

Déterminer le suicide assisté:
Contagion, Contre-exemple et Exemplum
Anthony Stavrianakis
Lausanne, Conference REIACTIS 2016, 12/2/2016

Comment est-ce que les gens déterminent qu'il est opportun, adapté, parfois nécessaire même, de sortir de l'expérience d'une maladie en recourant au suicide assisté ?

Le cadre légal, aussi bien que les discours publics des personnes impliquées dans cette activité, laissent apparaître une conception de la détermination d'entreprendre un suicide assisté centrée sur la prise de décision d'un individu autonome. Dans cette perspective, le suicide assisté relèverait d'un « choix » effectué par un agent rationnel. Mon intention ne consiste ni à affaiblir ni à remettre en question le sens de cette conception ; une conception centrée sur la capacité d'une personne de faire usage de ses possibilités d'agir, sous des conditions parfois fortement paramétrées par des souffrances, par des propositions ou manques de propositions de soins, et par la trajectoire de la maladie.

Néanmoins, le modèle égocentré du suicide assisté est incomplet. N'importe quel sociologue vous le dira. L'étude statistique la plus récente a mis en relation les suicides assistés de la période 2003-08 avec une étude longitudinale fondée sur le recensement de la population suisse. Pour cette période, il en ressort que le taux de suicide assisté augmente chez les personnes qui possèdent un capital social, économique et culturel élevé, chez les personnes divorcées et sans enfants, et chez celles que vivent en milieu urbain. Si la mort ou « mourir », en tant qu'activité, correspond à un « espace des possibles », sans être un « champ » à proprement parler, pour reprendre les expressions de Pierre Bourdieu, elle demeure une activité clairement sociale : ce sont en effet les plus riches en termes de capital social, culturel et économique qui se dirigent vers des « nouvelles positions », y compris cette « nouvelle manière de mourir ».

L'année passée, j'ai eu l'occasion, parmi d'autres acteurs impliqués, de rencontrer quatre accompagnateurs de l'association EXIT SUISSE ROMANDE, cinq proches des personnes qui ont été assistées dans leur suicide et trois membres de l'association qui ne sont pas encore malades. Il s'agissait de médecins ; de commerçants ; d'hommes ou de femmes d'affaires, d'un écrivain ; d'un hôtelier ; d'anciennes infirmières et d'un restaurateur. En écoutant leurs histoires, j'avais l'impression que l'image sociologique était assez juste.

En outre, on peut avoir l'impression que la pratique du suicide assisté devient de plus en plus à la mode, dans un sens à la fois symbolique et mathématique : le taux de suicides assistés dépendrait du soi-disant « effet Werther » : certaines études établissent en effet une corrélation statistique entre sensibilisation du sujet du suicide assisté accrue grâce à sa médiatisation et augmentation du taux de suicides assistés. Par exemple, Frei et alia écrivent en 2003 avoir constaté une forte augmentation des suicides assistés dans la région de Bâle, pendant deux ans, à la suite de la médiatisation d'un double suicide assisté d'un couple « éminent » de la région, survenu en 1995. On a des exemples d'Etas Unis également. Ces études valorisent l'idée d'une contagion sociale des actions et rendent attentifs à l'action de la contagion des idées dans la société.

Tout en reconnaissant une certaine qualité de cette image sociologique, je me refuse cependant à dire sur la base de ces statistiques que cette manière de mourir est l'apanage d'une classe socio-économique qui célébrerait son capital culturel par l'artifice d'un dernier acte d'édification de soi ; par l'artifice d'un dernier acte qui exprimerait le fait d'être encore et toujours en possession de soi.

Je voudrais dire par là que le sens du portrait sociologique ne va pas de soi. La réponse à la question des *causes* sociales de ce phénomène social n'est pas une évidence ; une telle question n'est d'ailleurs jamais posée par les épidémiologistes. La « contagion » des idées ne va pas de soi non plus pour expliquer la transmission, la réception et la compréhension des idées relatives aux différentes pratiques autour du mourir ainsi qu'à la manière d'envisager ces pratiques, actualisées par différents individus.

Il s'agirait par conséquent de s'intéresser à la détermination relationnelle ou extra-individuelle de la décision d'une personne ; en d'autres termes, la décision devrait être étudiée de manière pragmatique. Je pense que cela peut être fait de deux façons.

La première façon est synchronique : on peut considérer que l'attribution d'une décision à un individu résulte des négociations qui s'étalent dans le temps, durant tout le processus d'aide au suicide, sans pour autant focaliser sur ce qui fonde cette assistance au suicide. En ce sens, l'attribution de la capacité de choisir à la personne qui y recourt apparaît comme *le produit* de différentes configurations d'interactions.

Ce que je voudrais vous proposer aujourd'hui est de prendre en considération la deuxième façon de penser la détermination extra-individuelle qui refuse toujours la conception du seul choix égocentré. On peut qualifier cette approche de diachronique.

Je me suis retrouvé dans une série de situations d'échange de paroles, dans lesquelles soit la personne elle-même soit des proches, ont attribué un sens à la décision de commencer une démarche vers un suicide assisté en référence à l'expérience et à la manière de mourir observées auprès d'un autre membre de la famille ou d'un ami.

L'aspect qui ressort en clair-obscur de mes rencontres tient dans le fait d'énoncer des contre-exemples : « Je ne veux pas mourir comme ça, comme lui est mort ». De mes notes et interviews, ce sont uniquement des histoires de souffrances prolongées à l'hôpital qui ressortent. C'est donc un paramètre diachronique qui caractérise le contre-exemple.

L'existence d'*exempla* est plus intéressante encore. J'entends par là les récits des décès antérieurs, vécus par les individus ; l'histoire des fins de vie que la personne en question a dû gérer d'une manière ou d'une autre, sur un mode plus ou moins positif, dans un timing plus ou moins contraint.

Parfois, face à des diagnostics plus ou moins récents de maladies graves ou incurables, le choix de vouloir se suicider s'exprime spontanément. Deux exemples :

(1) J'ai rencontré l'époux de Gaby, Joseph, en Décembre 2015, à Sion, sept mois après la mort de sa femme par suicide assisté. Gaby a été diagnostiquée en mars 2014 avec une Sclérose Amyotrophique Latérale de forme bulbaire, après avoir connu durant quelques mois des soucis concernant sa capacité de parler. En entendant la trajectoire probable de la maladie, elle se tourne vers son mari, devant le docteur qui lui explique la situation, et lui dit : « Josy tu resteras avec moi. Je n'irais pas à l'hôpital, ni pour la masque (c'est-à-dire intubation) ni autrement. Quand je ne pourrais plus respirer et bien, je m'en irais. Tu m'aideras et me tiendras la main. » Joseph le lui a promis.

Ce qui était surprenant pour Joseph est le fait qu'ils étaient tous les deux, et lui l'est toujours, fortement croyant. Pour des anciens commerçants à Sion d'origine montagnarde – dit-il – ce n'est vraiment pas quelque chose qui se fait « ici ». Joseph donne du sens à cette demande spontanée surprenante et à sa promesse également spontanée ; il tient compte du caractère de sa femme, qu'il décrit comme courageuse, et de sa détermination et de sa force d'âme.

On retrouve souvent une série de termes dans les récits des maris, des femmes, des enfants et des amis de ceux qui ont terminé leur vie par suicide assisté qui renvoient au caractère de la personne. Ces termes se regroupent dans un champ sémantique et pragmatique: courageux; décidé; exigeant voire même hyper-exigeant; déterminé; avoir une volonté de fer.

(2) Peter, un hôtelier anglais diagnostiqué avec une SLA était décrit dans les mêmes termes par sa femme, Christine. Sa décision spontanée a pris la forme suivante : ils étaient conseillés par leur médecin de lire un article d'information destiné aux personnes récemment diagnostiquées ; elle l'a lu. Peter l'a lu après. À la fin de l'article il y a des conseils et des tableaux pour enregistrer des événements importants, par exemple chaque fois qu'il tombe ; et il l'a jeté tout de suite dans la poubelle. Christine lui demande : « mais pourquoi t'as fait ça ? Tu ne veux pas enregistrer ces choses-là ? » « Il lui répond : non, ça m'a décidé ; je ne reste pas jusque au bout ! » Christine aussi a paramétré cette décision par référence à son caractère, hyper- méticuleux.

Dans ce cas néanmoins, durant l'échange entre Christine et moi, chez elle, cinq ans après le décès de Peter, elle va au-delà de la description du caractère de Peter, et au-delà du caractère spontané de sa décision. Elle donne un sens à son choix par référence à son vécu et surtout par rapport à une mort précédente :

Avant que Peter ne soit tombé malade, Christine et lui reconstituaient sa généalogie. Elle lui a fait remarquer qu'aucun homme de sa famille n'avait vécu au-delà de 72 ans. Son père est mort à 70 ans dans un hôpital dans le Sussex, en Angleterre. La cause de sa mort devait être une infection à une jambe, gangrénée à la suite de blessures subies dans un accident de voiture. L'accident de voiture, selon la mère de Peter, était dû à l'alcoolisme de son père, ce que ce dernier a toujours nié. Toutefois, il tombait souvent ; des chutes dans les escaliers ; dans la cuisine ; tout comme Peter le ferait à son tour. Christine m'a expliqué qu'elle et Peter soupçonnaient en fait qu'à l'hôpital, un médecin avait compris la véritable cause de l'accident de voiture : il relevait de la même maladie qui apparaissait désormais chez Peter, une SLA. Elle m'a raconté qu'elle et Peter soupçonnaient aussi que ce médecin avait donné au père de Peter un moyen de sortir de la maladie. Même s'ils n'en ont eu aucune preuve, ils le déduisent des circonstances d'avant sa mort : la veille de sa mort en effet, son père s'était fait livrer un repas spécial, puis il appela sa famille et les amis pour le voir ; et le matin, il était mort. Peter n'a pas vécu la mort de son père sur un mode tragique, au contraire de la mort de sa mère qui aurait été vécue à l'hôpital dans d'atroces souffrances, selon Christine. *Exemplum* et contre-exemple donc.

Les récits configurés en de tels termes ne sont de loin pas uniques : je vous donne brièvement deux autres exemples d'*exemplum* :

Mme Milner est morte par suicide assisté ; la décision a été prise en rapport avec un glioblastome qui grossissait dans son cerveau. Son père, Monsieur Clavel également eu un glioblastome. Monsieur Milner, mari de Mme Milner, m'a expliqué que son beau-père, tout comme sa femme d'ailleurs, avait un sacré

caractère, incroyablement fort. Une des premières choses qu'il m'a dit pour expliquer la décision de sa femme était que sa famille a « fait les Croisades ». Son beau-père était très malade avec ce cancer au cerveau, plusieurs années avant sa fille est devenue malade. Il a refusé d'aller à l'hôpital et d'avoir des soins à domicile. Il s'est enfermé dans la salle de bain jusqu'à sa mort (dans le récit de Monsieur Milner c'était par sa volonté que il a mis fin à sa vie, sans spécifié des mécanismes plus précises). Selon Mr. Milner, cela a duré deux jours. Le récit de Mr Milner de la mort de sa femme, mettre en avant la survivance de la geste du père, presque une répétition, mais sans un fond de trauma nécessaire pour une lecture pathologique de cette répétition.

Quant à lui, M. Lucia n'est pas malade mais il est devenu membre d'EXIT, il y a dix ans. La première raison qu'il me donne pour expliquer son adhésion, c'est son expérience au CHUV concernant un problème cardiaque ; selon son expérience, il dit avoir vu jusqu'à quel point on n'écoute pas les souhaits des patients, et il ne voudrait pas se retrouver dans une situation où il serait maintenu en vie contre sa volonté. C'est clairement un paramètre de contre-exemple.

Au fil de notre conversation, je lui demande de clarifier si c'est bien son expérience au CHUV qui était le paramètre central de sa décision. Il réfléchit, prenant la question sérieusement. Il commence alors à me parler de la mort de son père, une chose à laquelle il me dit n'avoir jamais pensée, mais qui, finalement, pourrait bien faire sens dans sa décision.

M. Lucia vient d'une famille de médecins espagnols de Ciudad Real. Durant son adolescence, il s'en est distancé, faisant sa vie d'abord au Maroc, puis en Suisse. Quand il a appris que son père était en fin de vie, longtemps avant ses problèmes cardiaques, il est allé le voir en Espagne. Son père était alité pendant plusieurs mois ; il avait presque cessé de manger et de boire. Il a vu que son père était explicitement en train de terminer sa vie: «Il était en train de faire un Exit sur lui-même. Moi, je n'ai pas assez de courage », M. Lucia me dit, « C'est pour ça que j'ai besoin d'Exit. »

Ces morts antérieures, dans les récits des membres d'EXIT qui essaient de me raconter leur choix de devenir des adhérents, ou plus simplement les mises en récit de l'expérience de la mort vécue par certains proches, donnent finalement un sens à cette décision, sans pour autant l'expliquer. Il me semble utile de faire correspondre les récits de ces morts antérieures à des « exempla ». Cela me semble utile car sans nier l'image statistique d'une pratique en augmentation, on accède à des éléments plus fins qui relativisent la conception assez grossière de « contagion ». En somme, ces « exempla » conditionnent et paramètrent l'espace

des possibles dans lequel certains individus en viennent à se déterminer sur la question de savoir comment mourir.