

P-032 **La suicidologie au regard de la loi sur l'obstination déraisonnable****Problématique :**

L'article L1110-5 du code de santé publique encadre actuellement en France le refus de l'acharnement thérapeutique, nommé aujourd'hui l'obstination déraisonnable, pour des cas précis de patients en fin de vie. La loi concerne néanmoins principalement la médecine somatique et n'aborde pas la question complexe de la suicidologie.

Illustré par le cas clinique d'un patient suicidaire pour lequel s'est posée la question d'une obstination déraisonnable à vouloir le maintenir en vie, nous proposons de discuter la notion de crise suicidaire en rapport avec celle de l'acharnement thérapeutique.

Cas clinique:

- Mr. P., âgé de 92 ans, hospitalisé suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire.
- Sa femme est décédée la veille de son passage à l'acte.
- Il avait exprimé son souhait de se donner la mort si elle mourrait avant lui.
- Décision prise par les deux époux, sous la forme d'un pacte amoureux
- Il a signé un document attestant de son refus de soins
- Il a entamé une grève de la faim et a insisté auprès de l'équipe pour qu'on le laisse mourir.

Evaluation médico-psychologique:L'entretien psychiatrique:

- Absence d'éléments évocateurs d'un trouble psychique caractérisé pouvant altérer la prise de décision ou le discernement.
- Diagnostic : Deuil ayant entraîné une crise suicidaire avec pacte autolytique.

L'évaluation suicidologique:

- Volonté suicidaire déterminée: mode opératoire à forte potentialité létale + phase préparatoire (pacte suicidaire, lettre de suicide)
- Absence de critique du geste; déception d'être encore en vie
- Manque de réceptivité au protocole de désamorçage suicidaire

Question : est-ce qu'on doit le laisser mourir ?

- Véritable débat dans l'équipe soignante: transfert/contre-transfert, croyances et philosophie personnelles, convictions cliniques.
- Certains cliniciens objectent une idée majeure à l'abandon des soins pour ce patient : ce dernier est en état de crise suicidaire, ce qui signifie que sa volonté de mourir n'apparaît pas aussi libre qu'il veut bien nous le faire le croire mais plutôt comme la conséquence d'un dérèglement émotionnel majeur et temporaire.

Le diagnostic de crise suicidaire nécessite une prise en charge :

L'équipe met en place un projet de soin concret :

Ventilation
émotionnelleDiminuer la
souffrance
psychologiqueAttitude
chaleureuse
avec le
patientImplication
de la
familleProposition de
projets
concrets
d'actionInjecter l'idée de
mort dans la
dignité
antinomique à
celle du suicide

- But: ré-enclencher une régulation émotionnelle qui changera la qualité perçue du monde et donc le processus de décision.
- Evolution clinique: diminution de l'évocation du pacte suicidaire et amélioration du contact avec l'équipe.
- Six mois après: disparition du projet suicidaire actif, décision d'intégrer un EHPAD.

Suicide et libre arbitre ?

- Le suicide peut être parfois perçu comme un acte de liberté absolue par rapport à une vie que personne n'a demandé (personne n'a demandé à naître) ou un droit à disposer de son propre corps
- Il n'est pas rare qu'en situation clinique, des patients nous interrogent sur notre légitimité à vouloir à tout prix les garder en vie. Qui sommes-nous, nous soignants, pour décider à la place d'un autre être s'il doit vivre ou mourir ?

J.Vandevorde, M.Allegue, C.Missaoui, S.Kamar,
M.Hamrioui
Hôpital René Dubos,
Urgences de Psychiatrie et UHMP, 95300 Cergy-Pontoise

**Notion de crise suicidaire****La crise suicidaire abolit le libre arbitre**

- La convergence d'une hémorragie émotionnelle, d'un parasitage de l'activité cognitive et des défaillances relationnelles provoque une pression d'orientation dans les prises de décision.
- La chaîne de la production d'idée et de comportements devient dysfonctionnelle, amenant le sujet à se centrer sur des choix négatifs ou dangereux.
- L'état de crise suicidaire ne peut pas être considéré comme un état lors duquel un être humain dispose de son libre arbitre essentiel sur son désir de continuer à vivre ou non.
- Le rôle de l'évaluation médico-psychologique est précisément de repérer dans la chaîne de prise de décisions les erreurs et les infiltrations émotionnelles inadaptées.
- Il nous semble que l'état de crise suicidaire prive un individu de sa liberté et de ses droits fondamentaux à penser et vivre avec des émotions non douloureuses. Les patients qui sortent d'ailleurs de cet état de crise se rendent compte à quel point ils n'étaient pas dans leur état normal.

Conclusion :

La crise suicidaire ainsi que d'autres états émotionnels aigus sont des processus qui altèrent la chaîne de prise de décision d'un sujet de telle sorte qu'il est privé de liberté.

La question des « souffrances sans perspective » peut être posée en psychiatrie et il apparaît nécessaire de statuer sur le concept « d'obstination déraisonnable » en suicidologie

Contact auteurs :

Jérémy Vandevorde : jer.vandevorde@gmail.com