

## Assistance au suicide – La situation suisse aux plans légal et médico-éthique

*Assistance to suicide – The legal and ethical situation in Switzerland*Martin J<sup>1</sup>**Contexte**

La manière dont une société voit le suicide est très influencée, dans différentes cultures, par les croyances et règles en rapport avec les valeurs spirituelles et morales, l'honneur, le sens de la vie. Le suicide était tenu en estime chez les anciens Grecs et Romains (suicide de Socrate, de Sénèque). Les trois religions du Livre le considèrent comme une offense à l'égard de Dieu, au nom du caractère sacré de la vie. Encore que dans le protestantisme on trouve la notion que la vie n'est pas sacrée mais doit être *respectée*. Au plan juridique, le suicide était souvent dans le passé considéré comme un crime (ce n'est qu'en 1961 que la loi anglaise y relative a été abrogée).

Au Japon, durant l'époque samouraï mais jusqu'à nos jours (suicide de l'écrivain Yukio Mishima en 1970 par exemple), le *seppuku* (*hara kiri*) jouissait de respect, qu'il soit réalisé comme manifestation d'expiation ou au contraire de protestation. Le *sati*, pratique funéraire hindoue aujourd'hui abandonnée, voulait que la veuve s'immole sur le bûcher de son mari décédé (volontairement ou sous contrainte). On a décrit comment les Inuits (Esquimaux) âgés, plus en mesure de suivre le groupe dans leur univers glacé, montaient dans leur kayak et partaient vers le large pour ne plus revenir. Pour avoir travaillé en Amazonie, j'ai lu avec intérêt l'ouvrage de Luis Sepulveda, *Le vieux qui lisait des romans d'amour* : pour des raisons comparables à celles des Inuits (environnement hostile, où devoir prendre en charge des personnes très dépendantes menace la survie du groupe), est raconté comment, chez les Indiens Shuars, le héros du livre partage « *le festin fastueux offert par les anciens qui avaient décidé que l'heure était venue de partir et, une fois ceux-ci endormis sous l'effet de [boissons alcoolisées], aida à les porter dans une cabane éloignée et à enduire leur corps de miel de palme. Le lendemain, il ramassa avec les autres les ossements parfaitement nettoyés [...] par les mandibules implacables des fourmis* » [1].

Suicide et sacrifice peuvent être proches – en termes objectifs, se sacrifier est un suicide. Mais le christianisme comme l'islam font une grande différence selon

la motivation du geste : les martyrs chrétiens sont considérés comme des saints, les musulmans qui le font au nom d'Allah se voient promettre de grandes bénédictions dans l'au-delà. Dans le même registre, on rappellera les pilotes kamikazes japonais de la Deuxième Guerre mondiale.

Forte phrase de Montaigne : « *C'est ce qu'on dit, que le sage vit tant qu'il doit, non pas tant qu'il peut ; et que le présent que nature nous a fait le plus favorable, et qui nous ôte tout moyen de nous plaindre de notre condition, c'est de nous avoir laissé la clef des champs. Elle n'a ordonné qu'une entrée à la vie, et cent mille issues.* »

**À propos de dignité humaine**

La Commission nationale suisse d'éthique a débattu de « culture du mourir », thème lié à la notion de dignité humaine. Cette notion est mise en cause par des éthiciens et scientifiques anglo-saxons comme un « concept inutile », mais reste fondamentale du point de vue de la Déclaration universelle des droits de l'homme et en général pour l'éthique et le droit européens.

Dans notre discussion, il a été rappelé que le mot « dignité » est utilisé dans des sens différents. Elle peut être comprise comme « décence », non-déchéance, ou mieux, estime de soi : refus de vivre une existence devenue dépourvue de ce qui faisait qu'elle avait une dignité. Un deuxième sens, souvent associé au précédent, est la dignité vue comme autonomie, avec le droit pour l'individu de se déterminer en toute liberté sur ce qu'il fait de sa vie. Selon des enquêtes d'opinion récentes crédibles, les trois quarts des Suisses souhaitent que l'aide au suicide soit et reste une possibilité (même si une très petite minorité en feront usage – actuellement un décès sur 150 à 200).

Bien différente est l'acception ontologique (liée à l'essence de l'être), métaphysique, qui estime que la dignité de l'être humain en est une donnée immuable, indépendamment de toute autre considération. Observant l'histoire des faits et des idées, nous penchons pour la notion que la dignité de l'homme est une construction progressive, de manières diverses selon les sociétés, qui demande que constamment on la défende et on l'améliore. « *La dignité est d'abord l'implication logique du devoir*

<sup>1</sup> Membre de la Commission nationale suisse d'éthique.

*de respect [...] en endossant la responsabilité de faire advenir un monde de respect, l'humanité réalise sa propre dignité* », lit-on dans la *Nouvelle encyclopédie de bioéthique* [2].

Ceux qui admettent une dignité ontologique sont opposés à l'idée de la liberté de chacun de disposer de sa vie et prennent des positions favorisant la poursuite de mesures importantes de soutien médical en fin de vie que d'autres jugeront du registre de l'obstination thérapeutique (prolongation de la mort plutôt que prolongation de la vie ?). Les tenants de la dignité comme refus de la déchéance et comme exercice de son autonomie quant à eux admettront logiquement l'arrêt de mesures considérées comme futiles.

### Expérience initiale

Dès le début des années 1990, en tant que médecin cantonal (médecin officiel, conseiller du Ministre de la santé du Canton de Vaud, à Lausanne), j'ai été interpellé par des confrères – ainsi que par des pharmaciens et infirmières – à propos de la volonté exprimée par un malade de mettre un terme à ses jours. Ainsi au sujet d'une personne de 85 ans suivie pour une insuffisance respiratoire devenue invalidante. Le rapport avec son médecin est une de ses relations significatives ; elle ne se déplace plus à l'extérieur mais est assez à l'aise financièrement pour ne pas intégrer une maison de retraite. Membre de l'association Exit ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité), lasse de sa grande difficulté à vivre, elle demande au médecin de prescrire un médicament (pentobarbital) à dose mortelle. À propos des libertés d'agir respectives, nous avons noté avec le médecin traitant que, comme elle ne quittait plus son domicile et manquait de relations sociales, un refus correspondait *de facto* à l'impossibilité pour elle d'exercer sa libre détermination, et que, dans le cadre de la relation soignant-soigné, cette « non-aide » pouvait être vue comme un abandon, spécialement si médecin et malade se connaissent de longue date et si la détermination est réfléchie et compréhensible. J'ai su ultérieurement que le médecin avait accepté d'établir la prescription demandée.

Autre interpellation, par une responsable de soins à domicile : une infirmière suit un malade en fin de vie sur cancer métastatique. Membre d'Exit, il a requis l'aide de cette organisation et demande à l'infirmière d'être à ses côtés au moment ultime. Situation délicate pour la soignante d'être à la fois celle qui a donné des soins pendant des mois et d'être présente alors qu'il se suicide. La conclusion tirée a été que si la requête ne pose pas de problème de conscience à l'infirmière, il n'y a pas de raison que l'employeur s'oppose. Par la suite, cette organisation des soins à domicile a admis formellement qu'une infirmière – ou autre collaboratrice – peut être présente mais qu'elle ne saurait apporter une assistance active.

NB : Comme médecin officiel, j'avais dans de tels cas à préciser la situation légale (voir section suivante) et j'apportais les considérations médico-éthiques tirées de mon expérience. Je confirmais aussi que la clause de conscience permettait toujours au professionnel de santé de décliner la requête. J'émettais parfois une recommandation mais sans jamais prendre une décision qui revenait au professionnel concerné, dans le cadre de la relation singulière. On peut noter ici que, dans le dispositif suisse, le médecin cantonal est aussi chargé d'instruire les affaires disciplinaires concernant les professionnels de santé.

### Le suicide et l'État

Dans nos sociétés, le fait qu'il n'y ait pas lieu de punir les suicidants est acquis. À souligner, le droit à l'intention de se suicider est un *droit-liberté* et non un *droit-créance* : personne ne saurait requérir de la part d'autres, notamment des pouvoirs publics, qu'ils mettent à sa disposition les moyens de le faire. Il s'agit de la traduction de ce que, sous réserve d'actes illicites, l'État n'a pas à interférer dans la manière dont un individu doué de discernement gère son existence. Déduction de ce qu'aux États-Unis on appelle le *right to be left alone* (le droit d'être laissé tranquille). Dans ce sens, l'État n'a pas non plus à porter un jugement moral sur le suicidant.

La Suisse est dans une situation particulière au vu de l'article 115 de son code pénal, entré en vigueur en 1942 : « *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 de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.* » En termes positifs, cela signifie que, hors mobile égoïste, l'assistance au suicide n'est pas punissable. Cette disposition était à l'origine pensée pour des cas d'« honneur perdu » ; un pénaliste écrivait alors : « *Il serait contraire au sentiment d'humanité de punir la personne qui aide à mourir un ami humilié et déshonoré par les propres fautes commises dans le passé* » [3]. C'est surtout à partir des années 1980 que, dans la foulée des potentialités médicales croissantes de prolonger la vie de patients avec une très mauvaise qualité de (sur-)vie, que l'on se réfère à la disposition susmentionnée du code pénal dans des situations médicalisées.

Par contre, à la différence de ce qui prévaut dans les pays du Benelux, aujourd'hui, l'euthanasie, même à titre compassionnel, reste interdite en Suisse.

### À propos de prévention du suicide

Il est clair que la médecine et la santé publique ont parmi leurs missions de faire œuvre de prévention du suicide. C'est un problème auquel le système de santé,

les professionnels en son sein et les décideurs doivent consacrer des ressources humaines et matérielles et qu'il faut étudier plus avant par la recherche scientifique. Cela étant, comment nier qu'il y a des différences significatives entre le geste suicidaire de l'individu jeune ou adulte qui a potentiellement devant lui, au plan social, professionnel et de son entourage, un avenir statistiquement long et prometteur (malgré les difficultés qui peuvent assombrir ponctuellement sa situation), et l'envie de voir sa vie se terminer d'une personne qui a bénéficié de l'essentiel des potentialités de l'existence et pour qui le futur est fait de grande dépendance, de douleur et souvent de perte des repères relationnels et de solitude ? Comment refuser que la détermination d'aller alors vers un « suicide-bilan » puisse être rationnelle et compréhensible ? Qui serait mieux placé pour en décider ? Quelle autre personne ou instance serait-elle légitimée à s'opposer à l'autonomie du patient capable de discernement et à vouloir « faire son bonheur » contre son gré ?

**L'assistance au suicide peut-elle être une activité légitime du médecin ou d'autres soignants ?  
La position d'instances éthiques suisses**

Prêter assistance à un suicide sans motif égoïste n'est donc pas punissable en Suisse. Cette disposition vaut pour un professionnel de santé comme pour toute autre personne. Rappel d'importance ici : le code pénal dit ce qui n'est pas toléré et est par conséquent puni, mais il n'a pas pour but de dire ce qui est bien ou bon. Disposer que l'assistance au suicide n'est pas punissable ne signifie donc en rien une caution morale.

Au plan déontologique, le fait de rédiger une ordonnance médicale permettant à un patient de mettre fin à ses jours n'est pas assimilable à l'euthanasie active directe (où le praticien fait lui-même le geste). Dans l'assistance au suicide, c'est le malade qui agit, restant maître de la décision jusqu'à l'ultime moment.

L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) s'est déterminée de la manière suivante : « *L'ASSM considère aujourd'hui que, dans certains cas, l'assistance au suicide peut être considérée comme faisant partie de l'activité du médecin : un soutien compétent et compréhensif sur la voie vers le dernier grand pas de la vie à la mort. Ce pas, le mourant ne le délègue pas au médecin, mais l'effectue lui-même selon son libre choix* » [4].

La Commission d'éthique du canton de Neuchâtel avait une orientation comparable dans une prise de position de 2001 : « *L'éthique impose toutefois aux soignants de ne pas rejeter un patient qui défend une position contraire à la leur. Dans ce sens, l'idée qu'un patient soit renvoyé d'une institution et 'prié d'aller se suicider ailleurs' n'est pas tolérable.* »

Il y a à cet égard des différences d'appréciation, entre autres par référence au serment d'Hippocrate tel qu'il nous est parvenu, où apparaît la prohibition de causer

la mort. Cette prohibition était liée notamment à l'éventualité de participer à un empoisonnement, comme il est aujourd'hui demandé aux médecins de refuser de collaborer en cas de torture ou d'exécution (mais Hippocrate recommandait par ailleurs d'abandonner le patient incurable).

La Commission nationale suisse d'éthique pour la médecine humaine (CNE) a publié deux rapports, en 2005 et 2006 [5, 6] sur l'assistance au suicide. À relever dans le premier :

*Recommandation 8 – Hôpitaux et établissements médico-sociaux*

a. Institutions de long séjour : Dans la mesure où un résident demande le suicide assisté et qu'il ne dispose pas d'un lieu de vie autre que la dite institution, il devrait pouvoir accomplir son acte en ce lieu, si cela est possible.

b. Hôpitaux de soins aigus : Chaque institution doit se déterminer clairement quant à l'éventualité d'admettre le suicide assisté. Cette institution doit pouvoir justifier son choix envers les patients.

*Recommandation 9 – Professionnels de santé*

« *Les médecins ainsi que le personnel soignant font face à un conflit d'éthique professionnelle du fait que leurs professions impliquent un engagement pour la vie et non pour la mort. Lorsque les médecins pratiquent néanmoins l'aide au suicide, ils le font de leur propre chef [...] Les professionnels de la santé ne doivent encourir aucune désapprobation morale ni aucune sanction professionnelle du fait de leur détermination, en conscience, en faveur ou contre l'assistance au suicide. Les professionnels de santé doivent être adéquatement formés aux soins en fin de vie. Cette formation devrait traiter des questions éthiques et des dilemmes que posent les situations de suicide et de suicide assisté.* »

On se trouve ici dans une de ces situations – dont la fréquence va en augmentant – où entrent en tension, et parfois en contradiction, la mission/vocation de bienfaisance du soignant, d'une part, et d'autre part l'autonomie du patient doué de discernement, qui garde le droit d'accepter ou de refuser les soins qu'on lui propose.

On peut aussi se demander si le médecin agit comme professionnel strictement ou comme « confrère en humanité ». L'éthicien genevois Alexandre Mauron a écrit : « *Face à une telle demande – d'assistance au suicide –, le médecin et son patient sont d'abord renvoyés à leur commune humanité plutôt qu'à des rôles sociaux pré-déterminés.* » Et, dans son rapport de 2005 (5, p. 15), la CNE dit : « *Il sera nécessaire de garder à l'esprit dans toute réflexion sur le suicide assisté que chaque professionnel de la santé de même que son patient, dans leur rôle et leur fonction respectifs, partagent de plus une humanité commune.* »

## Chemin de crête entre liberté de la personne et responsabilité de la société

La personne a un droit fondamental de gérer son existence comme elle l'entend, même si ses choix apparaissent discutables voire sont réprouvés moralement par certains, et aussi funeste que soit sa détermination. Sous réserve des mesures souhaitables de prévention du suicide, partie d'un mandat général des pouvoirs publics (cf. *supra*), l'État n'a pas à interférer.

Cela étant, il importe de discuter la *dimension institutionnelle, publique*, de la problématique de l'assistance au suicide. En maison pour personnes âgées dépendantes ou en hôpital, le suicide assisté diffère de la démarche limitée à deux acteurs et quelques proches à domicile – même si le principe est que les personnes ont les mêmes droits où qu'elles vivent. En institution, des responsables (conseil d'administration, direction), les soignants, les co-résidents sont forcément concernés. Ces aspects doivent être évalués en tenant compte à la fois de l'autonomie de l'individu et du respect dû aux autres. Dans les cantons de Vaud et de Genève notamment, les associations d'établissements pour personnes âgées dépendantes et les hôpitaux universitaires ont émis des documents qui ont demandé un certain courage et qui, en définissant les conditions relatives, admettent que le suicide assisté y soit possible.

Question importante : une réglementation détaillée représente-t-elle une légitimation par la société du suicide assisté ? Si les pouvoirs publics émettent des textes à ce propos, pensera-t-on dans la population qu'ils en cautionnent la pratique ? Il faut impérativement l'éviter : tout en respectant la liberté des personnes, il est essentiel que l'État évite toute démarche susceptible d'être interprétée comme une telle caution, voire une propagande ! Il ne doit pas donner l'impression que le suicide serait « une option comme une autre ». On peut dire que, quoique non punissable sauf motif égoïste, l'aide au suicide devrait rester, au plan de la société, du registre de la transgression.

## Surveiller l'assistance au suicide – À quel niveau juridique et par quelles mesures ?

Il est actuellement question en Suisse d'un contrôle plus serré de cette pratique, spécialement de celle d'*organisations* comme *Exit* ou *Dignitas*. L'assistance *organisée* au suicide est en effet différente de l'aide apportée entre deux personnes qui se connaissent bien, ou par un médecin qui rédige une ordonnance remise à son patient de longue date qui a une fin de vie particulièrement douloureuse. La Commission nationale suisse d'éthique (CNE) estime souhaitable une surveillance accrue par les pouvoirs publics. Pour ce qui concerne les professionnels, elle a proposé des critères de diligence [6].

Au plan du rang juridique des dispositions à élaborer, la CNE ne propose pas de modification du code pénal

lui-même. Il conviendrait plutôt de prévoir des directives de nature éthique et pratique. Une aide au suicide par un soignant peut se justifier dans des situations où l'existence de la personne est marquée par une difficulté à vivre majeure – douleur, absence d'espoir d'amélioration, issue funeste. La recommandation no. 4 de la CNE [5] insiste sur le fait qu'une décision d'aide au suicide est toujours liée à une situation personnelle et particulière et à l'examen approfondi de celle-ci, étant rappelé que le malade doit être complètement informé et jouir de la capacité de discernement. De plus, les alternatives, soins palliatifs notamment, doivent avoir été discutées avec lui et, s'il le souhaite, mises en œuvre.

Parmi les principes à considérer, il y a la réalité (je l'ai appris au cours d'une carrière engagée de médecin officiel et serviteur public) qu'il y a des choses que ni l'État ni la loi ne savent bien faire, par exemple sonder les cœurs sur des enjeux aussi intimes que la décision d'une personne capable de discernement de mettre fin à ses jours. Ce sont là des situations personnelles privées demandant doigté et empathie, des compétences et une expérience professionnelles. La loi, elle, introduit des règles standard – qui peuvent être indûment rigides – et des aspects bureaucratiques, avec aussi des risques quant à la protection de données personnelles sensibles.

Une suggestion est parfois faite et qu'il ne faut pas suivre : celle d'instituer des commissions officielles (des « tribunaux » ?), mises en place par l'État, pour examiner les demandes d'aide au suicide et se déterminer sur leur caractère admissible. De telles instances seraient vues, qu'on le veuille ou non, comme une légitimation du fait d'aider son prochain à mettre un terme à son existence. La contradiction à quoi on doit être attentif en introduisant (cas échéant) des dispositifs multiples de contrôle, c'est que l'autorité ait l'air de cautionner le suicide puisqu'on aurait si bien vérifié et « donné une autorisation ». Ce serait désastreux.

Le discernement est une condition impérative pour admettre la volonté de mettre un terme à ses jours. Il doit être apprécié avec bon sens, selon l'expérience du médecin et de l'équipe soignante. Mais il serait inadéquat de demander de routine une expertise psychiatrique. En cas de doute sérieux, oui ; sinon, les professionnels au contact du malade sont compétents pour juger. Ainsi, il y a lieu d'éviter de mettre sans raison suffisante des obstacles ou délais disproportionnés à l'exercice de la liberté individuelle d'agir. La personne qui évalue son existence présente et future vraisemblable n'est-elle pas la mieux placée pour se déterminer ? Étant entendu qu'il est toujours souhaitable qu'elle puisse dialoguer avec des personnes compétentes et de confiance.

Pour terminer, il convient de préciser que tout suicide est une mort dite non-naturelle, qui exige en Suisse l'appel au ministère public (procureur), qui doit se

convaincre que les circonstances du décès démontrent qu'il s'agit d'un suicide voulu et réfléchi. Les éléments adéquats étant réunis, le procureur peut décider d'un non-lieu.

---

## RÉFÉRENCES

1. Sepulveda L. *Le vieux qui lisait des romans d'amour*. Paris : Métailié ; 1992. p. 46-7.

2. Langlois A. *Dignité humaine*. In : Hottois G, Missa J-N. *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles : De Boeck ; 2001. p. 281-4.

3. *Commission nationale suisse d'éthique (CNE). Rapport 9/2005*. Berne : CNE ; 2005. p. 32 (citation).

4. *Académie suisse des sciences médicales (ASSM). Directives médico-éthiques pour la prise en charge des patients en fin de vie*. Basel : ASSM ; 2004. [www.samw.ch].

5. *Commission nationale d'éthique (CNE). L'assistance au suicide. Prise de position no. 9/2005*. Berne : CNE ; 2005. [www.nek-cne.ch].

6. *Commission nationale d'éthique. Critères de diligence concernant l'assistance au suicide. Prise de position no. 13/2006*. Berne : CNE ; 2006. [www.nek-cne.ch].