

Le suicide assisté

Klaus Bally

De plus en plus de personnes envisagent d'avoir recours un jour à l'assistance au suicide. L'organisation d'assistance au suicide EXIT Suisse compte plus de 100 000 adhérents et 50 à 100 personnes demandent à y adhérer chaque jour.

Réimpression peu
modifiée de Palliative Info,
Newsletter No 1, février 2015

Introduction

Bon nombre de personnes ne s'inscrivent pas principalement en vue d'un éventuel suicide assisté ultérieur, mais pour ne pas devoir supporter un jour un traitement lourd inutile grâce à une directive anticipée du patient EXIT.

Lorsqu'un patient envisage un suicide assisté, les médecins de famille sont souvent leurs premiers interlocuteurs [1, 2]. En 2012, 508 suicides assistés ont été enregistrés en Suisse [3] (0,8% de tous les cas de décès). Pour chacun des médecins, la confrontation avec une telle demande concrète d'un patient reste donc toujours un événement rare. Dans une enquête réalisée en 2014 dans l'ensemble de la Suisse, plus de la moitié des 1318 médecins de différentes spécialités ayant répondu indiquaient n'avoir jamais été confrontés à la demande de suicide d'un patient. A peine un tiers des confrères rapportait avoir été sollicité par un patient à ce sujet une à quatre fois au cours des 5 dernières années [4]. Dans une autre enquête menée cependant uniquement auprès des médecins de famille dans toute la Suisse, un tiers des 579 médecins ayant répondu indiquait se sentir à l'aise dans l'approche des demandes de suicide de leurs patients, un tiers ne se sentait que partiellement à l'aise tandis qu'un autre tiers se sentait mal à l'aise. Bien plus de la moitié des confrères vit une demande de suicide d'un de leurs patients comme un poids émotionnel considérable [5].

Bases légales et règles déontologiques

Conformément à l'art. 115 du code pénal, l'aide au suicide n'est pas punissable dès lors que l'assistance n'est pas poussée par un mobile égoïste. Dans les directives publiées en 2004 par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et adaptées au nouveau droit de protection de l'adulte en 2013 «Accompagnement des patients en fin de vie» [6], il est souligné que «en fin de vie et lorsque le patient est confronté à une situation insupportable, le désir d'aide au suicide peut naître

chez celui-ci et persister de manière durable». Selon ces directives, l'assistance au suicide est autorisée:

- lorsque la maladie du patient justifie de penser que la fin de vie est proche.
- lorsque d'autres possibilités d'aide ont été évoquées et appliquées si souhaitées.
- lorsque le patient est capable de discernement.
- lorsque son désir est né sans pression externe, qu'il est bien réfléchi et durable.

Dans tous les cas, le geste conduisant à la mort doit être effectué par le patient lui-même. Aucun médecin ne saurait être obligé à assister son patient lors d'un suicide assisté programmé.

Attentes des patients et proches

Des enquêtes, effectuées auprès de patients et de proches ayant consulté leur médecin pour une demande de suicide assisté, ont montré combien il est important pour eux que le médecin se montre ouvert pour un entretien sur leur désir de suicide assisté. Il doit avoir la compétence de parler du processus de la mort et doit notamment être prêt à maintenir la relation patient-médecin, même si l'avis du patient ou de ses proches diffère du sien [7].

Le désir de suicide assisté d'une personne confronte souvent ses proches à un dilemme dans lequel ils considèrent l'autonomie du patient comme un bien précieux, mais refusent en même temps le suicide assisté [8]. Il revient donc au médecin de soutenir les proches dans ce processus et également après le suicide assisté.

Procédure en cas de demande d'aide au suicide

La communication autour d'un suicide assisté et son organisation est complexe et demande une coopération prudente de toutes les personnes impliquées. Le médecin de famille devrait jouer ici un rôle déterminant.

Afin de faciliter la lecture,
l'article a été rédigé au
masculin uniquement.
Bien entendu, les termes
«patient» ou «médecin»
recouvrent également la
forme féminine..

La meilleure prévention concernant les demandes de suicide assisté est un accompagnement dans la prise en charge palliative mis en place tôt et performant. Cependant, les soins palliatifs ne peuvent pas empêcher toutes les demandes d'aide au suicide [9].

C. Gastmans, de Belgique, a rédigé des recommandations sur la manière de procéder face à un désir d'euthanasie (en Belgique, l'euthanasie est légale et le suicide assisté n'est pas inscrit dans la loi) [10].

A ce propos, il faut toutefois souligner que l'euthanasie est principalement pratiquée en Belgique lorsque la souffrance est perçue comme insupportable en raison de symptômes incontrôlables, tandis qu'en Suisse, une personne est bien plus souvent amenée à demander un suicide assisté non pas en raison de la souffrance occasionnée par les symptômes à proprement parler mais de la peur de la perte d'autonomie [11].

Si un patient exprime un désir de suicide, il est recommandé de procéder ainsi, selon l'approche de Gastmans C et al.

De manière générale, il s'agit d'accompagner correctement le patient et ses proches dans la prise en charge palliative dans une situation où pourrait naître un désir de suicide assisté. La gestion multidimensionnelle des symptômes est primordiale. Si nécessaire, une

consultation conjointe de médecine palliative sera envisagée. En cas de souffrances prononcées et en cas de symptômes réfractaires, le recours à une sédation palliative est envisageable. C. Gastmans appelle «filtre palliatif» les nouveaux efforts entrepris pour optimiser les soins palliatifs.

Si un patient demande un suicide assisté,

- il convient en premier lieu de l'écouter attentivement et de clarifier s'il s'agit du désir libre et exprimé de manière autonome et sans influence d'un individu éclairé.
- On s'assurera que le patient est capable de discernement quant aux conséquences de sa demande.
- On identifiera ensuite la motivation qui se cache derrière son désir et s'il a déjà parlé à d'autres personnes de sa volonté de se suicider.
- On s'interrogera une nouvelle fois sur le pronostic de la maladie présente et sur les symptômes à escompter.
- Les fardeaux physiques et psychiques seront identifiés et traités.
- Puis, on évoquera avec le patient l'évolution escomptée et les possibilités de soulager les symptômes.
- Il faudra également indiquer au patient à qui il peut s'adresser en cas de questions et qui devra décider lorsqu'il ne pourra plus le faire lui-même.

Si le patient lui donne son accord pour cela, le médecin parlera à ses proches. Il les informera de la maladie, du pronostic et des possibilités de traitement et leur proposera des mesures de soutien. Ils seront interrogés sur leur position face au désir de suicide de leur proche et sur leurs sentiments à cet égard. Le médecin proposera au patient et aux proches de les aider en cas de décisions difficiles.

Le médecin parlera également aux membres de l'équipe de soins. Les membres de l'équipe ne doivent pas entrer en conflit avec leur conscience. Il est important de clarifier ensemble leur rôle et de parler avec eux de leur charge émotionnelle.

Si le désir de suicide assisté persiste, le médecin vérifiera une nouvelle fois si les conditions pour un suicide assisté sont remplies conformément à la loi et aux règles de déontologie. Bien que, selon les règles de déontologie suisse, les conditions peuvent être également examinées par une tierce personne non médecin, il est recommandé de requérir un deuxième avis médical, notamment pour vérifier la capacité de discernement du patient.

Les entretiens avec le patient et les proches, le contrôle des conditions et notamment de la capacité de discernement par le médecin doivent être consignés dans le dossier médical.



©Tyler Olson; Dreamstime.com

Si le patient décide de recourir à un suicide assisté, le médecin reste bien entendu libre de décider de son niveau d'implication. Il est concevable qu'il ne contrôle

La meilleure prévention concernant les demandes de suicide assisté est un accompagnement dans la prise en charge palliative mis en place tôt et performant.

que les conditions et que, en cas de conflit de conscience, il adresse son patient à un confrère ou à une organisation d'aide au suicide. Bien entendu, il est également possible qu'un médecin collabore étroitement avec une organisation d'aide au suicide, qu'il fasse ses adieux à son patient dans le calme pendant que l'organisation d'aide au suicide prend le relais dans la préparation du suicide assisté, et accueille également le procureur fédéral et la police après le décès du patient. En règle générale, l'organisation d'assistance au suicide demandera au médecin en charge du cas de transmettre des informations concernant la capacité de discernement et l'évolution de la maladie du patient. Le médecin a alors le choix de transmettre ces informations directement à l'organisation d'aide au suicide ou bien de passer par son patient. Aucun médecin n'est tenu de faire une déclaration concernant la capacité de discernement de son patient vis-à-vis du suicide assisté envisagé. Il est seulement tenu de faire un communiqué concernant la compétence cognitive à l'égard du patient lui-même. Il revient à chaque médecin de décider en son âme et conscience s'il souhaite prescrire du natrium pentobarbital ou être présent lors du suicide assisté.

Après le suicide assisté, il est indispensable de revenir sur l'expérience vécue au cours d'entretiens avec les proches et l'équipe d'encadrement. Le médecin impliqué devra en avoir également la possibilité dans le cadre d'une intervision.

Références

- 1 Meeussen K, Van den Block L, Bossuyt N, Echteld M, Bilsen J, Deliens L. Dealing with requests for euthanasia: interview study among general practitioners in Belgium. *Journal of pain and symptom management*. 2011;41(6):1060–72.
- 2 Sercu M, Pype P, Christiaens T, Grypdonck M, Derese A, Deveugele M. Are general practitioners prepared to end life on request in a country where euthanasia is legalised? *Journal of medical ethics*. 2012;38(5):274–80.
- 3 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/dos/04.html> Assistance au suicide et suicide en Suisse
- 4 Brauer S, Bollinger C, Strub JD. Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe. 2014.
- 5 Conditions and quality of end-of-life care in Switzerland – the role of GPs. (NFP 67); noch nicht publizierte Daten.
- 6 Directives «Accompagnement des patients en fin de vie», ASSM 2004 (complétées après introduction du nouveau droit de protection de l'adulte au 01.01.2013).
- 7 Back AL, Starks H, Hsu C, Gordon JR, Bharucha A, Pearlman RA. Clinician-patient interactions about requests for physician-assisted suicide: a patient and family view. *Arch Intern Med*. 2002;162(11):1257–65.
- 8 Gamondi C, Pott M, Forbes K, Payne S. Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care*. 2013 Sep 3. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000483. [Epub ahead of print]
- 9 Jansen-van der Weide MC, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. Requests for euthanasia and physician-assisted suicide and the availability an application of palliative options. *Palliat Support Care*. 2006;4(4):399–406.
- 10 Gastmans C, Van Neste F, Schotsmans P. Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. *J Med Ethics*. 2004;30(2):212–7.
- 11 Fischer S, Huber CA, Furter M et al. Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly*. 2009;139:333–8.

Correspondance:
Dr Klaus Bally
Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH, Universitäres
Zentrum für Hausarztmedi-
zin beider Basel / uniham-
bb, Kantonsspital Baselland
Rheinstrasse 26
4410 Liestal
klaus.bally[at]unibas.ch