

Problèmes de l'assistance médicale au suicide Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM

1. Contexte

A plusieurs reprises, la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM (CCE) a été priée de prendre position dans des cas individuels d'assistance au suicide. La question régulièrement mise en avant était de savoir si les médecins experts, respectivement ceux qui établissent les prescriptions, agissaient dans le respect des directives de l'ASSM sur la « prise en charge des patientes et patients en fin de vie ». Lors de l'analyse de ces cas, la CCE s'est particulièrement penchée sur les questions suivantes:

- Comment doit procéder un médecin qui doit évaluer la capacité de discernement, dans le cas d'une demande d'assistance au suicide d'un patient?
- A quoi doit particulièrement veiller un médecin qui délivre une ordonnance de natrium-pentobarbital ?

Les rapports soumis à la CCE révèlent, dans des cas isolés, des pratiques indéfendables de l'assistance médicale au suicide, que ce soit avec ou sans la participation d'une organisation d'assistance au suicide. Les situations délicates concernent notamment l'évaluation de la capacité de discernement et de la persistance du désir de mourir, l'exclusion des proches ou du médecin traitant (dans ce cas le problème réside dans le fait que les proches ou le médecin de famille ne peuvent être informés qu'avec l'autorisation d'un patient capable de discernement), la prise en considération des antécédents médicaux du patient, l'assistance au suicide chez les malades psychiques, les malades chroniques et les personnes d'un âge avancé, « fatiguées de vivre ».

2. Critères à remplir pour l'assistance au suicide

Aux termes de l'article 115 du code pénal, l'assistance au suicide n'est pas punissable lorsqu'elle intervient sans mobile égoïste. Ce principe s'applique à tout individu. Les directives de l'ASSM sur la « prise en charge des patientes et patients en fin de vie » stipulent que la mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, bien au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide. Toutefois les directives reconnaissent qu'un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir. Dans une telle situation, la décision morale personnelle du médecin d'apporter une aide au suicide doit être respectée.

Il lui incombe alors la responsabilité de vérifier si les exigences suivantes sont réunies:

- La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la 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. Il faut notamment exclure que le désir de suicide soit le symptôme d'une maladie psychique.

Le respect de ces critères suppose principalement que :

- des entretiens répétés et personnels ont eu lieu,
- le médecin consultant dispose nécessairement des connaissances spécialisées requises, au cas où le patient désirant mourir souffrirait d'une maladie psychique ;
- dans la mesure du possible, le médecin traitant et les proches du patient sont impliqués,
- le médecin qui prescrit le natrium-pentobarbital n'est pas autorisé à évaluer à lui seul la capacité de discernement;
- le décès doit être déclaré comme cas de décès pour cause non naturelle.

Une éventuelle partialité du médecin expert ou du médecin qui établit l'ordonnance doit être thématisée; il doit notamment dire ouvertement s'il établit régulièrement des expertises en vue de l'assistance au suicide ou s'il prescrit régulièrement du natrium-pentobarbital.

Les directives ont été intégrées dans le code déontologique de la FMH; leur non-respect constitue par conséquent une violation du code de déontologie médicale.

3. Une discussion globale sur les limites de l'assistance au suicide est indispensable

Les directives de l'ASSM sur la « prise en charge des patientes et patients en fin de vie » limitent l'assistance au suicide à un espace de temps défini. Selon ces directives, un médecin peut supposer que la fin de vie est proche lorsque, se fondant sur des signes cliniques, il a acquis la conviction que s'est installé un processus dont on sait par expérience qu'il entraîne la mort en l'espace de quelques jours ou de quelques semaines.

La CCE est consciente que ces directives excluent les personnes désirant mettre fin à leur vie parce qu'elles sont fatiguées de vivre ou qu'elles considèrent leur qualité de vie insuffisante, mais n'étant pas en fin de vie. Ce point est en accord avec l'attitude fondamentale de l'ASSM soulignée à maintes reprises, selon laquelle l'instauration croissante de l'assistance au suicide relève de la

responsabilité de la société dans son ensemble et ne peut être déléguée au corps médical. Manifestement, les conceptions divergent au sein de la société (et du corps médical) quant à l'évaluation des conditions de vie et du suicide. Un débat fondamental sur cette question controversée est inéluctable. Basé sur les expériences, il faut s'interroger ici sur la manière d'éviter les abus et d'évaluer les phénomènes d'amplification.

Approuvée par la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM le 20 janvier 2012.