

Quelle égalité dans l'assistance au suicide ?



Tyler Olson / Fotolia

Dans le canton de Vaud, un projet de loi risque de créer de graves inégalités entre les personnes qui demandent l'assistance au suicide selon qu'elles se trouvent dans un hôpital, un EMS ou à domicile.

Par **Maude Waelchli**, MSc. Psych., consultante en éthique, Vevey, **Carlo Foppa**, PhD, consultant en éthique, membre de la Commission Nationale d'Éthique, Morges

Le contexte suisse

L'article 115 [1] du Code pénal suisse punit celui qui, poussé par un mobile égoïste, aide autrui à se donner la mort. Ainsi, l'aide au suicide n'est pas punissable si elle n'est pas motivée par des mobiles égoïstes.

Contrairement aux lois en vigueur dans d'autres pays - qui réglementent la fin de vie médicalisée et permettent l'assistance au suicide pour des personnes souffrant de maladies incurables ou fatales leur provoquant des souffrances majeures - le cadre légal actuellement en vigueur en Suisse ne vise nullement l'assistance « médicalisée » au suicide, mais concerne tout citoyen qui fournit son aide à un tiers dans la réalisation d'un suicide.

Depuis une trentaine d'années, des organisations d'aide au suicide apportent leur aide aux malades qui le demandent, sur la base d'un certain nombre de conditions. Ces associations accompagnent ceux qui, en raison de souffrances majeures liées à la pathologie dont ils souffrent, souhaitent se donner la mort. Les organisations d'aide au suicide fournissent à la personne capable de discernement qui témoigne d'un réel et constant souhait de mourir le produit létal ; la personne qui souhaite bénéficier d'une assistance au suicide doit être capable d'accomplir le dernier geste elle-même.

Le débat en Suisse a surtout eu lieu à partir des années 1990 avec la Motion Ruffy (devenue ensuite un

postulat). Cependant, malgré de longues et complexes discussions, il est demeuré stérile. En 2011, le Conseil fédéral a finalement renoncé à légiférer en la matière estimant le statu quo comme étant le moindre mal.

Le contexte vaudois

Suite au refus de certains EMS vaudois de permettre le déroulement d'une assistance au suicide entre leurs murs, l'association Exit a déposé en février 2009 l'initiative « Assistance au suicide en EMS ». L'initiative demande que les EMS qui bénéficient de subventions publiques acceptent, au nom du respect de l'autodétermination des personnes et du principe de la non-discrimination, la réalisation d'une assistance au suicide pour les résidents qui en font la demande [2].

Le Département de la Santé et de l'Action Sociale s'oppose à l'initiative telle que libellée et souhaite inclure dans la Loi cantonale sur la santé publique (LSP) un article qui fixe un cadre et des conditions strictes à l'assistance au suicide [3]. Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud a ainsi proposé au Grand Conseil un projet de révision de la loi sur la santé publique en tant que contre-projet à l'initiative « Assistance au suicide dans les EMS ». (Le peuple vaudois votera le 17 juin 2012 sur ce sujet. Ndlr)

La formulation du contre-projet et ses aspects problématiques

L'article proposé par le contre-projet [27d, nouveau, LSP] pose comme conditions cumulatives : la capacité de discernement, le fait que la personne souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident graves et incurables et qu'elle persiste dans sa volonté de se suicider. Les critères énoncés correspondent, grosso modo, à ceux requis par Exit [4]. Cependant, de par sa formulation, le contre-projet vaudois soulève, à notre avis, deux problèmes.

La loi proposée a comme but l'encadrement et la gestion des demandes d'assistance au suicide non seulement dans le cadre des EMS, mais également celles survenant dans l'ensemble des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public [5]. Il est ainsi prévu de traiter de la même manière deux populations avec des statuts différents : les patients (qui ont, généralement, un domicile hors de l'hôpital) et les résidents (qui ont comme lieu de vie l'EMS). Pour éviter des discriminations entre ces deux catégories, il apparaît d'autant plus fondamental d'avoir la garantie que les demandes d'assistance au suicide soient considérées et évaluées avec un maximum d'objectivité et qu'elles aient quelques chances concrètes de pouvoir se réaliser, indépendamment de la localisation de la personne. En effet, si des procédures très (trop) restrictives seront en vigueur dans les structures de soins publiques, les patients hospitalisés pourront éventuellement [6] rentrer chez eux et réaliser leur projet directement avec Exit. Par contre, les patients en EMS resteront en EMS, assujettis à l'éventuelle (et improbable) approbation des équipes. Ce qui nous mène tout droit au deuxième aspect problématique du contre-projet.

L'équipe soignante : obstacle à l'autodétermination ?

Indépendamment du milieu où elle survient, la demande d'assistance au suicide et les trois critères retenus devront être évalués non seulement par le médecin, mais également par l'équipe qui prend en charge le patient/le résident [7]. Or, il est documenté dans la littérature que les professionnels de la santé ont beaucoup plus de réticences [8] vis-à-vis de l'assistance au suicide que la population en général [9].

Confier à l'ensemble des membres d'une équipe le pouvoir de statuer sur la recevabilité d'une demande et faire dépendre la réalisation du suicide assisté de leur capacité à établir un consensus, risque de devenir, de facto, le

principal obstacle à l'autodétermination des patients, sans que cela soit forcément lié aux caractéristiques de la personne concernée [10]. Comment s'assurer que les valeurs personnelles, religieuses [11] ou autres, ne parasitent pas l'évaluation de la demande ? Comment empêcher que la discussion d'une situation ne devienne un débat sur l'admissibilité et la pertinence du suicide tout court et ceci au détriment du patient qui devient ainsi le prétexte pour un débat idéologique ?

La relation thérapeutique brutalement rompue par la loi ?

De plus, l'alinéa 5 de l'article 27d proposé par le contre-projet précise : « Le personnel de l'établissement et le médecin responsable ou traitant impliqués ne peuvent participer, à titre professionnel, à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide ». L'Association suisse des infirmières et des infirmiers (ASI) définit clairement dans sa prise de position N°1 [12] ce qu'un soignant ne peut pas faire dans ces circonstances : « Procurer la substance mortelle, la préparer et la mettre à portée du patient, même sur délégation du médecin ». L'ASI réaffirme que « l'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers », mais définit aussi le comportement conforme à la déontologie : les professionnels peuvent « discuter et explorer avec le patient et en équipe des possibilités existantes pour que la décision du patient de se donner la mort puisse être réalisée » ainsi que « assister, si le patient, sa famille et si vous-même le souhaitez, à ses derniers instants ». La prise de position de l'ASI souligne aussi la possibilité de se retirer de la situation si celle-ci est trop lourde à vivre pour le professionnel.

De son côté, l'Académie Suisse des Sciences Médicales « reconnaît au médecin qui entretient une relation personnelle avec son patient, le droit de lui apporter son assistance au suicide dans le sens du respect de l'autonomie du patient et sur la base d'une décision morale personnelle » [13].

Le contre-projet, en interdisant aux professionnels de côtoyer le patient jusqu'à la fin, semble en pleine contradiction avec le cadre déontologique : la continuité dans la relation thérapeutique est rompue. Concrètement et humainement, le patient est abandonné au moment le plus délicat et douloureux de sa prise en charge, et ceci pour des raisons légales : on devrait s'interroger sur le bien-fondé éthique et déontologique de cette rupture radicale.

Un libellé qui va à l'encontre du but énoncé ?

Nous sommes conscients de la nécessité d'évaluer sérieusement les demandes d'assistance au suicide. Nous craignons toutefois que le contre-projet, ainsi libellé, et les procédures qu'il propose aillent en réalité et de facto bien au-delà (et même à l'encontre) du but énoncé dans le rapport explicatif [14]. Dans ce texte, on peut en effet lire que l'initiative « rappelle simplement l'obligation pour tous les EMS subventionnés de tolérer l'assistance au suicide requise par l'un de leurs résidents à l'intérieur de l'établissement », le but du contre-projet étant d'en fixer les conditions.

Au lieu de déterminer les exigences requises pour l'assistance au suicide dans les EMS et dans les établissements hospitaliers, le Conseil d'Etat propose un contre-projet qui, malgré les objectifs qu'il prône, empêchera concrètement la réalisation de la plupart de ces demandes (comme c'est déjà le cas actuellement [15]). Cela, non pas en raison du profil inadéquat des personnes qui souhaitent bénéficier d'une assistance au suicide, mais principalement à cause du conflit d'intérêt que le contre-projet impose aux soignants et du pouvoir décisionnel qu'il leur accorde. Les citoyens qui deviendront des patients d'hôpitaux et/ou des résidents d'EMS, risqueront ainsi de se trouver discriminés et privés, de par leur statut, de la possibilité d'obtenir un suicide assisté et exercer, ainsi, leur droit à l'autodétermination.

Deux éclairages essentiels pour conclure

En conclusion, il nous paraît utile de rappeler que d'après des recherches menées sur des patients ayant bénéficié d'une assistance au suicide au Pays-Bas, il résulte que 59% auraient écourté leur vie de moins d'une semaine, 32% de moins d'un mois [16].

Une autre recherche indique que l'incidence des cas d'assistances au suicide en Suisse (autorisée par l'article 115 du Code pénal) est égale à celle des euthanasies actives directes sans demande explicite de la part du patient (interdites), soit 0.4% [17]. Ces données devraient interpeller les politiciens et l'opinion publique : alors que toute l'attention semble être focalisée sur le droit ou pas de décider de sa propre mort, personne n'aborde les situations où des professionnels de la santé mettent délibérément terme à la vie d'une personne sans qu'elle ne l'ait demandé.

Dès lors, on peut se demander si la priorité du contre-projet est bien celle de mettre le patient – avec son souhait explicite de définir le moment et les conditions de réalisation de son décès – au centre de la démarche, ou bien de sacrifier son autodétermination au nom d'une fausse bonne conscience des équipes qui le prennent en charge, en lui interdisant l'accomplissement de ce dernier choix.

[1] Art. 115 Code Pénal : 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 d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

[2] « Les EMS qui bénéficient de subventions publiques doivent accepter la tenue d'une assistance au suicide dans leur établissement pour leurs résidents qui en font la demande à une association pour le droit de mourir dans la dignité ou à leur médecin traitant en accord avec l'art. 115 du Code pénal suisse et l'article 34 alinéa 2 de la Constitution vaudoise. »

[3] « Le DSAS estime en effet indispensable de poser un cadre à l'assistance au suicide dans des lieux où ses obligations de protection à l'égard des personnes qui s'y trouvent sont élevées. » Cf. Rapport explicatif sur l'avant-projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique en tant que contre-projet à l'initiative législative « Assistance au suicide en EMS », p. 1 et 2.

[4] [Lien internet](#).

[5] Contre-projet du Grand Conseil, article 27d (nouveau), alinéa 1.

[6] Entre autres, si leurs conditions physiques le permettent.

[7] Cf. article 27d (nouveau) Assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public, alinéa 1, litt. a. « Le médecin responsable du traitement hospitalier ou de l'établissement médico-social (EMS), en concertation avec l'équipe soignante, le médecin traitant et les proches désignés par le patient ou le résident, vérifie que celui-ci : 1. est capable de discernement pour ce qui est de sa volonté de se suicider et persiste dans sa volonté de se suicider ; 2. souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident graves et incurables ; b. des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident. » Ainsi que Rapport explicatif op. cit., p. 2 et p. 3 : « Cette demande doit recevoir une écoute attentive de la part de l'entourage, c'est-à-dire non seulement du médecin, mais également de l'ensemble de l'équipe soignante, voire du personnel. » Et « L'avant-projet prévoit que l'ensemble de l'équipe soignante prenne une décision concertée sur les trois points susmentionnés ».

[8] Cf. Bosshard G, Broeckaert B, Clark D. (2008). A role for doctors in assisted dying ? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. J Med Ethics, 34:28-32

[9] Cf. Seale C. (2009). Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide : survey of doctors'attitudes. Palliative Medicine, 00:1-8.

D'ailleurs, selon les résultats d'un sondage publié par [L'Hebdo](#) en 2009, 74.3% des Suisses interrogés ont répondu qu'ils sont favorables à l'assistance au suicide. Par contre, une [étude menée pour le Parlement](#) en Grande-Bretagne en 2003 montre que le 91.7% des médecins des soins palliatifs s'opposent à la légalisation de l'assistance au suicide.

[10] Par exemple, les résultats d'une recherche menée aux Etats-Unis indiquent des différences d'acceptation du suicide assisté en fonction de la spécialisation des médecins. Ceux qui s'occupent de patients en fin de vie sont moins favorables que les autres (33% vs. 48%) à la légalisation de l'assistance au suicide, Cf. Craig A, Cronin B, Eward W. (2007). Attitudes toward physician-assisted suicide among physicians in Vermont. Journal of Medical Ethics, 33, 400-403.

[11] 18.1% des médecins romands interrogés sont opposés à l'assistance au suicide pour des raisons religieuses. Le pourcentage est plus élevé dans les cantons catholiques : 24% en Valais et 27% dans le canton de Fribourg. Cf. Burkhardt S, Wyss K, La Harpe R. (2007). L'assistance au suicide en Suisse : la position des médecins. Revue médicale suisse, 3, 137 : 2861-2864.

[12] ASI, Position éthique 1 : l'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers, mai 2005.

[13] ASSM, Assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus : la position de l'ASSM, 6 février 2006.

[14] « Il n'est pas possible – et d'ailleurs pas forcément souhaitable – d'interdire l'assistance au suicide au sein d'EMS RIP, il est par contre possible de fixer des conditions. » Et « Le DSAS estime en effet indispensable de poser un cadre à l'assistance au suicide dans des lieux où ses obligations de protection à l'égard des personnes qui s'y trouvent sont élevées ». Cf. Rapport explicatif op. cit. p. 1

[15] Cf. interpellation de la députée Véronique Hurni au Grand Conseil du canton de Vaud : Auto-délivrance : quand est-ce que la procédure mise en place par la Commission d'éthique du CHUV va-t-elle être respectée ?, 8.3.2011.

[16] Cf. Emanuel EJ, Battin, MP. (1998). What are potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide ? New England Journal of Medicine ;

339(3):167-171.

[17] K. Faisst, S. Fischer, G. Bosshard, U. Zellweger, W. Bär, F. Gutzwiller. (2003). Décisions médicales en fin de vie dans six pays européens : premiers résultats. Bulletin des médecins suisses ; 84(34) :1730-32.