction de plusieurs articles de sensibilisation au suicide de la personne âgée<sup>3</sup> et l'organisation d'une conférence et d'un colloque<sup>4 5</sup>.

Ce dernier s'est tenu le 10 septembre à Namur, lors de la journée internationale de la prévention du suicide. A cette occasion, des intervenants belges, québécois, suisses et français ont été invités à parler de la thématique de la prévention du suicide<sup>6</sup>.

Nous avons été interpellés par certaines personnes qui s'interrogeaient sur l'éventuelle contradiction entre les concepts « **prévention du suicide** » et « **suicide assisté** » du fait que, dans un cas, on parle de prévention et dans l'autre, l'accent est mis sur l'assistance.

Nous avons donc décidé d'inclure dans ce colloque un orateur qui puisse nous parler de l'aide active à la fin de vie (le suicide médicalement assisté et le cadre légal de l'euthanasie en Belgique) : le Docteur Dominique Lossignol, chef de Clinique des soins supportifs et palliatifs de l'Institut Bordet, Master en Ethique à l'ULB, et coordinateur du Forum EOL<sup>7</sup>. Le titre de son intervention était : « **Prévention du suicide versus suicide assisté : faux paradoxe ?** »

Nous aborderons également cette question dans cette analyse, en précisant certains concepts et en intégrant l'avis donné par cet expert lors du colloque. Nous souhaitons ainsi donner des pistes de réflexions aux personnes qui s'interrogent à ce sujet.

## 1. La prévention du suicide

Selon l'OMS, « les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 70 ans ou plus, tous sexes confondus, dans quasiment toutes les régions du monde »<sup>8</sup>.

Le risque de crise suicidaire est plus élevé chez un individu âgé, notamment quand il est déprimé. En effet, la dépression majeure constitue le principal facteur de risque de passage à l'acte suicidaire chez la personne âgée<sup>9 10</sup>.

---

<sup>1</sup> Centre de Prévention du Suicide et de l'Accompagnement. Un pass dans l'impasse : <http://lesuicide.be/>

<sup>2</sup> Dépliant : « Le suicide des personnes âgées : comprendre, prévenir, agir » : <http://www.espace-seniors.be/SiteCollectionDocuments/Depliant-suicide.pdf>

<sup>3</sup> Le Suicide des personnes âgées : articles sur le sujet :

<http://www.espace-seniors.be/Association/campagnes/Le-Suicide-des-personnes-agees/Pages/default.aspx>

<sup>4</sup> Conférence : « Le suicide des personnes âgées : comprendre, prévenir, agir » :

<http://www.espace-seniors.be/Association/campagnes/Le-Suicide-des-personnes-agees/Pages/Retour-conference-5fev.aspx>

<sup>5</sup> Colloque : « PREVENTION DU SUICIDE OU SUICIDE ASSISTE : COMMENT ACCOMPAGNER LA PERSONNE AGEE ? » :

<http://www.espace-seniors.be/Association/campagnes/Le-Suicide-des-personnes-agees/Pages/Invitation-10sept.aspx>

<sup>6</sup> Conclusion rédigée par la modératrice de cette journée : Dr. Dominique Feron Médecin Directeur à SOLIDARIS-UNMS :

<http://www.espace-seniors.be/Association/campagnes/Le-Suicide-des-personnes-agees/Pages/Retour-10-septembre-.aspx>

<sup>7</sup> Médecins EOL. Le Forum EOL. Origine et objectifs :

<http://www.admd.be/medecins.html>

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial, 2014, 89p.

Pourtant, certaines personnes considèrent que la dépression fait partie de la vieillesse et trouvent normal leur état de mal-être<sup>11</sup>. Elles expriment moins fréquemment leur souffrance, ce qui rend parfois la dépression et le risque suicidaire plus difficiles à détecter. En plus, une dépression non traitée s'associe souvent à une augmentation de maladies physiques ainsi que du risque d'abus d'alcool et de médicaments.

Outre la dépression, de nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'un passage à l'acte suicidaire et leur accumulation, peut accroître le risque de suicide :

- ✓ Le déclin physique : le déficit sensoriel visuel ou auditif, les déficiences motrices.
- ✓ Les maladies chroniques : les affections neurodégénératives, les douleurs chroniques ;
- ✓ Les multiples deuils : la mort du conjoint, des amis ;
- ✓ La solitude et l'isolement ;
- ✓ La précarité ;
- ✓ La perte d'autonomie ;
- ✓ L'entrée en institution, etc.

Chez la personne âgée, la **tentative de suicide** mène souvent à la mort car elle n'a pas assez de résistance physique, l'acte est davantage planifié et les moyens utilisés sont souvent violents (arme de feu, pendaison, noyade, défenestration) et laissent plus de possibilités à une issue fatale.

On dit qu'une personne est en **crise suicidaire** quand elle est dans une période marquée par des idées suicidaires où en finir avec la vie lui semble le seul moyen de mettre fin à sa souffrance. Ce qui fait penser au suicide n'est pas la souffrance en soi mais la perception que la souffrance est insupportable. Une crise résulte ainsi toujours d'une interaction particulière entre un événement et l'évaluation qu'en fait la personne.

Il faut donc rester à l'écoute et dialoguer avec les aînés afin de favoriser les échanges et leur permettre de parler de leurs ressentis, d'exprimer leur mal-être sans être jugé. Leur permettre de parler ouvertement de leur désir de mourir ne les tuera pas, bien au contraire !

Il est possible d'agir sur les facteurs de risque en les aidant à maintenir leurs liens affectifs, leur participation et leur engagement dans la société et en luttant pour qu'ils ne tombent pas dans un état de précarité.

Enfin, valorisons leur capacité à faire face aux différents événements et encourageons-les à demander de l'aide (professionnelle) quand cela s'avère nécessaire.

---

<sup>9</sup> AQUINO J-P. et al. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Fiche 15 : dépression et prévention du risque suicidaire chez la personne âgée. Comité « Avancée en âge, prévention et qualité de vie ». Février 2013.

<sup>10</sup> SZANKO K. et al. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging* 2002; 19(1):11-24.

<sup>11</sup> Analyse : Personne âgée et dépression : un duo inséparable ? : Disponible sur notre site :

## 2. L'aide active à la fin de vie

### a. Le cadre légal de l'euthanasie en Belgique

A l'heure actuelle, seuls la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg ont dépénalisé l'euthanasie. Dans notre pays, la loi dépénalisant partiellement l'euthanasie est entrée en vigueur le 23 septembre 2002<sup>12</sup>. Elle offre aux médecins un cadre légal lorsqu'un patient, atteint d'une **affection grave et incurable**, désire mettre un terme à sa vie. Toutefois, cette condition ne suffit pas pour que le médecin puisse poser l'acte. Avant, il doit s'assurer que trois conditions essentielles soient remplies:

1. Le patient doit, suite à son affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, se trouver dans une situation médicale sans issue ;
2. Le patient doit faire état d'une souffrance physique ou psychique insupportable; constante et inapaisable ;
3. Le patient doit être capable et conscient au moment de sa demande et celle-ci doit être volontaire, réfléchie, réitérée et formulée indépendamment de toute pression extérieure.

On dit qu'une affection est **incurable** quand, dans l'état actuel de la science, elle ne peut être guérie. Elle est considérée comme **grave** au moment où elle rend impossible pour le patient de mener l'essentiel de la vie qui était la sienne. La gravité peut résulter d'une seule affection mais elle peut aussi être le résultat de la coexistence de plusieurs affections incurables dont chacune, prise individuellement, pourrait ne pas être considérée comme grave<sup>13</sup>. Ce problème de pathologies multiples apparaît souvent avec l'âge et a tendance à s'accroître chez les personnes d'âge plus avancé.

Quant à la **souffrance**, la loi n'exige pas qu'elle soit exclusivement **physique**. Elle peut aussi être uniquement **psychique**, tant qu'elle soit inapaisable, constante et insupportable et qu'elle résulte d'une affection grave et incurable<sup>14</sup>.

Avant de poser l'acte, le médecin doit **consulter un autre confrère** qui prendra connaissance du dossier médical, examinera le patient et s'assurera justement du caractère inapaisable, constante et insupportable de la souffrance<sup>15</sup>. Et si le médecin considère que le décès du patient n'interviendra pas à brève échéance, il est obligé de consulter un médecin supplémentaire, soit un psychiatre soit un spécialiste dans la pathologie concernée<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie est parue au Moniteur Belge le 22 juin 2002 et est entrée en vigueur le 23 septembre 2002. L'Arrêté royal du 2 avril 2003 relatif à la déclaration anticipée est publié au Moniteur Belge le 31 mai 2003.

<sup>13</sup> ADMD : Association pour le droit de mourir dans la dignité. Dossier : 1982-2012 : 30 années d'un combat permanent pour le droit à une morte digne. Les victoires législatives 2002. Les aspects essentiels de la loi dépénalisant l'euthanasie. P.12.

<sup>14</sup> Article 3§1

<sup>15</sup> Article 3§2, 3°

<sup>16</sup> Article 3§3,1°

Lorsque l'euthanasie est pratiquée, le médecin doit compléter et envoyer un questionnaire établi à cet effet à la **Commission fédérale de contrôle et d'évaluation**<sup>17</sup> qui contrôle à posteriori si les conditions et la procédure prévues par la loi ont été respectées<sup>18</sup>.

## b. Le suicide médicalement assisté

D'une façon simple, on peut dire que l'on parle de suicide quand une personne met elle-même fin à sa propre vie. Dans le cas du suicide assisté, ce serait donc une tierce personne qui viendrait en aide (du fait qu'il est « assisté ») et qui donnerait à la personne les médicaments nécessaires pour mourir. Mais comme par définition il s'agit d'un suicide (assisté), c'est la personne elle-même qui fait le geste : c'est elle qui avale la substance.

En Suisse, l'euthanasie est interdite et leur code pénal la distingue du suicide assisté qui, lui, est admis, pour autant qu'il ne soit pas lié à un « motif égoïste<sup>19</sup> ». Aux États-Unis, l'Oregon, Washington et le Vermont autorisent également le suicide médicalement assisté mais non l'euthanasie. En Suisse, le suicide assisté est donc simplement toléré. Le patient doit être capable d'ingérer lui-même la substance létale avec le soutien d'un « accompagnateur » d'une des associations reconnues par les autorités<sup>20</sup>. La prescription est faite par un médecin de l'association après vérification des critères d'acceptation fixés par ces associations et qui sont similaires à ceux exigés par la loi belge. « En Oregon et dans l'État de Washington, la loi autorise la prescription d'un produit létal par un médecin à un patient atteint d'une affection mortelle dont le décès est prévu dans les 6 mois. Le patient se procure lui-même le produit et l'utilise à son gré. »<sup>21 22</sup>

On vient de voir que l'euthanasie est un acte par lequel un médecin met fin à la vie d'une personne à sa demande et que seuls les Pays-Bas, le Luxembourg et la Belgique l'on dépénalisée. Aux Pays-Bas et en Luxembourg, la loi relative à l'euthanasie autorise aussi explicitement le **suicide médicalement assisté**. De son côté, **la loi belge l'autorise de manière implicite** : elle ne précise pas la façon dont l'euthanasie doit se faire, ce qui veut dire que « la potion » pourrait être avalée par le patient lui-même. Toutefois, le médecin doit respecter la totalité des obligations légales, être présent au moment de l'acte et s'assurer du déroulement correct jusqu'au décès du patient. Une telle aide à mourir peut donc, par définition, être considérée comme un suicide assisté et entre ainsi dans le cadre légal de l'euthanasie.

---

<sup>17</sup> Service Public Fédéral. Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie :

<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Commissions/Euthanasia/index.htm>

<sup>18</sup> Brochure : la loi dépénalisant l'euthanasie. Edition de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes avec la collaboration de l'asbl Espace Seniors. Deuxième édition : novembre 2013.

Disponible sur : <http://www.espace-seniors.be/Publications/Brochures/Pages/Euthanasie.aspx>

<sup>19</sup> Code pénal suisse. Art 115.

<sup>20</sup> « Exit Suisse romande », Exit Suisse alémanique », « Exit International » et « Dignitas ».

<sup>21</sup> ADMD. Bulletin trimestriel. 4e trimestre 2013. N°130. Suicide médicalement assisté et euthanasie. Docteur Marc Englerts. P.18.

<sup>22</sup> ADMD. Médecin EOL. Suicide médicalement assisté et euthanasie.

Disponible sur : <http://www.admd.be/medecins.html>

#### **4. L'avis de l'expert : Docteur Dominique Lossignol**

A travers son intervention lors du colloque, le Docteur Lossignol a souligné qu'il existe une différence majeure, autant philosophique que pratique, entre les termes **prévention du suicide** et **suicide médicalement assisté** :

*« Le suicide assisté est un acte, en principe, personnel. Quand on dit qu'il est médicament assisté, ça veut dire que le médecin va donner au patient un moyen de se suicider mais que le médecin à priori n'est pas présent au moment de l'acte parce que le suicide est (sauf exception) un acte isolé. C'est un peu l'exemple de la Suisse où il n'y a pas de contact direct. En Belgique on ne peut pas le faire car dans le cas d'euthanasie, il est prévu légalement que le médecin reste jusqu'au bout... »*

*« La demande d'euthanasie ne s'assimile pas de facto au suicide parce que le parcours qui précède démontre qu'il s'agit d'un patient qui veut se suicider mais qui ne supporte plus une existence liée à son état pathologique. On n'est donc dans le cas où quelqu'un veut se suicider parce qu'il croit que la vie ne vaut pas la peine... »*

#### **Le texte légal belge :**

*« Le texte légal belge ne précise pas ce qu'est un suicide assisté parce que l'on considère que ce phénomène que l'on aurait pu séparer, ne se sépare pas : le médecin est toujours présent... »*

*« Dans la loi, le législateur n'a pas défini une liste de maladies et il n'a pas défini ce qui est la souffrance. La situation médicale doit être sans issue mais ça ne veut pas dire que l'on doit être en phase terminale. »*

#### **La position du corps médical :**

*« Le corps médical est très partagé par rapport à ces idées de suicide et d'euthanasie. En tout cas, aucun médecin n'aime pratiquer l'euthanasie. Ce n'est pas par plaisir du geste... Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie mais il doit accompagner le patient dans sa démarche de volontés en fin de vie... »*

#### **Le choix (de mourir) s'inscrit dans un contexte d'options possibles :**

*« La demande d'euthanasie n'est pas forcément la seule option ; en parler ne veut pas dire que c'est le choix principal. C'est une option qui est possible. Il faut que le soignant soit conscient du problème, beaucoup plus que simplement devant une demande à mourir car une demande ne veut pas dire qu'il faut l'aider à mourir... Certaines demandes n'aboutissent pas et requièrent simplement une certaine écoute. »*

#### **L'euthanasie n'est pas un suicide masqué :**

*« Nul ne peut aider quelqu'un à se suicider. On ne peut pas aider quelqu'un à se suicider. On a un devoir de prévention pour éviter que quelqu'un se suicide... Il y a des suicides masqués : des erreurs de médicaments, des accidents de voiture, des chutes du balcon, ... L'euthanasie n'est*

*pas un suicide masqué...La dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie contrecarre l'idéation suicidaire des malades. »*

## 5. Conclusion

L'avancée en âge amène la personne à faire un travail d'acceptation de sa vieillesse ainsi que de représentation psychique de sa propre mort<sup>23</sup>. Sur le plan psychologique, il est fréquemment observé une crainte de l'apparition d'une maladie ou de la solitude<sup>24</sup>. Par ailleurs, les personnes âgées ont souvent peur d'être un fardeau. Evitons de penser que quand on est âgé, c'est normal d'être déprimé. En tant que citoyens, nous pouvons et nous devons agir sur les facteurs de risque. Prenons aussi en considération que quand cette affection se manifeste chez la personne âgée, elle requiert une prise en charge appropriée comme à tout autre âge.

Des cas de personnes âgées qui expriment leur volonté de mourir pour « fatigue de vivre » s'invitent souvent dans nos médias. Le mois dernier, la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie a transmis, pour la première fois en 12 ans, un dossier au parquet général<sup>25</sup>. Il s'agit d'une patiente qui a été euthanasiée dans sa maison de repos à Anvers en juin dernier. Selon la presse, il s'agirait d'un cas de « dépression réactive » : la dame aurait perdu sa fille quelques mois auparavant et n'aurait plus eu le goût à vivre. » »<sup>26</sup>. La justice devra désormais mener une enquête pour déterminer si le médecin a dépassé ou pas les limites de la loi.

Il y aura toujours des cas moins contestés que d'autres, notamment ceux où la personne âgée souffre d'une pathologie physique comme un cancer grave et incurable. Toutefois, quand l'affection est exclusivement psychique (une dépression, par exemple) ou quand la personne souffre au même temps de plusieurs affections pouvant être considérées séparément comme non graves, les cas peuvent être médiatisés et prêter à controverse.

Rappelons donc les conditions essentielles de la loi relative à l'euthanasie en Belgique car seuls ceux qui les remplissent peuvent bénéficier d'une euthanasie (où du « suicide assisté » dans le cas où ce serait le patient qui avale l' « euthanasique »). Selon la loi, la souffrance peut être aussi exclusivement psychique, mais à condition qu'elle résulte d'une affection grave et incurable et qu'elle soit considérée comme inapaisable, constante et insupportable. Rappelons également que dans certains cas, la gravité de l'affection et la souffrance résulterait non d'une affection unique mais de la coexistence de plusieurs pathologies incurables<sup>27</sup> et que dans le

---

<sup>23</sup> Lettre de cadrage du projet de Recommandation. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : Prévention, Repérage, Accompagnement ». Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). 2013.

<sup>24</sup> ROCHE J. Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Avril 2014.

<sup>25</sup> <http://www.lesoir.be/1028850/article/actualite/sciences-et-sante/2015-10-28/euthanasie-un-dossier-transmis-au-parquet-pour-premiere-fois-video>

<sup>26</sup> Euthanasie : un premier dossier a été dénoncé au parquet. Article paru dans le Soir du 29 octobre 2015, p. 8 & 9.

<sup>27</sup> Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Cinquième rapport aux chambres législatives (années 2010-2011). P.14

Disponible sur : <http://www.senate.be/www/?Mlval=/Registers/List&ACTIE=Z&ID=628327&FICHES=N&LANG=fr>

contexte particulier du grand âge, cette conjonction de diverses affections incurables affecte gravement l'autonomie et la qualité de vie de la personne.

Lors de notre colloque « **Prévention du suicide ou suicide assisté : comment accompagner la personne âgée ?** », le Docteur Dominique Lossignol a cité Madame Jacqueline Herremans, avocate, présidente de l'ADMD (Association pour le droit de Mourir dans la Dignité), membre de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie et membre du Comité consultatif de bioéthique qui déclare : « *La loi relative à l'euthanasie n'est pas en contradiction avec la prévention du suicide. Bien au contraire : cette loi, en permettant un dialogue, et en ouvrant également la possibilité à accompagner la personne jusqu'au bout de manière sereine, non brutale, permet d'éviter de nombreux suicides. La personne n'est pas abandonnée, laissée à son destin* ».

En effet, les déclarations d'euthanasies pratiquées dans le respect des conditions légales ont montré que la technique utilisée par les médecins assure, au moment choisi par le patient, une fin de vie calme et sans manifestation de souffrance<sup>28</sup>.

Comme mots de conclusion, reprenons ceux donnés par le Dr Dominique Feron, Médecin Directeur de notre maison (Solidaris, Union Nationale des Mutualités Socialistes) et modératrice du colloque : « *Il nous faudra être attentifs au regard et à la pression que la société fait peser sur la problématique de l'isolement, la détresse, la souffrance et l'éventuel désir de la personne âgée d'en finir, tout en mettant en œuvre les moyens de prise en charge psychosociale. Nous ne pouvons pas non plus nous exonérer de pouvoir répondre à ce souhait d'en finir dans des conditions adéquates et sereines. Il en va d'une responsabilité démocratique. Il est aussi important de souligner les notions d'espoir et de confiance qui doivent rester des valeurs accessibles pour la personne âgée elle-même et pour son entourage* »<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> ADMD. L'euthanasie. Publication destinée aux médecins. Edition 2013.

<sup>29</sup> Conclusion rédigée par la modératrice de cette journée : Dr. Dominique Feron Médecin Directeur à SOLIDARIS-UNMS : <http://www.espace-seniors.be/Association/campagnes/Le-Suicide-des-personnes-agees/Pages/Retour-10-septembre-.aspx>



### **Qui sommes-nous ?**

*Espace Seniors est une association d'éducation permanente faisant partie du réseau Solidaris, active sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.*

*Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors, promouvoir leur participation active et leur intégration sociale, favoriser leur bien-être, leur santé et leur épanouissement sont quelques-uns de nos objectifs.*

*Pour cela, nous organisons des actions de proximité (groupe de soutien, formations...) et des actions d'information, de sensibilisation et de prévention (campagnes, conférences, brochures...).*

**Retrouvez toutes nos analyses sur [www.espace-seniors.be](http://www.espace-seniors.be) !**