

# Assistance au suicide

## Eléments de réflexion pour le médecin praticien

***Texte adopté par le Conseil de l'AMG  
lors de sa séance du 17 septembre 2007<sup>1</sup>***

### **Préambule**

La Suisse connaît, en ce qui concerne l'aide au suicide, un régime juridique exceptionnellement libéral parmi les nations comparables : l'article 115 du Code pénal suisse (CPS) établit que « ...celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement. » Autrement dit, cette assistance ou cette incitation, si le mobile est altruiste, ne sont pas punissables.

Des associations telles qu'EXIT ou DIGNITAS se sont créées au service de malades désirant mettre un terme à leurs souffrances et à leur vie par des moyens médicalement assistés et leur activité a été fortement médiatisée au point que les médecins qui y travaillent, confrontés à une demande croissante, souhaitent la participation des médecins traitants habituels.

D'autres, se basant sur les résultats de travaux publiés dans le domaine des soins palliatifs, sont d'avis qu'un développement important des techniques et une meilleure formation des praticiens en soins de fin de vie devraient rendre exceptionnel ce type de demande. Ils insistent sur le fait que les ressources en soins palliatifs ne sont pas assez développées et utilisées.

Ils soulignent également qu'il faut distinguer les demandes et avis de personnes en bonne santé, prévoyant leur mort, de celles faites par des patients en fin de vie, qui sont souvent différentes.

Quoique le débat soit vif dans tous les milieux, laïques ou professionnels, une partie de la population semble favorable à l'assistance au suicide chez les malades en phase terminale de leur maladie et qui en font la demande ; certains sont d'avis que le médecin de famille, qui a suivi son patient tout au long de sa maladie, doit lui aussi pouvoir apporter cette aide.

En 1995, l'Académie suisse des Sciences médicales affirmait que l'assistance au suicide n'était pas un acte médical. En 2004, reconnaissant l'évolution des mœurs et l'affirmation de la primauté de l'individu, elle maintient cette affirmation en la nuancant : « *le respect de la volonté du patient peut amener un médecin, dans des situations exceptionnelles, à accepter, après une décision morale personnelle, à apporter une aide au suicide à un patient* ».

Les Hôpitaux universitaires de Vaud et de Genève ont édicté en 2006 des directives concernant l'autorisation ou l'interdiction de l'assistance au suicide en leur sein. La

---

<sup>1</sup> Ce texte, qui engage l'AMG, a été élaboré et signé par les docteurs Pierre BECK, Magali GUETTY-ALBERTO et Dominique HEGELBACH. Il est le fruit d'un groupe de travail auquel a également participé le Dr Nathalie STEINER COLLET, dont on trouvera l'opinion séparément. Il est paru dans la Revue Médicale Suisse dans son édition du 31 octobre 2007.

FEGEMS (Fédération genevoise des établissements médico-sociaux) les avait précédés en publiant ses propres éléments de réflexion en septembre 2002.

Pour des raisons éthiques et juridiques, il est nécessaire de distinguer le cas des malades en fin de vie en raison d'une maladie somatique de celui de personnes pour qui la maladie, non létale, est cause de souffrances telles qu'elles demandent aussi une assistance au suicide. Il s'agit essentiellement de patients atteints de maladies psychiques chroniques.

Le 3 novembre 2006, le Tribunal fédéral a arrêté que les malades psychiques devaient être traités sans discrimination et que, même si leur état nécessite des précautions particulières (une expertise psychiatrique), l'élément décisif est la capacité de discernement au moment de choisir sa mort.

Cet arrêt a été abondamment commenté et critiqué par des juristes et des médecins de la FMH, de l'ASSM, de la Société suisse de Psychiatrie et du Comité de la Société suisse de psychiatrie forensique (SSPF).

Bruno Kesseli a résumé comme suit les prises de position (parfois non unanimes) de ces associations <sup>2</sup> :

- Selon **René Raggenbass et Hanspeter Kuhn** <sup>3</sup>, le Tribunal fédéral n'a pas introduit un droit à l'assistance médicale au suicide: « *aucun médecin n'est tenu de pratiquer l'assistance au suicide, mais l'assistance médicale au suicide n'est plus exclue* ». (...) Contrairement au Tribunal fédéral qui estime que l'aide médicale au suicide est admissible à certaines conditions soigneusement examinées dans le cas de personnes atteintes de troubles psychiques, le **Comité central de la FMH** rejette cette idée au motif que les connaissances scientifiques sont encore insuffisantes en ce qui concerne les facteurs déterminants pour une telle approbation.
- Pour les cas d'assistance au suicide de personnes qui ne sont pas en fin de vie, il n'existe aucune règle déontologique issue des sciences médicales. **Christian Schwarzenegger**, professeur en droit pénal, estime qu'il faut combler cette lacune en complétant les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), sinon on devra mettre au point des critères de diligence pour ce genre de cas uniquement par le biais de la jurisprudence.
- Dans leur réponse au nom de l'**ASSM**, **Claude Regamey et Michelle Salathé** ont retenu que l'accompagnement de patients en fin de vie faisait partie des tâches centrales des médecins, mais pas l'offre d'aide au suicide. Au contraire, les médecins sont tenus d'alléger les souffrances qui pourraient sous-tendre le désir de se suicider. La décision d'offrir une telle assistance ne figure pas dans le cahier des charges du médecin mais relève de sa responsabilité personnelle. Ceci dit et vu que le Tribunal fédéral renvoie déjà au devoir de diligence au sens des directives de l'ASSM dans le contexte de la prescription de pentobarbital, l'ASSM renonce sciemment à compléter ses directives éthiques au sens de la demande de Christian Schwarzenegger.

Le **Comité de la Société Suisse de Psychiatrie Forensique** a pris la position suivante (non unanime) <sup>4</sup>: il salue le jugement du Tribunal fédéral du 3 novembre 2006, qui a le mérite d'avoir « discuté soigneusement et globalement la problématique de l'assistance au

<sup>2</sup> Bruno Kesseli : *Un arrêt du Tribunal fédéral suscite de nombreux échos dans le BMS*. Bulletin des médecins suisses, 2007;88: 27/28

<sup>3</sup> René Raggenbass, Hanspeter Kuhn: *L'aide au suicide n'est pas un droit humain*. Bulletin des médecins. 2007;88: 11

<sup>4</sup> Prise de position, non unanime, du Comité de la Société Suisse de Psychiatrie Forensique SSPF : *Arrêt du Tribunal fédéral sur l'assistance au suicide d'une personne atteinte de troubles psychiques (prescription obligatoire de natrium-pentobarbital)* ; Bulletin des médecins suisses, 2007;88: 27/28)

suicide pour les personnes atteintes de troubles psychiques ». « Il apprécie en particulier qu'il soit expressément mentionné, dans le jugement, que :

- dans le «difficile conflit» entre l'assistance au suicide, qui ne fait pas partie de l'activité médicale, et le «respect de la volonté du patient», il faut aussi respecter la décision du médecin prise en conscience «dans des situations limites»;
- l'aide au suicide, comprise comme devoir librement consenti par le médecin, ne peut pas lui être imposée;
- le médecin qui décide de prêter assistance au suicide porte aussi la responsabilité d'avoir respecté en tout point son devoir de diligence médical et de ne pas s'être laissé guider principalement par le désir de mourir de son patient;
- une expertise psychiatrique indépendante portant sur la question de la volonté libre, mûrement réfléchie et durable, manifestée sans pression extérieure, de la personne désireuse de mourir, doit être impérativement diligentée;
- la responsabilité d'administrer du pentobarbital sodique ne peut être déléguée à une organisation d'aide au décès. »

**R. Raggenbass** répond avec passion à cette prise de position de confrères psychiatres <sup>5</sup>: « La société en mal de responsabilité cherche chez les experts des réponses aux délicates questions du dossier de l'assistance au suicide. Les auteurs de la prise de position s'annoncent présents, propulsant de fait la psychiatrie au poste d'expert du droit pour les patients psychiatriques à mourir suicidé avec l'aide du corps médical (...) Que signifie l'établissement d'une «expertise psychiatrique indépendante portant sur la question de la volonté libre, mûrement réfléchie et durable, manifestée sans pression extérieure, de la personne désireuse de mourir» chez une personne souffrant de troubles mentaux? Ces critères ne font-ils pas de celle-ci un individu sain de corps et d'esprit? Quelles en sont les conséquences pour la psychiatrie-psychothérapie? »

Pour sa part, **l'Association des médecins du canton de Genève** considère elle aussi qu'il est nécessaire d'offrir à ses membres des éléments de réflexion ; elle a demandé à un groupe de travail formé d'un oncologue, de médecins de famille et de praticiens en soins palliatifs, d'établir un document devant permettre au Conseil, s'il le juge opportun, d'édicter des recommandations ou simplement des informations aux membres de l'association.

Le groupe de travail a utilisé divers documents émanant de l'Académie suisse des sciences médicales, de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, du Groupe de travail « Assistance au suicide au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) », du Conseil d'Éthique clinique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), de l'association EXIT, de l'Association française d'accompagnement et de soins palliatifs SFAP, ainsi que de publications médicales (Harvey CHOCHINOV, Jean MARTIN).

Il a bénéficié de conseils précieux de collaborateurs extérieurs, spécialisés en bioéthique et en soins palliatifs, et les en remercie vivement.

---

<sup>5</sup> René Raggenbass, R. : *La psychiatrie forensique: les «nouveaux experts» au droit de mourir sain suicidé par un médecin?* Bulletin des médecins suisses, 2007;88: 31/32

## **Pourquoi des conseils ?**

Depuis l'antiquité, des médecins ont apporté de l'aide à des malades qui leur demandaient d'abrèger leurs souffrances, en accord tacite ou explicite avec le patient et son entourage mais en général dans la plus grande discrétion, voire dans la clandestinité. Depuis l'adoption de l'article 115 du CPS au début du XX<sup>e</sup> siècle, ils ne sont plus punissables en Suisse, en l'absence de motif égoïste.

Toutefois, ce sujet divise les médecins comme l'ensemble des citoyens. Le suicide assisté découle de l'autonomie de la personne, mais il va au-delà en termes de valeurs collectives éthiques et philosophiques.

Il paraît important de ne pas se limiter à un débat pour ou contre, mais de mener une réflexion approfondie concernant les enjeux pour le patient, ses proches, le monde de la santé et la société.

On peut se demander aussi si des recommandations ou des réglementations ne vont pas cautionner l'assistance médicalisée au suicide et lui enlever un caractère de transgression qu'il conserve encore et qui paraît souhaitable.

Toutefois, laisser le médecin seul, sans appui devant des décisions si lourdes de conséquences en termes d'éthique médicale et médico-légales, comporterait un inconvénient plus important encore: une pratique sans contrôle serait dangereuse pour lui et néfaste pour l'ensemble de ses confrères.

La condamnation d'un psychiatre zurichois en juillet 2007 en fournit un triste exemple.<sup>6</sup>

Le désir de toute-puissance peut se dissimuler derrière une compassion même sincère ; le manque de temps, la lassitude voire des échecs de traitements, des arguments de nature économique peuvent influencer la décision du thérapeute. A une époque où l'on parle de rationnement des soins, on peut craindre que l'aide au suicide puisse un jour être envisagée favorablement sous un angle économique.

Le médecin doit être également attentif à l'ambivalence qui est habituelle chez le patient demandeur d'une aide au suicide (à celle de son entourage aussi) et qui l'expose à devoir éventuellement rendre compte de ses actes après le décès. Le consentement éclairé prend ici toute son importance, ce qui implique l'exposé détaillé des alternatives au suicide assisté. La demande doit être aussi régulièrement réévaluée.

A relever les facteurs suivants qui sont souvent cause des demandes de suicide assisté :

- un état dépressif ;
- un profond sentiment de désespoir et de perte de dignité ;
- le refus d'être une charge pour autrui ;
- un soulagement insuffisant des symptômes physiques.

Ils doivent être recherchés et une aide médicale, paramédicale, psycho-sociale et spirituelle doit être proposée.

Des soins palliatifs de qualité permettent certainement de faire diminuer les demandes d'une manière considérable. Ils doivent être toujours proposés au patient et négociés avec lui, comprenant:

- l'ajustement des thérapeutiques symptomatiques ;
- celui des soins et des mesures de soutien de tout ordre;

<sup>6</sup> <http://fr.bluewin.ch/infos/index.php/faitsdivers/i/20070706:brf030>

- la discussion relative à l'utilité ou non de poursuivre certaines thérapeutiques ;
- une réflexion permettant de réévaluer si le lieu de vie et de soins est toujours approprié.

La possibilité d'une sédation terminale (*palliative sedation*) en cas de symptômes rebelles devrait être présentée au patient et à sa famille ; elle doit être pratiquée conformément à des protocoles validés.

Des études ont montré que les médecins praticiens n'ont pas toujours les connaissances et compétences nécessaires pour prendre en charge seuls ces patients complexes.

Il importe donc d'intensifier les efforts de formation des professionnels et d'élargir les possibilités d'accès à des équipes interdisciplinaires spécialisées pour les situations difficiles.

Cependant, même avec les meilleurs soins palliatifs, il est probable qu'un petit nombre de patients considère que la vie est devenue inacceptable ; si la douleur physique peut être souvent palliée avec succès par nos moyens pharmacologiques, il reste des cas réfractaires ainsi que des souffrances morales ou existentielles inaccessibles aux médicaments et à la psychothérapie. Pour ces raisons ou par choix personnel, certains malades opteront pour la mort volontaire et le médecin traitant doit être préparé à cette demande.

### **Conseils à l'intention des médecins-traitants**

- Abstention de toute aide au suicide dans les cas de maladies mentales, en raison des incertitudes majeures concernant l'évolution et le pronostic, et du fait qu'il s'agit de patients qui ne sont pas en fin de vie.
- Tout patient qui demande une assistance au suicide doit être écouté sans a priori et avec respect. Il est indispensable de l'aider à clarifier sa demande et ses raisons.
- Il est souhaitable que des directives anticipées aient été établies, éventuellement qu'un représentant thérapeutique ait été désigné par le patient.
- Des soins palliatifs de qualité doivent être systématiquement proposés.
- Le demandeur, qui estime que ses souffrances physiques, morales ou existentielles sont devenues intolérables, doit être atteint d'une maladie incurable et de pronostic fatal à court terme.
- Il doit être capable de discernement à chaque étape de sa demande.
- La demande doit provenir du patient, sans pression de son entourage ou de tiers.
- La demande doit être sérieuse, répétée et consignée devant témoin(s).
- Les alternatives au suicide (amélioration des soins palliatifs, *palliative sedation*) doivent lui être proposées.
- Il est recommandé d'appeler en *consilium* un confrère et/ou une équipe pluridisciplinaire, choisis avec l'accord du patient et, si possible, de son entourage.

- Le praticien est libre d'accepter ou de refuser de s'engager dans le suicide assisté de son patient, selon son intime conviction, et il ne doit encourir aucune désapprobation morale, aucune sanction professionnelle ni aucune contrainte. Il en va de même pour ceux qui l'assistent dans sa mission.
- Il sera établi un protocole à l'intention du juge.
- Il sera établi un constat de décès et un officier de police sera appelé.

\*\*\*\*\*

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 Chochinov, H. M., Wilson K.G. 1995 : *The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations*. Canadian Journal of Psychiatry (Can J Psychiatry), 1995;40 (10): 593-602
- 2 Commission Nationale d'Ethique pour la Médecine Humaine : *L'assistance au suicide*. Prise de position 9/2005, c/o Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne, [www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch)
- 3 [www.fegems.ch/extranet/attachments/114/assistance\\_au\\_suicide.pdf](http://www.fegems.ch/extranet/attachments/114/assistance_au_suicide.pdf)
- 4 Hurst Samia A, Mauron Alex, Bioethics Institute, University of Geneva, Switzerland : *The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values*. Palliative Medicine, 2006; 20: 107-112
- 5 Kesseli B. : *Aide au suicide: Un arrêt du Tribunal fédéral suscite de nombreux échos dans le BMS*. Bulletin des médecins suisses, 2007;88(27/28):1194-5
- 6 Kiesewetter M. : *Arrêt du Tribunal fédéral sur l'assistance au suicide d'une personne atteintes de troubles psychiques (prescription obligatoire de natrium-pentobarbital)*. Bulletin des médecins suisses, 2007;88 (27/28):1195-7
- 7 Martin, J. : *L'assistance au suicide par un soignant, quelles conditions et précautions ?* Revue médicale suisse, 2005, I: 1994
- 8 Raggenbass R., Kuhn HP. : *L'aide au suicide n'est pas un droit humain*. Bulletin des médecins suisses, 2007;88(11): 455-6
- 9 Regamey C., Salathé M. : *Réponse de l'Académie Suisse des Sciences Médicales à l'article du Prof. Dr iur. Christian Schwarzenegger [1] Les médecins ne sont pas des experts de la mort volontaire* Bulletin des médecins suisses, 2007;88: 31/32
- 10 Rehmann-Sutter C. : *Was bedeutet das «Recht auf den eigenen Tod»?* Schweiz Ärztzeitung. 2007; 88(25):1109-12. Editores Medicorum Helveticorum Bulletin des médecins suisses, 2007;88: 27/28 1195
- 11 Schwarzenegger C. : *Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod*. Schweiz Ärztzeitung, 2007; 88:19, 843-6 (version courte); Schweizerische Ärztzeitung, 2007; 88:19 (version longue)
- 12 Taverna E. : *L'option de l'homicide*. Bulletin des médecins suisses, 2007;88(16):726
- 13 Wasserfallen Jean-Blaise (pour le groupe de travail «Assistance au suicide au CHUV» : *Assistance au suicide en hôpital de soins aigus. Respecter la liberté du patient et du soignant*. Bulletin des médecins suisses, 2006;87: 20

\*\*\*\*\*