

Le monde des soins est doublement concerné par la question du suicide. D'un côté, la majorité des études semblent indiquer que le taux de suicide des médecins est significativement plus élevé que dans la population générale¹. Parmi les causes, on évoque le stress, l'abus de substances, le burn-out et la dépression : autant de facteurs déclenchant qui, de près ou de loin, ont souvent un rapport avec le métier. Ce constat interpelle. Les professions médicales recrutent-elles davantage parmi des personnes fragilisées (attirées par le morbide, qu'elles fuient tout à la fois) ou est-ce l'organisation des soins, et pourquoi pas, des études elles-mêmes, qui se révèlent mortifères ? Il y a quinze ans, Ph. Van Meerbeeck, professeur de psychologie médicale, faisait allusion au suicide de deux enseignants d'une Faculté de médecine, précisant qu'il aurait pu également mentionner le cas d'étudiants et d'infirmières. Parmi les déclencheurs possibles, il relève une formation universitaire qui confine à l'absurde, tant pour les enseignés que pour les enseignants. Parlant des étudiants, il écrit : avant d'entrer en stage, « ils ont mené cinq années d'études très exigeantes, au prix, souvent d'un renoncement à leur équilibre personnel : pour être médecin aujourd'hui, il faut étudier tout le temps, on n'a plus le temps d'aimer, de lire, d'aller au cinéma. Il faut étudier des milliers de pages dont les neuf dixièmes ne servent absolument à rien (...). Ils se plient à cette sorte de mainmise de l'ordre médical au prix de ravages de leur équilibre personnel (80 % des étudiants en médecine se droguent aux amphétamines durant leur période d'examens, et se dépriment ensuite durant l'été tellement ils vont mal) »². Même si le trait peut paraître forcé, cette citation pose une bonne question : ces suicides dans le monde de la santé ne sont-ils pas, avec d'autres symptômes, le révélateur de dysfonctionnements majeurs tant dans la formation des futurs professionnels que dans l'organisation du système de santé ? La médecine moderne soigne et guérit, mais elle tue aussi. On peut craindre qu'en quinze ans, rien ne se soit arrangé avec l'apparition du *numerus clausus* qui accroît la compétition entre étudiants d'une part et avec l'augmentation des tracasseries administratives, des recours en justice et des contraintes économiques qui minent le métier d'autre part.

Si d'un côté le suicide concerne donc les professionnels en tant que personnes à risque, il les concerne avant tout comme acteurs de la prise en charge de tous ceux qui auront tenté de mettre fin à leur vie. Or, dans une étude de Bricchet et al., sortie en 1998³, il apparaît que la prise en charge de ce type de situation laisse à désirer : réactions de rejet, désir de punir le patient, manifestation d'agressivité, désintérêt total de la part de certains soignants sont autant de comportements trop fréquemment observés. Dix ans plus tard, si de nombreuses campagnes de sensibilisations ont été orchestrées, et si de nombreuses améliorations en ont résulté, on ne peut que regretter d'entendre encore trop d'histoires où l'accueil par les professionnels de la santé n'est pas celui attendu. Avant de juger, on doit au moins prendre le temps d'entendre ces soignants qui ne savent plus au nom de quoi s'acharner à sauver ces personnes qui tentent pour la quatrième ou cinquième fois d'en finir. A côté de ces patients

¹ Chocard A.-S. et al., « Le suicide des médecins. Revue de la littérature », in *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 2003, vol 7, n° 65, pp. 23-29

² Ph. Van Meerbeeck, « L'aliénation mentale : de l'incompris à l'irrationnel », in *Soigner et guérir ?*, Le supplément, Cerf, Paris, 1993, pp. 79-86

³ Bricchet L., Stalmans C., et al. (1998), « Attitude du personnel soignant du service des urgences de l'hôpital général à l'égard des urgences psychiatriques et rôle de l'infirmière psychiatrique », in *La revue française de psychologie médicale*, Janvier 1998, N° 14, pp. 25-27

qui ont tenté (parfois à plusieurs reprises) de se supprimer et qu'il faut pourtant accueillir et soigner, il en est d'autres que l'on accueille et que l'on soigne pour une pathologie plus ou moins grave et qui, suite au diagnostic ou à l'évolution de la maladie, vont tenter de se suicider. On songe, entre autres groupes à risques, à des jeunes atteints de maladies chroniques, ou à des personnes âgées qui n'ont plus aucune raison de souffrir un jour de plus. Certes, en tant que soignant, on ne peut pas toujours prévoir une tentative de suicide. Mais on doit bien constater le malaise persistant, chez beaucoup de professionnels, (médecins généralistes compris) lorsqu'il s'agit de parler avec le patient de la mort, de l'envie d'en finir, de l'absurdité d'une vie trop fatiguée, trop malade, trop souffrante. Sur ce point, n'y a-t-il pas lieu de poursuivre la formation du personnel ? Par ailleurs, on ne peut manquer de se demander comment ces tentatives de suicide de la part des patients sont vécues dans les institutions de soins, et quel accompagnement est proposé aux soignants.

Ce numéro d'*Ethica Clinica* propose tout d'abord aux lecteurs quelques outils pour décrypter les nouvelles formes de suicide auxquelles nous sommes aujourd'hui confrontés : l'influence d'internet, l'ordalie, les grèves de la faim, le suicide comme nouveau rite de passage, le suicide après massacre de sa famille. Ensuite, plusieurs auteurs abordent la question de la prise en charge, de ses difficultés mais aussi de sa nécessité. Au nom de quelles valeurs s'oppose-t-on à la volonté d'une personne d'en finir ? Le cas des personnes âgées a particulièrement retenu notre attention. Enfin, nous nous sommes aussi demandé si la prévention est réellement efficace en la matière.

Jean-Michel Longneaux