Assistance au suicide

Principe d'autonomie: un dernier sacrement?

Philippe Ducor^a, Bertrand Kiefer^b

^a Médecin spécialiste FMH en médecine interne, avocat et docteur en droit, Professeur à la Faculté de droit de l'Université de Genève

^b Médecin, rédacteur en chef de la «Revue Médicale Suisse», ancien membre de la Commission nationale d'éthique dans le domaine humain

La Suisse est connue pour sa réglementation libérale en matière d'assistance au suicide. En effet, l'article 115 du Code pénal réprime l'incitation ou l'assistance au suicide uniquement dans la mesure où l'auteur est animé par un mobile égoïste. De plus, il est généralement admis que l'assistance médicale au suicide fournie par les organisations qui ont cette activité pour but ne procède pas d'un tel mobile égoïste, en dépit des aspects financiers qui l'accompagnent inévitablement.

Le caractère limité, voire lacunaire de la législation suisse actuelle n'assigne aucune conséquence pénale à des activités dont il est permis de penser qu'elles ne seraient pas acceptées par notre société. Ainsi, l'assistance médicale au suicide hypothétiquement apportée à un[e] adolescent[e] de 17 ans capable de discernement

qui aurait décidé de mettre fin à ses jours en raison de la souffrance causée par un chagrin d'amour est susceptible de susciter des critiques.

Pour cette raison, la réglementation de droit pénal est depuis longtemps complétée par les règles de la déontologie médicale. Le médecin est en effet le seul profes-

sionnel habilité à prescrire le pentobarbital sodique, produit utilisé dans le cadre de l'assistance médicale au suicide. Confirmé par le Tribunal fédéral¹, le monopole de prescription du médecin confère un rôle central aux règles de déontologie applicables à l'assistance médicale au suicide.

Directives de l'ASSM et Code de déontologie de la FMH

Lors de leur parution en 2004 puis de leur mise à jour en 2013, les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) intitulées «*Prise en charge des patients en fin de vie*» ont été intégrées au Code de déontologie de la FMH². Selon ces directives, l'assistance médicale au suicide n'est conforme à la déontologie que lorsque «*la maladie dont souffre le patient permet de*

subjectivité du patient l'admissibilité de l'assistance au suicide apportée par le médecin.

Un glissement inquiétant

Sur un plan purement logique, rien ne commande de limiter l'assistance médicale au suicide aux seuls patients dont la fin de la vie est proche. En théorie, l'ensemble des patients dont la vie «ne vaut plus la peine d'être vécue» devraient y avoir accès, indépendamment de l'existence d'un pronostic funeste à court terme. En outre, le principe d'autonomie⁴ – élevé au rang de véritable sacrement par la bioéthique moderne – nous enseigne que seul le patient est habilité à procéder au jugement de valeur consistant à décider que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Ainsi seul le principe d'autonomie, et non le pas rythmé de la mort qui approche, devrait décider dans quelles situations l'assistance au suicide apportée par le médecin est conforme à la déontologie médicale.

C'est dans ce contexte que l'ASSM a entrepris la révision de ses directives sur la fin de vie, mises en consultation entre novembre 2017 et février 2018 et adoptées le 17 mai 2018. En lieu et place d'une notion empreinte d'objectivité, telle la présence d'une maladie permettant de considérer que la fin de la vie est proche, les directives révisées se contentent désormais d'un critère éminemment subjectif, à savoir la présence de «*souffrances insupportables*»⁵. Habilement placée dans une section distincte des directives de l'ASSM révisées, la notion de «souffrance» est définie de manière très large: au-delà des symptômes physiques et psychiques, les causes de souffrance incluent en effet «*les aspects tels que les limitations dans le quotidien et dans les relations sociales, les pertes ainsi que les sensations de désespoir et d'inutilité*»⁶. En réalité, tout lien obligé avec un aspect médical est évacué: «*Les causes de la souffrance peuvent toucher toutes les dimensions de la vie humaine*

La réglementation de droit pénal est depuis longtemps complétée par les règles de la déontologie médicale

considérer que la fin de la vie est proche»³. Sans être parfaite, cette réglementation permet d'objectiver les situations dans lesquelles l'assistance au suicide fournie par le médecin est conforme à la déontologie médicale. Une activité importante des organisations d'aide au suicide – au premier chef EXIT et Dignitas – ne concerne toutefois pas des personnes dont la maladie permet de considérer que la fin de leur vie est proche. Nombreux sont en effet les «fatigués de la vie», personnes qui ne sont atteintes d'aucune maladie mortelle à court terme mais qui considèrent que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Devant une demande croissante, l'organisation d'assistance au suicide EXIT a discrètement modifié ses propres conditions en 2014, acceptant désormais de fournir une assistance médicale au suicide non seulement aux personnes atteintes d'une maladie incurable, d'une invalidité importante ou endurant des souffrances intolérables, mais également aux

«personnes atteintes de polypathologies invalidantes liées à l'âge». Inconnue des traités de médecine, cette curieuse entité nosologique permet en réalité aux membres d'EXIT «fatigués de la vie» d'obtenir l'assistance médicale au suicide qu'ils désirent.

A ce jour, le Code de déontologie de la FMH tel que complété par les directives de l'ASSM de 2004/2013 ne considère pas l'assistance médicale au suicide comme conforme à la déontologie lorsqu'elle intervient indépendamment d'une maladie «permettant de considérer que la fin de la vie est proche». Cette exigence introduit un élément objectif – la présence d'une maladie mortelle à court terme – qui évite de soumettre à la seule

Le but recherché par le candidat au suicide est-il réellement de mourir?

et ne sont en aucun cas exclusivement du ressort de la médecine.» Les directives de l'ASSM révisées insistent par ailleurs sur le fait que le patient est seul juge du caractère intolérable des souffrances qu'il endure: «*Le caractère insupportable de la souffrance ne peut être défini que par le souffrant lui-même et ne peut lui être attribué par d'autres personnes.*» Plus loin: «*Les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient lui causent des souffrances qu'il juge intolérables.*» Toute objectivité et toute subjectivité partagée quant

1 ATF 133 I 58.

2 Annexe 1 au Code de déontologie FMH, lettre I.

3 Directives ASSM intitulées «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie», § 4.1, p. 9.

4 A l'instar de nombreux bioéthiciens, les soussignés préfèrent le terme d'autonomie à celui d'autodétermination systématiquement utilisé par l'ASSM.

5 Directives de l'ASSM révisées, § 6.2.1, p. 26.

6 Directives de l'ASSM révisées, § 2.4, p. 11.

au caractère insupportable de la souffrance sont ainsi sacrifiées sur l'autel du principe d'autonomie.

Dans son récent article présentant les directives de l'ASSM révisées, le professeur Christian Kind indique que la formulation de critères médicaux objectifs, tel que celui de maladie mortelle applicable jusqu'à présent, «pose problème». Selon lui, les patients et les soignants confrontés à une maladie mortelle «pourraient se sentir pressés de se justifier lorsqu'ils refusent d'envisager la possibilité d'une assistance au suicide»⁷. En revanche, le professeur Kind ne semble pas craindre que des candidats au suicide âgés, vulnérables et s'estimant socialement inutiles puissent se sentir «pressés» de passer à l'acte, dans une société qui tend à les exclure et dont les critères d'assistance médicale au suicide les désignent désormais comme seuls juges de leur souffrance. Quelle que soit la nature, médicale ou non, de celle-ci.

Abandon ou fraternité?

Les soussignés estiment que l'application dogmatique du principe d'autonomie, tel qu'elle ressort des directives de l'ASSM révisées, peut s'apparenter à un abandon. Cette approche pousse en effet le médecin à considérer la demande de suicide médicalement assisté comme une commande – comment oser résister au sacro-saint principe d'autonomie? – et à ne pas la considérer dans toute son ambivalence, avec un œil à la fois critique et fraternel.

Tout médecin sait pourtant que la demande d'assistance médicale au suicide n'est *jamais* univoque, et requiert une analyse allant au-delà de la persistance de la demande ou de la capacité de discernement. Le but recherché par le candidat au suicide est-il réellement de mourir? Est-il plutôt de tester les réactions de son entourage, d'appeler à l'aide, de susciter la compassion, d'obtenir davantage d'investissement médical ou d'attention humaine? Sauf à considérer que les humains ne sont que des automates, aucune parole – surtout en matière de mort – ne doit être comprise de manière littérale. La demande «Aidez-moi à me suicider» exprime certes son sens évident, mais également une multitude d'autres. Elle peut également signifier: «Je veux mourir, mais allez-vous me proposer quelque chose d'autre?»; «Cela vous laisse-t-il indifférent?» ou encore «Montrez-moi votre humanité!». Par ailleurs, comment faire abstraction du fait qu'une forte proportion des personnes recourant au suicide souffrent d'une maladie mentale au moment de leur mort?⁸ La seule indication, dans les directives de l'ASSM révisées, qu'en cas de maladie psychique «la capacité de discernement doit être évaluée par un spécialiste correspondant» apparaît bien

simpliste à cet égard. Difficile aussi d'ignorer le rôle facilitateur des organisations d'assistance médicale au suicide, dotées d'accompagnateurs zélés et de médecins convaincus de leur mission. Un tel contexte s'avère peu adéquat lorsque l'on sait que l'ambivalence du suicidant peut se manifester jusqu'au dernier instant précédant le geste fatal.

La fraternité humaine plutôt que l'application minérale du principe d'autonomie.

Il ne s'agit absolument pas, par ces remarques, d'affirmer qu'il faut dans tous les cas résister à la demande d'assistance médicale au suicide: respecter la décision de la personne concernée reste d'une importance cardinale. Ce respect n'exige toutefois pas de considérer le principe d'autonomie comme source de vérité absolue: «Un sujet humain capable de discernement demande une aide au suicide, nous obéissons.» Il s'agit aussi de rappeler que ce principe n'existe pas de façon isolée, sacrée, loin d'un système de valeurs et de relations. Ainsi, le principe d'autonomie n'abolit jamais l'exigence de prendre soin, de dépasser l'indifférence ou la passivité qui nous guettent. Principe central de la pratique médicale de la seconde moitié du XX^e siècle, l'autonomie ne devrait pas venir renforcer l'individualisme triomphant de notre XXI^e siècle. En d'autres termes, un peu de *fraternité humaine* – et non pas l'application minérale du principe d'autonomie en guise de sacrement – est susceptible de rendre sens à la vie d'un patient qui demande pourtant à mourir de manière persistante et sérieuse en raison de souffrances qu'il juge intolérables. C'est pourquoi nous sommes convaincus qu'en éliminant toute référence objective à une maladie «permettant de considérer que la fin de la vie est proche», et en se référant au critère purement subjectif de «souffrances que le patient juge intolérables», les directives de l'ASSM révisées font fausse route et ne doivent pas être intégrées au Code de déontologie de la FMH.

Une solitude déshumanisante

Quelle que soit la décision que prendra la Chambre médicale de la FMH à ce sujet, les soussignés encouragent leurs confrères praticiens à rejeter le rigorisme proposé par les directives de l'ASSM révisées dans l'application du principe d'autonomie. Au bout de sa logique, cette approche conduit à une solitude terminale, sans recours, déshumanisante.

Crédit photo

© Rido | Dreamstime.com

⁷ Christian Kind, Attitude face à la fin de vie et à la mort. Bulletin des Médecins Suisses. 2018;99(24):790–2. Le professeur Kind est président de la sous-commission ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort», chargée de la révision des directives sur la fin de vie.

⁸ Selon le professeur Daniel Hell, ancien directeur de la clinique psychiatrique de Burghölzli et ancien membre de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, la proportion établie par de nombreuses études se situe entre 90 et 95%. Revue Curaviva, mars 2010, p. 14.

Correspondance:
Prof. Philippe Ducor
Faculté de droit de
l'Université de Genève
40, boulevard du Pont-
d'Arve
CH-1211 Genève 4
philippe.ducor[at]unige.ch