

L'ASSISTANCE AU SUICIDE EN SUISSE

Dr Jacques Wacker

Le texte suivant s'inspire de l'article de l'auteur paru ce printemps dans la revue « Etudes sur la Mort » de la Société Française de Thanatologie, cité (1), où toutes les références sont disponibles.

Dans ce sujet difficile, émotionnel, éthique et/ou sociétal, quelle est la place du médecin ? Y a-t-il une dans cette décision si personnelle où les législateurs ont voulu préserver le libre-arbitre ? Et si il y avait une place pour nous médecins, ne serait-elle pas dans l'écoute et dans le diagnostic des causes de ce désir de mourir ?

Article 115 du Code Pénal : 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 d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire »

Les législateurs de la fin du 19ème siècle ont donc voulu protéger la personne vulnérable d'une aide au suicide abusive. Mais dans le même temps, ils n'ont pas édicté un article réglant l'assistance au suicide. C'est ainsi que ce texte court couvre tout l'aspect pénal et les exigences légales de l'AS en Suisse. Le lecteur surpris aura saisi : **a)** que sans mobile égoïste, il n'y a pas de punition, **b)** que cet article 115 est un espace de liberté personnelle, sans restrictions, **c)** qu'il ne délimite pas une forme médicale ou non à l'assistance au suicide, **d)** qu'il n'y a pas de limitations liées à la résidence ou nationalité, **e)** et surtout qu'il ne décrit aucun fondement légal pour « un droit au suicide » : il s'agit donc d'un « droit-liberté ».

Le débat éthique

Ces dernières années, il faut relever le large débat et les considérations éthiques qui ne cessent de remuer les différents membres de la société suisse, en particulier les institutions de soins (hôpitaux, établissements pour personnes âgées, sociétés médicales). Sont à relever les prises de position nuancées de la Commission Nationale d'Éthique pour la médecine humaine (NKE-CNE) et celles de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).

La Commission Nationale d'Éthique (NKE-CNE) accepte unanimement que chaque être humain est libre de se suicider ; elle relève dans son document complet les contradictions morales de l'assistance au suicide : d'un côté, le respect de l'auto-détermination des personnes tentées par le suicide et de l'autre, le devoir d'aide à ces personnes (NKE-CNE 2005).

Cette Commission nationale a cependant établi huit critères de diligence et des suggestions pour prévenir les abus. Ces exigences minimales sont les suivantes :

- 1> La capacité de discernement concernant la décision de mettre fin à sa vie avec l'aide d'un tiers est adéquate.
- 2> Le désir de suicide découle d'une grave souffrance liée à une maladie.
- 3> L'AS ne doit pas être apportée aux personnes atteintes d'une maladie psychique chez qui la tendance suicidaire est l'expression ou le symptôme de l'affection.
- 4> Le désir de mourir est durable et constant. Il ne découle ni d'une impulsion ni d'une crise vraisemblablement passagère.
- 5> Le désir de suicide n'est déterminé par aucune pression extérieure.
- 6> Toutes les autres pistes/possibilités sont explorées et soupesées avec le suicidant ; elles sont exploitées selon sa volonté.

7> Des contacts personnels et répétés, assortis d'entretiens approfondis sont indispensables. Une évaluation sur la base d'une rencontre unique ou d'un échange de correspondance est exclue.

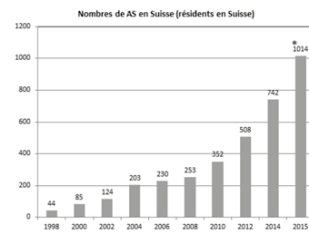
8> Un second avis indépendant aboutit aux mêmes conclusions.

Organisation de l'assistance au suicide et statistiques

(tous les détails sont donnés dans (1))

Le tableau montre l'augmentation des SA pour les résidents suisses. Le nombre des étrangers, venant en Suisse pour une AS, est lui aussi en augmentation (chiffres des AS de Dignitas : 39 (2001), 218 (2015)).

L'AS représentait 0,79 % des décès (508 pour 64'173 morts) en 2012, 1,18 % en 2014 (OFS 2016). L'âge moyen est élevé (64 à 78 ans), la plupart des décès surviennent à domicile (10 % des AS ont lieu dans des EMS). Vivre seul, être une femme, avoir un niveau socio-économique élevé, sans affiliation religieuse et habiter dans une ville sont les caractéristiques que l'on rencontre le plus fréquemment chez ceux qui décèdent avec une AS (Fischer, 2008, Steck, 2014). Les maladies de base sont en majorité évolutives et mortelles (cancer 36-47 %, neurologiques (12 à 30 %). Problématiques sont la proportion et l'augmentation des maladies non fatales qui ont justifié une AS (22.1% en 2000, 34.1% en 2004 chez EXIT Deutsche Schweiz (Fischer, 2008)).



Chiffres 1998-2014 : Off. Féd. Statistique
*Chiffres 2015 : données des organisations
Note : les chiffres de 2016 sont quasi identiques à ceux de 2015



Les proches

Les organisations d'AS terminent leur mandat à la fin d'une AS. Or, il s'agit d'une mort violente qui laisse potentiellement les proches, souvent impliqués pendant des mois ou années, dans un désarroi important. Il manque des études qui analysent cet impact dans l'AS, qui s'ajoute à l'instabilité émotionnelle, aux symptômes dépressifs, anxieux que la fin de vie a engendrés dans ces familles impliquées (Cameron 2002).

Désir de mort : un cri

La question qui nous confronte reste la même dans tous les pays, avec toutes les législations : « Docteur, je veux mourir ! ». Qu'est-ce que ce cri ? Cri de douleur ? Cri de peur, de quelle peur ? Cri de sens perdu ? Cri d'angoisse ? Cri de dépression ? Mais aussi cri d'indépendance ? Cri de dignité, mais quelle dignité ?

L'écoute et l'analyse de ce cri sont les premiers devoirs des soignants. Est-ce une façon de nous interpeller pour en parler, une demande d'échange ? D'où vient-il ? Si c'est un cri de douleur, il est inaudible et indécent de nos jours ; il est inexcusable que la majorité (!) des patients en fin de vie, plus de 60 %, souffrent physiquement et ne soient pas traités (Singer 2015). Nous sommes-nous simplement assis, sur une chaise, à côté du gisant ? Avons-nous assez tu nos paroles de réconfort pour enfin écouter la plainte jamais exprimée, l'angoisse étouffante, la souffrance existentielle, la perte de sens ? Y a-t-il eut un espace pour que le souffrant puisse gérer sa fin de vie selon ses souhaits, sans subir les pressions extérieures ? A-t-il pu exprimer ce que la maladie a modifié : une blessure profonde, un corps non reconnaissable et repoussant pour les autres, la décomposition d'une identité, un naufrage du soi (Marin, 2014) ? « Depuis des mois je n'ai plus de corps. Je ne sais plus si je suis maigre ou encore gonflé par les corticostéroïdes. Balaféré ou rond. Flasque ou dur. Je ne sens plus mon corps malgré tous les corps qui m'entraînent. Il n'y a plus qu'une carcasse qui n'arrive pas à se réparer, à s'aimer de nouveau. » (Marin, 2014).

Le soignant doit être un miroir pour le patient, mais qui ne lui renvoie pas l'image de son inutilité. Il doit tenter de reconstruire ce sens de dignité, de raccommoder ce corps et cet esprit en mettant en place, par exemple, l'ABCD des soins de dignité, caractérisé surtout par un dialogue avec le souffrant, favorisant sa narration (Chochinov, 2007, 2011, Quill 2016).

Commentaires finaux

Est-ce un hasard si des pensionnaires gériatriques suisses se sentent être un poids économique et pensent que le recours à une AS serait un moyen de diminuer les coûts de la santé et aussi de mourir plus dignement (Coutaz, 2012) ? Comment ne pas être inquiet devant l'augmentation des maladies chroniques de longue durée, la pression des administrations pour des séjours plus courts et des soins « économiques » ?

Ces dernières années le débat autour de la fin de vie se focalise sur l'assistance au suicide et d'autres formes d'aide à mourir. La réponse sociétale et médicale serait d'abord de mettre le débat de la qualité des soins de fin de vie au premier plan des préoccupations. Alors que la majorité des médecins tentent au mieux de répondre aux situations de fin de vie et d'accompagner chaque patient dans ses choix, le scandale de la douleur non traitée (60,8%), des traitements futiles et des chimiothérapies inutiles présentes dans les dernières semaines de vie, doit être dénoncé (Singer 2015, Cardona-Morel 2016, Prigerson 2015). L'attraction pour une mort douce serait-elle la réponse à des soins de fin de vie négligés qui ne répondent pas à des attentes de qualité ? Sans une réaction forte des soignants, sans la mise en place d'une approche restaurant le sens de dignité (Chochinov, 2011), de soins holistiques même aux soins intensifs (Cook 2014), sans une amélioration de nos compétences pour répondre aux désirs, aux peurs des patients incurables (Murray 2008, Pereira 2008 ; Curtis 2002, Heyland 2006, Gawande 2016, Singer 2016), une AS pourrait être alors une « sortie » rapide, soulageante.

Conclusions

La situation particulière suisse de l'AS offre à chacun la possibilité d'exercer son libre arbitre même dans cette issue finale de la vie. Si les médecins suisses, dans leur majorité, ne s'opposent pas à l'AS, ils sont soumis à cette tension entre la liberté de choix personnelle et l'obligation de soins. L'augmentation très importante des AS suggère une évolution des attitudes sociétales autour de la fin de vie et nous interpelle sur notre qualité de soignants de la douleur et de la qualité de vie, d'écouter de la détresse et de la dignité perdue. Nous devons tout autant nous intéresser au plus de 60'000 morts annuels qu'aux centaines d'AS, qui tous ont besoin de soins dignes et de réponses sans jugement aux différents cris qu'ils nous envoient (Beyeler, 2015).

RÉFÉRENCES

- 1 | Wacker J., 2017, Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse, Etudes sur la mort, 150 : 79-92.
Le PDF vous est envoyé sur simple demande (wackerjcab@bluewin.ch)