



Fédération genevoise
des structures d'accompagnement
pour seniors

Assistance au suicide

dans les établissements médico-sociaux

Recommandations du Conseil d'éthique
de la Fegems

Sommaire

1. Introduction	3
2. Méthode de travail	3
3. Définition	4
4. Conditions de base	4
4.1 Capacité de discernement	
4.2 Liberté	
4.3 Souffrance extrême	
4.4 Maladie ou séquelles d'accident graves et incurables	
4.5 Ultima ratio	
5. Procédure	6
5.1 Médecin traitant et/ou médecin répondant	
5.1.1 Point de vigilance	
5.1.2 Informations aux proches	
5.2 Résident·e	
5.3 Collaborateur·trice	
5.4 Organisation d'assistance au suicide	
6. Politique d'information et de communication	9
7. Questionnements éthiques	10
8. Conclusion	16
Références & Remerciements	17-19

1. Introduction

Les établissements médico-sociaux (EMS) sont des lieux de vie et de soins pour personnes âgées en perte d'autonomie. Ils ont pour mission d'accompagner les personnes résidentes durant leur séjour, dans le respect de leurs choix (autodétermination) selon les termes de la Charte éthique de la Fédération genevoise des structures d'accompagnement pour seniors (Fegems). Il arrive qu'une personne résidente exprime le souhait de mettre fin, de manière délibérée, à ses jours avec l'aide de tierces personnes.

Bien que l'assistance au suicide ne soit pas une prestation offerte par les EMS, elle répond néanmoins au respect de l'exercice d'une liberté personnelle. Pour que celle-ci puisse avoir lieu, les institutions doivent tenir compte du cadre légal (cf. Annexes) et déontologique, ainsi que de certaines exigences liées à ce lieu spécifique de vie et de soins au sein d'une organisation collective.

Le Conseil d'éthique de la Fegems propose ainsi dans ses recommandations un cadre de référence éthique utile aux professionnel·les de terrain, aux résident·es et à leurs proches.

Trois points particuliers ont guidé sa démarche :

1. Chaque demande d'assistance au suicide nécessite une évaluation individualisée et rigoureuse.
2. Une demande d'assistance au suicide est une démarche personnelle qui ne doit être ni banalisée, ni réduite à une prestation.
3. Une demande d'assistance au suicide peut engendrer des conflits de valeurs au sein de l'entourage personnel et professionnel.

2. Méthode de travail

Face à une problématique sensible comme celle de l'assistance au suicide, sujette à d'importantes controverses et tributaire de l'évolution des sensibilités et des mentalités, le CEF a décidé de se concentrer sur les informations essentielles disponibles dans les textes de référence – notamment ceux de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE), de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), de Curaviva et HévivA –, et d'illustrer les différentes facettes de la problématique à travers des vignettes cliniques commentées.

Le CEF a également mis en consultation une version précédente des recommandations auprès des directions d'établissement, afin de recueillir leurs remarques.

3. Définition

L'assistance au suicide est le fait de mettre à disposition d'une personne souhaitant se donner la mort un produit létal (pentobarbital sur prescription médicale) qu'elle ingérera ou s'administrera elle-même pour mettre fin à ses jours.

4. Conditions de base

Pour évaluer la légitimité et la légalité d'une demande d'assistance au suicide, il est nécessaire de prêter attention à certaines conditions.

4.1 Capacité de discernement

La personne résidante souhaitant se donner la mort avec l'aide de tiers doit posséder la capacité de discernement par rapport à l'acte, à ses conséquences et au moment de celui-ci.

La capacité de discernement est une notion juridique indéterminée (cf. art. 16 CC). Elle est présumée.

Comme l'indique l'ASSM (2019), ses composantes sont les suivantes :

- **Capacité de compréhension** : capacité de comprendre, au moins dans les grandes lignes, les informations nécessaires à la prise de décision ;
- **Capacité d'évaluation** : capacité d'évaluer personnellement la situation décisionnelle par rapport aux différentes possibilités d'action ;
- **Capacité de se forger une volonté** : capacité de prendre une décision sur la base des informations à disposition et de ses propres expériences, motivations et valeurs ;
- **Capacité de concrétiser sa volonté** : capacité de communiquer cette décision et de la défendre.

La capacité de discernement est relative et contextuelle, elle doit être considérée par rapport à une décision spécifique et à un moment défini. En ce sens, et en cas de doute, elle doit faire l'objet d'une évaluation de préférence interdisciplinaire, interprofessionnelle et impliquant des spécialistes compétent·es. Comme le précise l'ASSM (2019), pour prononcer une incapacité de discernement, les capacités mentales doivent être diminuées de manière significative. L'incapacité de discernement doit être justifiée et documentée de manière adéquate.

4.2 Liberté

La personne résidante doit disposer de sa liberté de décision sans subir de pression extérieure. Une pression peut se produire directement ou indirectement, par des tiers, des proches, mais également par un contexte particulier ou le sentiment de représenter un poids pour autrui.

En outre, la personne résidante doit être libre d'exprimer sa volonté et celle-ci doit être constante dans le temps. Autrement dit, la personne doit persister dans sa volonté de se suicider.

4.3 Souffrance extrême

Dans le cadre d'une assistance au suicide, les directives médico-éthiques de l'ASSM (2022) préconisent que la personne qui demande de l'aide doit vivre une souffrance qu'elle juge insupportable, c'est-à-dire qu'elle doit être en proie à une sensation très désagréable qui ne s'atténue pas. Les causes de la souffrance sont multiples (physiques et psychiques, limitations dans le quotidien et dans les relations sociales, sensations de désespoir et d'inutilité, etc.) et elles ne sont pas exclusivement du ressort de la médecine. L'ASSM (2022, p. 26) souligne qu'il n'est pas possible de déterminer objectivement si une souffrance est insupportable ou non. Elle doit, en revanche, être jugée compréhensible par le personnel médical (cf. chap. 4.4).

4.4 Maladie ou séquelles d'accident graves et incurables

En vertu de l'art. 39A de Loi sur la santé (LS/GE K 1 03) « *le patient ou le résidant [...] souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables* ».

Selon l'ASSM (2022), afin de solliciter une assistance au suicide, la personne doit présenter des symptômes et/ou des limitations fonctionnelles qui atteignent un degré extrême et dont le ressenti doit être relié à des conditions objectivables par un diagnostic et un pronostic, et il doit également être compréhensible pour les tiers. Comme l'indique l'ASSM, le·la médecin doit « *documenter qu'il a fait preuve de toute la diligence nécessaire pour se familiariser avec la situation personnelle concrète du patient, ce qui l'a amené à comprendre le caractère insupportable de la souffrance* » (2022, p. 26).

4.5 Ultima ratio

L'assistance au suicide représente une *ultima ratio*. En d'autres termes, la personne résidante considère que malgré les options thérapeutiques indiquées ou la recherche d'autres offres d'aide et de soutien, y compris les soins palliatifs, le suicide est la seule issue envisageable. Les options thérapeutiques ou autres offres doivent avoir été expliquées et proposées à la personne résidante, mais ont échoué ou ont été refusées par la personne résidante capable de discernement à cet égard. Il est important de relever que les soins palliatifs représentent une aide et un soutien offerts aux personnes résidentes pour améliorer leur qualité de vie en relation ou non avec la fin de vie.

5. Procédure

5.1 Médecin traitant et/ou médecin répondant

La personne résidante qui souhaite bénéficier d'une aide au suicide doit en informer son·sa médecin traitant·e qui vérifie, à l'écoute de l'histoire de la personne résidante et à la suite d'entretiens répétés et espacés, que les conditions de base sont remplies. Le·la médecin traitant·e dresse, dans un délai maximal de quatre semaines, un certificat attestant les maladies et/ou les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de discernement de son·sa patient·e. Celui·celle-ci l'adresse à l'association d'aide au suicide.

Il s'agit notamment de s'assurer des points suivants :

- A. La personne résidante est capable de discernement par rapport au suicide assisté.
- B. Le désir de mourir a été mûrement réfléchi, ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant.
- C. La personne vit une situation de souffrance qu'elle juge insupportable.
- D. Les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles de la personne résidante atteignent un degré extrême dont le ressenti doit être objectivé par un diagnostic ou un pronostic.
- E. Les options thérapeutiques indiquées ainsi que d'autres offres d'aide et de soutien ont été recherchées et ont échoué ou ont été jugées insuffisantes par la personne résidante.
- F. Le désir de ne plus vivre cette situation de souffrances insupportables est compréhensible et on peut, dans ce cas concret, estimer qu'il est acceptable d'apporter une aide au suicide.

Le·la médecin traitant·e et/ou la personne résidante transmet ensuite pour information la demande au·à la médecin répondant·e et aux directions (établissement et soins), qui veillent au respect des intérêts des autres résidant·es et du personnel.

Dans tous les cas, sauf si le·la résidant·e s'y oppose ou si le·la médecin traitant·e est aussi médecin répondant·e, le·la médecin traitant·e peut demander au·à la médecin répondant·e un avis sur la situation de la personne résidante. Il·elle attirera explicitement l'attention de l'association d'aide au suicide sur les éventuels doutes afin qu'elle puisse contrôler soigneusement si les conditions pour un suicide assisté sont réellement réunies dans le cas précis.

5.1.1 Point de vigilance

Si des troubles psychiques ou des pressions extérieures sont suspectés, l'avis d'un·e expert·e psychiatre doit être sollicité.

La communication du certificat (cf. point 5.1) peut être reportée à condition que le-la résident·e valide le nouveau délai fixé selon la complexité du cas. En cas de dépassement du délai non validé par la personne résidente, celle-ci peut contacter le-la médecin cantonal·e. Si la personne résidente a un·e représentant·e dans le domaine des soins, et si elle le souhaite, celui-ci ou celle-ci doit également être informé·e de la décision médicale.

Il y a lieu de signaler la possibilité pour la personne résidente de saisir le bureau de médiation ou la Commission de surveillance des professionnel·les de la santé et des droits des patient·es (CSPSDP) en cas de désaccord.

Un avis consultatif du Conseil d'éthique de la Fegems peut être requis pour clarifier les problèmes éthiques et apporter un éclairage utile.

5.1.2 Informations aux proches

Comme l'indique l'association professionnelle vaudoise des institutions médico-psycho-sociales HévivA (2018), si la personne résidente maintient sa demande d'assistance au suicide, il est conseillé de clarifier rapidement avec elle si elle en a déjà parlé ou si elle imagine en parler, à qui (proches, membres du personnel, autres résident·es) et quel est le niveau d'information qu'elle a donné ou compte donner. Il convient également d'aborder ce qui pourra être dit après son décès.

Il est de la liberté de la personne d'informer ou non ses proches. Si l'établissement ne peut la contraindre à le faire, il peut l'encourager en la sensibilisant à la souffrance accrue des proches qui apprendraient après le décès qu'il s'agit d'un suicide assisté.

Il arrive que la personne résidente se confie d'abord aux collaborateur·trices ou à d'autres résident·es. De ce fait, il est très difficile pour l'EMS de contrôler la circulation de l'information. C'est pourquoi il est primordial que l'institution établisse une politique générale de communication et d'information (cf. chap. 6).

5.2 Résident·e

La personne résidente ou un·e proche organise personnellement le contact avec une association d'aide au suicide. La date et l'heure prévues de l'assistance au suicide seront idéalement annoncées par la personne résidente, par souci de transparence, à la direction de l'EMS, ainsi que les horaires des visites des intervenant·es extérieur·es.

5.3 Collaborateur·trice

Les collaborateur·trices ne participent pas activement à une assistance au suicide puisqu'il s'agit d'un acte controversé notamment au regard des devoirs fondamentaux de la profession de la santé (cf. position éthique de l'ASI, 2005 ; ASSM, 2022). Comme le souligne Curaviva (2018, p. 5) : « Il est indispensable de faire une nette séparation entre les rôles et les tâches de l'institution et des soins d'une part, et ceux de l'organisation d'aide au suicide d'autre part. Les collaboratrices et les collaborateurs de l'institution s'engagent pour que les personnes résidentes aient envie de vivre et puissent le faire jusqu'au bout avec la plus grande qualité de vie possible. Les représentant·es d'organisations d'aide au suicide apportent leurs conseils et leur soutien aux personnes résidentes pour la préparation et la réalisation du suicide assisté. »

Cependant, le personnel peut être autorisé à être présent lors du suicide assisté, dans un but d'accompagnement ultime de la personne résidente, pour autant que ces conditions soient respectées :

- il exprime sans réserve sa volonté d'être présent ;
- il vient sur demande ou accord de la personne résidente ;
- il est présent à titre strictement personnel (fidélité, qualité du lien), sans uniforme ni signe distinctif.

Le personnel ne souhaitant pas être présent peut demander à l'établissement de prendre congé le jour du suicide assisté. Si pour des raisons organisationnelles cela n'est pas possible, l'institution veillera à mettre les collaborateur·trices concerné·es dans un autre service ou dans un autre créneau horaire.

Le personnel doit avoir une attitude respectueuse envers le choix du·de la résident·e, à savoir une écoute non jugeante et une orientation vers les personnes indiquées (notamment le·la médecin traitant·e).

Le personnel poursuit les soins habituels avant le décès. Après l'intervention de la police judiciaire et du médecin légiste qui a constaté le décès, le personnel effectue la toilette mortuaire. Il respecte les rites mortuaires, conformément aux souhaits de la personne résidente et de la famille.

5.4 Organisation d'assistance au suicide

L'organisation d'assistance au suicide se doit de respecter les critères de diligence définis par la Commission nationale d'éthique (cf. CNE, 2006), des conditions de base énoncées par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2022) et du cadre légal. L'EMS n'est pas responsable d'en contrôler la réalisation.

Le·la médecin, l'accompagnateur·trice qui a apporté assistance au suicide, après avoir vérifié que la personne résidente est décédée, le signale à la police judiciaire qui contacte le·la médecin légiste, lequel·laquelle constatera le décès de la personne résidente.

6. Politique d'information et de communication

Le devoir des institutions est d'accompagner la personne résidante dans ce processus, tout en veillant au respect de son autodétermination, mais aussi de toutes les personnes concernées, qui peuvent être affectées par les confidences du-de la résidant-e souhaitant solliciter une assistance au suicide. C'est pourquoi l'EMS détermine une politique d'information et de communication systématique auprès :

- de tous-tes les personnes résidentes (au moment de l'établissement du contrat d'accueil par exemple) – pour qu'ils et elles sachent ce qui est possible de demander en matière d'assistance au suicide et à quelles conditions –, ainsi que de leurs proches ;
- de tous-tes les collaborateur-trices lors des entretiens de recrutement pour s'assurer que les futurs collaborateur-trices confirment leur postulation en ayant connaissance de cette pratique (cadres, personnel soignant, personnel SOHO, etc.)
- du-de la président-e et des membres du comité et du conseil de Fondation ;
- des médecins traitant-es, répondant-es, voire les expert-es psychiatriques, etc.

En effet, comme le précise HévivA (2018), demander de mettre fin à ses jours par un suicide assisté n'est pas une demande banale. Avant qu'un cas particulier ne se présente, il est alors essentiel que la direction et le(s) médecin(s) responsable(s) mènent une réflexion approfondie sur l'assistance au suicide, en particulier sur ses enjeux éthiques, et explicitent la politique d'information et de communication institutionnelle.

Les convictions religieuses et culturelles des professionnel·les peuvent être heurtées ; un suicide assisté peut avoir un fort impact traumatique et un soutien psychologique pour les parties impliquées peut être nécessaire.

Certaines situations sont à éviter. D'une part, la clandestinité d'une assistance au suicide, au nom du strict respect de l'intimité et de la sphère privée, et, d'autre part, une communication non contrôlée, au nom de la liberté d'expression, qui peut aboutir à une certaine publicité dommageable pour les autres résidant-es et pour les professionnel·les.

Le désir de mort fréquemment exprimé par des résidant-es et l'éventualité de faire appel à une assistance au suicide peuvent être abordés dans des groupes de parole au sein de l'EMS.

Cette politique d'information et de communication devrait prévoir (HévivA, 2018) :

- Une information régulière de sensibilisation (avec consigne d'informer systématiquement la direction si un-e résidan-e exprime une demande d'assistance au suicide).
- L'information à donner en cas de demande d'assistance au suicide.
- La possibilité d'autoriser la présence à titre privé d'un-e membre de l'équipe lors de la mise en œuvre d'une assistance au suicide.
- Le soutien et l'accompagnement psychologique et spirituel à disposition de toute personne concernée.

7. Questionnements éthiques

De manière générale, il existe une tension entre le devoir de respecter l'autodétermination et celui de protéger la personne.

De façon plus spécifique, chaque situation soulève des questionnements particuliers auxquels il faut prêter attention.

Ces questionnements peuvent prendre des formes très variées selon la personne résidente, le contexte, et d'autres particularités. Nous illustrerons ces situations à l'aide de vignettes accompagnées de commentaires.

Vignette 1

Madame F. vit en EMS depuis une dizaine d'années. Âgée de 79 ans, elle souffre depuis une année des récidives d'un cancer. Les douleurs, qu'aucun traitement ne réussit à pallier, génèrent désormais une souffrance jugée insupportable par Madame F., qui informe son médecin traitant et ses proches de sa volonté de recourir à une assistance au suicide. Le médecin traitant procède aux vérifications d'usage et juge la demande de Madame F. absolument compréhensible.

En accord avec la personne résidente et ses proches, le médecin traitant adresse le dossier médical à l'association d'aide au suicide et informe la direction de l'EMS. L'association d'aide au suicide étudie le dossier médical et procède à la vérification des conditions légales prévues et fixe la date de l'assistance au suicide. La direction de l'EMS veille au respect de la sphère privée de la personne résidente, ainsi qu'aux implications pour le personnel concerné et aux répercussions sur les autres personnes résidentes, en prévoyant un dispositif d'information et d'accompagnement adéquat.

Le moment venu, Madame F. met fin à ses jours grâce aux bénévoles de l'association, entourée par sa famille et par les collaborateur-trices de l'EMS qu'elle a convié-es et qui assistent volontairement et à titre privé au suicide.

Commentaires: le Code pénal suisse, à tout le moins, rend possible la tenue de l'assistance au suicide pour une personne résidente souhaitant mettre fin à ses jours. **Si les conditions prévues par la loi sont respectées, l'EMS ne peut pas s'y opposer.** Même si l'assistance au suicide ne relève pas des prestations offertes par l'EMS, ce dernier se doit de réfléchir à cette éventualité en développant une politique d'information et de communication qui puisse accompagner et soutenir adéquatement les différentes personnes concernées.

Vignette 2

Monsieur B., 85 ans, est entré à l'EMS à la suite d'une péjoration de son état de santé lié à sa maladie de Parkinson. Il présente des troubles de la déglutition, n'arrive pas à se mouvoir, se déplace en fauteuil roulant, et la maladie lui provoque des raideurs musculaires entraînant des douleurs diffuses. Il a également des troubles de l'élocution. Il est adhérent à une association accompagnant le suicide assisté. Il verbalise qu'il a besoin de savoir qu'il pourra mettre fin à ses jours si la douleur devient trop intense.

Commentaires : le résidant n'exprime pas la volonté de recourir dans l'immédiat à une assistance au suicide ; il souhaite vraisemblablement être rassuré quant à la possibilité de pouvoir y recourir le moment venu. Les professionnel·les et l'établissement se doivent d'apporter les précisions demandées par la personne résidante, afin de clarifier si les conditions prévues par la loi le permettraient.

Les points d'attention porteront sur le respect de la procédure, à savoir, l'obligation de recevoir la demande, d'évaluer si la personne résidante possède sa capacité de discernement, de vérifier que la demande reflète sa volonté libre et qu'elle est persistante. Il s'agira également de comprendre si la situation génère une souffrance que la personne résidante juge insupportable et qu'elle présente des symptômes et/ou des limitations fonctionnelles dont le ressenti est objectivable par un diagnostic et un pronostic.

Dans le cas présent, la personne résidante est atteinte de la maladie de Parkinson qui occasionne des symptômes et des limitations fonctionnelles graves ; cette situation ne semble toutefois pas encore être source d'une souffrance qu'elle juge actuellement insupportable.

Il y a donc lieu de rechercher l'existence d'alternatives à l'aide au suicide, par exemple des options thérapeutiques ou d'autres offres d'aide et de soutien, mais aussi d'informer la personne résidante que si elle devenait incapable de discernement, elle ne pourra plus solliciter une assistance au suicide.

Vignette 3

Madame G., 82 ans est arrivée à l'EMS il y a cinq ans. Elle présente une dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et n'a pas de troubles cognitifs. Elle était photographe de profession. Depuis peu de temps, sa perte de vision évolue et cela lui pèse beaucoup. Elle verbalise qu'elle n'envisage pas de terminer sa vie dans le noir, et reconnaît n'avoir aucun intérêt à continuer à vivre ainsi. « Certes je suis valide, je peux marcher avec de l'aide, mais je suis dépendante pour tout ! Je perds ma dignité ! » Madame G. demande à avoir recours à l'assistance au suicide lorsqu'elle décidera que son état de santé ne répondra plus à ses critères de qualité de vie.

Commentaires : les critères énoncés dans les directives de l'ASSM (2022) précisent, entre autres, que la personne doit vivre une situation de souffrance extrême qu'elle juge insupportable et que les symptômes et/ou limitations fonctionnelles ont atteint un degré extrême dont le ressenti doit être objectivé par un diagnostic ou un pronostic. En revanche, **les symptômes et/ou les limitations fonctionnelles ne doivent pas être nécessairement la cause de la souffrance insupportable**. Cela pour éviter de considérer que certaines maladies, et elles seules, sont susceptibles de justifier une assistance au suicide. Une DMLA n'est pas *per se* une raison suffisante pour justifier une assistance au suicide, mais, dans certaines circonstances, elle peut avoir une résonance particulière pour la personne compte tenu de son histoire de vie et affecter ainsi de manière extrême sa qualité de vie.

Il est ainsi important de souligner que la souffrance est jugée **insupportable par la personne elle-même**, que le ressenti doit être relié à des conditions **objectivables** par un diagnostic et un pronostic, et qu'il doit être **compréhensible** pour le personnel médical.

Vignette 4

Monsieur T. âgé de 90 ans entre à l'EMS à la suite de chutes à répétition liées à la progression d'une polyneuropathie des membres inférieurs. Il est en pleine possession de ses capacités cognitives et de discernement.

Dès son admission, il dit tenir à rester autonome le plus longtemps possible et n'accepte l'aide du personnel soignant que pour le changement du linge en fin de matinée après avoir fait seul sa toilette.

Monsieur T. exprime lors de diverses conversations la difficulté de voir d'autres personnes de son âge plus atteintes que lui (physiquement, psychologiquement ou les deux à la fois).

Il dit aussi que son autonomie est un élément essentiel au maintien de sa dignité, sans laquelle il lui serait impossible de vivre.

Il ne cache pas le fait de vouloir recourir à l'assistance au suicide dès qu'il le jugera opportun, c'est-à-dire quand son autonomie sera atteinte par une baisse de son périmètre de marche, ou en raison d'un événement accidentel entraînant une dépendance pour les besoins essentiels.

Les deux premières années, ses journées sont rythmées par des promenades, les repas, ses visites en famille.

Puis une baisse progressive de son autonomie s'installe en raison de difficultés à gérer seul l'incontinence, des troubles de la déglutition avec difficulté pour s'alimenter, de perte de la sensibilité des doigts avec difficulté pour assurer ses soins seul.

Pendant une dizaine de mois, le personnel soignant constate une détérioration de son image corporelle et lui propose subtilement de l'aide qu'il refuse à chaque fois. Il verbalise le fait que son moral «en prend un coup», et que chaque événement est vécu comme humiliant pour lui. Il sort de moins en moins, s'isole.

Commentaires: Monsieur T. connaît des limitations fonctionnelles. De manière générale, les polyopathologies invalidantes liées à l'âge peuvent entrer en ligne de compte dans l'évaluation d'une éventuelle demande d'assistance au suicide. Cependant, ces limitations ne la justifient pas nécessairement, d'autant plus que, dans la situation présente, elles ne semblent pas être source d'une souffrance que le résidant juge insupportable. Certes, les activités de la vie quotidienne de Monsieur T. sont affectées par ces limitations, notamment les troubles de l'équilibre, mais ses peurs concernent essentiellement la progression de sa dépendance envers les prestataires de soins. Le fait d'évoquer une éventuelle assistance au suicide est à mettre en relation avec la perte concrète de son autonomie fonctionnelle. Il s'agit donc pour les professionnel·les de répondre de manière adéquate à la question sous-jacente qui est celle de la manière de respecter l'autodétermination de la personne.

Il semblerait donc opportun d'aborder avec lui la question de l'accompagnement dans cette phase de sa vie (y compris une assistance psychologique), et éventuellement aussi dans la fin de vie, et de **discuter avec lui des dispositifs existants qui permettent la préservation d'un contrôle sur sa vie**, tels que le plan anticipé de soin ou les directives anticipées. **Au niveau institutionnel, l'anticipation mérite d'être encouragée** (cf. Conseil d'éthique Fegems, 2019), parce qu'elle permet de profiter des échanges **lorsqu'ils sont (encore) possibles** avec les personnes résidentes, sans être soumis à une pression temporelle, en cas d'urgence, et ainsi de s'adapter aux évolutions des situations.

Vignette 5

Madame P. est âgée de 85 ans. Elle est entrée à l'EMS il y a trois ans. Elle présente des troubles cognitifs légers en lien avec une encéphalopathie vasculaire et des chutes à répétition. Elle est inscrite à Exit depuis de nombreuses années et a souvent évoqué avec son médecin traitant la crainte de perdre son autonomie et son indépendance, estimant qu'elle préférerait faire appel à Exit et mourir avant que cela n'arrive.

À la suite d'une nouvelle chute ayant provoqué transitoirement une perte de sa mobilité et une aggravation de son état cognitif (état confusionnel), Madame P. demande une entrevue avec son fils, le médecin répondant (qui est également son médecin traitant) et l'infirmière responsable.

Lors de cet entretien, Madame P. évoque clairement son projet de faire appel à Exit dès que possible. Elle explique que, après sa dernière chute, son autonomie a diminué et qu'elle ne souhaite pas finir sa vie comme d'autres personnes résidentes qui sont totalement dépendantes. Bien que présentant des difficultés dans l'élocution et un léger déficit cognitif, sa capacité de discernement est préservée. Étant à la veille de Noël, Madame P. décide d'attendre après les fêtes afin de profiter encore de cette période avec sa famille.

Quelques jours plus tard, Madame P. fait une nouvelle chute compliquée d'un traumatisme crânien.

Elle devient dépendante et se déplace en fauteuil roulant. Ses déficits cognitifs s'aggravent et son discours est le plus souvent confus. Elle perd sa capacité de discernement et n'est plus à même de concrétiser son souhait de faire appel à Exit.

Pour l'équipe ainsi que pour sa famille cela engendre un conflit de conscience : bien que clairement informées des souhaits de la résidente, elles ne peuvent plus soutenir Madame P. dans sa démarche d'assistance au suicide, ce qui crée un sentiment d'impuissance, voire de trahison.

Commentaires : le cadre clinique de Madame P. est sérieux. Elle connaît plusieurs limitations fonctionnelles et les symptômes de ses polyopathologies, objectivées par des diagnostics, s'aggravent. Alors qu'elle ne verbalise pas clairement vivre une situation de souffrance qu'elle juge insupportable, sa volonté en matière d'aide au suicide est connue de longue date. Son souhait de pouvoir solliciter une aide au suicide a été exprimé clairement mais son état de santé évolue rapidement. Elle disposait encore il y a peu de sa capacité de discernement et des aptitudes lui permettant de recourir à cette assistance. Mais en prenant le temps pour profiter des fêtes de Noël en famille, moments de partage si précieux et conférant un sens particulier à sa vie, elle se retrouve malheureusement hors des critères légaux et éthiques déterminants pour être assistée à son propre suicide (notamment le fait de disposer de sa capacité de discernement).

Il est désormais trop tard pour concrétiser sa demande d'assistance au suicide, et cette situation confronte les professionnel·les au conflit de conscience susmentionné. De fait, le respect de la volonté de profiter des fêtes en famille s'est transformé en obstacle au respect de la volonté de recourir au suicide assisté.

La réalisation d'une demande d'assistance au suicide repose sur une évaluation attentive de la temporalité que cette assistance requiert, mais celle-ci est aussi confrontée à des impondérables. L'évaluation des critères d'admissibilité et l'exploration des alternatives prennent du temps. Il s'agit d'un processus qui ne peut pas être précipité. La frustration que cette attente peut générer chez la personne âgée dépendante doit être comprise par les professionnel·les. Cependant, les établissements doivent être attentifs aussi bien à la souffrance de la personne résidante qu'à celle du personnel confronté à un stress psychologique et moral intense.

Vignette 6

Monsieur A., 85 ans, ancien cadre d'entreprise, a toujours tout décidé dans sa vie. Il a vécu la perte de sa femme, décédée d'un cancer, avec beaucoup de souffrance. Depuis deux ans dans l'EMS, il n'hésite pas à solliciter la direction quand la prise en soins ne lui convient pas. Il a rédigé des directives anticipées qui stipulent : « ne souhaite pas d'acharnement thérapeutique et souhaite une assistance au suicide dès que la situation l'exigera. »

Commentaires : les directives anticipées expriment les volontés d'une personne pour le cas où elle serait devenue incapable de discernement. Or, le suicide assisté exige que la personne désirant se donner la mort dispose de sa capacité de discernement tout au long de la démarche et au moment d'exécuter le geste conduisant à la mort. **Les directives anticipées ne peuvent donc pas prévoir une assistance au suicide.**

En revanche, des directives anticipées ou la planification anticipée du projet thérapeutique donnent à la personne résidante une certaine maîtrise de sa fin de vie : elle peut décider des traitements et des soins qu'elle souhaite en cas d'incapacité de discernement, et éviter ceux qu'elle ne souhaite pas. Le CEF déconseille l'utilisation de formules telles que « pas d'acharnement thérapeutique » et suggère d'utiliser à la place « refus de tout traitement à visée curative même si cela doit hâter le décès ».

Au sujet de l'anticipation, voir les recommandations du CEF (2019).

8. Conclusion

Les arguments avancés en faveur de l'assistance au suicide concernent essentiellement la liberté personnelle (notamment le droit à l'autodétermination), le besoin de maîtrise, le sentiment de perte de dignité, la dépendance, la perte de sens de son existence, le refus d'une souffrance physique, morale et/ou existentielle, le sentiment d'avoir accompli sa vie.

D'autres valeurs, influencées par le milieu culturel, la dimension spirituelle et la religion sont aussi en jeu : la transgression du respect de la vie, la relation aux autres (proches et professionnel·les), le respect de la sphère privée, la confidentialité, la légalité, la légitimité, ou encore la volonté de ne pas être à la charge de ses proches.

Des professionnel·les de santé pourraient vivre un conflit de conscience entre, d'une part, le devoir de protection et de soutien d'une personne tentée par le suicide et, d'autre part, le respect de son libre choix.

En ce qui concerne l'assistance au suicide, quelques autres principes doivent pourtant être soulignés :

- La personne humaine est unique et digne d'intérêt absolu jusqu'à son dernier souffle.
- La personne humaine est ambivalente : des changements d'opinion sont toujours possibles et les intentions de la personne ne sont pas toujours cristallines (pour elle-même et pour les autres). Il est alors indispensable d'initier, maintenir et préserver un dialogue ouvert et transparent.
- La souffrance d'une personne doit éveiller la créativité et la compassion des personnes qui la soignent et l'accompagnent, elle oblige à des changements de regard des professionnel·les.
- Les établissements se doivent d'accompagner les autres personnes résidentes ainsi que le personnel (par des moments d'information, d'échange et des formations) et les soutenir (au besoin par une assistance psychologique) (cf. chap. 6).

Conseil d'éthique de la Fegems

Septembre 2023

Références

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2022). Attitude face à la fin de vie et à la mort. Directives médico-éthiques. Publication en ligne avec adaptations sous 6.2 et 6.2.1.

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2019). La capacité de discernement dans la pratique médicale. Directives médico-éthiques.

Association suisse des infirmiers et infirmières (SBK/ASI) (2005). Position éthique¹. L'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) (2006). Les critères de diligence concernant l'assistance au suicide. Prise de position n°13.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) (2005). L'assistance au suicide. Prise de position n°9.

Conseil d'éthique de la Fegems (2019). Petit Manuel d'anticipation en EMS: le projet d'accompagnement et les directives anticipées. Recommandations du Conseil d'éthique.

Curaviva (2018). Le suicide assisté dans les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance. Document de référence, version révisée.

Héviva /2018). Assistance au suicide en EMS. Conseils et recommandations de Héviva (document accessible sur demande à Héviva).

Annexes

Code pénal suisse

Art. 115

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 au plus ou d'une peine pécuniaire. (Art. 115)

Loi sur la santé (K 1 03)

Art. 39A Assistance au suicide en EMPP et EMS (abrogé)

¹ *Les établissements médicaux privés et publics (EMPP) et les établissements médico-sociaux (EMS) ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, demandée par un patient ou un résident, si les conditions suivantes sont remplies :*

a) le patient ou le résident :

1° est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider et persiste dans sa volonté de se suicider,

2° souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident, graves et incurables ;

b) des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient ou le résident.

² Le médecin directement en charge du patient hospitalisé ou le médecin-traitant du résident en EMS peut, en cas de doute sur les conditions énoncées à l'alinéa 1, solliciter l'avis d'un autre médecin autorisé à pratiquer dans le canton de Genève ou, si une telle commission existe, l'avis d'une commission d'évaluation interne à l'établissement ou représentative des établissements. Les mêmes prérogatives peuvent aussi être exercées par le médecin responsable de l'établissement.

³ Cas échéant, le médecin mandaté, ou la commission d'évaluation, se détermine par écrit sur la demande d'assistance au suicide dans un délai raisonnable. Il en informe les instances de direction de l'établissement.

⁴ Si le patient dispose d'un logement extérieur et lorsque l'établissement n'a pas une mission d'hébergement médico-social, le médecin responsable peut refuser que l'assistance au suicide se déroule au sein de l'établissement, à la condition que le retour du patient dans son logement soit raisonnablement exigible.

⁵ Le personnel des établissements et les médecins (médecin directement en charge du patient, médecin responsable hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant des résidents en EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide.

⁶ Le moyen employé pour la mise en œuvre de l'assistance au suicide est soumis à prescription médicale.

⁷ Le département précise les conditions d'application de cet article, après consultation des partenaires concernés.



Remerciements

Le CEF remercie les lecteur-trices et contributeur-trices pour leurs remarques et suggestions :

- Florent Cornaz, directeur général, EMS Résidence de Saconnay
- Florian Erard, secrétaire général de la Fegems
- Edith Grzelak, infirmière cheffe, EMS Résidence de Drize
- Valérie Junod, professeure, Faculté de Droit, Université de Genève
- Claire-Line Mechkat, directrice générale, Groupe Butini de la Rive SA



Fegems

Av. Industrielle 12
1227 Carouge
T 022 718 18 70
info@fegems.ch
www.fegems.ch

La Fegems est membre

de Curaviva
de l'OrTra Santé-Social Genève
de l'Ortra Intendance Genève
de la Plateforme du
Réseau seniors Genève

Conseil d'éthique de la Fegems

T 022 718 18 68
conseil.ethique@fegems.ch