

Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont pour mission première et essentielle d'accueillir tous les patients de tous âges, qui nécessitent les soins que cette institution est à même de prodiguer, que ces soins soient de nature somatique ou psychiatrique, sans discrimination aucune. Cette mission s'étend à l'accompagnement jusqu'à la fin de la vie.

Les missions officielles des HUG sont de privilégier les soins, la recherche et l'enseignement. Il va donc de soi que, quelle que soit la décision de cette institution quant à l'autorisation ou à l'interdiction de l'assistance au suicide dans ses murs, la vocation de soins de l'institution doit s'étendre à l'accueil de tous les patients qui le nécessitent, y compris ceux qui pourraient, durant leur séjour, exprimer une demande d'assistance au suicide.

Par ailleurs, il est également essentiel de rappeler que **tous les résidents en Suisse sont soumis à l'ordre juridique de ce pays**, en particulier à ses codes et lois, en l'occurrence le Code Pénal suisse (CPS), que ces résidents soient des simples particuliers, malades ou en bonne santé, ou des soignants. Or, l'article 115 CPS établit que :

« Incitation et assistance au suicide.- 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 ».

A contrario, une incitation, ou une assistance au suicide, quand le motif est altruiste, ne sont donc pas réprimées par la loi.

Il n'est pas prévu par le législateur qu'une institution, quelle qu'elle soit, échappe à la juridiction commune, même si les conséquences de l'application d'une loi sont éloignées de la philosophie ou des pratiques de cette même institution. En effet, les libertés des citoyens et des résidents en Suisse sont protégées par la loi sur tout le territoire national. Une institution ou un établissement qui limiteraient le droit à l'accès à une assistance au suicide dans ses murs s'octroierait donc une prérogative non prévue par le législateur.

D'un autre côté, les institutions de soins ont une vocation de préservation de la santé et de la vie. Quand ces objectifs sont impossibles à atteindre, l'action de ces institutions demeure le bien du malade qui leur est confié. S'il n'est pas possible de restaurer son état de santé, il s'agira de lui assurer un confort dans ses derniers instants, grâce à un accompagnement humain empathique, intégrant l'entourage, avec ou sans l'aide de moyens pharmacologiques ou d'autres techniques de soins. Clairement, il n'est pas dans la mission des institutions de soins de prodiguer la mort à une personne en tant que finalité.

Une question difficile surgit quand un malade hospitalisé dans une institution de soins et bénéficiant des droits liés à sa résidence en Suisse demande une assistance au suicide autorisée par le droit, mais n'est plus à même de sortir d'une institution de soins.

Cette situation peut se produire dans deux cas :

- premièrement, quand un patient n'a, pour une raison ou une autre, plus d'autre domicile¹ que cette institution ;

¹ Le mot « domicile » est utilisé au sens large et désigne un « lieu alternatif à l'hôpital »

- deuxièmement, lorsqu'un patient est si gravement atteint dans sa santé que son transport à domicile n'est pas raisonnablement possible (danger du transport, moyens disproportionnés pour assurer ce transport).

La question posée au Conseil est donc à la fois précise et limitée : l'assistance au suicide, dont les modalités restent à discuter, est-elle ou non éthiquement acceptable dans les HUG? Il ne s'agit donc pas de discuter la valeur morale du suicide en soi ou de l'assistance altruiste au suicide en général.

Même avec ces limitations, une tension éthique est inévitable dans ce débat et les enjeux sont nombreux :

-i. d'une part, la valeur que représente une institution en tant que garante de la préservation de la santé et, au moins quand c'est possible, de la qualité de vie des personnes qu'elle a prises en charge. En d'autres termes, les HUG sont un lieu de soins, d'enseignement et de recherche et ils ont pour mission d'accompagner les personnes malades ou blessées admises pour des raisons médicales y compris jusqu'à la fin de leur vie. Au même titre que la protection des citoyens, donc des patients, est un devoir de l'Etat, les hôpitaux garantissent la sécurité des personnes qu'ils soignent et qu'ils hébergent en leur offrant notamment une protection contre les abus, la négligence, la maltraitance et l'abandon ;

-ii. d'autre part, la valeur de la liberté décisionnelle de résidents en Suisse qui n'auraient d'autre lieu possible pour exprimer cette liberté, en l'occurrence de se suicider avec l'aide d'un tiers, que dans les murs de cette institution fait, elle aussi, partie des valeurs à préserver ;

-iii. une autre difficulté, considérable, réside dans le fait que cette institution n'est pas faite que de murs et de règlements, mais qu'elle est surtout incarnée par son personnel, soignants, médecins et autres membres de cette collectivité, qui ont leur propre conscience et leur déontologie professionnelle. Si la conscience de ces personnes, soignants ou non, est affaire personnelle, les valeurs déontologiques médicales et infirmières sont clairement avant tout dirigées vers une volonté de préserver la vie et de n'accepter la mort que comme une continuité de la vie et non comme une finalité ;

-iv. une difficulté supplémentaire est encore présente : une institution de soins abrite de nombreux malades. Certains d'entre eux pourraient être inquiétés en prenant connaissance que l'assistance au suicide est possible dans le milieu où ils sont hospitalisés, mais d'autres pourraient être inquiétés d'apprendre qu'ils ne pourraient, le cas échéant, pas recourir à l'assistance au suicide en cas de besoin ;

-v. certains pourraient craindre qu'une attitude trop libérale, c'est-à-dire l'autorisation de l'assistance au suicide en institution, mène à l'élargissement de cette pratique vers une forme ou une autre d'euthanasie active (argument de la *slippery slope*). Il faut toutefois rappeler que l'euthanasie active, au sens du code pénal, est réprimée car c'est un meurtre, même « sur demande de la victime » (art.114 CPS) :

« Meurtre sur la demande de la victime.- Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni de l'emprisonnement. »

-vi. enfin, il ne faut pas négliger l'impact psychologique d'un suicide sur l'entourage des patients, que ce suicide ait été ou non assisté, qu'il ait eu lieu intra- ou extra-muros.

La discussion, sur le plan éthique, se résume malgré tout à proposer une hiérarchie entre des valeurs en opposition. En particulier, il convient de montrer qu'une institution de soins possède ou non, en tant que telle, le droit (non pas au sens juridique, mais déontologique et éthique du terme) de s'octroyer la possibilité de s'opposer à la volonté libre d'une personne en quelque sorte prisonnière de ces lieux, pour des raisons de santé ou d'environnement sociétal, et de l'empêcher d'accomplir son projet avec l'aide d'un tiers, que celui-ci fasse ou non partie de cette institution.

Rappel des prises de position de diverses instances suisses

La position de l'Académie suisse des Sciences Médicales (ASSM)

L'argumentation invoquée par les associations médicales et infirmières fait appel à la déontologie professionnelle des soignants. Celle-ci affirme sans ambiguïté que leur activité est consacrée à la préservation de la vie. Toutefois, la même déontologie affirme aussi qu'il convient de soulager les souffrances des malades. Face à la question de l'assistance au suicide, l'interprétation de ces deux impératifs peut être difficile car ils ne sont pas toujours compatibles. Il existe des patients (certes peu nombreux) pour lesquels les ressources de la médecine palliative sont impuissantes. Pour les patients dans ce type de situation, il devient mutuellement exclusif de pouvoir respecter simultanément ces deux impératifs déontologiques qui peuvent entrer en conflit.

Sur la question de l'assistance au suicide, l'ASSM exprime que le médecin « *doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que (sa) décision morale et personnelle (...) d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas, doit être respectée* ». Face à cette impossibilité de respecter intégralement des impératifs déontologiques ou professionnels antagonistes, le tiers sollicité pour accomplir l'acte d'assistance au suicide, médecin ou infirmière, l'est donc au fond autant comme soignant que comme personne humaine soumise aux exigences de sa conscience morale. C'est bien dans ce sens que l'ASSM l'exprime.

Dans un article du Bulletin des Médecins suisses publié en 2004 (Bull Méd Suisses 2004; 85 : 294), l'ASSM écrit donc que : « *Le médecin peut se trouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car le médecin a le devoir de soigner, de soulager et d'accompagner son patient. D'autre part, il doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que la décision morale et personnelle d'un médecin d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas, doit être respectée. A chaque médecin incombe alors la responsabilité de vérifier si des exigences minimales sont respectées :*

- *la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de sa vie est proche ;*
- *des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées, par le patient, mises en œuvre ;*
- *le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.*

Le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même ».

Cette position est conforme au code de déontologie de la Fédération des Médecins suisses (FMH) qui dit que « *Le médecin se refuse à tout acte médical ou toute prise de position incompatibles avec sa conscience.* » (Art 3). De même, au nom de l'objection de conscience, aucune contrainte ne peut être exercée sur un soignant afin qu'il participe au suicide d'un patient.

La position de la Commission Nationale d'Ethique pour la Médecine Humaine (NEK-CNE)

Dans les thèses qu'elle a développées sur l'assistance au suicide, publiées le 4 septembre 2004, la NEK-CNE a écrit :

« Le suicide assisté en milieu institutionnel pose des difficultés spécifiques, puisqu'il engage la réputation et qu'il pourrait remettre en question la vocation de ces institutions, dirigée vers la préservation ou la restauration de la santé et non vers la mort. La CNE considère que la situation des institutions de long séjour (EMS) et celle des hôpitaux de soins aigus doivent être considérées séparément :

(...) Les hôpitaux de soins aigus : chaque institution doit se déterminer clairement quant à la possibilité ou non d'offrir le suicide assisté en tant que prestation à ses patients. Cette institution doit justifier son choix. Si cette pratique est autorisée, cette institution doit mettre en place les conditions cadres permettant sa mise en route dans les meilleures conditions. Ici aussi, la clause de conscience (c'est-à-dire qu'une obligation de participer à l'assistance au suicide ne peut en aucun cas être imposée au personnel médical ou infirmier) doit être respectée pour l'ensemble du personnel concerné.

Dans ces deux cas (la situation des EMS et celle des hôpitaux de soins aigus), la CNE met l'accent sur le caractère transparent et explicite de la politique qui serait celle d'une institution à l'égard du suicide assisté, qu'il soit ou non autorisé, ainsi que son devoir de contrôler la qualité des procédures mises en place. Ce devoir inclut le suivi psychologique éventuel des professionnels qui participeraient à ces actes, de même que le soutien de personnes qui ne pourraient accéder à leur désir de mourir en se suicidant ».

De plus, parlant des soignants, la NEK-CNE dit que :

« L'assistance au suicide n'est pas une activité soignante stricto sensu, mais des professionnels de la santé, si leur conscience leur commande de le faire, peuvent assister un malade qui le leur demande sans encourir de réprobation morale ni de sanction administrative ou déontologique. Il en découle que les professionnels de la santé doivent avoir une formation à ces pratiques. Le droit à l'objection de conscience de ces professionnels à l'égard de cet acte doit être strictement respecté ».

FMH - Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI)

A ce jour, les recommandations des sociétés professionnelles ASI et FMH considèrent que provoquer la mort d'autrui ou participer à l'accomplissement d'un suicide, ne constitue pas un projet de soins, en ce sens que l'intention de tuer ou d'offrir la possibilité de le faire soi-même ne peut en faire partie.

Dans une prise de position commune (2001), ces deux sociétés :

- demandent à leurs membres de s'engager personnellement dans le débat public concernant les soins dans la phase terminale de la vie
- réaffirment que toute personne à la fin de sa vie doit avoir une possibilité d'accès à des soins palliatifs
- soutiennent la définition proposée par la SSMSP selon laquelle les soins palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel destinés aux malades atteints d'une affection évolutive non guérissable
- reconnaissent que le terme naturel de la vie doit être respecté ("mort permise")
- déclarent que la pratique du meurtre sur la demande de la victime et l'assistance au suicide ne font pas partie de la mission de la médecine et des soins infirmiers.

La position de la Société suisse de Médecine palliative (SSMSP) – le Manifeste de Fribourg (1er février 2001)

Ce manifeste est un plaidoyer pour le développement de la médecine palliative. Il dit notamment que : *« La SSMSP juge inopportun d'ancrer dans la loi suisse l'assistance médicale au suicide ainsi que l'euthanasie active directe, avant que chaque personne atteinte de maladie grave et évolutive n'ait accès, si nécessaire, à une médecine palliative soumise à un contrôle de qualité² ».*

La SSMSP retient la notion du terme naturel de la vie dans l'exposé suivant de sa philosophie :

La médecine et les soins palliatifs ont pour enjeux :

- la prise en considération des aspects éthiques liés à la particularité de chaque situation
- le soulagement de tous les symptômes pouvant gêner la qualité de vie
- l'intégration des aspects sociaux, psychologiques et spirituels dans les soins
- l'aide à la personne malade et à son entourage par la recherche des moyens les plus appropriés, leur mise en application et leur évaluation régulière
- le soutien de l'entourage pendant la maladie du parent malade et après sa mort
- le respect de la vie et de son terme naturel
- la mise en commun des compétences et des objectifs dans un esprit d'interdisciplinarité

² Bittel N et al, Support Care Cancer 2002 ; 10 :265

- l'attention particulière au soutien des membres de l'équipe de soins, à la formation continue et à la prévention de l'épuisement professionnel.³

Données locales et internationales

Les demandes d'assistance au suicide ou d'euthanasie sont une réalité du quotidien des soignants des HUG comme démontré lors d'une enquête effectuée auprès des soignants du département de gériatrie des HUG. Nombre d'entre elles ne persistent pas après une écoute active.⁴

Plus récemment, une étude prospective recueillant les demandes d'assistance au suicide ou d'euthanasie a été effectuée sur une durée de 12 mois au Centre de soins continus du Département de réhabilitation et gériatrie des HUG. Les résultats seront présentés oralement au 4e Forum de Recherche de l'Association Européenne de Soins Palliatifs à Venise du 25 au 27 mai 2006⁵. En conclusion de cette étude, s'il faut bien reconnaître que la demande d'assistance au suicide ou d'euthanasie est une réalité (n=44), elle ne concerne en revanche qu'une très faible minorité de personnes admises en milieux de soins palliatifs où, il faut le souligner, elle a été accueillie avec bienveillance et empathie puisqu'il a été possible d'y donner suite au travers d'un retour à domicile dans le respect de l'autonomie de la personne et de la mission de soins des professionnels de l'établissement (n=2). Aucune demande d'assistance au suicide de patients sans domicile fixe ou sans possibilité de rentrer à domicile ou dans un autre lieu de résidence n'a été enregistrée jusqu'à ce jour.

Sur le plan international, les données suggèrent que la souffrance physique n'est pas une source majoritaire de demande d'assistance au suicide ou d'euthanasie. La souffrance psychologique, sociale, ou existentielle comme la dépression, la perte du sens de la communauté ou du sens de la vie, est plus souvent à la base de ces demandes⁶. Des patients souffrant d'une maladie terminale qui souhaitent une assistance au suicide sont susceptibles de changer d'avis⁷. La capacité de soins palliatifs bien conduits à éliminer véritablement les demandes d'assistance au suicide ou d'euthanasie est controversée⁸. La plupart des auteurs s'accordent cependant pour conclure que l'effet est important, mais qu'il reste des demandes persistantes.

Concernant l'effet de l'euthanasie active sur les proches des patients décédés, une étude réalisée en Hollande a montré un taux plus bas de deuil pathologique chez les proches de personnes décédées d'euthanasie active dans un contexte hospitalier, comparés à un groupe de proches de personnes mortes de cancer sans euthanasie⁹. Les auteurs concluent à un possible effet bénéfique de la franchise du dialogue et de la systématisme de l'exploration des alternatives qui entoure les demandes d'euthanasie. Ils plaident pour une extension du même niveau élevé de communication et de prise en charge à tous les patients. Une étude plus ancienne avait conclu à l'absence d'un effet négatif de l'euthanasie active sur le deuil des proches, sauf en cas de complications du processus d'euthanasie¹⁰.

Considérations éthiques

L'hôpital public est le lieu d'accueil de toutes les détresses liées à la maladie

L'hôpital public est un lieu de soins dont l'accès doit être ouvert à tous sans distinction. Sa mission est fondée sur la prise en charge, au mieux de ses capacités, de toute détresse humaine directement liée à la maladie. Le rejet des personnes qui, lors d'un séjour hospitalier, formuleraient une demande d'assistance au suicide, est donc incompatible avec la mission centrale de notre institution. Que l'assistance au suicide soit autorisée ou non au sein d'une institution de soins, cet

³ Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP) 1995

⁴ Guisado H Balahoczky M, Herrmann F, Zulian G. 2002

⁵ Moynier K, Zulian G. 2006

⁶ Wilson et al. 2000; Lavery et al. 2001

⁷ Emanuel et al. 2000

⁸ Roy et al. 1994; Zyllicz 1998; ten Have et al. 2002; Spence 2003

⁹ Swarte et al. 2003

¹⁰ Van den Boom 1995

accueil doit comporter au minimum une écoute sans a priori, un échange avec le patient visant à clarifier sa demande et ses raisons, ainsi qu'une exploration des possibilités alternatives de thérapie et de palliation de la souffrance, qui doit faire l'objet d'une information claire et complète auprès du patient. Outre le fait que cette attitude découle des obligations d'un hôpital, elle pourrait également faire diminuer le nombre de demandes persistantes d'assistance au suicide. Il est possible que certaines des demandes d'assistance au suicide rencontrent un écho au travers d'une telle manœuvre thérapeutique qui répondrait autrement que par l'assistance au suicide à l'impossibilité de maîtriser des symptômes physiques ou psychiques devenus insupportables en suivant une procédure précise et bien définie. L'écoute de la demande et l'exploration des alternatives est donc l'élément central d'une réponse empreinte de compassion, que l'on admette l'assistance au suicide parmi les alternatives ou non¹¹. Dans ce but, on souhaiterait donc que le développement des soins palliatifs ne soit pas seulement renforcé en périphérie des hôpitaux aigus mais également à l'intérieur de ces milieux de soins et qu'un dialogue puisse vraiment s'installer entre les parties face à une demande réitérée d'assistance au suicide.

L'assistance au suicide est un acte controversé

La question de l'assistance au suicide est controversée. Dès lors qu'un patient persiste dans cette demande malgré l'exploration de possibilités alternatives, un problème éthique peut se poser aux soignants, tout au moins à certains d'entre eux. Premièrement, cette question suscite des désaccords entre des personnes raisonnables : on doit donc s'attendre à ce que ces demandes suscitent *dans la règle* des désaccords, que le suicide soit finalement autorisé au sein de l'institution ou non. Deuxièmement, la participation des soignants à l'acte l'assistance au suicide fait elle-même controverse. L'accueil de patients demandant de manière persistante une assistance au suicide place donc les soignants devant des difficultés particulières.

Rappel des enjeux éthiques liées à l'assistance au suicide

Le débat concernant l'assistance au suicide a une histoire, et comporte un nombre important de prises de positions éthiques. En guise de résumé, voici les arguments classiques en présence :

- Les *arguments classiques en faveur de l'assistance au suicide* sont (1) que le respect de l'autonomie du patient justifie cet acte et qu'il peut être l'expression d'un choix de vie légitime par une personne capable de discernement ; (2) que le souci de faire le bien du patient permet sa réalisation parce qu'il y a des circonstances où le type de vie d'une personne est suffisamment insupportable pour que la mort soit dans son propre intérêt, et que le simple fait de savoir que cette option existe peut de surcroît améliorer son bien-être psychologique ; (3) que l'assistance au suicide n'est pas réellement différente de l'arrêt d'un traitement de maintien en vie, car dans les deux cas le patient consent à mourir et le soignant accepte la mort du patient comme conséquence de ses actes (l'interruption du traitement d'une part, la prescription d'une substance létale d'autre part) et (4) que l'idée que la pratique de l'assistance au suicide mènerait à une « pente glissante » conduisant à des abus ou qu'elle perturberait la relation médecin-patient n'est pas confirmée par les données de la littérature : ainsi, cette idée ne peut fonder une opposition à l'assistance au suicide.
- Les *arguments classiques en défaveur d'une assistance au suicide* sont (1) que le choix de la mort volontaire ne peut pas être un choix authentiquement autonome car il met fin à l'autonomie elle-même ; (2) que le souci de faire le bien doit se concentrer sur la recherche de solutions alternatives à l'assistance au suicide ; (3) que l'assistance au suicide est très différente du retrait de traitement vital, généralement accepté, car arrêter un traitement invasif considéré comme « futile » et permettre la mort sont en fait des intentions premières distinctes, et (4) que les conséquences d'une autorisation de l'assistance au suicide seraient néfastes pour l'ensemble de la société si cette pratique devait se généraliser, avec une perte des repères moraux ou une déstabilisation des malades.

¹¹ Emanuel 1998

Le statut éthique d'une éventuelle participation des soignants à l'assistance au suicide fait l'enjeu d'un pan distinct du débat¹². Les oppositions principales à la participation des soignants à l'assistance au suicide veulent que l'assistance au suicide soit contraire à leur devoir, lequel doit rester tourné vers la préservation de la vie, et que la pratique d'une telle assistance met en danger la relation soignant-soigné. D'autre part, la participation des soignants à cette pratique est soutenue par ceux qui la considèrent comme faisant partie intrinsèque d'une réponse humaine empreinte de compassion à la souffrance d'autrui, légitimée par le respect que nous devons aux choix de nos patients.

Ce débat part en général d'une notion de demande persistante, qui exprime réellement une demande d'assistance au suicide (et non, par exemple, une demande d'écoute), chez un patient capable de discernement. Dès lors qu'une demande est exprimée, il existe un consensus très large que ces points doivent être vérifiés avec minutie et professionnalisme.

Il importe également de tenir compte du fait que nous ne vivons pas isolés. Toute approche d'une demande d'assistance au suicide se doit donc également de tenir compte des proches du patient.

La position d'un hôpital public

Dans ce débat, nous recommandons que l'hôpital ne prenne pas position *en tant qu'acteur dans le débat public sur l'assistance au suicide*. Il est important de noter qu'il pourrait le faire. On considère en général que, en tant qu'institution formelle, avec des processus de prise de décisions, l'hôpital peut être considéré comme agissant de manière rationnelle, faisant des choix entre des alternatives, et prenant des décisions affectant des êtres humains. A ce titre c'est un agent moral auquel on peut intelligiblement attribuer une responsabilité *en tant que tel*¹³. Cependant, s'agissant d'un hôpital public au service d'une société pluraliste sur la question de l'assistance au suicide, une position *pour* ou *contre* l'assistance au suicide s'éloignerait de l'accueil de la pluralité qui est au cœur de la mission de notre institution.

La question de la position d'un hôpital public *face aux demandes d'assistance au suicide émanant de patients* est différente. Ne pas prendre position à ce niveau est en soi une prise de position, car elle aboutirait le plus probablement à un refus implicite. De plus, cette attitude constituerait potentiellement un abandon des soignants et des patients en situation de détresse.

C'est pourquoi, en tant que *lieu potentiel d'assistance au suicide*, l'institution hospitalière se doit de prendre position sur sa propre attitude.

Deux positions possibles

Avant de proposer la solution que ce Conseil préconise, il convient de présenter des arguments d'ordre éthique en faveur et en défaveur des deux positions possibles dans ce débat : permettre, avec des conditions à définir, qu'un patient puisse accomplir son projet suicidaire dans notre institution, ou le proscrire absolument, en toutes circonstances. Les deux positions qui suivent ont été représentées dans le Conseil, et rédigées par les personnes qui les ont défendues.

A. La position en faveur de l'autorisation de l'assistance au suicide au sein des HUG

L'assistance au suicide ne doit jamais être banalisée. Il arrive qu'elle soit la dernière solution envisageable pour une personne en proie à une souffrance intolérable, et le lui interdire serait alors la priver d'un droit reconnu par la loi suisse. Il s'agirait de plus d'une prise de pouvoir sur la vie d'autrui dont les soignants, ou l'institution, se saisiraient sans légitimité. Simultanément, l'assistance au suicide est en tension avec la mission principale des soignants, qui reste fondamentalement tournée vers l'amélioration de la vie.

Objection de conscience et limites de l'assistance au suicide en milieu institutionnel

¹² Hurst et al. 2003

¹³ De George 1982; Pijnenburg et al. 2005

S'il n'est pas légitime de s'attribuer le pouvoir d'interdire l'accès à l'assistance au suicide dans tous les cas, il est en revanche important d'autoriser l'objection de conscience, c'est-à-dire la possibilité, pour un soignant ou pour l'institution dans son ensemble, de ne pas participer à, ou d'autoriser en son sein, une assistance au suicide. Il n'existe pas de « droit à l'assistance au suicide » au sens d'un droit générant une obligation pour autrui. Qui plus est, l'objection de conscience doit pouvoir exister en médecine, en particulier sur des points sans consensus social comme l'avortement ou l'assistance au suicide¹⁴. Elle peut revêtir deux formes, *l'objection individuelle et l'objection institutionnelle*. L'objection individuelle est plus légitimement fondée si elle se base sur le système de valeur de l'individu et sur la protection de son intégrité. Elle a également plus de force si elle se réfère sur les normes de la profession. De plus, elle doit se traduire par une alternative à la participation à l'assistance au suicide. Le droit à l'objection de conscience institutionnel a été défendu, notamment pour les institutions soignantes religieuses qui refusent d'admettre l'avortement en leur sein. Une telle objection doit être annoncée ouvertement, pour permettre aux patients de s'adresser ailleurs le cas échéant. Une telle objection globale ne peut donc s'appliquer dans un hôpital public, dont certains patients n'ont accès à aucune alternative que de se rendre là pour être soignés. Même le droit à l'objection de conscience pour motifs religieux a été critiqué dans les circonstances où aucune alternative n'existe¹⁵.

Nous recommandons que les HUG adoptent une attitude plus restrictive que le cadre purement légal (CPS art. 115) en ce qui concerne l'assistance au suicide qui voudrait, si on l'interprète strictement, que cet acte puisse sans autre être pratiqué dans les HUG, sans véritable contrôle. En effet, les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales précisent des « exigences minimales », à savoir :

- *la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de sa vie est proche ;*
- *des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre ;*
- *le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.*

Sur la base des règles de déontologie des soignants, un hôpital de soins aigus peut endosser la responsabilité de vérifier si ces exigences sont respectées.

De plus, plusieurs arguments plaident en faveur d'une objection de conscience institutionnelle vis-à-vis de l'assistance au suicide. Placer des obstacles devant l'assistance au suicide contribue à offrir une plus grande sécurité, pour que les personnes qui ne prennent pas une « décision de suicide rationnelle » puissent être protégées.

L'hôpital contribue également à la protection de l'intégrité professionnelle de son personnel, dont certains membres peuvent vivre l'assistance au suicide comme une crise de conscience plus grave que s'ils n'étaient pas soignants. L'enjeu symbolique d'un hôpital qui deviendrait un lieu d'assistance au suicide ne doit pas être négligé non plus : l'image de l'institution, protectrice de la santé et de la vie, doit être préservée.

Cependant, cette objection de conscience ne peut devenir une interdiction pure et simple de l'assistance au suicide pour les patients hospitalisés. Elle peut se traduire par une exigence de retour à domicile en vue de l'assistance au suicide, lorsque ce retour est raisonnablement possible. Elle peut également se traduire par un refus d'admettre un patient qui viendrait avec pour seul but d'obtenir une assistance au suicide. Finalement, elle peut justifier une interdiction aux employés de l'hôpital de pratiquer eux-mêmes une assistance au suicide dans l'exercice de leurs fonctions. Dans le cas contraire, et s'agissant d'une assistance au suicide par des personnes extérieures à l'institution, l'objection de conscience doit trouver sa limite face aux patients déjà hospitalisés, dont la demande d'assistance au suicide persiste malgré l'exploration des alternatives, et qui ne peuvent raisonnablement pas rentrer à domicile pour mettre fin à leurs jours.

Devoirs vis-à-vis du patient

¹⁴ Wicclair 2000

¹⁵ Dickens et al. 2000

Tout patient qui demanderait une assistance au suicide doit être écouté sans a priori. Une aide doit lui être offerte le cas échéant pour clarifier sa demande et ses raisons. Il doit être informé des possibilités d'assistance alternative, notamment par la palliation de sa souffrance par des équipes formées à cet effet. Si la demande d'assistance au suicide persiste, elle doit être accueillie avec franchise. Une solution doit être élaborée en concertation avec l'équipe et le patient, en tenant compte du fait que si un retour à domicile est raisonnablement possible, l'accompagnement et le soutien offerts au patient iront dans ce sens. Si le retour à domicile n'est raisonnablement pas possible, l'assistance au suicide pourrait, selon certaines conditions, avoir lieu au sein de l'hôpital.

Devoirs vis-à-vis des soignants

Les soignants peuvent vivre l'assistance au suicide comme un problème de conscience grave. Il est donc capital de :

- Clarifier les raisons pour lesquelles il leur est interdit de participer directement à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales.
- Distinguer trois ordres d'intervention des soignants envers un patient qui demande une assistance au suicide:
 - i. L'accompagnement du patient et les soins, y compris les entretiens nécessaires à la clarification de la demande, qui font partie de la mission des soignants et qui sont exigibles de chacun. Une personne qui s'opposerait à l'assistance au suicide devrait néanmoins être en mesure de participer à de tels entretiens car ils constituent des gardes fous destinés notamment à protéger les personnes vulnérables et prendre en compte la souffrance exprimée par le patient.
 - ii. La participation directe à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales, qui est proscrite;
 - iii. La participation indirecte à l'assistance au suicide, comme la présence auprès du patient lorsqu'il réalise son geste, dans la perspective de ne pas interrompre l'accompagnement. Une telle participation n'est en aucune manière exigible des soignants, mais les soignants qui y verraient une manière d'exprimer leur compassion avec le patient doivent être respectés et ne peuvent être sanctionnés.

Il est également important qu'en règle générale et dans la mesure du possible, l'appel à un intervenant extérieur qui pratiquera l'assistance au suicide doit être réalisé par le patient.

Enfin, l'objection de conscience individuelle ne peut s'exercer qu'à titre personnel et pour la mise en oeuvre d'une implication indirecte. En effet, objecter au nom de ses collègues revient à ne pas reconnaître leur droit au maintien de leur propre intégrité.

Un soignant qui se verrait interdire la présence lors d'une assistance au suicide dont il estimerait qu'il s'agit de la seule réponse adéquate dans une situation extrême vivrait une crise de conscience aussi grave que dans le cas où il serait forcé à être témoin de cet acte contre son gré.

Devoirs vis-à-vis de l'institution

L'hôpital doit pouvoir rendre compte que les conditions qu'elle a requises pour la pratique de l'assistance au suicide soient remplies. Il importe donc qu'une procédure soit codifiée et que son application soit documentée et périodiquement évaluée, voire corrigée. Le Conseil d'Ethique Clinique doit pouvoir être sollicité pour aider les soignants à analyser une demande d'assistance au suicide.

Devoirs de l'institution

La difficulté pour les soignants placés dans ces situations nécessite la mise en route d'une formation spécifique, destinée aux soignants, sur l'approche d'un malade demandant une assistance au suicide.

B. La position en défaveur de l'autorisation de l'assistance au suicide au sein des HUG

Contexte général

Les Hôpitaux Universitaires de Genève sont une entité juridique regroupant l'ensemble des sites de soins publics, actuellement placés sous la bannière HUG. Les hôpitaux sont dirigés par un Conseil de direction et un Conseil d'administration placés l'autorité du Grand Conseil et du Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève. Les HUG représentent donc l'Etat qui est lui-même une émanation de la société civile.

Sur le plan professionnel, suivant en cela les recommandations des sociétés professionnelles ASI et FMH, provoquer la mort d'autrui ou participer à l'accomplissement d'un suicide, ne constitue pas un projet de soins, en ce sens que l'intention de tuer ou d'offrir la possibilité de le faire soi-même ne peut en faire partie.

Il n'est donc pas du ressort des hôpitaux publics d'admettre que la mort puisse devenir un projet d'établissement confié à des professionnels de la santé qui pourraient en être les acteurs ou tout du moins les complices, alors même qu'environ 30% des décès se produisent encore aujourd'hui dans les structures et sites des HUG pour ce qui concerne la région genevoise.

De plus, il tient au moins du paradoxe de proposer ou d'infliger une confusion potentielle des rôles à des personnels soignants soucieux de protéger la vie, plus particulièrement dans des milieux de soins psychiatriques, gériatriques ou de soins palliatifs et par conséquent dans des milieux de soins caractérisés par l'aspect chronique des maladies.

Existence d'alternatives

Il doit être rappelé que la sédation médicamenteuse, autrement dit le sommeil artificiel, est une mesure thérapeutique applicable en soins palliatifs, de façon temporaire ou irréversible, face à des symptômes non maîtrisables par d'autres moyens¹⁶. Des mesures alternatives sont toujours préférables à l'assistance au suicide, et le dialogue permettant l'élaboration de ces alternatives doit être privilégié face aux demandes d'assistance au suicide, dont l'urgence est fortement discutable et les conséquences inconnues pour l'entourage proche, le personnel, l'institution et la société.

Contexte historique

Il ne nous appartient pas de juger les événements que rapporte l'histoire mais il est salutaire de rappeler les dérives médicales puis institutionnelles et enfin étatiques observées notamment au cours du XXe siècle lorsqu'il s'est agi de qualifier certaines populations de maladies incurables comme les défauts héréditaires, les déficiences mentales, les handicaps physiques et ensuite encore bien d'autres.

Contexte expérimental actuel

La directive institutionnelle sur l'assistance au suicide récemment adoptée et appliquée au CHUV, à Lausanne dans le Canton de Vaud, pourrait à ce titre servir d'expérience pilote afin de réunir le plus grand nombre possible d'événements susceptibles d'être analysés. On procéderait alors par étapes, comme avec un nouveau médicament ou une nouvelle approche thérapeutique, en passant par les différentes phases d'étude, phase I de toxicité, phase II d'activité, phase III de comparaison et phase IV de diffusion.

¹⁶ Pautex S & Zulian G. 2006

Les HUG pourraient d'ailleurs participer à cette étude avec le CHUV de manière multicentrique pour accumuler un plus grand nombre de cas.

Les HUG pourraient aussi profiter de l'expertise du CHUV comme c'est déjà le cas lorsqu'il s'agit de procédures thérapeutiques hautement spécialisées (transplantations cardiaques, soins aux grands brûlés).

Les tenants de cette position affirment donc leur opposition à ce que l'assistance au suicide soit appelée à devenir une mission de soins des HUG, établissements publics représentant l'Etat au sens le plus noble de la société civile.

En revanche, il appartient bien aux milieux spécialisés, tels que ceux des soins palliatifs, d'accepter, d'entendre et d'écouter la demande d'assistance au suicide en cherchant au travers des réseaux de soins une solution qui convienne à chacun et qui respecte au plus près la mission première des hôpitaux qui est celle de la protection de la santé et de la vie du patient.

Une collaboration avec des structures privées telles que les EMS dont certains ont décidé d'admettre l'assistance au suicide pour leurs résidents pourrait aussi être organisée en bonne intelligence et collaboration respectueuse. Le recours à l'une ou l'autre association spécialisée dans l'assistance au suicide pourrait aussi avoir lieu au cabinet du médecin prescripteur ou dans un local ad hoc mais sous leur propre responsabilité.

En résumé, il doit être possible de respecter l'autonomie de l'individu, avec ou sans domicile fixe, et la responsabilité des institutions dans le projet de soins de la personne hospitalisée sans qu'il ne devienne nécessaire d'admettre au sein d'établissements publics faisant promotion de la santé une pratique d'assistance au suicide, qui ne relève ni des actes médicaux ni des soins infirmiers, et qui prête flanc à la confusion des rôles.

On peut finalement citer un extrait de la prise de position de la commission nationale suisse d'éthique pour la médecine humaine à propos de l'assistance au suicide¹⁷ :

« Les médecins ainsi que le personnel soignant font face à un conflit d'éthique professionnelle, du fait que leurs professions impliquent un engagement pour la vie et non pour la mort. C'est la raison pour laquelle l'assistance au suicide ne peut guère faire partie de la compréhension de leur mission que se font les membres des professions de la santé. Lorsque les médecins pratiquent néanmoins l'aide au suicide, ils le font de leur propre gré ».

C. Vers une position commune

Points de consensus

Qualité de l'écoute des demandes

La première priorité devant une demande d'assistance au suicide est l'écoute sans a priori, avec bienveillance et respect. Une aide doit être offerte au patient le cas échéant pour clarifier sa demande et ses raisons. Des alternatives doivent lui être offertes, notamment par la palliation de sa souffrance par des équipes formées à cet effet. Les milieux spécialisés, tels que les soins palliatifs, ont un rôle crucial à jouer dans l'exploration de réponses alternatives aux demandes d'assistance au suicide.

Point de consensus 1 : il n'est pas admissible d'autoriser l'assistance au suicide d'un patient sans explorer les alternatives, ou si sa demande ne persiste pas après une écoute ouverte et l'exploration de ces alternatives.

Limites de l'entrée en matière d'un hôpital

Un hôpital est en droit d'adopter une attitude plus stricte que le cadre purement légal (CPS art. 115) en ce qui concerne l'assistance au suicide. En effet, sur la base des règles de déontologie des soignants, un hôpital de soins aigus peut endosser la responsabilité de vérifier si les exigences déontologiques sont respectées.

¹⁷ Commission Nationale d'Éthique pour la Médecine Humaine, 2005

Un hôpital se doit également de contribuer à ce que les personnes qui ne prennent pas une « décision de suicide rationnelle » puissent être protégées, et à la protection de l'intégrité professionnelle de son personnel. Il doit également veiller à conserver l'image d'une institution protectrice de la santé et de la vie. A ce titre, il est admissible de ne pas autoriser l'assistance au suicide dans l'institution si un lieu alternatif est humainement possible.

Point de consensus 2 : si un patient dont la demande d'assistance au suicide est persistante peut rentrer à domicile, il est admissible de ne pas l'autoriser à obtenir une assistance au suicide au sein des HUG.

Point de consensus 3 : l'hôpital peut interdire aux soignants de pratiquer l'assistance au suicide dans l'exercice de leur fonction. Il est donc licite de limiter la possibilité de pratiquer l'assistance au suicide au sein de l'hôpital à des organisations d'assistance au suicide et aux médecins traitants des patients.

Divergences

Concernant la réponse à apporter aux patients dont la demande est persistante, mais qui ne peuvent pas raisonnablement rentrer à domicile, le désaccord est irréductible. Il est à noter que ceci reflète en partie la diversité des valeurs et des priorités éthiques qui entourent la question de l'assistance au suicide en général. La *bonne gestion du pluralisme* fait partie des enjeux qui entourent la question de l'assistance au suicide au sein d'un hôpital public.

Position majoritaire

Par votation des membres présents à la séance le Conseil d'Ethique Clinique a adopté le 20 juin 2006 comme position majoritaire de principe la position en faveur de l'autorisation de l'assistance au suicide au sein des HUG, à savoir « *que les HUG autorisent l'assistance au suicide dans leurs murs pour un patient dépourvu de domicile ou dans l'impossibilité d'y retourner, à condition qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'intervienne directement dans la réalisation du geste* ».

Importance du soutien et du suivi

S'agissant d'une pratique controversée et mettant en tension des valeurs morales importantes, le Conseil d'Ethique Clinique, ou une autre instance définie par l'institution, doit être sollicité pour aider les soignants à analyser toute demande d'assistance au suicide qui semble remplir les critères établis. Toute instance appelée à remplir ce rôle devrait à notre avis comporter une représentation multidisciplinaire du Conseil d'Ethique Clinique, et ce pour trois raisons. Premièrement, l'évaluation des demandes ne pourra se limiter à une vérification administrative qu'une série de critères sont remplis. Certains critères mobilisent en effet des valeurs qu'il importera de peser dans les spécificités du cas individuel. Deuxièmement, si l'institution suit la présente recommandation, il importera que ce texte soit repris régulièrement à la lumière de l'expérience acquise. Une certaine centralisation de l'expérience pratique des demandes d'assistance au suicide auprès du Conseil d'Ethique Clinique est donc importante. Finalement, la participation à une telle instance ne peut manquer de mettre les membres du groupe concerné à rude épreuve, et pourrait les exposer à un risque d'accoutumance au tragique de ces situations. La possibilité d'une alternance, qu'offrirait la participation d'une représentation du Conseil d'Ethique Clinique, nous semble donc également importante.

D. La situation de la psychiatrie

Une demande d'assistance au suicide en présence d'un trouble psychiatrique pose un problème particulier. Il est important de distinguer deux cas de figure différents. Une demande motivée *par* une maladie psychiatrique d'une part, et d'autre part une demande *en présence* d'un trouble psychiatrique.

Trouble mental en l'absence de maladie physique grave

Les comités d'éthique et les juridictions sont réticents à autoriser l'assistance au suicide pour ces patients. Les Pays-Bas constituent l'exception : leur Cour Suprême a estimé, en 1994, que

l'assistance au suicide pouvait être justifiée dans des cas de souffrance morale intolérable. Toutefois, l'assistance au suicide n'est pas accordée si le patient a refusé d'essayer un traitement reconnu comme potentiellement efficace. Aux Pays-Bas, seulement 2% des demandes sont acceptées dans ce contexte contre 37% pour maladies physiques incurables¹⁸.

Le principal argument des défenseurs de l'assistance au suicide pour les patients psychiatriques s'articule autour de la stigmatisation : refuser une demande d'assistance au suicide ne prendrait pas en compte le choix du malade mental ce qui viendrait s'ajouter aux autres formes de discrimination dont sont déjà victimes ces personnes.

Les experts recommandent donc de ne pas entrer en matière dans ce contexte car :

- a. Le pronostic d'une maladie mentale reste difficile à établir, et la réponse au traitement difficile à prédire¹⁹.
- b. Il est donc hasardeux de déclarer qu'une maladie mentale est incurable. Des troubles neurodégénératifs graves comme notamment la maladie d'Alzheimer ou la chorée de Huntington pourraient constituer des exceptions.
- c. Les soignants risquent d'agir par effet de contamination par le pessimisme du patient déprimé.
- d. On risque de passer un message pernicieux aux autres patients psychiques qui se battent contre la maladie mentale²⁰.

Maladie physique incurable

On relève une association significative entre troubles dépressifs et désir de mourir chez des patients avec maladies somatiques invalidantes et incurables, mais l'ampleur de cette association est difficile à établir avec précision²¹. Dans ce type de situation, l'exploration des réponses adéquates à la souffrance qui conduit le patient à demander une assistance au suicide doit inclure la possibilité d'une prise en charge psychiatrique.

Par ailleurs, il peut arriver qu'une personne atteinte d'un trouble mental soit également atteinte dans sa santé physique à un point suffisamment intolérable pour la conduire à exprimer une demande d'assistance au suicide. Dans ce type de situation, il importe d'éviter toute discrimination, et donc d'aborder la demande de la même manière qu'une demande émanant d'un patient qui ne serait pas atteint d'un trouble psychiatrique.

Rôle du psychiatre

Dès lors que le principe de l'assistance au suicide est juridiquement accepté dans un pays donné et compte tenu du poids des troubles dépressifs dans ces situations, la question du rôle de la psychiatrie se pose dans les termes suivants: les psychiatres doivent-ils assumer un rôle de « gate-keepers » face à l'assistance au suicide, en évaluant qui est « apte » ou « inapte »²² ?

L'attitude des psychiatres en tant qu'évaluateurs potentiels n'est pas tranchée. L'évaluation psychiatrique préalable à une assistance au suicide est obligatoire dans certains pays, mais pas partout. Parmi les psychiatres, la position dominante est la suivante :

- Certains psychiatres estiment qu'ils n'ont aucun rôle à jouer dans l'assistance au suicide.
- Néanmoins, les psychiatres ont un rôle important à jouer dans le diagnostic et le traitement d'éventuels troubles mentaux chez des patients médicalement incurables, y compris chez ceux qui sollicitent une assistance au suicide.
- La nécessité d'une évaluation psychiatrique systématique chez tous les patients qui formulent une demande d'assistance au suicide reste débattue.
- Une évaluation unique doit être considérée comme potentiellement insuffisante, le patient pouvant changer d'avis.

¹⁸ Groenewoud et al. 1997

¹⁹ Schoevers et al. 1998

²⁰ Ganzini et al. 1997

²¹ Chochinov et al. 1995

²² Kelly et al. 2002

Conclusion

- a. Une demande d'assistance au suicide ne doit pas être motivée par une pathologie psychiatrique. Il ne s'agit pas de baser ce refus sur la biographie d'un patient, mais bien sur l'existence d'un lien causal entre la pathologie psychiatrique et la demande d'assistance au suicide.
- b. Il est crucial de bien faire la distinction entre démoralisation, dépression et libre choix. Faire évaluer la capacité de discernement par un médecin externe à l'équipe soignante peut dans certains cas s'avérer nécessaire pour limiter le risque de contamination par le pessimisme du malade
- c. Si une évaluation psychiatrique est indiquée, elle doit être complète. Une évaluation unique doit être considérée comme insuffisante, le patient pouvant changer d'avis. On doit s'attacher à identifier non seulement une éventuelle pathologie actuelle mais aussi des antécédents psychiatriques qui donneraient des indications précieuses sur la nature du problème.

Recommandations

Concernant l'autorisation ou l'interdiction de l'assistance au suicide *au sein des HUG*, nous recommandons que les HUG n'autorisent l'assistance au suicide dans leurs murs que pour un patient dépourvu de domicile ou dans l'impossibilité d'y retourner, dans certaines conditions strictement définies, et à condition qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'intervienne directement dans la réalisation du geste.

Nous recommandons que les HUG ne prennent pas position *en tant qu'acteur dans le débat public sur l'assistance au suicide*. L'hôpital public étant au service d'une société pluraliste sur la question de l'assistance au suicide, une position *pour ou contre l'assistance au suicide* s'éloignerait de l'accueil de la pluralité qui est au cœur de la mission de notre institution.

Justification

L'assistance au suicide ne doit jamais être banalisée. Il arrive qu'elle soit la dernière solution envisageable pour une personne en détresse, et le lui interdire constituerait une prise de pouvoir illégitime sur sa vie. D'autre part, l'assistance au suicide est en tension avec la mission centrale des soignants, fondamentalement tournée vers l'amélioration de la vie.

L'hôpital public est un lieu de soins dont l'accès doit être ouvert à tous sans distinction.

Sa mission est fondée sur la prise en charge, au mieux de ses capacités, de toute détresse humaine directement liée à la maladie. Le rejet des personnes qui, lors d'un séjour hospitalier, formuleraient une demande d'assistance au suicide, est donc incompatible avec la mission centrale de notre institution.

L'hôpital public a le devoir de vérifier si les exigences tant juridiques que déontologiques des soignants sont respectées. L'hôpital public peut en outre avancer jusqu'à un certain point un droit à l'objection de conscience institutionnelle vis-à-vis de l'assistance au suicide. Elle peut donc exiger un retour à domicile en vue de l'assistance au suicide, lorsque ce retour est raisonnablement possible. Elle peut également interdire à ses employés de pratiquer eux-mêmes une assistance au suicide dans l'exercice de leurs fonctions. Concernant l'assistance au suicide par des personnes extérieures à l'institution, l'objection de conscience institutionnelle doit cependant trouver sa limite face aux patients dont la demande d'assistance au suicide persiste malgré l'exploration des alternatives, et qui ne peuvent raisonnablement pas rentrer à domicile pour mettre fin à leurs jours.

Implications

Tout **patient** qui demanderait une assistance au suicide doit être écouté sans a priori. Une aide doit lui être offerte le cas échéant pour clarifier sa demande et ses raisons. Il doit être informé des possibilités d'assistance alternative, notamment par la palliation de sa souffrance par des équipes formées à cet effet. **La demande ne doit pas être motivée par une pathologie psychiatrique.**

Si la demande d'assistance au suicide persiste, elle doit être accueillie avec respect. Une solution doit être élaborée en concertation avec l'équipe et le patient, en tenant compte du fait que si un retour à domicile est raisonnablement possible, l'accompagnement et le soutien offerts au patient iront dans ce sens. Si le retour à domicile n'est raisonnablement pas possible, l'assistance au suicide pourra avoir lieu au sein de l'hôpital.

18

Les soignants peuvent vivre l'assistance au suicide comme un problème de conscience grave. Il est donc capital de :

- Clarifier les raisons pour lesquelles il leur est interdit de participer directement à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales.
- Distinguer trois ordres d'intervention des soignants envers un patient qui demande une assistance au suicide:
 - i. L'accompagnement du patient et les soins, y compris les entretiens nécessaires à la clarification de la demande, qui font partie de la mission des soignants et est exigible de chacun. Une personne qui s'opposerait à l'assistance au suicide devrait néanmoins pouvoir participer à de tels entretiens car ils constituent des gardes fous destinés

notamment à protéger les personnes vulnérables et prendre en compte la souffrance exprimée par le patient.

- ii. La participation directe à l'assistance au suicide, notamment la prescription, la préparation, ou la mise à disposition du patient, de substances létales, qui est proscrite;
- iii. La participation indirecte à l'assistance au suicide, comme la présence auprès du patient lorsqu'il réalise son geste, dans la perspective de ne pas interrompre l'accompagnement. Une telle participation n'est en aucune manière exigible des soignants, mais les soignants qui y verraient une manière d'exprimer leur compassion avec le patient doivent être respectés et ne peuvent être sanctionnés.

Il est également important qu'en règle générale et dans la mesure du possible, l'appel à un intervenant extérieur qui pratiquera l'assistance au suicide doit être réalisé par le patient.

L'objection de conscience individuelle ne peut s'exercer qu'à titre personnel et pour la mise en œuvre d'une implication indirecte.

L'**institution** doit pouvoir rendre compte que les conditions qu'elle a requise pour la pratique de l'assistance au suicide soient remplies. Il importe donc qu'une procédure soit codifiée et que son application soit documentée et périodiquement évaluée, voire corrigée. Une proposition de procédure est présentée en annexe. Le Conseil d'Ethique Clinique, ou une autre instance définie par l'institution, doit être sollicité pour aider les soignants à analyser toute demande d'assistance au suicide qui semble remplir les critères établis. Toute instance appelée à remplir ce rôle devrait à notre avis comporter une représentation multidisciplinaire du Conseil d'Ethique Clinique. Le Conseil d'Ethique Clinique peut également être sollicité en cas de doute sur la présence des critères établis. La position de l'institution doit être communiquée au public, aux patients, et aux employés de manière claire et maîtrisée. La difficulté pour les soignants placés dans ces situations nécessite la mise en route d'une formation spécifique sur l'approche d'un malade demandant une assistance au suicide, et la mise à disposition d'un système de supervision.

En raison de la difficulté que représente une demande d'assistance au suicide pour les soignants, l'institution doit également prévoir la mise en route d'une formation spécifique, destinée aux soignants, sur l'approche d'un malade demandant une assistance au suicide.

Entretien médico-infirmier

Dans la mesure du possible, cet entretien a lieu avec les référents, médical et infirmier, du patient.

Evaluation de la capacité de discernement

Cette évaluation doit être spécifique à la décision d'une assistance au suicide. Elle est réalisée par un médecin expérimenté, accompagné d'un autre soignant, ou autre témoin neutre. Elle a lieu lors de la demande et à nouveau avant que l'assistance au suicide n'ait lieu. Une consultation de psychiatrie doit être demandée en complément en cas de doute sur l'impact d'une pathologie psychiatrique sur la capacité de discernement. Un patient qui rentrera à domicile a le droit de refuser l'évaluation de sa capacité de discernement. Si l'on considère, sur la base de l'évaluation de la capacité de discernement qu'un patient qui rentrerait à domicile est incapable de discernement, son retour à domicile en vue d'une assistance au suicide devra être remise en cause.

Absence de pression extérieure

Une telle décision doit être prise librement, hors d'une contrainte, y compris financière, qui rendrait inauthentique le choix du patient.

Exploration des alternatives

Les réponses possibles à la souffrance exprimée par le patient, qu'elle soit physique, psychologique, sociale, ou spirituelle, doivent être évaluées et mises à sa disposition. Elles peuvent inclure notamment l'intervention de spécialistes des soins palliatifs, de la psychiatrie, des services sociaux, de l'aumônerie, mais également toute autre expertise jugée utile dans le cas concret. Le patient doit être informé clairement et complètement de ces alternatives dans un esprit de recherche d'une solution acceptable pour lui. Son consentement est nécessaire à la mise en œuvre des approches identifiées comme des alternatives. Cette étape doit être respectée même si le patient rentrerait à domicile en vue d'une assistance au suicide.

Retour à domicile impossible

On peut considérer que le retour à domicile n'est raisonnablement pas possible si 1) un patient n'a plus de domicile à l'extérieur de cette institution; 2) un patient est si gravement atteint dans sa santé que son transport à domicile n'est pas raisonnablement possible (danger du transport, moyens disproportionnés pour assurer ce transport).



Prof. Jean-Claude Chevrolet
Président du CEC



Prof. Arnaud Perrier
Vice-Président du CEC

30 juin 2006

Références

- Chochinov, H. M. and K. G. Wilson. 1995. "The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations." *Can J Psychiatry* 40(10): 593-602.
- Commission Nationale d'Éthique pour la Médecine Humaine. 2005. « L'assistance au suicide ». Prise de position 9/2005. 3003 Berne, c/o Office fédéral de la santé publique www.nek-cne.ch
- De George, R. T. 1982. "The moral responsibility of the hospital." *J Med Philos* 7(1): 87-100.
- Dickens, B. M. and R. J. Cook. 2000. "The scope and limits of conscientious objection." *Int J Gynaecol Obstet* 71(1): 71-7.
- Emanuel, E. J., D. L. Fairclough and L. L. Emanuel. 2000. "Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers." *Jama* 284(19): 2460-8.
- Emanuel, L. L. 1998. "Facing requests for physician-assisted suicide: toward a practical and principled clinical skill set." *Jama* 280(7): 643-7.
- Ganzini, L. and M. A. Lee. 1997. "Psychiatry and assisted suicide in the United States." *N Engl J Med* 336(25): 1824-6.
- Groenewoud, J. H., P. J. van der Maas, G. van der Wal, et al. 1997. "Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands." *N Engl J Med* 336(25): 1795-801.
- Guisado H Balahoczky M, Herrmann F, Zulian G. La demande d'euthanasie en gériatrie. INFOKara 2002 ;17 :79-85
- Hurst, S. A. and A. Mauron. 2003. "Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians." *Bmj* 326(7383): 271-3.
- Kelly, B. D. and D. M. McLoughlin. 2002. "Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box." *Br J Psychiatry* 181: 278-9.
- Lavery, J. V., J. Boyle, B. M. Dickens, H. Maclean and P. A. Singer. 2001. "Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: a qualitative study." *Lancet* 358(9279): 362-7.
- Moynier K, Zulian G. A prospective study of demands for euthanasia and assisted suicide, 4e Forum de Recherche de l'Association Européenne de Soins Palliatifs 2006 (abstract)
- Pautex S & Zulian G. Sédation palliative. In Memo de Soins Palliatifs. Cesco, DRG, HUG, 2006, pp 20
- Pijnenburg, M. A. and B. Gordijn. 2005. "Identity and moral responsibility of healthcare organizations." *Theor Med Bioeth* 26(2): 141-60.
- Roy, D. J. and C. H. Rapin. 1994. "Regarding Euthanasia." *European Journal of Palliative Care* 1(1): 57-59.
- Schoevers, R. A., F. P. Asmus and W. Van Tilburg. 1998. "Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in The Netherlands." *Psychiatr Serv* 49(11): 1475-80.
- Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP). 1995. A la découverte de la Médecine et des Soins Palliatifs. SSMSP.
- Spence, D. 2003. "From the West Indies." *Palliative Medicine* 17: 155.
- Swarte, N. B., M. L. van der Lee, J. G. van der Bom, J. van den Bout and A. P. Heintz. 2003. "Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study." *Bmj* 327(7408): 189.
- ten Have, H. A. and D. Clark. 2002. *The Ethics of Palliative Care; European Perspectives*. Buckingham and Philadelphia, Open University Press.
- van den Boom, F. M. 1995. "AIDS, euthanasia and grief." *AIDS Care* 7(Suppl. 2): S175-85.
- Wicclair, M. R. 2000. "Conscientious objection in medicine." *Bioethics* 14(3): 205-27.
- Wilson, K. G., J. F. Scott, I. D. Graham, et al. 2000. "Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide." *Arch Intern Med* 160(16): 2454-60.
- Zylicz, Z. 1998. Palliative Care: Dutch Hospice and Euthanasia. *Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. D. C. Thomasma, T. Kimbrough-Kushner, G. K. Kimsma and C. Ciesielski-Carlucci. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

Annexe 1 : démarche pratique lors d'une demande de d'assistance au suicide

