

Réflexions concernant l'aide au décès

Christine Romann^a,
Lucia Rabia^b

a Dr méd., spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre du Comité central de la FMH

b avocate, service juridique de la FMH

Il y a encore quelques années, le Conseil fédéral soulignait qu'il ne voyait pas la nécessité d'agir concernant l'euthanasie active indirecte et l'euthanasie passive. Il recommandait de ne pas légiférer en la matière. En 2006 et 2007, il a expressément refusé de légiférer sur l'admission et la surveillance des organisations d'assistance au suicide. Maintenant, la conseillère fédérale Eveline Widmer-Schlumpf, ministre de la justice, veut que l'on discute d'une réglementation sur l'assistance organisée au suicide et a envoyé deux variantes en consultation.

La consultation interne menée par la FMH a montré que l'inclusion massive des médecins dans l'assistance organisée au suicide se heurtait à de profondes ambivalences

Le débat actuel se meut entre deux pôles: existe-t-il un «droit au suicide garanti par le droit international», comme le postule Ludwig A. Minelli, dans sa fonction de remuant secrétaire général de l'organisation d'aide au suicide Dignitas, qui fait souvent la une des journaux par l'aide au suicide accordée à des étrangers, dans une lettre à la conseillère fédérale Widmer-Schlumpf, ou s'agit-il du fait que la «réponse humaine aux souffrances ne peut pas être l'extinction du souffrant», comme un collègue le formule dans la consultation interne de la FMH?

La réglementation actuelle de l'assistance au suicide est basée sur l'art. 115 du code pénal:

près de trente ans, l'organisation «EXIT Association pour le droit de mourir dans la dignité» en a fait sa tâche. Au début, elle a aidé des personnes très gravement malades à mettre fin à leur chemin de souffrances. A l'époque, on parlait encore de «l'aide au décès» et en janvier 2008, la FMH a tenu à faire la distinction entre l'aide au décès (aide procurée aux personnes atteintes d'une maladie incurable et dont la mort est imminente) et l'assistance au suicide (destinée à prêter assistance à une personne malade qui veut mettre fin à ses jours sans que sa maladie ne se trouve en phase terminale). Cette assistance au suicide au sens strict était déjà établie à ce moment-là: selon EXIT, env. un tiers des personnes qui ont demandé une assistance au suicide entre 1996 et 2007 n'était pas atteint d'une maladie menant à la mort à court terme.

Le langage officiel reflète l'évolution de la pensée. Dans l'avant-projet de loi, il est question d'assistance au suicide, bien qu'il s'agisse, au niveau du contenu, de l'aide au décès! Ce qui ne manque pas de soulever les questions suivantes: s'agit-il d'une négligence linguistique? Ou – même de manière inconsciente – d'une indication sur le fait que le regard de la société a changé? Dans l'affirmative, jusqu'où va ce changement?

Mais revenons au point principal de nos réflexions. Il est prévu de compléter l'article 115 du Code pénal, cité ci-avant, par un alinéa 2. Deux variantes sont mises en discussion: devoirs stricts de diligence pour les organisations d'assistance au suicide (variante 1) ou leur interdiction (variante 2).

Les devoirs de diligence contiennent ceci: il faut en premier lieu la volonté, libre et durable, du suicidant. Cette personne doit être capable de discernement et être affectée d'une maladie incurable avec une issue

Deux points essentiels émergent de ce débat: l'inclusion massive du corps médical dans la procédure et la limitation à l'imminence de la mort. Dans sa réponse à la consultation, le Comité central de la FMH rejette les deux points

«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 ou plus ou d'une peine pécuniaire.»

On en déduit qu'aucune peine n'est prononcée contre celui qui a prêté assistance sans mobile égoïste à une personne voulant mettre fin à ses jours. Depuis

fatale imminente. Deux médecins indépendants de l'organisation d'assistance au suicide doivent le confirmer et un troisième médecin prescrit la substance létale. L'accompagnant doit présenter des alternatives au suicidant, établir une documentation complète sur tout le processus et ne poursuivre aucun but lucratif.

Nous avons demandé à toutes les sociétés cantonales de médecine et à des sociétés de discipline

Correspondance:
Dr Christine Romann
FMH
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 15
Tél. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12

christine.romann@bluewin.ch

médicale dûment sélectionnées de nous donner leur avis concernant ces propositions sensibles. Dans ce contexte, nous les remercions vivement de leurs réponses qui nous ont montré que l'inclusion massive des médecins dans l'assistance organisée au suicide se heurtait à de profondes ambivalences. Les médecins interrogés sont unanimes sur deux points: personne ne souhaite interdire l'assistance organisée au suicide et presque tous voient la nécessité fondamentale d'agir.

Par contre, les avis divergent concernant l'obligation de n'accorder l'assistance au suicide qu'aux personnes présentant une maladie incurable et l'imminence de la mort. Alors que les uns rejettent cette limitation ou du moins la mettent en question, les autres l'approuvent expressément.

A l'exception d'une seule société médicale, toutes approuvent la participation de deux médecins indépendants. Les psychiatres demandent que la capacité de discernement soit examinée par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, car 90% des suicidants souffrent d'une maladie pouvant être traitée sur le plan psychiatrique. De nombreuses prises de position reflètent un embarras important. Les psychiatres soulignent le rôle ambivalent du médecin et de la médecine: Ils mettent le doigt sur l'instrumentalisation de la médecine, notamment de la psychiatrie, pour «résoudre» les problèmes d'ordre politique et sociétal et ils se demandent s'ils veulent vraiment assumer le rôle qu'ils exigent eux-mêmes (à savoir examiner la capacité de discernement). Dans une autre réponse, on approuve la variante 1 mais on observe que cette problématique est extrêmement complexe, qu'elle concerne directement l'aspect moral de chaque personne en particulier et que les lois sont ici généralement contre-productives. A souligner la société de discipline médicale qui est le plus confrontée à des personnes en fin de vie, soit la Société suisse de gériatrie, se prononce contre toute participation des médecins à l'assistance au suicide. La Société suisse d'oncologie s'exprime avec réserve: «Notre tâche consiste à maintenir la vie par nos mesures, aussi dans les situations difficiles, et à conserver le plus de liberté possible.» (trad. FMH)

Deux points essentiels émergent donc de ce débat, à savoir l'inclusion massive du corps médical dans la procédure et le fait de limiter l'assistance organisée au suicide à l'imminence de la mort.

Dans sa réponse à la consultation, le Comité central de la FMH rejette ces deux points. En outre, il observe que le code pénal n'est pas l'endroit approprié pour régler la question délicate des organisations d'assistance au suicide. Au lieu de cela, il propose une législation spéciale tenant compte des réserves exprimées.

Il serait certes plus simple de limiter l'assistance au suicide aux personnes le plus gravement malades et dont la mort est imminente. Celui qui veut étendre cette assistance aux personnes atteintes de lourdes maladies chroniques doit avouer que les limites deviennent floues. En outre, on court le risque qu'avec une telle réglementation, on définisse de façon indirecte quelle vie n'est pour ainsi dire plus digne d'être protégée, du moins c'est ce que des malades chroniques pourraient éprouver. Si l'assistance au suicide est permise pour une maladie chronique, le suicide ne deviendra-t-il pas une obligation, par exemple, afin de ne plus être une charge pour les proches? Et puis, qu'en est-il de l'assistance au suicide pour les malades psychiques chroniques? Elle n'est concevable qu'en tant qu'exercice d'équilibre entre le souhait d'accorder une certaine autonomie également aux malades psychiques dans la perspective d'une mort digne et la prévention du suicide lors de maladies ayant comme symptôme la volonté de se suicider.

Interdire les organisations d'assistance au suicide n'est pas une solution; édicter une réglementation trop restrictive n'en est pas une non plus car les deux nient le changement de valeurs survenu dans notre société. Nous pensons que c'est l'occasion de réfléchir à l'assistance au suicide et de se demander ce qu'elle nous apporte et en quoi elle nous menace. Où nous procure-t-elle plus de liberté et de dignité, où détruit-elle notre humanité et la solidarité? Où promeut-elle notre capacité à nous en remettre simplement aux règles naturelles de la vie et de la mort et où l'entrave-t-elle?