

Docteur, je veux mourir...

Samia Hurst

Prof. Dr med., Institut Ethique Histoire Humanités (iEH2), Faculté de médecine, Genève



Vous est-il jamais arrivé qu'un patient vous demande de l'aider à mourir? Si c'est le cas vous le savez: à plus d'un titre, c'est un moment de vérité. Que faire dans ces cas? La question est d'abord personnelle, morale. En Suisse, en l'absence de mobile égoïste et chez un patient capable de discernement, le droit laisse la décision de procéder ou non à la conscience personnelle. Que faire, donc, dans un tel cas? Souvent, on ne sait en fait pas. Que faire, aussi, en tant que médecin? Là encore, on hésite. Face à tout cela, la demande d'une personne en chair et en os nous met au pied du mur. La difficulté de cette question et son caractère personnel sont réels. Il ne faut cependant pas perdre de vue que nous avons aussi quelques devoirs envers ces patients qui sont, eux, très clairement les nôtres. Même si les controverses et les émotions qui entourent l'assistance au suicide peuvent rendre cela difficile, nous devons commencer par écouter attentivement la demande du patient sans le juger. Nous ne pourrions lui offrir aucune aide si nous trahissons la confiance qu'il nous montre en nous en parlant. La souffrance du patient doit être évaluée selon les modèles employés en soins palliatifs. La dépression doit être recherchée, et traitée si elle est présente. Une collaboration avec des services de soins palliatifs doit être offerte là où elle est disponible. Cette expertise dans la gestion des symptômes ne se limite pas aux derniers stades de la vie et peut donc être utile chez tout patient qui présente une souffrance difficile à gérer.

Lorsque la demande d'aide au suicide persiste après ces étapes, une deuxième phase s'ouvre.

Si la demande persiste et que le patient est capable de discernement, une discussion structurée doit avoir lieu sur la suite de ses soins [1]. La possibilité de rédiger des directives anticipées doit être offerte. Si le patient fait déjà l'objet de mesures de maintien en vie et qu'il en refuse la poursuite, elles devront être interrompues. Si le patient est incapable de discernement, cette discussion devra inclure ses proches. La planification de la suite des soins restera essentielle même si dans ces cas, bien sûr, l'assistance au suicide ne sera plus une possibilité.

[samia.hurst\[at\]unige.ch](mailto:samia.hurst[at]unige.ch)

Lorsque la demande d'aide au suicide persiste après ces étapes, une deuxième phase s'ouvre. Ici, la décision est laissée à chacun de procéder ou non. Les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales offrent un guide pour la pratique des professionnels de la santé [2], mais n'imposent en aucun cas d'entrer en matière. Prendre conscience qu'il s'agit d'une deuxième phase est cela dit important, car nous ne devons pas nous laisser détourner des premières étapes par notre hésitation face à cette autre part de l'histoire.

Comprendre notre réponse en deux temps, c'est aussi pour certains d'entre nous revisiter nos rapports avec ces institutions très helvétiques que sont les associations d'aide au suicide. Il leur est parfois reproché de la hâte, un soin insuffisant à réaliser les explorations qui devraient précéder une assistance au suicide. En l'absence de données fiables et devant une multitude

Ici, la décision est laissée à chacun de procéder ou non.

d'acteurs, il est difficile de savoir dans quelle mesure ces reproches sont justifiées ou non. Ce qui est sûr, cependant, c'est que ces étapes censées être incomplètement remplies par les associations sont précisément celles auxquelles nous devrions le plus clairement prendre part. Entendre sérieusement la demande du patient, chercher d'autres moyens de l'aider, clarifier sa capacité de discernement, apprendre ce qu'il souhaite et ce qu'il craint pour la fin de sa vie, voilà des tâches qui font partie de notre responsabilité. Peu importe, ici, que nous soyons «pour» ou «contre» l'assistance au suicide. Les entreprendre, même lorsque cela implique une mise en réseau avec les associations d'aide au suicide, ne fait pas de nous des participants à l'assistance au suicide elle-même.

Références

- 1 Bernacki RE, Block SD, American College of Physicians High Value Care Task F. Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA internal medicine*. 2014;174(12):1994–2003. PubMed PMID: 25330167.
- 2 Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques pour la prise en charge des patientes et patients en fin de vie. 2004.