



L'impact du suicide assisté et de l'euthanasie sur la famille, l'entourage et la société

Une des caractéristiques fondamentales du suicide assisté et de l'euthanasie est la place accordée à l'individu. Au nom du principe d'autonomie, le choix du malade prime sur tout le reste. L'entourage et la société sont exclus. Seuls les « soignants » sont évoqués – tout juste – puisque leurs services sont requis.

Ainsi dans la proposition de loi du député Olivier Falorni visant à légaliser « l'aide à mourir », les proches ne jouent aucun rôle défini et n'ont aucune possibilité d'intervenir. Ils n'ont aucun rôle dans le cadre de la procédure envisagée. L'absence d'indication a pour conséquence qu'ils ne sont informés que si le patient le souhaite. Ils peuvent donc ne rien savoir jusqu'après la mort de l'intéressé. Et pire, s'ils savent en amont et tentent de dissuader l'intéressé, ils prennent le risque d'être condamnés du délit d'entrave prévu par l'auteur de la proposition de loi !

Des études tant quantitatives que qualitatives mettent pourtant en lumière le rôle central des proches, quel que soit le pays étudié, dans l'accompagnement en fin de vie et donc aussi dans les procédures d'assistance au suicide, quand ils sont tenus au courant. **Du même coup, ces études révèlent les difficultés tant pratiques que morales auxquelles ils sont confrontés, les dilemmes qui surviennent, parfois les divisions entre les membres de la famille, ainsi que l'exacerbation souvent majeure des traumatismes et souffrances pré- et post-mortem.**

Ampleur de l'impact

Avant d'abord l'impact du suicide, notamment par suicide assisté et euthanasie, nous souhaitons d'abord donner une idée du nombre considérable de personnes qui seraient concernées si le suicide assisté et l'euthanasie étaient légalisés.

Une étude française¹ a montré que pour chaque décès par suicide, 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées :

Nous nous permettons donc une petite extrapolation : en 2023, 3.423 euthanasies ont été pratiquées en Belgique pour une population de 11, 79 habitants. Rapporté à la France, cela signifierait 19.916 euthanasie ou suicide assisté annuels, soit 55 par jour et 1 toutes les 40

¹ Vaiva G. et al., 2010, Impact de la tentative de suicide sur les proches du suicidant : premiers résultats de l'étude Imtap, 42e journée du Groupement d'étude et de prévention du suicide, Versailles.

heures par département. Chaque année, 517.816 personnes seraient concernées par ces deuils par suicide.

Les observations qui suivent concerneraient donc un nombre considérable de personnes.

Le deuil après un suicide²

Toute perte déclenche un processus de deuil au cours duquel les personnes endeuillées vivent souvent une période très difficile. Le deuil est souvent accompagné d'un moment de choc, de douleur intense, de désespoir, de déni du décès de la personne, de dépression, d'impuissance, de colère. Il est normal de ressentir ces sentiments dans le cas d'une mort « naturelle » (...) en sachant que les individus diffèrent énormément sur le plan de l'ordre, de la durée, de la nature et de l'intensité de leurs réactions.

Dans le cas d'un décès par suicide³, la mort n'est généralement pas anticipée, et donc les personnes endeuillées subissent une perte soudaine et généralement inattendue. Les personnes endeuillées par suicide n'ont pas eu la possibilité de se préparer émotionnellement à cette perte comme dans le cas du décès de quelqu'un qui est malade depuis longtemps ou la mort de quelqu'un de très âgé dont on sait que la mort approche. De plus, « quand une personne cause intentionnellement sa mort, celle-ci est souvent perçue comme un rejet ou l'expression d'une volonté de faire du mal aux personnes qui l'aiment ».

En-dehors du suicide, même les individus qui se sont occupés du mourant adéquatement et qui ont été très présents ressentent de la culpabilité après la mort. La personne endeuillée pense qu'elle aurait pu faire plus, exprimer plus souvent son amour pour le défunt, avoir été plus gentille avec lui, etc. **Ce sentiment de culpabilité est encore plus exacerbé lors d'un décès par suicide.** Il est classique de penser qu'« on aurait pu le prévenir, dû voir venir... », même si une personne qui décide de se tuer pourra toujours le faire malgré les interventions les plus énergiques des membres de son entourage.

Dans le cas d'un décès par suicide, ce sentiment est **souvent ressenti et souvent de façon très intense**. Dans le cas d'un décès par suicide, **la colère se mêle souvent à la tristesse et on sent abandonné, voire rejeté. La personne décédée nous a quitté intentionnellement.** La colère peut non seulement être dirigée contre la personne décédée par suicide, mais aussi contre les intervenants, les professionnels qui ont suivi la personne avant sa mort, contre le système de

² Suicide, suicide assisté et euthanasie

Le suicide assisté est habituellement identifié comme une mort auto-infligée, c'est-à-dire un suicide, mais qu'une autre personne aiderait à mener à bien et ce, soit en fournissant les moyens pour que la personne puisse se tuer, soit en donnant de l'information sur les différentes façons de mettre fin à sa vie, soit les deux. Par exemple, il y a suicide assisté lorsqu'un médecin prescrit une dose létale de médicaments, ce qui est actuellement permis dans certains cas de souffrances auxquelles on ne peut pas remédier, comme c'est le cas en Orégon, aux États-Unis. Généralement, **si la personne elle-même se tue à l'aide de moyens obtenus par une autre personne ou sur les conseils de celle-ci, il s'agit d'un suicide assisté. Cependant, si une autre personne est directement impliquée dans le processus menant à la mort, par exemple, en donnant une injection ou en débranchant une machine qui maintient la personne en vie, il ne s'agit pas d'un suicide assisté, mais plutôt d'un cas d'euthanasie.**

Source :« Comprendre le suicide » Mishara, Brian L., et Michel Tousignant. Comprendre le suicide. Presses de l'Université de Montréal, 2004, <https://doi.org/10.4000/books.pum.10630>.

³ Source :« Comprendre le suicide » Mishara, Brian L., et Michel Tousignant. Comprendre le suicide. Presses de l'Université de Montréal, 2004, <https://doi.org/10.4000/books.pum.10630>.

soins, etc. Il arrive parfois que la colère soit dirigée contre soi-même et soit liée au sentiment de culpabilité d'« avoir permis » à la personne de se suicider ou d'avoir ignoré les signes du risque suicidaire, ou encore de ne pas avoir accordé plus d'attention à la personne.

Parfois, les membres d'une famille ont tellement honte ou se sentent tellement coupables **qu'ils n'osent pas ou refusent de discuter du décès entre eux. Sans en parler ouvertement, un genre de pacte de silence peut s'établir entre eux. Dans certaines familles, on blâme un membre en particulier pour le décès et il devient un genre de bouc émissaire** à qui l'on reproche ses faits et gestes en regard de la personne suicidaire.

(...) **Dans le cas d'un décès par suicide, le processus de diminution des symptômes du deuil peut être long.** En outre, de nombreuses personnes endeuillées par le suicide ne cherchent pas d'aide pour diminuer leur souffrance à cause de leur sentiment de honte et de culpabilité.

(...) Les services d'écoute et d'intervention téléphonique en prévention du suicide reçoivent souvent des appels de personnes endeuillées par suicide, et **les thérapeutes et professionnels de la santé mentale sont sollicités du fait de l'intensité des symptômes d'angoisse et de dépression lié à ce contexte.**

Les enfants endeuillés par suicide

Les jeunes enfants peuvent aussi ressentir de la tristesse, de la colère, de la culpabilité et un grand sentiment de perte à l'égard de la personne décédée par suicide. Ils peuvent se mettre à **éprouver des peurs et des angoisses qui semblent disproportionnées, à avoir des comportements de régression où ils agissent comme des bébés dans certaines situations ou encore ils peuvent exprimer leurs souffrances par de l'agressivité et par de la délinquance.** Dans certains cas, lorsqu'un parent meurt par suicide, les enfants se comportent de façon adulte, trop mûre pour leur âge, dans le but de remplacer leur parent perdu. Il est très important de comprendre que même les comportements « problématiques » comme l'agressivité ou le manque de respect envers l'autorité peuvent être des façons d'exprimer l'angoisse intense que les enfants vivent à la suite d'un décès par suicide.

« La culpabilité, après le suicide d'un proche, qu'en faire ? » de Jacques Baugé, 2022

Association JPV vivre après le décès d'un enfant

« Apprendre la nouvelle du suicide d'un membre de son entourage constitue une véritable rupture dans la vie d'une famille ou d'une collectivité, même si des périodes précédentes (...) laissaient déjà entrevoir ce risque à l'entourage.

Dans la période immédiate après le décès, c'est souvent un état de sidération intense (« onde de choc ») qui prédomine chez les proches. Puis leur esprit est littéralement envahi par une multitude d'affects divers et parfois contradictoires : tristesse, déni, honte, colère, sentiment d'incompréhension, peur des autres, sentiment d'injustice et... culpabilité. Ces émotions sont certes les mêmes que lors des autres deuils mais certaines revêtent une intensité beaucoup plus importante après un passage à l'acte suicidaire.

(...) *Le suicide d'un membre de la famille est un évènement brutal et particulièrement traumatisant pour tout l'entourage. C'est une situation assez fréquente puisque 8 % des Français déclarent qu'une personne de leur cercle familial proche (parent, frère, sœur ou enfant) est décédée à la suite d'un suicide (Les Français et le suicide, IFOP pour la fondation Jean-Jaurès, octobre 2020). Une autre étude a montré que pour chaque décès par suicide, 26 personnes sont directement ou indirectement endeuillées : Vaiva G. et al., 2010, Impact de la tentative de suicide sur les proches du suicidant : premiers résultats de l'étude Imtap, 42e journée du Groupement d'étude et de prévention du suicide, Versailles.*

*Les familles concernées (...) cheminent comme elles le peuvent, d'une manière pragmatique, envahies par des sentiments multiples et parfois contradictoires dont, **souvent, une culpabilité obsédante.** »*

Les proches des suicidés avec assistance

- En Suisse, les proches de personnes décédées par suicide assisté présentent davantage de stress post-traumatique (Wagner et al., 2010).
- Une étude du BMJ (Swarte et al., 2003) souligne que les troubles du deuil sont plus graves lorsque les proches sont peu ou pas impliqués. L'absence de cadre relationnel solide au moment de la mort laisse des séquelles profondes et silencieuses.
- "Mental Health Outcomes of Family Members of Oregonians Who Request Physician Aid in Dying" – Journal of Pain and Symptom Management (2009)

Les familles qui n'ont pas été préparées ou qui ont été mises devant le fait accompli présentent :

- 30 % de symptômes de deuil compliqué,
- 18 % de symptômes de stress post-traumatique,

L'expérience suisse⁴ :

Les associations incitent le candidat à parler de sa démarche à ses proches, mais il n'y est pas obligé. Et **les proches sont invités à soutenir et à accompagner le candidat au suicide dans sa démarche, comme une dernière preuve de lien.** En effet, la rhétorique des associations ancre l'acceptation des proches dans l'amour qu'ils portent au suicidant et dans le respect de son autonomie (forme de chantage).

Suite à une demande d'assistance au suicide, les proches sont confrontés à de lourds dilemmes éthiques et ce, quelles que soient leurs convictions/opinions (...) Les proches peuvent ne pas soutenir a priori la décision de recourir à un suicide assisté, mais l'accepter tout de même afin de respecter le choix de la personne malade. **Ils peuvent estimer qu'ils n'ont pas le choix et se sentir contraints/piégés, puis culpabilisés.**

D'une manière générale, en fin de vie, quel que soit le lieu, la manière dont elle se déroule et le degré de spécialisation des équipes professionnelles, des proches vont être impliqués dans

⁴ Les proches impliqués dans une assistance au suicide
Par Murielle Pott, Julie Dubois, Thierry Currat et Claudia Gamondi (2011)

les décisions prises sur la manière de mourir et bouleversés par des questions éthiques. Ils vont soigner et accompagner leur mourant, être présents lors de sa mort, organiser des rites funéraires ou y participer et finalement entamer un processus plus ou moins long de deuil et de retour à une vie normale. Des études portant sur les soins palliatifs à domicile montrent que, même si les professionnels peinent à intégrer les proches dans les décisions à prendre, ces derniers **sont très engagés dans les soins qu'ils prodiguent et font preuve de compétences pointues dans l'anticipation et la gestion des crises. On peut en déduire que la position et le rôle des proches sont donc nécessairement problématiques lorsqu'ils sont impliqués dans une assistance au suicide.**

(...)

Que la famille soit d'accord ou non avec la demande du patient, **l'implication émotionnelle des proches commence au moment de la première demande de suicide assisté** et, comme le temps et les préparatifs avancent, elle devient de plus en plus visible et significative. Il existe en fait trois étapes distinctes pour les proches, comme l'explique Zala⁵. La première a lieu avec l'évocation du suicide assisté par la personne malade. A ce stade, l'engagement des proches est qualifié de « sympathisant » par l'auteure de cette étude dans la mesure où le suicide assisté n'est qu'évoqué et demeure une éventualité plus ou moins lointaine. De plus, l'espoir d'une guérison ou d'un renoncement à anticiper la mort sont encore présents. La deuxième étape commence lorsqu'une date pour l'assistance au suicide est fixée. A ce moment-là, le moment de la mort cesse d'être indéterminé et devient certain, éliminant ainsi tout espoir. **Le fait de fixer la date de la mort est l'une des spécificités majeures du suicide assisté et débouche sur une période d'intensification relationnelle orchestrée par le mourant, pendant laquelle les proches se retrouvent dans un rôle de « spectateur engagé ».**⁶ Enfin, lors de la 3^e et dernière étape, ont lieu l'assistance au suicide elle-même et la période de deuil qui la suit. La mort ayant été annoncée et fixée à l'avance, on pourrait imaginer qu'une sorte de deuil anticipé ait lieu avant le décès facilitant ensuite le travail de deuil post mortem, mais comme le souligne Zala « **le pathos rendu latent pendant le processus du « mourir » éclate et envahit le survivant lorsque cette perte est intégrée dans son esprit, souvent de manière inattendue et violente, bien qu'il s'agisse d'une mort annoncée. D'une certaine manière, le chagrin de cette perte imminente, « étouffé » ou « déguisé » pendant l'accompagnement, est transposé vers l'après** » (p. 81).

L'assistance au suicide pose aussi des questions sur sa légitimation auprès des proches et de l'équipe soignante. **Des conflits entre les patients et leurs proches, à l'intérieur de la famille ou entre les proches et l'équipe soignante peuvent aussi se manifester dans cette situation**⁷.

En Oregon, aux Etats-Unis, une étude portant sur 98 dossiers de suicide assisté fait état de 19% de proches ambivalents et 30% de proches opposés au suicide assisté⁸. **Ces chiffres laissent envisager que le rôle de proche de personne décédée par suicide assisté peut être difficile à vivre.**

⁵ Zala M. Chronique d'une mort volontaire annoncée : l'expérience des proches dans le cadre de l'assistance au suicide. Fribourg : Academic Press Fribourg, 2005.

⁶ Idem

⁷ Kimsma GK, van Leeuwen E. The role of family in euthanasia decision making. HEC Forum 2007;19:365-73.

⁸ Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Why Oregon patients request assisted death?: Family members' views. J Gen Intern Med 2008;23:154-7.

Organiser le suicide assisté et l'euthanasie : quel risque de contagion sociale ?

La publication du livre de Goethe, *Les souffrances du jeune Werther*, avait suscité en 1774 une vague de suicides de jeunes dans plusieurs pays d'Europe. Dans les notes laissées par les victimes, celles-ci disaient clairement que leur suicide était comme le suicide du jeune Werther dans le roman.

Depuis les années 1970, les chercheurs se sont intéressés aux effets de la médiatisation des suicides réels ainsi que sur les suicides fictifs dans les médias. L'événement récent qui a suscité probablement la plus grande augmentation de décès par suicide a été la mort de la vedette de cinéma Marilyn Monroe. **Selon les chercheurs, on a pu observer une augmentation de 12 % des décès par suicide à la suite de sa mort.** Le chercheur Stephen Stack, dans une recension détaillée des effets des médias sur le suicide, a trouvé à la suite d'un suicide très publicisé aux États-Unis, que **le taux national du suicide augmente en moyenne de 2,5 % dans le mois qui suit.**

Les recherches indiquent que l'envergure de l'effet de la publicité sur les suicides dépend de l'importance que les médias leur accordent. Les suicides présentés à la une des journaux risquent davantage de provoquer une augmentation du taux de suicide que ceux présentés en entrefilet ailleurs dans un journal. **Les suicides des personnes célèbres provoquent en moyenne 14 fois plus de suicides que ceux d'inconnus.**

Par exemple, une étude de Tousignant et collaborateurs a démontré **qu'à la suite du décès par suicide d'un journaliste québécois connu, en 1999, on a vu une augmentation importante des décès par suicide et spécifiquement de décès provoqué par la même méthode de suicide.** Les récits de véritables suicides ont 34 fois plus de probabilité d'augmenter les taux de suicide qu'une histoire fictive. Cependant, certaines histoires fictives ont eu pour effet d'augmenter les décès par suicide. Par exemple, une série télévisée portant sur l'histoire d'un jeune homme en Allemagne a eu l'effet d'augmenter le taux de suicide des jeunes hommes à la suite de la télédiffusion de cette série à deux reprises, et l'augmentation était plus importante dans l'utilisation de la même méthode que le personnage fictif, soit se jeter devant un train.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Association canadienne pour la prévention du suicide et l'Association québécoise pour la prévention du suicide ont produit des recommandations transmises aux médias afin de diminuer le risque d'augmentation des décès par suicide. Ces recommandations incluent : ne pas mentionner la méthode de suicide, ne pas présenter des photos de la personne décédée par suicide, ne pas donner l'impression que le suicide découle automatiquement d'un motif unique (« il s'est suicidé parce qu'il était victime de chantage ») puisque les facteurs liés au suicide d'un individu sont toujours complexes. Il est aussi très important de ne pas publiciser certains types de suicide.

Des recherches sur le suicide dans le métro de Vienne ont indiqué que lorsque les médias ont cessé de faire des reportages sur les suicides dans le métro, l'utilisation de ce moyen a diminué significativement, en même temps que le taux de suicide dans l'ensemble de la ville.

Il a même été suggéré que si les conséquences négatives d'un suicide sont mentionnées dans des reportages, on constate moins d'effets d'imitation. Par exemple, à la suite des reportages

sur le suicide de masse à Jonestown montrant les corps en putréfaction des victimes et la douleur des proches de celles-ci, on a connu une diminution des suicides. **Les reportages sur le suicide ignorent souvent la souffrance des personnes. Les médias ignorent aussi que, pour chaque personne dans une situation semblable qui est profondément suicidaire et qui meurt par suicide, il y a des milliers de personnes dans des situations semblables qui trouvent d'autres solutions à leurs problèmes.**

A l'inverse, la famille a un rôle essentiel pour donner envie de vivre

De nombreuses études attestent que quand la famille entoure, la demande de mourir est très rare

- L'étude JAMA (Emanuel et al., 2000) révèle que seulement 8,5 % des patients en soins palliatifs expriment un désir persistant de mourir, et que ce désir est significativement diminué par la présence familiale et le soutien émotionnel.
- Aux États-Unis (Oregon), une étude (Ganzini et al., 2008) indique que **94 % des personnes concernées citent la peur de la dépendance, la perte d'autonomie et le désir de ne pas peser sur l'entourage comme motivations majeures à la demande d'assistance au suicide.** La douleur physique n'est évoquée que dans 25 % des cas.
- Une revue de 33 études (Palliative and Supportive Care, 2014) montre que **les patients en couple ou entourés sont jusqu'à 5 fois moins susceptibles de demander une aide à mourir.**

Étude : "Motivations for Assisted Suicide Requests" – J Gen Intern Med (2008)

Motifs des patients selon leurs proches :

- 97 % invoquent la perte d'autonomie.
- **92 % : la peur de devenir un fardeau pour leurs proches.**
- 88 % : la perte de dignité.
- Seuls 25 % évoquent une douleur physique intolérable.

Étude : "Family involvement in decisions about life-sustaining treatment in advanced cancer" – JCO Oncology Practice (2006)

Résultats :

- Les patients accompagnés activement par leur famille dans les soins prennent moins souvent des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement, et expriment moins de demandes d'euthanasie.
- **79 % des patients entourés déclarent avoir trouvé un "sens nouveau" à leur vie dans la dernière phase, contre 42 % des patients isolés.**

Étude : "Desire for hastened death: a research update" – Palliative and Supportive Care (2014)

Méthodologie :

Revue de 33 études sur les facteurs psychologiques associés au désir de mourir en fin de vie.

Chiffres clés :

- Plus de 70 % des demandes de suicide assisté sont liées à des symptômes de dépression, d'anxiété ou de détresse existentielle, plus qu'à la douleur physique.
- La présence d'un conjoint ou d'enfants est associée à une diminution significative du désir de mort.

- Les patients mariés ou entourés sont jusqu'à 5 fois moins susceptibles de demander une assistance à mourir que ceux qui sont isolés.

L'enjeu n'est pas médical, mais relationnel

- Le sentiment d'être un fardeau pour ses proches est l'un des premiers motifs exprimés par les patients (92 %).
- Ce sont les pertes de liens, la solitude et la détresse existentielle qui alimentent les demandes d'aide à mourir. La douleur est rarement la motivation principale.

Conclusion et orientations politiques

Parce que nous ne sommes pas des individus isolés, parce que la France a le moyen de soulager les souffrances de la maladie grâce aux soins palliatifs, parce que la solidarité nous rend pleinement humain, la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie seraient inacceptable.

La voie politique ne peut que consister à renforcer l'environnement relationnel du patient, et non à légaliser l'accélération de la mort. Il faut :

- **Développer les soins palliatifs à domicile et en réseau, en intégrant les proches dans les décisions.**
- **Soutenir les familles dans l'accompagnement : formation, écoute, médiation, congés aidants...**