

Assistance au suicide dans les EMS

Recommandations
du Conseil d'éthique de la Fegems

Sommaire

Préambule	3
Quels sont les aspects légaux de l'assistance au suicide ?	4
Les directives anticipées peuvent-elles prévoir une assistance au suicide ?	4
Quels sont les problèmes éthiques et moraux que soulève l'assistance au suicide ?	4
Que recommandent les associations professionnelles et les instances nationales ?	5
Comment accueillir une demande d'assistance au suicide ?	7
Quelle attitude le personnel doit-il adopter si une assistance au suicide doit avoir lieu au sein de l'EMS ?	8
Comment communiquer ?	8
Quelles sont les responsabilités de l'EMS vis-à-vis de l'assistance au suicide ?	9
Quelles sont les procédures médico-légales d'une assistance au suicide dans l'EMS ?	9
En guise de conclusion	10
Remerciements	10
Quelques références	11
Impressum	11

Préambule

Les EMS, lieux de vie et de soins pour personnes âgées en perte d'autonomie, ont pour mission d'accompagner les résidents¹ dans la dernière partie de leur existence, dans le respect de leur libre arbitre (autodétermination) selon les termes de la Charte éthique de la Fegems. En raison du devoir de protection de la personnalité des personnes vulnérables (art. 386, al 1,2 code civil), une assistance au suicide au sein des EMS doit tenir compte de certaines exigences liées à ce milieu spécifique de vie et de soins et à son organisation collective.

Le Conseil d'éthique de la Fegems (Fédération genevoise des établissements médico-sociaux) considère que l'assistance au suicide appelle à une réflexion circonstanciée chaque fois qu'elle est sollicitée. Il propose ainsi dans ses recommandations un cadre de référence éthique utile aux professionnels de terrain, aux résidents et à leurs familles et proches.

Trois points particuliers ont guidé sa démarche :

1. Une demande d'assistance au suicide est une démarche personnelle qui ne doit être ni banalisée, ni réduite à une prestation.
2. Une demande d'assistance au suicide doit être reçue et discutée avec le résident et ouvrir des pistes d'accompagnement.
3. Une demande d'assistance au suicide engendre des conflits de conscience qui touchent pratiquement tous les acteurs : les proches du résident, les professionnels, les bénévoles, les autres résidents, l'EMS et la société dans son ensemble.

¹ Par souci de simplification rédactionnelle, la forme masculine, respectivement féminine, utilisée dans les textes qui suivent fait référence aux deux genres.

Quels sont les aspects légaux de l'assistance au suicide ?

L'assistance au suicide consiste à mettre à disposition d'une personne souhaitant se donner la mort un produit à dose mortelle et à l'assister dans le geste de se donner la mort.

La participation au suicide d'autrui est punissable en droit suisse lorsque l'auteur agit pour un mobile égoïste : « *Celui qui, poussé par un mobile égoïste², 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* » (art. 115 du Code pénal).

En revanche, celui qui fournit une aide sans mobile égoïste, notamment par compassion ou par respect de la liberté de décision d'autrui, n'est pas punissable.

Un suicide assisté non punissable requiert également la capacité de discernement de la personne qui désire mettre fin à ses jours.

Cette personne doit :

1. disposer de sa capacité de discernement par rapport à l'acte, à ses conséquences, et au moment de celui-ci,
2. disposer de sa liberté de décision (absence de pression extérieure),
3. exécuter elle-même le geste conduisant à la mort³.

Les directives anticipées peuvent-elles prévoir une assistance au suicide ?

Non : les directives anticipées expriment les volontés d'une personne pour le cas où elle serait devenue incapable de discernement. Or, le suicide assisté exige que la personne désirant se donner la mort dispose de sa capacité de discernement tout au long de la démarche et au moment d'exécuter le geste conduisant à la mort. Les directives anticipées ne peuvent donc pas prévoir une assistance au suicide.

En revanche, des directives anticipées ou la planification anticipée du projet thérapeutique donnent au résidant une certaine maîtrise de sa fin de vie : il peut décider des traitements et des soins qu'il souhaite en cas d'incapacité de discernement et éviter un acharnement thérapeutique.

Quels sont les problèmes éthiques et moraux que soulève l'assistance au suicide ?

Les arguments avancés en faveur de l'assistance au suicide sont le droit à l'autodétermination, le besoin de maîtrise, le sentiment de perte de dignité, la dépendance, la perte de sens de son existence, le refus d'une souffrance physique, morale et/ou existentielle.

Les professionnels de santé vivent souvent un conflit de conscience entre, d'une part, le devoir de protection et de soutien d'une personne tentée par le suicide, et d'autre part, le respect de son libre choix.

² Par mobile égoïste, il faut entendre la poursuite d'un avantage personnel de nature matérielle, même modeste, mais aussi de nature intellectuelle ou affective.

³ Si l'acte donnant la mort était exécuté par la personne qui aide au suicide, cela constituerait une euthanasie active directe que l'article 114 du Code pénal suisse qualifie de meurtre et punit de l'emprisonnement: « *Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et insistante de celle-ci, sera puni de l'emprisonnement* ».

D'autres valeurs, influencées par le milieu culturel, la dimension spirituelle et la religion sont aussi en jeu : la transgression du respect de la vie, la relation aux autres (proches et professionnels), le respect de la sphère privée, la confidentialité, la justice, ou encore la volonté de ne pas être à la charge de ses proches.

Dans la situation de l'assistance au suicide, quelques autres principes doivent pourtant être soulignés:

- la personne humaine est unique et digne d'intérêt absolu jusqu'à son dernier souffle;
- la vie est plus que l'état physique et psychique de la personne : en ce sens, des changements d'opinion sont toujours possibles;
- la souffrance d'une personne doit solliciter la créativité et la compassion des personnes qui la soignent, elle oblige à des changements de regard des accompagnants.

Que recommandent les associations professionnelles et les instances nationales ?

L'éthique professionnelle prescrit aux soignants, outre la valeur fondamentale du respect de la vie, la bienveillance, l'écoute, l'empathie, le soulagement des douleurs et d'autres symptômes, le soulagement de la souffrance morale. Le principe éthique de bienfaisance (de bienveillance) privilégie, avec les soins palliatifs, les soins de confort, le soulagement des symptômes et l'accompagnement en fin de vie (déclaration commune ASI-FMH 2001).

La position éthique de l'Association Suisse des Infirmières indique que « l'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers » (position éthique 1, 2005).

La Commission nationale d'éthique (2005, 2006) considère que l'assistance au suicide est acceptable, moralement et éthiquement, mais que

- chaque demande d'assistance au suicide nécessite une évaluation individualisée et rigoureuse ;
- personne ne doit être obligé d'aider autrui à se suicider ;
- aucune assistance au suicide ne doit être pratiquée si le désir de suicide est l'expression ou le symptôme d'une maladie psychique.

Les conditions cumulatives qui rendent une assistance au suicide acceptable selon les Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) relatives à la prise en charge des patientes et patients en fin de vie, 2004, actuellement en cours de révision⁴, sont les suivantes :

- La personne a sa capacité de discernement par rapport à son suicide et à ses conséquences, à toutes les étapes de sa démarche.
- Sa demande est constante et répétée.
- Ses souffrances – physiques, morales, existentielles – sont intolérables, malgré des traitements appropriés.
- Elle ne subit aucune pression de son entourage ou d'autres personnes.
- Elle ne souffre pas de troubles psychiatriques ou cognitifs interférant avec la demande.

⁴ Les directives de 2004 autorisent l'assistance au suicide de patients, dont la fin de vie est proche, en tant que décision morale personnelle du médecin. En 2005, les directives ont été intégrées dans le code déontologique de la FMH et sont, de ce fait, contraignantes pour les membres de la FMH.

- Son pronostic est fatal à court ou moyen terme⁵.
- Des soins palliatifs sont ou ont été proposés et/ou pratiqués.

Les Directives médico-éthiques de l'ASSM relatives au traitement et à la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance (2004, mise à jour 2013)⁶ recommandent que « l'équipe soignante cherche le dialogue avec la personne concernée »... Il s'agit de « tenir compte des nombreuses situations de dépendance dans lesquelles se trouvent les personnes âgées, situations susceptibles d'augmenter les risques de comportements suicidaires.

⁵ Ce critère mal défini se prête à différentes interprétations et beaucoup de discussions. Les associations d'aide au suicide ont une conception élargie du « pronostic fatal à court ou moyen terme », puisqu'elles acceptent depuis 2015 le critère des « polypathologies liées à l'âge ».

⁶ Directives médico-éthiques de l'ASSM « Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance » (2004, révision 2013). Le Comité central de l'ASI a pris connaissance de ces directives et recommande à tous ses membres et à tous les soignants de les mettre en œuvre et de les respecter.

Comment accueillir une demande d'assistance au suicide ?

1. Toute demande d'assistance au suicide est à considérer comme **le début d'un processus** : la demande doit être entendue, écoutée, examinée, prise au sérieux et respectée, sans a priori, quelle que soit la personne qui en prend connaissance.
2. Toute demande d'assistance au suicide doit être **transmise aux responsables** - directeur, infirmière cheffe, médecin répondant – qui ont la responsabilité professionnelle et éthique de contrôler la qualité des démarches engagées et d'assurer le suivi psychologique des personnes directement concernées. Les cadres annoncent au résidant que sa demande est entendue et qu'une réflexion sera menée avec lui.
3. Confidentialité : toute demande d'assistance au suicide doit être **explicite et transparente** au sein de l'équipe concernée, conformément à la pratique interdisciplinaire. L'expérience montre en effet qu'une démarche d'assistance au suicide clandestine, au nom du strict respect de la confidentialité du résidant, a des répercussions négatives sur les professionnels concernés et sur les autres résidants. Chaque EMS peut élaborer à ce sujet une charte de collaboration ou un règlement fixant les modalités d'intervention avec les intervenants concernés.
4. Un **temps de réflexion et d'élaboration** est nécessaire pour respecter tant le résidant dans l'authenticité de sa demande que les professionnels dans leurs valeurs. Au cours de plusieurs entretiens, les professionnels de l'équipe interdisciplinaire évaluent la demande avec le résidant dans un véritable processus d'approche de sa fin de vie et de sa souffrance existentielle (Pall Flash 2012, n°38). « Les professionnels (...) examinent tout particulièrement les améliorations possibles au niveau de la thérapie, des soins et de l'assistance dont elle bénéficie. »⁷
5. Il importe de distinguer une demande d'assistance au suicide dans un **contexte de crise psychique** (tel qu'un état dépressif aigu devant être pris en charge) d'un projet de suicide de type « bilan de vie » où le résidant choisit librement une assistance au suicide plutôt qu'un accompagnement de fin de vie avec des soins palliatifs.
6. En cas de **situation complexe**, un recours à un professionnel du domaine médical peut être sollicité pour vérifier la capacité de discernement et/ou l'interférence d'un trouble psychologique ou psychiatrique avec la capacité de discernement.
7. Un **avis consultatif du Conseil d'éthique** de la Fegems peut être requis pour clarifier les problèmes éthiques et apporter un éclairage utile, sans décider à la place des professionnels.

⁷ Sens de la vie et souffrance existentielle. M. Bernard, G.D. Borasio. Palliative FLASH n° 38, 2012. Texte disponible à l'adresse : spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch

Quelle attitude le personnel doit-il adopter si une assistance au suicide doit avoir lieu au sein de l'EMS ?

1. Le résidant ou un proche organise lui-même le contact avec un intervenant extérieur à l'institution disposé à assister le résidant dans son suicide. La décision d'assistance au suicide sera annoncée par le résidant qui indiquera également, par souci de transparence vis-à-vis du personnel de l'EMS, les visites des intervenants extérieurs et la date prévue du suicide.
2. Le médecin prescripteur du produit à dose létale doit être garant du respect des critères d'acceptabilité de l'assistance au suicide, définis par la Commission nationale d'éthique et l'ASSM.
3. Toute participation active du personnel soignant à une assistance au suicide est contraire à son éthique professionnelle (position éthique de l'ASI, 2005). Les directives de l'ASSM indiquent également que « les personnes âgées en situation de dépendance se trouvent dans une relation de dépendance par rapport au personnel de l'institution; cette relation peut être la source de conflits d'intérêts pour ces derniers. Pour cette raison et par égard pour les autres résidants de l'institution, le personnel d'une institution de soins de longue durée ne participe à aucun moment activement au suicide d'un résidant ».

Cependant, le personnel peut être autorisé à être présent lors du suicide, dans un but d'accompagnement ultime du résidant

- s'il exprime sans réserve sa volonté, et sur demande ou accord du résidant,
- à titre strictement personnel (fidélité, qualité du lien), sans uniforme ni signe distinctif.

4. En revanche, le personnel poursuit les soins habituels avant le décès. Après le décès, il effectue la toilette mortuaire. Il respecte les rites mortuaires, conformément aux souhaits du résidant et de la famille.

Comment communiquer ?

La communication est essentielle : un colloque multidisciplinaire d'équipe ou d'institution après l'évènement est souhaitable. La clarification des positions et des valeurs au sein de l'institution implique une communication ouverte entre les membres du personnel, les cadres, et, le cas échéant, les autres résidants.

Les convictions religieuses et culturelles des professionnels peuvent être heurtées ; un suicide assisté peut avoir un fort impact traumatique et un soutien psychologique aux professionnels impliqués peut être nécessaire.

Certaines situations sont à éviter, comme, d'une part, la clandestinité d'une assistance au suicide, au nom du strict respect de l'intimité et de la sphère privée, et, d'autre part, une communication non contrôlée, au nom de la liberté d'expression, mais qui peut aboutir à une certaine publicité dommageable pour les autres résidants et pour les professionnels.

Le désir de mort fréquemment exprimé par des résidants et son approche dans l'assistance au suicide peuvent être abordés dans des groupes de parole au sein de l'EMS.

Quelles sont les responsabilités de l'EMS vis-à-vis de l'assistance au suicide ?

En vertu de sa mission, l'EMS propose, entre autres, un soutien psychologique du résidant ainsi qu'un accompagnement et valorise les soins palliatifs.

Face à une demande d'assistance au suicide, l'EMS a un devoir de protection envers le résidant. A cet effet, il doit s'assurer (art. 386, al 1,2 code civil)

- a. que la personne concernée est capable de discernement,
- b. que la décision de suicide ne résulte pas d'une pression extérieure,
- c. que la sensibilité des autres résidants et collaborateurs est respectée.

Il est possible qu'un EMS soit opposé à une assistance au suicide dans ses murs, quelles qu'en soient les raisons (religieuses ou philosophiques) ; il doit en informer le résidant avant son entrée (charte, règlement d'accueil de l'EMS).

Quelles sont les procédures médico-légales d'une assistance au suicide dans l'EMS ?

Le médecin ou l'accompagnateur qui a effectué l'assistance au suicide, après avoir constaté que le patient est décédé, appelle la police. Un inspecteur de la brigade criminelle et le médecin légiste interviennent en même temps. Le médecin légiste signe le constat de décès, le suicide étant une mort non naturelle⁸.

L'accompagnateur tient à la disposition du médecin légiste 1) une attestation récente de la capacité de discernement du patient, 2) un rapport médical indiquant les diagnostics, les traitements et une appréciation de l'état du patient, 3) un protocole indiquant le déroulement des événements, les personnes présentes.

⁸ Un certificat de décès serait signé en cas de mort naturelle. Pour des raisons de transparence et pour éviter tout conflit d'intérêts, il est recommandé de faire établir le constat de décès par un médecin autre que celui ayant pratiqué l'assistance au suicide (S. Burkhardt et al. 2009).

En guise de conclusion

L'évolution de notre société apporte des changements de vision : la révision en cours des directives de l'ASSM s'appuyant sur les résultats de leur étude relative à l'attitude du corps médical face à l'assistance au suicide, en est une preuve.

Par ailleurs, le Programme national de recherche « Fin de vie » (PNR 67) et les résultats de divers projets de recherche dans le cadre du programme de soutien «Recherche en soins palliatifs» de l'ASSM contribueront à clarifier

- toutes les décisions en relation avec la fin de vie et la mort,
- les questions liées aux manifestations de désir de mourir,
- le rôle du corps médical en cas de demande d'assistance au suicide.

Documenter des situations, qu'elles soient problématiques ou pas, d'assistance au suicide dans les EMS est un bon moyen de faire progresser la compréhension et les réflexions du Conseil d'éthique dans l'ultime phase de vie des résidents, en dehors des croyances et des idéologies.

Enfin, ajoutons que des lois et règlements pourraient voir le jour et exercer une influence sur les présentes recommandations du Conseil d'éthique.

Pour le Conseil d'éthique
Dr François Loew, président
Mars 2017

Groupe de travail

Jacqueline Cramer (responsable)
Marie-Rose Charvoz
Catherine Socier
Sandrine Gautray

Remerciements

Le Conseil d'éthique remercie les dirigeants et professionnels des EMS qui ont activement contribué, par leurs remarques et propositions, à l'élaboration de la présente version des recommandations relatives à l'assistance au suicide.

Le Conseil d'éthique adresse également ses remerciements pour leur relecture attentive du présent document et leurs précieuses observations :

- Jean-Marie Carron, directeur général des Résidences RPSA,
- Thierry Collaud, professeur associé de théologie morale spéciale et d'éthique sociale chrétienne, Université de Fribourg,
- Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois et ancien membre de la Commission nationale suisse d'éthique.

Quelques références

- Recommandations de la Commission nationale d'éthique concernant l'assistance au suicide. Extraits. Prise de position n° 9/2005. www.nek-cne.ch

...Institutions de long séjour : dans la mesure où un résidant demande le suicide assisté et qu'il ne dispose pas d'un lieu de vie autre que ladite institution, il devrait pouvoir accomplir son acte en ce lieu, si cela est possible. Il en va autrement d'un établissement entièrement privé qui n'accueillerait que des résidents ayant été informés, lors de leur admission, que le suicide assisté est refusé en son sein. Le personnel des établissements de long séjour ne peut en aucun cas être contraint à participer à un suicide assisté (clause d'objection de conscience).

...La décision personnelle du suicidant de mettre fin à ses jours, prise après avoir tout bien considéré, ne doit pas être mise en échec par les règles d'une institution ou la décision personnelle d'un médecin ou d'un groupe d'accompagnement qui s'y refuserait en conscience. Il devrait toujours être possible de solliciter un autre médecin ou d'être transféré dans une autre institution.
- Critères de diligence concernant l'assistance au suicide. Prise de position N° 13/2006. www.nek-cne.ch
- Prise en charge des patientes et patients en fin de vie. Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2004, mise à jour 2013). www.assm.ch/directives (PDF)
- Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance. Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2004, mise à jour 2013). www.assm.ch/directives (PDF)
- Association suisse des infirmières (ASI). Position éthique 1 : l'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers (2005). www.sbk-asi.ch/éthique
- Les soins dans la partie terminale de la vie. Déclaration commune ASI-FMH (2001)
- www.sbk-asi.ch/éthique
- Assistance au suicide dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les institutions pour adultes avec handicap. Document de référence. Curaviva Suisse, 2013.
- Sens de la vie et souffrance existentielle. M. Bernard, G.D. Borasio. Palliative FLASH n° 38, 2012. Texte disponible sur spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch
- Assistance au suicide : le rôle du médecin légiste. S. Burkhardt, R. La Harpe. Bioethica Forum 2009 ; 2 : 27-29.
- Aide au suicide – à propos de l'attitude adoptée dans l'accompagnement. J. Martin. Bulletin des Médecins Suisses 2014 ;95 :8.
- Désir de mort chez les personnes âgées: que savons-nous de cette réalité ? S. Monod, E. Rochat, C. Büla et al. Forum Med Suisse 2013 ;13 (51-52) : 1063-1064.

Impressum



Conseil d'éthique
Fegems
Clos-Belmont 2
1208 Genève
022 718 18 60
conseil.ethique@fegems.ch