

TOUR D'EUROPE

La pratique de l'assistance au suicide est autorisée dans quatre États, à savoir la Belgique, les Pays-Bas, l'Oregon aux États-Unis et la Suisse. En Suisse, l'assistance au suicide est implicitement autorisée par l'article 115 du Code pénal suisse, pour autant que celui qui prête assistance à autrui en vue du suicide ne soit pas poussé par un mobile égoïste.



L'assistance au suicide: pratique et aspects légaux

Par Sandra Burkhardt, Jérôme Sobel et Romano La Harpe

ASPECTS LÉGAUX DE L'ASSISTANCE AU SUICIDE

De nombreux pays européens interdisent et sanctionnent l'assistance au suicide. Il s'agit notamment de l'Italie, de la Norvège, de l'Angleterre, du Pays de Galles, de l'Irlande, de la Russie et de la Hongrie. Les pays suivants, eux, n'ont pas de loi spécifique concernant l'assistance au suicide, qui est alors souvent assimilée à l'euthanasie¹: Danemark, France, Suède, Allemagne, Luxembourg, Finlande, Écosse et Estonie. En France, la pratique du suicide assisté pourrait faire l'objet de poursuites judiciaires selon l'article 223-6 du Code pénal, en tant que «non-assistance à personne en danger»².

Au contraire, l'Oregon aux États-Unis, la Belgique, les Pays-Bas et la Suisse autorisent, sous certaines conditions, la pratique de l'assistance au suicide. Pour les trois premiers États, il s'agit uniquement de suicide médicalement assisté, c'est-à-dire que la présence d'un médecin est requise au moment du décès, contrairement à la Suisse, où la loi n'a pas été initialement établie dans un contexte médical³.

LES ÉTATS-UNIS

Aux États-Unis, dans de nombreux États, comme ceux de Washington, de Californie, du Michigan, du Maine, de Hawaii et du Vermont notamment, des groupes de «Droit à Mourir» tentent, encore en vain, de faire évoluer les choses. À New York, l'assistance au suicide est interdite. Les raisons évoquées⁴ pour une telle retenue, sont de prohiber l'intention de tuer, de préserver la vie, de prévenir le suicide, de maintenir le rôle du médecin comme «soignant», de protéger les personnes vulnérables de toutes pressions psychologiques et financières dans leur décision éventuelle de vouloir en terminer avec leur existence et d'éviter tout dérapage en direction de l'euthanasie active directe.

Dans l'Oregon, l'assistance au suicide est légalement autorisée pour les malades en fin de vie, depuis 1997, date de la reconnaissance de la «loi sur la mort dans la dignité» (Death with Dignity Act⁵), pour autant qu'elle soit pratiquée par un médecin. Ceci suscite toutefois toujours des réactions dans l'opinion publique, avec des arguments psychologiques, religieux et philosophiques, déclarant cet acte irrationnel, immoral, contraire à l'éthique médicale, voire dangereux.

LES PAYS-BAS

Aux Pays-Bas, le Code pénal condamne l'euthanasie et l'assistance au suicide. Toutefois, la jurisprudence admet que ces actes puissent être réalisés par un médecin en cas de force majeure, c'est-à-dire lorsque le médecin est confronté au choix entre son devoir de sauver une vie et celui d'en abrégier une, rendue intolérable par la souffrance.

Des dispositions, entrées en vigueur en 1994, permettent un contrôle systématique de ce type de décès (contrôle des interruptions de vie). Le médecin doit s'assurer que les critères suivants sont respectés:

- situation médicale désespérée, sans que le malade ne se trouve nécessairement en phase terminale,
- souffrance intolérable,
- absence d'autre solution,

- décision libre et consciente du malade,
- demande réitérée,
- consultation d'un autre médecin confirmant le fondement de l'acte,
- information de la famille et du personnel paramédical.

LA BELGIQUE

En Belgique, l'assistance au suicide est assimilée à l'acte d'euthanasie. Ainsi, la loi sur l'euthanasie, entrée en vigueur en 2002, vaut également pour l'assistance au suicide. Seul un médecin en possession du droit de pratique est autorisé à effectuer une assistance au suicide. Il ne sera pas puni, pour autant qu'un certain nombre d'exigences aient été respectées.



Sandra Burkhardt

Institut Universitaire de Médecine Légale de Genève

sandra.burkhardt@hcuge.ch

“L'assistance au suicide est réprimée par la loi dans certains pays, alors que dans d'autres il n'existe pas de loi spécifique relative à cette pratique”

Ces conditions sont clairement définies et en grande partie calquées sur celles des Pays-Bas. En particulier, le patient doit être capable de discernement et présenter une demande libre, mûrement réfléchie et réitérée. Il doit souffrir de douleurs physiques ou psychologiques importantes et la pathologie dont il est atteint doit être sans espoir de guérison. Après le décès, le médecin est tenu de référer le cas à la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation, qui est composée de 8 médecins, 4 juristes et 4 personnes issues d'un milieu confronté aux problèmes liés à des patients souffrant de maladies incurables. Malgré ces considérations légales, il semble que de nombreux cas d'assistance au suicide en Belgique aient lieu dans l'intimité de la relation médecin-malade, sans être déclarés comme tels. Une approche statistique apparaît donc illusoire.

LA SUISSE

La législation suisse concernant l'assistance au suicide est très ouverte. En effet, l'article 115 du Code pénal suisse stipule que «celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement». Il est intéressant de noter que cet article de loi a été créé, à l'origine, pour les cas de personnes assistant d'autres décidées à se suicider pour des motifs liés à l'honneur ou à des amours malheureuses⁶,



Aux Pays-Bas, en Belgique, en Oregon (États-Unis) et en Suisse, l'assistance au suicide est autorisée, avec toutefois des modalités légales différentes.

et non pas dans un contexte médical, tel qu'il est appliqué aujourd'hui. En raison d'une loi très permissive, la pratique de l'assistance au suicide en Suisse est surtout régie par des considérations médico-éthiques, comme celles qui ont été énoncées dans les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Ces directives ont été récemment révisées, en 2005, et il a alors été tenu compte de l'évolution des mentalités concernant en particulier l'autonomie des patients. Ainsi, l'ASSM indique que la mission des médecins, dans le contexte de fin de vie, consiste à soulager et accompagner le patient. Pour ces raisons, l'assistance au suicide n'est pas considérée comme un acte médical. Toutefois, le médecin peut être confronté à un patient qui exprime son désir de mourir et persiste dans celui-ci. Le médecin a, en tout temps et dans tous les cas, le droit de refuser d'apporter une aide au suicide. Cependant, il peut, dans des situations exceptionnelles, apporter son aide, après avoir vérifié certaines exigences minimales, en particulier la capacité de discernement et la présence d'une maladie somatique gravement invalidante, irréversible, ou mettant en péril la vie du patient.

La Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE) s'est également prononcée, par une prise de position datant de 2005, concernant l'assistance au suicide. Elle a ainsi émis des recommandations, dans le but de protéger les personnes souhaitant mettre fin à leurs jours. Elles visent à une prise en considération équitable des deux pôles éthiques de l'assistance au suicide, à savoir la protection de la vie et le devoir de soutien à l'égard de personnes suicidaires d'une part, et le principe d'autodétermination, de l'autre. La CNE a également recommandé au législateur de soumettre à surveillance les associations qui proposent une assistance au suicide, recommandation qui a toutefois été déclinée par le Conseil Fédéral dans sa décision du 31 mars 2006.

LA PRATIQUE EN SUISSE ROMANDE

L'étude que nous avons menée comprend l'ensemble des cas d'assistance au suicide, pratiqués dans les six cantons romands (superficie de 12.000 km², population de 1.900.000 habitants) par l'association EXIT-ADMD,

Hulp bij zelfmoord: praktijk en wettelijke aspecten in Zwitserland en Europa

- Hulp bij zelfmoord wordt in sommige landen door de wet bestraft, terwijl in andere landen geen specifieke wet bestaat aangaande deze praktijk. In België, Nederland, Oregon (Verenigde Staten) en Zwitserland, is hulp bij zelfmoorden toegelaten, maar de wettelijke modaliteiten zijn wel verschillend. Een voorbeeld: alleen de Zwitserse wetgever eist niet dat de hulp geboden wordt door een arts. In Franstalig Zwitserland, biedt de organisatie EXIT-ADMD onder bepaalde omstandigheden hulp aan zieken die een einde willen maken aan hun leven.
- Het onderzoek behelst alle gevallen van hulp bij zelfmoord waarbij EXIT-ADMD betrokken was tijdens de periode 2001-2005. Het gaat in totaal om 200 gevallen. Belangrijke vaststelling: het aantal gevallen blijkt constant te stijgen en het merendeel van de zieken waren vrouwen. De meest voorkomende pathologieën waren kankers, neurologische en cardiovasculaire ziekten. Meer dan 75% van de patiënten overleed thuis en 20 mensen hebben hulp bij zelfmoord gekregen in het medisch-sociaal centrum waar ze verbleven. Sommige patiënten hebben dat centrum moeten verlaten omwille van interne richtlijnen die de praktijk van hulp bij zelfmoord in het centrum verboden. Onlangs hebben in Franstalig Zwitserland twee ziekenhuizen voor acute verzorging hun deuren geopend voor hulp bij zelfmoord, maar dan wel onder een aantal strenge voorwaarden. Het moet onder andere gaan om patiënten die omwille van medische of medisch-sociale redenen niet naar huis kunnen. De letale substantie die door EXIT-ADMD gebruikt wordt tijdens de hulp bij zelfmoord, is natrium-pentobarbital, dat zorgt voor een snel bewustzijnsverlies en een zachte dood. In elk geval moeten een wetsdokter en een officier van politie zich naar de plaats van het overlijden begeven om zich ervan te vergewissen dat er geen redenen zijn om bijkomende gerechtelijke stappen te ondernemen. Het lichaam van de overledene wordt in principe zo snel mogelijk aan de familie overgedragen.

sur une période de cinq ans, à savoir du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2005. Sur cette période, nous avons observé un total de 200 cas d'assistance au suicide, ce qui représente environ 0,3% des décès (les suicides en général comptant pour 1-3% des décès). Cet échantillon est fortement représentatif de l'activité d'assistance au suicide en Suisse romande, du fait qu'EXIT-ADMD est la seule association à y exercer ce type d'activité et que, pour des raisons légales, le médecin légiste est, dans tous les cas, appelé à se rendre sur le lieu du décès.

“ La loi suisse n'exige pas que l'assistance au suicide soit effectuée par un médecin ”

CHARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Une étude effectuée en Suisse alémanique par Bosshard⁷ et publiée en 2003 a montré l'importante augmentation des cas d'assistance au suicide par l'Association «EXIT Deutsche Schweiz» entre le début et la fin des années 90 (plus du triple de cas entre 1997 et 2000 qu'entre 1990 et 1993). Au cours des cinq années que nous avons étudiées, nous avons également constaté une augmentation quasi constante du nombre de cas de suicides assistés, en Suisse romande, au cours des cinq années que nous avons étudiées (21 cas en 2001, 55 en 2005). La majorité (59%) des patients ayant choisi de mourir de cette manière était de sexe féminin. Dans la grande majorité des cas (69%), ces patients étaient, comme l'on peut s'y attendre, âgés de plus de 70 ans. La personne la plus jeune était une femme âgée de 39 ans, qui souffrait du SIDA, au stade terminal. La

La majorité des malades ayant recouru à l'assistance au suicide étaient des femmes. Les pathologies les plus rencontrées étaient les cancers, les maladies neurologiques et cardiovasculaires. Plus de trois quarts des patients sont décédés à domicile.

patiente la plus âgée avait 102 ans et souffrait d'un ensemble de co-morbidités entraînant un handicap sévère et rendant sa vie indigne, sans que, toutefois, elle n'ait présenté de maladie mortelle en soi. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient les cancers (95 cas) et les maladies neurologiques (49 cas), avec notamment de nombreux cas de sclérose en plaques, de sclérose latérale amyotrophique et de maladie de Parkinson. Les maladies cardiovasculaires étaient moins représentées (27 cas), de même que les maladies ostéo-articulaires (14 cas). Deux

personnes souffraient du SIDA. Vingt-et-un cas concernaient des personnes du 4^e âge (80 ans et plus), qui, à l'hiver de leur vie, présentaient un ensemble de co-morbidités entraînant un handicap très important et une perte de dignité, et qui ne trouvaient plus de raisons suffisantes pour continuer leur existence dans de telles conditions.

Plus de trois quarts des patients (165 personnes) ont pratiqué le suicide assisté à leur domicile, le plus souvent entourés de leur famille et/ou amis. Sept malades ont dû quitter l'établissement hospitalier dans lequel ils résidaient, du fait que la pratique du suicide assisté n'y était pas autorisée.

Vingt malades sont décédés dans l'établissement médico-social (EMS) ou la pension dans lequel ils résidaient, avec l'accord de la direction de cet établissement. Trois personnes ont choisi de mourir au domicile d'un membre de leur famille ou d'un ami et pour cinq cas, nous n'avons pas de renseignements concernant le lieu du décès.

L'AVIS DES MÉDECINS

L'autodélivrance se pratique en général après concertation du patient avec son médecin traitant. Celui-ci fournit alors un document décrivant les affections cliniques dont la personne souffre. Un tel document était disponible dans 145 des cas (72,5%) que nous avons étudiés. Dans 50% de ces cas, le médecin soutenait la démarche de son patient, qu'il ait ou non participé activement à l'accompagnement





Le seul critère exigé par l'article 115 du Code pénal suisse en matière d'assistance au suicide est l'absence de mobile égoïste.

final. Dans 31% des cas, le médecin était opposé à cette décision et dans 19% des cas, il a rédigé, à la demande du malade, une lettre, dans laquelle figurait une série de diagnostics, mais sans qu'il ne soit possible de déterminer sa prise de position par rapport au choix du patient.

○ L'ASSOCIATION EXIT-ADMD

Comme nous l'avons mentionné plus haut, aucune donnée légale n'exige que la personne accompagnatrice bénéficie d'une formation médicale. Ainsi, sur les 200 cas que nous avons recensés en cinq ans, dans 137 cas, le(s) accompagnateur(s) (-trice(s)) n'avai(en)t pas de formation médicale. Ceci est une particularité en Suisse puisque les autres pays autorisant l'assistance au suicide exigent, eux, que l'accompagnateur soit un médecin.

“ Aucun soignant ne pourra être contraint de participer à la procédure ”

Lorsque l'association EXIT-ADMD accepte d'intervenir pour un accompagnement, après avoir soigneusement vérifié que le patient répond à certains critères⁸ (capacité de discernement, demande sérieuse et répétée, maladie incurable, souffrances physiques et/ou psychiques intolérables, pronostic fatal ou invalidité importante), un protocole détaillé est rempli au moment du décès, comportant en particulier le moment précis de l'absorption du pentobarbital, celui de la perte de connaissance et celui où le décès est constaté.

Le produit utilisé par les médecins et autres accompagnateurs d'EXIT-ADMD est le pentobarbital sodique (à raison de 10 à 15 grammes), sous la forme d'une poudre soluble dans l'eau tiède, qui, après avoir été prise par le patient

lui-même, lui assure une mort douce. L'absorption du pentobarbital, particulièrement amer et émettant, est précédée de la prise d'un antiémétique. L'absorption d'alcool avant celle du pentobarbital peut être conseillée, l'alcool semblant avoir pour effet d'accélérer l'absorption gastrique du produit actif. Pour 96% des patients, la perte de connaissance est survenue en moins de dix minutes et dans tous les cas, au plus tard 15 minutes après l'absorption du pentobarbital sodique. Le décès est survenu après un délai de 30 minutes au plus pour 79% des malades. Toutefois, dans 10 cas, il s'est prolongé, au-delà d'une heure, avec un maximum de 17 heures 30 pour un patient. Dans ces cas-là, il est possible qu'un traitement médicamenteux absorbé dans les jours ayant précédé l'autodélivrance ait pu interférer avec l'action du pentobarbital sodique, par un effet de tolérance croisée.

○ CONSÉQUENCES JUDICIAIRES

Du fait qu'il s'agit de décès de causes non naturelles (suicides), dans tous les cas, l'autorité judiciaire doit être informée par la personne qui a constaté le décès. Les démarches qui s'en suivent sont régies par des règlements cantonaux.

Ainsi, dans le canton de Genève, l'officier de police et le médecin légiste sont appelés à se rendre sur le lieu du décès, afin de s'assurer, par un examen du corps et des documents médicaux à disposition, ainsi qu'une discussion avec la personne qui a accompagné le malade dans son acte, qu'aucune poursuite judiciaire n'est à envisager. Le cas échéant, le médecin délivre un constat de décès, indiquant que le décès est de caractère «violent» ou «non naturel». L'officier de police délivre alors un document intitulé «Nihil Obstat», lequel permet à l'officier d'État civil d'établir un certificat d'inhumation. Du fait de cette procédure simplifiée, le corps du défunt peut être remis immédiatement à la famille, qui peut entreprendre les démarches auprès d'une entreprise de pompes funèbres. Dans le cas contraire, le corps est transféré à l'Institut de médecine légale, en vue d'une autopsie. Il faut toutefois relever que ce fait ne s'est jamais produit au cours des 5 années que nous avons étudiées.

Dans le canton de Vaud, le médecin légiste se rend également sur le lieu du décès, délivre une attestation de décès, stipulant la nature «violente» du décès. Par la suite, le corps est transporté à l'Institut de médecine légale en vue d'un examen extérieur du corps. Si aucune constatation anormale n'est faite, le corps est remis à la famille, sans autopsie.

○ POSITION DE DEUX HÔPITAUX PUBLICS

La Commission nationale suisse d'éthique, consciente de la position difficile des établissements hospitaliers face à l'assistance au suicide, a émis des recommandations, publiées en 2005, et a précisé que chaque établissement doit clairement se déterminer quant à l'éventualité d'admettre une telle pratique.

Le 1^{er} janvier 2006, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a émis une directive concernant cette pratique, dans le but d'assurer aux patients hospitalisés le même droit de disposer d'eux-mêmes que s'ils se trouvaient à leur domicile, dans les limites liées aux contraintes d'un



La substance létale utilisée lors d'accompagnements par l'association EXIT-ADMD est le pentobarbital sodique qui induit une perte de connaissance rapide et une mort douce.

établissement de soins. La demande d'un patient hospitalisé est soumise à l'appréciation d'une commission neutre, laquelle s'assure que les critères requis sont présents (capacité de discernement, demande persistante, traitements adéquats, en particulier des symptômes douloureux et/ou dépressifs, et finalement impossibilité d'un retour à domicile). Il est précisé que le médicament nécessaire est remis au patient par l'accompagnateur de l'association ou le médecin extérieur choisi par le patient.

Il est important également que la liberté du personnel soignant soit respectée. Ainsi, aucun soignant ne pourra être contraint de participer à la procédure.

La direction des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) estime qu'une institution qui limiterait le droit à l'accès à une assistance au suicide dans ses murs s'octroierait une prérogative non prévue par la loi. C'est une des raisons pour lesquelles cette institution a décidé, le 14 septembre 2006, d'autoriser l'assistance au suicide dans ses murs, à condition notamment que le patient soit dépourvu de domicile ou dans l'impossibilité d'y retourner et qu'aucun soignant ou médecin des HUG n'intervienne directement dans la réalisation du geste¹. D'autres conditions sont requises: maladie au cours fatal, demande persistante, capacité de discernement présente, alternatives proposées mais refusées par le patient. Malgré cette ouverture, les HUG affirment ne pas prendre position pour ou contre l'assistance au suicide; en effet, l'hôpital public étant au service d'une société pluraliste, une prise de position s'éloignerait de la mission de soin de cet établissement.

UNE PLUS GRANDE OUVERTURE D'ESPRIT

L'assistance au suicide est un sujet d'actualité, créant un débat important dans l'opinion publique. Le milieu médical, en particulier, s'interroge sur cette problématique. Les différents pays tentent d'y répondre, si ce n'est par des dispositions légales, au moins par des directives médico-éthiques, comme c'est le cas en Suisse, où la loi est très permissive en matière d'assistance au suicide, pour autant qu'elle ne soit pas le fait d'un mobile égoïste.

La réflexion concernant l'attitude des médecins envers les patients en fin de vie, et en particulier l'assistance au suicide, évolue de manière différente et plus ou moins rapide selon les pays, en raison notamment de mœurs, d'habitudes et de principes religieux propres à chaque culture.

Le nombre de cas d'assistance au suicide en Suisse romande augmente constamment depuis quelques années. Ceci reflète une demande émanant de personnes gravement malades ou très âgées, malgré l'accès à des soins palliatifs de qualité.

Il est clair que ceci pose un dilemme aux médecins et à l'ensemble du corps médical entre le devoir de bienfaisance et le respect de l'autodétermination, qui prend actuellement une place de plus en plus importante dans l'activité médicale. En particulier, la prise de position de deux hôpitaux publics en Suisse romande démontre un assouplissement et une plus grande ouverture d'esprit de la direction médicale. ●●

¹ Humphrey D.: Assisted suicide laws around the world, March 2005.

² ERGO Web Site, Oct 2002.

³ Burkhardt S., Sobel J., La Harpe R., Harding T.-W.: Euthanasia and assisted suicide: comparison of legal aspects in Switzerland and other countries. *Med Sci Law*, Oct 2006; 46 (4):287-294.

⁴ Vacco. Supreme court of the United States, Syllabus. No 95-1858, June 1997.

⁵ Tuten M.: A death with dignity in Oregon. *Oncol Nurs Forum*, Jan-Feb 2001; 29 (1):14-5.

⁶ Hurst S., Mauron A.: Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ*

Feb 2003; 326 (7383):271-3.

⁷ Bosshard G., Ulrich E., Bär W.: 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med Wkly* May 2003; 133 (21-22):310-7.

⁸ Sobel J.: La Suisse et la bonne mort. EXIT ADMD Suisse romande 2004.

⁹ Wasserfallen J.-B.: Assistance au suicide en hôpital de soins aigus: respecter la liberté du patient et du soignant. *Bull Med Suisses* 2006; 2006 (20): 895-898 et annexes.

¹⁰ Communiqué de presse des HUG du 14 septembre 2006, www.hug-ge.ch.