

## L'INFIRMIER FACE AU SUICIDE ASSISTÉ : VALORISER LE BIEN-ÊTRE

Sarah Leu, Julie Nielsen, Diana Santos Marquez et Maria Goreti Da Rocha Rodrigues

Médecine & Hygiène | « [Revue internationale de soins palliatifs](#) »

2019/2 Vol. 34 | pages 37 à 44

ISSN 1664-1531

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-infokara-2019-2-page-37.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# L'infirmier face au suicide assisté : valoriser le bien-être

## Sarah Leu

Infirmière HES, hôpital de Loëx, Genève

## Julie Nielsen

Infirmière HES  
Hôpitaux Universitaires de Genève, Cluse-Roseaie

## Diana Santos Marquez

Infirmière HES  
HUG, Hôpital de Bellerive

## Gora Da Rocha Rodrigues

PHD Sciences infirmières, professeure assistante  
Haute Ecole de Santé, Genève  
Haute Ecole de Suisse occidentale

## Résumé

*L'infirmier face au suicide assisté : valoriser le bien être* – Depuis les années 2000, en Suisse, le suicide assisté (SA) est en constante augmentation. Cela implique que les soignants, notamment dans les unités de soins palliatifs, sont amenés à prendre en soins des personnes ayant fait une demande de SA. Cette revue de littérature a pour objectif d'identifier les facteurs pouvant influencer la demande de SA et d'apporter des pistes de réflexion sur la pratique infirmière dans l'accompagnement de ces personnes jusqu'à leur retour à domicile ou à leur éventuel décès. Une consultation des bases de données CINHALL, PubMed et Web of Science a été effectuée entre décembre 2017 et février 2018. Les mots clés utilisés sont : chronic disease, nursing care, assisted suicide/death, death with dignity. Les résultats montrent que les facteurs influençant la demande de SA seraient principalement inhérents et intrinsèquement liés à la personnalité du patient. Les soignants sont peu informés sur les dispositions institutionnelles et légales concernant l'assistance au suicide et sont prêts à s'impliquer à des degrés divers dans ce processus en fonction de leurs croyances mais aussi de leur niveau de connaissance. L'identification des facteurs influençant la demande de SA met en évidence le besoin d'autonomie et de contrôle des personnes faisant la demande. Par le manque de cadre institutionnel et légal, les soignants sont souvent démunis face à ces situations. Des pistes de réflexion sont proposées concernant le rôle infirmier pour promouvoir le bien-être des personnes au travers du concept d'auto-transcendance de Pamela Reed. Ces résultats sont à considérer avec précaution en vue de la littérature restreinte à ce sujet et du nombre d'articles considérés.

## Summary

*The nurse in front of assisted suicide (AS): to value well-being* – In Switzerland since the 2000s, AS has been on the rise. This implies that carers, particularly in palliative care units, are requested to care for people who have applied for an AS. Purpose of this literature review is to identify factors that may influence demand for AS and to provide food for thought on nursing practice in accompanying these people until they return home or die. Search through CINHALL, PubMed and Web of Science databases was conducted between December 2017 and February 2018 with following key words: chronic disease, nursing care, assisted suicide/death, death with dignity. Results show that factors influencing demand for AS are mainly inherent and intrinsically linked to the patient's personality. Caregivers are not well informed about institutional and legal provisions regarding AS. Willingness to be involved in the process varies depending not only upon their beliefs but also upon level of knowledge. Identification of the factors influencing the application for an SA highlights the need for autonomy and control of the persons making the application. Due to lack of institutional and legal framework, carers often feel helpless in these situations. Some ideas are proposed concerning the nursing role to promote the well-being of people through Pamela Reed's concept of self-transcendence. Results should be considered with caution in view of the limited available literature on the subject and the number of articles considered.

## Introduction

### Suicide assisté

Le suicide est, selon l'OMS [1], « l'acte de mettre fin à ses jours » alors que le suicide assisté (SA) consiste à procurer à un individu, capable de discernement et désirant mettre fin à ses jours, un produit létal qui lui permettra de le faire [2].

En Suisse, selon l'Office Fédéral de la Statistique [3], le nombre de suicides assistés a augmenté depuis 2008 alors que le nombre de suicides a, à l'inverse, nettement diminué entre 1995 et 2003 et s'est stabilisé depuis. Aborder le sujet de la fin de vie et plus particulièrement du suicide soulève beaucoup d'émotions, de questionnements, de remise en question des valeurs et croyances et il peut être un sujet délicat à aborder, particulièrement pour les soignants qui peuvent ne pas être au clair avec leur propre vision de la mort. Lorsque la mort est décidée et programmée, les questionnements et ressentis sont d'autant plus exacerbés. Le SA, récemment encore tabou dans le milieu des soins, bénéficie d'une médiatisation importante notamment par les débats éthiques ainsi que les conflits de valeurs qu'il suscite.

Au niveau mondial, les États-Unis ont légiféré sur le SA dans certains états tels que l'Oregon, Montana et Washington. Les critères d'accès à l'assistance au suicide sont relativement similaires à ceux en vigueur en Suisse. En Belgique, l'euthanasie dans les unités de soins palliatifs est autorisée. Les critères pour accéder à la demande de mort d'un patient sont à nouveau similaires à ceux de la Suisse. Toutefois, le fait que cette pratique se fasse au sein des hôpitaux permet d'étudier les attitudes infirmières vis à vis de la demande de mort. Au Pays-Bas ainsi qu'au Danemark, bien qu'aucune loi n'autorise le SA, il existe des critères permettant d'effectuer des dérogations qui sont similaires à ceux de la Suisse. En effet, la Suisse a tenté plusieurs fois de légiférer sur le sujet mais aucune loi n'a été établie à ce jour. En 2011, le Conseil fédéral a décidé d'enterrer un projet de norme pénale pour encadrer l'assistance au suicide. Le problème relève, selon Giannakopoulos (2016), d'avantage de l'ordre de l'éthique sociétale que du juridique [4]. Toutefois, en Suisse, le SA n'est punissable que s'il est motivé par un mobile égoïste selon l'article 115 de la loi fédérale sur l'incitation et l'assistance au suicide du 13 décembre 2002 [5]. Les associations d'aide au suicide utilisent ce vide juridique afin d'apporter leur assistance.

Le SA est le plus souvent pratiqué en Suisse à domicile et commence à être légiféré dans les

institutions, avec par exemple la loi vaudoise sur la santé publique concernant l'assistance au suicide entrée en vigueur le 1er janvier 2013 (Article 27d de la Loi sur la Santé Publique vaudoise) et la loi sur la santé genevoise, modifiée en ce sens en mai 2018. La Confédération a refusé de légiférer sur le sujet et laisse aux cantons le libre choix en la matière.

En parallèle, plusieurs associations suisses, comme EXIT A.D.M.D<sup>1</sup> ou Dignitas, proposent une assistance au suicide. Le patient doit cependant remplir plusieurs critères : être membre de l'association depuis un certain temps, être domicilié en Suisse (pour EXIT), avoir effectué une demande manuscrite accompagnée du dossier médical complet, être atteint d'une maladie incurable ou de poly pathologies invalidantes et être capable de discernement [6, 7].

### Chronicité & suicide assisté

De par l'augmentation de l'espérance de vie qui entraîne un vieillissement de la population, on constate en Suisse une augmentation des maladies chroniques [8]. La maladie chronique peut entraîner une perte d'autonomie et d'indépendance, diminuant ainsi la qualité de vie du patient et pouvant potentiellement instaurer la peur de devenir un fardeau pour ses proches. De plus, vivre la maladie chronique peut induire une souffrance psychique, une inquiétude pour sa vie et son futur. Les personnes atteintes de maladies chroniques sont souvent confrontées à l'incertitude, le doute et les contradictions [8]. L'augmentation constante des maladies chroniques et multi morbidités peut entraîner une sollicitation de plus en plus importante de l'assistance au suicide. En 2014, 742 cas de suicides assistés ont été enregistrés en Suisse ce qui équivaut à une progression de 26 % en une année [3].

### Auto-transcendance

Un questionnement spirituel, plus ou moins présent pendant l'existence, peut émerger et pourrait être pour certaines personnes un soutien. Dès lors, le respect de leurs valeurs et une valorisation de leurs ressources, de leur autonomie et de leur dignité peuvent être des facteurs aidants à l'approche de ce passage, ce que prône la théorie de l'auto-transcendance de Pamela G. Reed. Elle apporte, par sa vision du soin et de la santé, un éclairage plus large en intégrant le bien-être et la spiritualité à la situation clinique, en se basant moins sur le traitement des symptômes

<sup>1</sup> Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

que sur la capacité du patient à se dépasser face à son expérience de vie. Cette théorie a pour but de promouvoir le bien-être lors de situations de vie difficiles, surtout lorsque les individus et les familles font face à des pertes ou à une maladie qui limite la vie [9]. Le bien-être est un sentiment propre à la personne lié à la santé et à la complétude. Il s'agit d'un processus évolutif influencé par l'histoire, la culture, les valeurs, la famille et les relations de la personne ainsi que d'autres facteurs biophysiques [10].

Cette théorie met en avant que les maladies graves ou chroniques causent des situations de vie difficiles. Les expériences telles un handicap, le vieillissement, un deuil ou la fin de vie sont des contextes de vulnérabilité et tendent à augmenter la sensation de mortalité [10].

Le principe de l'auto-transcendance a pour but d'élargir nos propres limites sur le plan intra-personnel, interpersonnel, transpersonnel et temporel [10]. Au niveau intra-personnel, le but est de permettre une meilleure connaissance de soi, de ses désirs, de ses croyances et de ses rêves [10]. La dimension interpersonnelle est reliée à notre connexion aux autres, à la nature et à l'environnement qui nous entoure [10]. Le plan transpersonnel, prend en compte ce qui n'est pas observable, ce qui est plus grand que nous, qui « transcende » le réel. Enfin, la dimension temporelle vise à intégrer le passé et le futur pour donner un sens au présent [10]. Dans le contexte d'une mort programmée, l'infirmier peut accompagner le patient afin qu'il puisse accéder à une fin de vie qui lui convienne, sans l'influencer par ses propres valeurs.

## Méthode

Afin de répondre à la question « *Quels sont les facteurs influençant la demande de suicide assisté chez un patient atteint de maladie chronique et quelles sont les attitudes infirmières pouvant influencer le bien-être chez un patient ayant effectué une demande de suicide assisté ?* », une consultation des bases de données CINAHL, PubMed et Web of Science a été effectuée entre décembre 2017 et février 2018.

L'analyse des résultats a ensuite été effectuée de manière à mettre en évidence plusieurs aspects de la problématique : les facteurs influençant la demande de SA, le rôle infirmier ainsi que le bien-être vu à travers le concept d'auto-transcendance de Reed.

Pour ce travail, la population adulte a été sélectionnée.

Un total de 12 articles publiés entre 2007 et 2017 a été retenu dont quatre études quantitatives descriptives, une quantitative transversale, une quantitative expérimentale, deux quantitatives corrélationnelles, une quantitative descriptive corrélationnelle, une étude de cohorte et deux études mixtes.

## Résultats

Les articles ont été analysés et des thèmes principaux ont été mis en évidence : les facteurs influençant la demande de SA, le rôle infirmier, l'acceptation du SA par les infirmiers, le bien-être et les proches.

### Symptômes physiques

Les études de Smith, Harvath, Goy & Ganzini (2011, 2015) mettent en évidence que les symptômes physiques n'influencent pas ou très peu la demande de SA ou du moins lorsqu'ils sont contrôlés [11, 12]. En revanche, selon Ganzini, Goy & Dobscha (2007), l'appréhension de douleurs, de complications ou d'une qualité de vie inférieure pouvant survenir dans un futur proche, de par l'avancée de la maladie, est plus souvent citée comme une raison de demande de SA par les proches de personnes ayant fait une demande de SA dans leurs réponses au questionnaire élaboré par les auteurs et basé sur la littérature [13]. Selon Smith *et al.* (2011), les personnes effectuant une demande de SA ont un besoin de contrôle plus important sur leur vie et leur environnement [9].

Les raisons les plus fréquemment invoquées dans la demande de SA sont la peur de devenir un fardeau pour leurs proches ainsi que le désir de garder le contrôle sur leur mort comme dans leur vie [11, 13, 14]. Parfois le sentiment d'être un poids pour les proches et de se voir devenir une source de souffrance pour ceux-ci devient insupportable. La mort, dans ces cas-là, peut alors être considérée comme un geste altruiste.

### Dépression/Désespoir

Selon Ganzini *et al.* (2007), les personnes faisant une demande de SA sont plus souvent sujettes à des dépressions. En revanche, la dépression n'est pas en elle-même vécue comme une raison principale de demande de SA [13]. Selon Fischer, Huber, Imhof, Mahrer Imhof, Furter & Ziegler (2008), les femmes, de par leur expression émotionnelle plus

importante, font plus régulièrement appel au SA et ont plus tendance à être diagnostiquées comme dépressives (moyenne de 64,5 % de femmes dans deux associations d'assistance au suicide suisses) [15]. Toutefois, il est à noter que la dépression, ainsi que tout autre trouble psychique, est un critère d'exclusion pour la demande de SA dans de nombreux pays [14, 15]. Selon Smith *et al.*, la dépression ainsi que le désespoir présentent une corrélation inversée avec le soutien social et la spiritualité, ce qui signifie qu'une personne étant soutenue et intégrée socialement et présentant un haut niveau de spiritualité présentera un niveau de dépression et de désespoir plus faible [12].

## Spiritualité

D'après l'étude de Smith *et al.* (2015), un faible niveau de spiritualité, qui est un terme plus large que religiosité, est ressorti comme la plus importante variable prédictive de SA chez les personnes en phase terminale, ce qui signifie qu'une personne ayant un faible niveau de spiritualité aura plus tendance à faire appel à l'assistance au suicide qu'une personne présentant un important niveau de spiritualité. De plus, les personnes ayant une affiliation religieuse ont moins tendance à faire appel au SA [12]. Steck *et al.* (2016) mettent en évidence la possible relation entre une affiliation religieuse et l'insertion sociale auprès de personnes décédées par assistance au suicide. En effet, les personnes présentant une affiliation religieuse, particulièrement les catholiques, font moins appel au SA (catholique : 0,022‰. Pas d'affiliation : 0,099‰). Les personnes ayant un statut socio-économique plus élevé ont plus tendance à faire appel à l'assistance au suicide (0,023‰ pour le plus bas niveau socio-économique contre 0,076‰ pour le plus haut niveau socio-économique). Les personnes ayant un plus haut niveau d'éducation font plus appel au SA (Obligatoire : 0,042‰; Niveau tertiaire : 0,053‰). De plus, une personne présentant un haut niveau de spiritualité aura moins tendance à prendre en considération ses symptômes physiques tels que la douleur (Odd ratio de 0,33 contre 1,5 pour les personnes âgées de plus de 80 ans et 1,3 pour les personnes ayant un compagnon) [16, 18]. Par ailleurs, selon Smith *et al.* (2015), les personnes ayant effectué une demande de SA, avec ou sans affiliation religieuse, souhaitent généralement faire leurs adieux à leurs proches (87 % contre 69 % pour les personnes n'ayant pas pris le produit) et prennent des dispositions concernant la cérémonie de leur enterrement, ce qui leur permet ainsi de garder le contrôle sur leur fin de vie [11].

## Rôle infirmier

Les études de Jablonski, Clymin, Jacobson & Feldt (2012) et Scheur *et al.* (2008) mettent en évidence une mauvaise connaissance au sujet du SA ainsi qu'un faible encadrement institutionnel des soignants confrontés à la situation [19, 20]. Toutefois, les infirmiers ressentent le besoin d'être impliqués dans le processus de décision lors d'euthanasie [20, 21].

De manière générale, selon Campbell & Black (2014), les infirmiers sont rarement amenés à pratiquer l'euthanasie, mais plutôt à prendre en soin la personne dans sa globalité dans tout le processus en amont. Dans ce contexte, le travail relationnel qui lie le patient et l'infirmier est particulièrement délicat et nécessaire [22]. En effet, de part cette relation privilégiée, le patient aura plus tendance à faire part de sa demande de SA à l'infirmier, que le médecin soit présent ou non. En effet, 66,6 % des demandes sont faites à l'infirmier [20, 21]. D'après l'étude de Haugan *et al.* (2012), la qualité de la relation patient – infirmier aurait une importante influence sur l'auto-transcendance inter et intra personnelle des résidents en EMS et par extension sur leur bien-être émotionnel et physique [18].

## Acceptation du suicide assisté

D'après l'étude quantitative descriptive d'Inghelbrecht *et al.* (2009), les soins palliatifs sont considérés comme une meilleure alternative que le SA par les soignants [21]. Ce dernier est rendu plus acceptable lorsque le patient présente des souffrances insoutenables [21]. Selon Jablonski *et al.* (2012) et Inghelbrecht *et al.* (2009), l'acceptation du SA est aussi plus difficile chez les infirmiers ayant une croyance religieuse (Odd ratio : 0,29 pour les religieux contre 1 pour les non religieux) [19, 21].

En revanche, les infirmiers ayant un niveau de connaissance et d'étude plus élevé se sentent plus à même de parler de ce sujet et de prendre part à ce processus [19, 21]. Toutefois, selon Jablonski *et al.* et Scheur *et al.* (2008), peu d'établissements disposent de directives institutionnelles et informent leur personnel à ce sujet [19, 20].

## Bien-être/Auto-transcendance

Une faible qualité de vie est, selon Ganzini *et al.*, une variable prédictive du SA [13]. En parallèle, le SA est, selon les infirmiers, plus acceptable lorsque le patient présente une qualité de vie insoutenable [21].

Par ailleurs, un haut niveau d'auto-transcendance est corrélé avec un bien-être plus élevé et donc une meilleure qualité de vie, particulièrement chez les personnes considérées comme vulnérables [18]. L'auto-transcendance influence autant le bien-être fonctionnel, émotionnel, social et physique et est indépendante de l'état de santé de la personne [11, 18].

Selon Haugan *et al.*, la relation entre l'infirmier et le patient influence la capacité d'auto-transcendance de ce dernier. Des soins de qualité ciblés sur les besoins et le ressenti du patient potentialisent son bien-être. Selon ces auteurs, les infirmiers devraient être sensibilisés à l'impact de leur attitude relationnelle [18].

## Discussion

Un contexte de maladie chronique pouvant provoquer un sentiment de vulnérabilité amène certaines personnes à choisir le SA [23]. Les raisons les plus fréquemment invoquées sont la peur de devenir un fardeau pour leurs proches ainsi que le désir de garder le contrôle sur leur mort comme dans leur vie [11, 13, 14]. La notion de choix ressort également comme le moyen de « préserver son auto-détermination, son autonomie ou le contrôle » dans une situation où tout semble leur échapper et dont l'échéance est toute tracée [23].

### Facteurs influençant

La notion de contrôle comme valeur importante pour les personnes ayant fait une demande de SA ressort dans la littérature [11, 23]. En effet, la manière dont le patient vit sa maladie en lien avec ses souffrances, la perte de ses capacités, l'impact sur l'image de soi ou encore l'incertitude quant à son avenir influence son sentiment de dignité personnelle et sa vie émotionnelle [23].

Les soignants ont tendance à considérer la douleur comme la raison principale de demande de SA [21]. Dans l'opinion publique, la demande de SA est liée à une gestion insuffisante des symptômes [20]. Pourtant, dans les études retenues, les patients et leurs proches ne décrivent pas la douleur comme étant un facteur principal motivant la demande de SA [12, 13], ce dernier étant plus souvent liés aux valeurs intrinsèques de la personne.

Par ailleurs, les personnes faisant appel au SA semblent présenter un plus haut niveau de dépression en corrélation avec le désespoir [12]. En Suisse,

le vide juridique entourant le SA rend les critères de sélection abstraits. En effet, selon la loi vaudoise sur le SA du 17 juin 2012, le médecin responsable de la demande de SA est tenu de vérifier que la demande du patient n'est pas influencée par des troubles psychiques. Toutefois, chez certaines personnes, notamment les personnes âgées ayant des comorbidités, il est difficile d'évaluer les troubles psychiques, particulièrement le taux de dépression. Le désespoir semble être aussi associé à la nature progressive de la maladie qui mène inévitablement à la mort. L'aspect irréversible de la perte des différentes fonctions et la situation de manière globale épuisent mentalement ces personnes. La peur liée à l'inconnu entourant le devenir et l'évolution de la maladie (souvent évolutive) ainsi que le manque de connaissances quant au pronostic augmente le sentiment de perte de contrôle qui caractérise ce type de situations [23].

### Facteurs protecteurs

Dans le contexte de vulnérabilité, la spiritualité est une ressource et un facteur protecteur de la demande de SA [12, 16]. Selon l'appartenance religieuse et la spiritualité qui y est liée, le suicide est perçu différemment. En effet, une personne catholique aurait moins tendance à faire appel au SA [16]. Cela peut s'expliquer par le fait que la religion catholique est contre le suicide. En effet, choisir de précipiter sa mort signifie aller à l'encontre de la volonté de Dieu qui est seul maître de la vie et de la mort des Hommes. Par contre, le fait d'appartenir à une communauté d'ordre religieuse est également un facteur protecteur [16]. Toutefois, il est probable que cette conclusion s'applique à toute forme de communauté, qu'elle soit religieuse ou non. En effet, les personnes ayant fait une demande de SA ont tendance à avoir un plus faible soutien social [12]. Plusieurs études font apparaître que les protestants sont plus nombreux parmi les religieux à faire appel au SA [16, 24]. Ceci peut être mis en relation avec le fait que les protestants ont une culture plus tournée vers le dialogue autour des textes bibliques. Le suicide en tant que tel y est peu abordé et n'y est pas nommé en tant que tel, les versets y faisant référence peuvent être considérés comme ambigus et sujets à interprétations.

Les principaux facteurs prédisposant au SA sont donc en lien avec des caractéristiques inhérentes à la personne, faisant partie intégrante de son identité comprenant les aspects physiques, psychologiques, spirituels et sociaux [23]. Les études retenues mettent en évidence que ce sont essentiellement des facteurs intra-personnels qui motivent la demande de SA.

Dans l'auto-transcendance, il est primordial de travailler sur les ressources intra-personnelles pour atteindre le bien-être ainsi que de donner un sens à l'expérience vécue [23,25].

Sur le plan interpersonnel, les infirmiers sont souvent les premiers à qui le patient fait part de sa demande [20,21]. Ceci peut s'expliquer par le fait que l'infirmier est la personne la plus disponible au chevet du patient et présente une implication émotionnelle plus importante dans le processus de soins [21].

## Limites

Il existe peu de littérature sur le sujet, particulièrement en Suisse. De ce fait, certaines études peuvent relever d'un niveau de preuve faible. En Suisse, peu d'études ont été réalisées car le SA n'est pas clairement légiféré et qu'il représente encore un tabou notamment dans le domaine des soins. Dans les différents pays des articles retenus, la législation est différente mais plus développée, certains parlant plutôt d'euthanasie que de SA. En ce qui concerne les conduites à tenir pour le personnel soignant dans ce type de circonstances, peu d'études ont été menées.

En effet, ce sujet suscitant beaucoup d'émotions et de questionnements, les études sont souvent empreintes de subjectivité, notamment parce que nombre d'entre elles sont élaborées avec des hétéro évaluations. Souvent, ce sont des proches de patients qui tentent de retranscrire les ressentis des personnes décédées par SA. Les attitudes infirmières explorées dans ce travail permettent plutôt de favoriser le bien-être sur le plan intra-personnel. En effet, les facteurs influençant se rapportent, d'après les articles sélectionnés, plutôt à des caractéristiques intra-personnelles, raison pour laquelle les approches développées sont tournées vers cette dimension.

## Recommandations

L'infirmier peut être une ressource inter-personnelle pour la personne soignée. La théorie de Pamela Reed peut aider l'infirmier à identifier et utiliser les ressources intra- et inter-personnelles de la personne afin de l'accompagner au mieux. Elle permet de travailler, en utilisant différentes activités complémentaires telles que la méditation ou la sophrologie, sur l'approche de la fin de vie avec le patient et ses proches.

Puisque l'infirmier est souvent la première personne à laquelle le patient se confie sur sa demande de SA, il est primordial qu'il soit conscient de ses valeurs et croyances afin de rester dans le non-jugement. Par ailleurs, le manque de connaissances sur le sujet peut aussi être un frein au bon déroulement de la prise en soins dans ces circonstances [20]. En effet, le SA n'est que très peu abordé lors de la formation en soins infirmiers, si ce n'est sous l'angle juridique uniquement ou opérationnel, notamment en Suisse.

De par son rôle auprès du patient, l'infirmier a l'opportunité de mettre en place diverses interventions afin de favoriser l'auto-transcendance du patient et, par extension, de valoriser son bien-être. Pour ce faire, il peut se référer aux différents diagnostics infirmiers énoncés dans le NANDA [26]. Le diagnostic infirmier « risque d'atteinte à la dignité humaine » est défini comme le « risque de ressentir une perte de respect et d'honneur » (NANDA International, 2016). Face à un patient craignant de perdre le contrôle sur son environnement et de devenir un fardeau, l'infirmier peut veiller à valoriser au maximum son autonomie en l'intégrant dans les plans de soins, en le rendant acteur de sa prise en soin et en le lui permettant d'être pro actif stimulant à être proactif. Face à un patient déprimé, l'infirmier peut pratiquer une écoute active afin de lui offrir un environnement empathique et identifier ses ressources intra et inter-personnelles. Le diagnostic infirmier « Motivation à améliorer son bien-être spirituel » est défini par la « capacité de ressentir et d'intégrer le sens et le but de la vie à travers les liens avec soi, les autres, l'art, la musique, la littérature, la nature ou une force supérieure, et qui peut être renforcée » (NANDA International, 2016). Discuter avec le patient peut permettre d'identifier ses besoins et de lui proposer des activités en adéquation, favorisant ainsi son autonomie et son auto-transcendance. Ceci est par ailleurs une opportunité pour le soignant d'aborder la spiritualité et les sujets sensibles qui y sont liés, tels que la mort et les craintes que le patient peut éprouver face à cette fin de vie. Il est en effet important de savoir comment la personne envisage son décès, si elle souhaite rencontrer un représentant de sa religion et si elle désire une cérémonie spirituelle avant ou après son décès [11].

Créer un environnement propice au développement des ressources intra et inter-personnelles relève aussi du rôle infirmier. Dans ce contexte, il peut s'agir, par exemple, de proposer à la personne une chambre seule afin de pouvoir faire ses adieux à ses proches dans une relative intimité ou de tenir compte de ses goûts et de ses envies durant ses derniers jours d'hospitalisation.

En plus des traitements pouvant soulager les douleurs et les angoisses, Reed propose également des interventions non médicamenteuses telles que la méditation ou l'hypnose afin d'aider le patient à s'auto-transcender, ou le toucher massage pour les relations interpersonnelles. L'infirmier devrait identifier et travailler sur les différents facteurs intra-personnels et inter-personnels du patient. Parmi les outils à sa disposition, il peut proposer au patient de se raconter à travers un récit de vie, permettant ainsi à ce dernier de donner du sens à son expérience, ses réussites, ses échecs afin de favoriser le bien mourir [27]. De plus, vivre le moment présent, définir les priorités, savourer la vie, investir les relations, s'axer sur les forces personnelles, nourrir la spiritualité, contribuer aux autres, soigner la santé et le bien-être sont les aspects les plus importants à travailler avec les patients en fin de vie [27].

## Conclusion

Au travers de cette revue de littérature, plusieurs facteurs influençant la demande de SA ont été mis en évidence. Il en ressort que la douleur n'est pas le facteur principal de cette demande mais plutôt la diminution progressive de l'autonomie, la peur de devenir un fardeau, voire de se sentir considéré comme un « objet ». La décision de faire une demande de mort est donc souvent en lien avec des caractéristiques personnelles inhérentes à la personne.

Un haut niveau de spiritualité est un facteur protecteur et permet, dans certaines circonstances, de traverser cette expérience de préparation à la mort de manière plus sereine. Explorer les valeurs et les croyances autour de la mort tant pour les patients

que les proches et les soignants favorise un accompagnement adapté et personnalisé. Les soignants sont amenés à respecter le choix du patient indépendamment de leurs propres valeurs. La théorie de Pamela Reed peut aider l'infirmier à identifier et utiliser les ressources intra et interpersonnelles de la personne afin de l'accompagner au mieux.

Le fait qu'il n'existe pas de législation claire en Suisse peut avoir un impact sur les recherches menées, sur les attitudes soignantes et sur l'accompagnement du patient. Le SA commence à être pratiqué dans les milieux hospitaliers en Suisse et les soignants vont donc être de plus en plus confrontés à ce type de situations. Ainsi, il est important de clarifier le rôle infirmier durant la période précédant le SA. Selon les recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales de 2018 sur l'enseignement de l'éthique aux professionnels de la santé, la question de l'accueil et de l'élaboration des demandes de mort volontaire doit être abordée durant la formation des professions médicales et para médicales. Il existe dans certains pays, notamment la Belgique, des soins palliatifs intégrant l'euthanasie comme possibilité de prise en soins. Les soignants doivent continuer à développer des interventions de soins pour accompagner les personnes dans une démarche de SA au-delà d'un mode opératoire.

## Remerciements

Nous remercions Pierre Beck, vice-président d'EXIT, pour sa disponibilité et sa bienveillance accordée lors d'une interview et également Philip Nielsen et Camille Thentz pour la relecture du travail ou de l'article.

## Références bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé. Maladies chroniques [En ligne]. 2018 [consulté le 16 juillet 2018]. Disponible : [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)
2. Association des infirmières et infirmiers ASI. Position éthique 1 : L'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers. Berne : ASI ; 2005.
3. Office Fédéral de la Statistique OFS. Statistiques des causes de décès 2014. Suicide assisté et suicide en Suisse. Neuchâtel : OFS ; 2016.
4. Giannakopoulos P. Mode d'une société sans limites ou évolution contemporaine ? Suicide et suicide assisté. La gazette médicale. 2016 ; pp. 34-36.
5. Loi fédérale sur l'incitation et l'assistance au suicide ; Code pénal, art. 115 (13 décembre 2002).
6. EXIT A.D.M.D. Suisse romande. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité [En ligne]. 2017 [consulté le 3 juin 2018]. Disponible : <http://www.exit-geneve.ch/>
7. Dignitas. Vivre dignement Mourir dignement [En ligne]. 2018 [consulté le 5 janvier 2018]. Disponible : [www.dignitas.ch/index.php?lang=fr](http://www.dignitas.ch/index.php?lang=fr)
8. Observatoire Suisse de la Santé [OBSAN]. La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques [En ligne]. 2015 [consulté le 27 janvier 2018]. Disponible [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante\\_2015\\_f\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f_0.pdf) .
9. Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing : Third Edition. New-York : Springer Publishing Company, LLC ; 2015.
10. Smith M, Parker M. Nursing Theories and Nursing Practice : Fourth Edition. Philadelphia : Davis Company. 2015 ; pp.411-419.
11. Smith K, Goy E, Harvath T, Ganzini L. Quality of Death and Dying in Patient Who Requests Physician-Assisted Death. Journal of Palliative Medicine. 2011 ; 14(4), 445-450. doi:10.1089/jpm.2010.0425.
12. Smith K, Harvath T, Goy E, Ganzini L. Predictors of Pursuit of Physician-Assisted Death. Journal of Pain and Symptom Management. 2015 ; 49(3), 555-561.
13. Ganzini L, Goy E, R, Dobscha S.K. Why Oregon Patients Request Assisted Death : Family Members' Views. Journal of General Internal Medicine. 2007 ; 23(2), 154-157. doi:10.1007/s11606-007-0476-x.
14. Johnson S. M, Gardner B. O., Cramer R. J, Nobles M. R. What Patient and Psychologist Characteristics Are Important in Competency for Physician-Assisted Suicide Evaluations. American Psychological Association. 2015 ; 21(4), 420-431. doi:10.1037/law0000058.



15. Fischer S, Huber C, Imhof L, Mahrer Imhof R, Furter M, Ziegler S, *et al.* Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. *Journal of Medical Ethics*. 2008; 34, 810-814. doi:10.1136/jme.2007.023887.
16. Steck N, Junker C, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M, Egger M. Suicide assisted by right-to-die associations: a population-based cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2014; 43(2), 614-622. doi:10.1093/ije/dyu010.
17. Albers G, Pasman R, Deliens L, De Vet H, Onwuteaka-Philipsen B. Does Health Status Affect Perceptions of Factors Influencing Dignity at the End of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013; 45(6), 1030-1038.
18. Haugan, G., Rannstad, T., Hanssen, B., Espnes, G. A. Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21, 3429-3441. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04217.x
19. Jablonski A, Clymin J, Jacobson D., Feldt K. The Washington State Death With Dignity Act Part I & II: A Survey of Nurses Knowledge and Implications for Practice. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2012; 14(1), 45-52, doi:10.1097/NJH.0b013e3182350f32.
20. Scheur J, Van der Arend A, Abou-Saad Huijjer H, Van Wijmen F, Spreeuwenberg C., Ter Meulen R. Euthanasia and Assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Clinical Nurses*. 2008; 17, 1618-1626.
21. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F., Deliens L. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: A nationwide study in flanders, Belgium. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46, 1209-1218.
22. Campbell S. C., Black A.M. Dignity, Death, and Dilemmas: A Study of Washington Hospices and Physician-Assisted Death. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014; 47(1), 137-153. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.02.024.
23. Rodriguez-Prat, A., Balaguer A., Booth A., Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ OPEN*. 2017; 7(9), 1-14. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016659
24. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and Assisted Suicide in Selected Countries and US States. *Medical Care*. 2013; 51 (10), 938-944.
25. Laporte P, Vonarx N. Le « bien mourir » perçu dans une approche de l'auto-transcendance et de la transition : deux théories de soin utiles pour l'infirmière. *Recherche en soins infirmiers*. 2016; 2(125), 6-19. doi: 10.3917/rsi.125.0006
26. NANDA International. *Diagnostics infirmiers: définitions et classification 2012-2014*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson S.A.S. 2013
27. Da Rocha Rodrigues G, M. G. REVIE: La faisabilité d'une intervention centrée sur la dignité des personnes avec un cancer avancé: un devis mixte. (Doctorat en sciences infirmières (PhD), UNIL, Lausanne; 2017.
28. Association Suisse des Sciences Médicales. *Enseignement de l'éthique aux professions de la santé*. Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM): 2018.