

Karine Moynier-Vantieghe<sup>a</sup>

# Comment une équipe de soins palliatifs peut-elle aborder les demandes de suicide assisté?

\_Article original

a Service de médecine palliative, Département de réhabilitation et gériatrie, Hôpitaux universitaires de Genève

**Résumé** \_English and German abstracts see p. 21

Les équipes de soins palliatifs de Suisse romande sont régulièrement confrontées à des patients faisant une demande d'assistance au suicide. Cet article apporte une réflexion sur la manière dont ces équipes peuvent gérer ces demandes qui sont souvent le reflet d'une souffrance importante dont il importe de comprendre toutes les composantes et nuances afin de proposer des ressources et solutions dans le but de les atténuer. Ceci permet de soulager, mission principale de ces équipes, la plupart des sources de souffrance physique, psychique et spirituelle. La complexité des situations est élevée, elle nécessite une prise en charge rigoureuse, professionnelle et compétente qui tiendra compte de l'ambivalence du patient, de sa liberté de choix tout en intégrant l'éthique professionnelle et personnelle de chaque soignant. Ces situations ne devraient être gérées qu'en équipe, chaque équipe mettant en place une philosophie institutionnelle ainsi qu'une démarche clinique permettant de proposer toutes les alternatives possibles.

**Mots-clés:** Demande d'assistance au suicide; soins palliatifs; complexité; souffrance; démarche clinique

## Introduction

Presque 30 ans après leur naissance en Suisse romande, les soins palliatifs ont évolué, se sont complexifiés. Créés en partie en réaction à l'acharnement thérapeutique inapproprié des années 60-70, ils ont également affirmé fermement, voire de manière polémique, leur aversion et condamnation des pratiques assimilées à l'euthanasie. Les mentalités ont lentement évolué (1). Néanmoins, s'il persiste en Suisse l'interdit moral et légal de l'euthanasie, que pensent les équipes de soins palliatifs de la possibilité pour les patients de recourir à l'assistance au suicide, toléré (mais non permis) par le Code Pénal Suisse (articles 114 et 115) (2)? Comment ces soignants abordent-ils le sujet? Comment répondent-ils aux demandes d'aide au décès exprimées par leurs patients? Cet article tente de donner quelques pistes de réflexion en s'appuyant sur l'expérience relatée par les équipes de soins palliatifs de Suisse romande, plus particulièrement celles du Service de médecine palliative des Hôpitaux Universitaires de Genève. Par commodité de lecture, les professionnels de la santé des équipes de soins palliatifs seront appelés «soignants» quelle que soit leur profession. Toutefois, lorsque le propos le nécessitera, les médecins, infirmières, aides, psychologues, bénévoles seront nommés spécifiquement.

## Souffrance

Les équipes de soins palliatifs sont toujours composées d'au moins deux professionnels différents, tant en première ligne dans les unités de soins palliatifs hospitalières, dans les hôpitaux de jour qu'en deuxième ligne avec les équipes mobiles ambulatoires ou intra-hospitalières. Elles suivent des patients référés en raison de la complexité de leurs symptômes et porteurs de pathologies avancées, dont le pronostic vital à

court et moyen terme est altéré. Parfois, elles interviennent dans des situations de plus longue durée, soit auprès de patients déments soit auprès de personnes polyhandicapées. Ces soignants sont confrontés quotidiennement aux limites vitales, aux limitations engendrées par les pathologies dont souffrent leurs patients et assistent à de nombreux décès par année. Affronter au jour le jour ces situations difficiles, les fins de vie, en discuter avec les personnes qu'elles prennent en charge, avec leurs proches, fait partie de leur tâche professionnelle quotidienne. Ces soignants ont pour habitude de parler ouvertement de ces sujets, dont certains restent tabous dans notre société. Journallement, ils doivent répondre aux questions, aux angoisses de leurs patients sur leur avenir prétérité, sur leurs craintes de ressentir des symptômes éprouvants.

## Reconnaissance de la demande

Si une minorité de patients souhaitant une aide au décès exprime spontanément son appartenance à une société d'aide au suicide, voire demande très directement une assistance au suicide, la majeure partie soit n'en parle pas soit ne fait qu'évoquer le sujet ou lancent des «sondes» en direction des soignants pour se faire une idée de la manière dont l'idée sera reçue. Beaucoup d'entre eux évoquent par contre leurs difficultés à continuer à vivre et expriment leur souhait que la vie s'arrête. Avec toutes ces personnes, il est parfois difficile de faire la part de ce qui relève de l'acceptation de la vie qui arrive à sa fin, d'un souhait de non-acharnement thérapeutique, d'une lassitude passagère, d'une ambivalence éminemment humaine (continuer à vivre versus voir arriver la mort avec soulagement), d'une dépression majeure ou d'une demande claire soit d'euthanasie soit de suicide assisté.

Au soignant de «décoder» et d'expliciter cette demande. Les soignants attentifs essaient de ne pas laisser passer ces «perches» tendues par les patients. Des questions respectueuses et délicates explorent la signification des mots prononcés par le patient. Par petites touches, pas à pas, mais toujours dans un langage clair et honnête, ils tentent de comprendre ce que le patient souhaite réellement. Au bout du dialogue, il n'est plus question de périphrases mais de mots exprimant clairement les attentes, en lien avec la réalité propre du patient. Le soignant se doit de retranscrire la demande réelle du patient. Une majorité, bien que lasse de la vie, ne souhaite en aucune manière l'aide active d'un tiers pour activer son décès mais préfère que des traitements prolongeant potentiellement la vie ne soient plus administrés. D'autres souhaitent que leur entourage comprenne que leur vie arrive à son terme et ne cherche pas à tout prix à les prolonger. Une faible minorité souhaite que le décès soit provoqué artificiellement soit par une euthanasie soit par une assistance au suicide.

Si les équipes de soins palliatifs prennent en charge de manière globale tous les patients dont il est fait mention, nous nous occuperons ici exclusivement des personnes qui, du premier coup ou après exploration par les équipes, expriment leur souhait de recevoir une aide au décès. Nous nous limiterons également aux patients eux-mêmes et non aux demandes parfois émises par les proches (3). L'euthanasie n'étant pas légale mais l'assistance au suicide étant tolérée sous certaines conditions par la loi helvétique, nous nous cantonnerons volontairement à cette seule option, tout en sachant que les patients demandent plus fréquemment une euthanasie (4).

### A l'écoute de la demande

De la part des soignants, il s'agit alors déjà d'une approche complexe et non dichotomique. Le côté binaire pourrait être: d'un côté, rester sourd à la demande du patient, de l'autre, s'engager directement sur l'idée que le patient veut aller jusqu'au bout et recevoir une aide au suicide. Il s'agit en tout premier lieu de faire preuve de l'ouverture nécessaire pour que le patient se sente à l'aise dans sa requête, ne l'influencer en rien, ne pas le juger mais recevoir sa demande, la faire préciser, donc la reconnaître et ne pas la banaliser.

Avec l'expérience, il est frappant de constater que les patients ne s'adressent pas facilement au médecin pour faire part de leurs souhaits d'aide au décès... sauf lorsqu'ils sont très déterminés.

Le soignant qui reçoit une telle demande peut se sentir, professionnellement parlant, apte ou non à poursuivre le dialogue avec le patient. Deux impératifs guident alors leur écoute, ne pas laisser passer l'opportunité pour le patient d'exprimer ce qu'il ressent et souhaite profondément mais aussi d'y faire face de manière professionnelle. En l'occurrence, il s'agit d'aborder la question de manière adéquate et proportionnelle. Vérifier que le patient est d'accord qu'il en soit parlé en équipe est une première étape. Le soignant doit être capable d'exprimer qu'il ne peut être le seul dépositaire de la demande d'aide au décès et donc le seul effecteur potentiel, et qu'il travaille en équipe. Ne pas rester seul est le maî-

tre mot des équipes de soins palliatifs. Ceci n'empêche nullement que le patient puisse choisir un interlocuteur de confiance mais ce dernier doit pouvoir être soutenu et conseillé par ses collègues. Le soignant ne peut faire abstraction des émotions suscitées par une demande d'aide au décès. C'est pourquoi, il doit être capable de prendre le recul nécessaire pour analyser la demande en fonction de la situation de son patient.

### Exploration des sources de la demande d'assistance au suicide

Une fois que la demande est entendue, validée, légitimée auprès du patient, les équipes de soins palliatifs tentent d'en comprendre la, ou plutôt les, sources. Qu'est-ce qui pousse ce patient à demander une assistance au suicide, à ce moment-là, à cette personne-là? Là encore, il ne s'agit pas de faire une interprétation erronée des souhaits du patient mais de comprendre ses motivations. Elles sont rarement uniques. Elles recouvrent plusieurs champs à explorer.

Quelle que soit la nature de la demande d'aide au décès, euthanasie ou assistance au suicide, elle est majoritairement le résultat d'une souffrance devenue intolérable pour la personne. Reconnaître la demande du patient est en premier lieu reconnaître son immense souffrance. C'est pourquoi les équipes de soins palliatifs affrontent ces demandes courageusement, leur travail consistant à soulager, le plus possible, chaque souffrance. C'est leur rôle. Toutefois, toute souffrance ne peut être complètement abolie mais les soignants en général et en soins palliatifs plus particulièrement, ont pour mission (5) de soulager jusqu'au terme naturel de la vie, de persévérer quelle que soit la situation dans la recherche de moyens pouvant procurer une atténuation voire une disparition des symptômes physiques ou psychiques et une amélioration de la qualité de la fin de vie.

De quoi est faite cette souffrance? Il est rare que tout soit compris lors de la première évocation d'une demande d'aide au décès. Les médecins de premier recours, les médecins de proximité savent que cette demande à être aidé à décéder est le fruit d'une évolution du patient, de réflexions souvent importantes, de longs dialogues. Pour une équipe de soins palliatifs appelée par des pairs ou confrontée directement à une demande d'aide au décès, il convient de prendre le temps de comprendre de quoi est faite cette souffrance. Est-elle physique et/ou psychique et/ou sociale et/ou existentielle et/ou en lien avec une perte d'autonomie? Est-elle tout à la fois? Il est essentiel pour les soignants d'explorer, à la vitesse du patient et avec sa permission, chacun de ces aspects. Il n'est jamais certain que ce dernier en livrera toutes les clés. L'équipe aura alors l'ouverture d'accueillir ce que le patient montre mais en aucune manière ne sera intrusif; elle pourra tenter d'offrir une aide efficace.

La souffrance physique est une composante indéniable des demandes d'aide au décès. Elle est le plus souvent due à la douleur, à la dyspnée et à d'autres symptômes (4).

Les symptômes dépressifs ou anxieux participent à la demande d'aide au décès (6).

Par ailleurs une part non négligeable de souffrance sociale, perte du rôle familial, nécessité de changer de domicile pour intégrer un établissement médico-social (7), dépendance à l'aide d'autrui, ou souffrance dite existentielle voire spirituelle est en cause pour demander une aide au décès.

## Réponse à la souffrance

Répondre aux souffrances de tous les patients et en particulier de ceux qui vont jusqu'à demander une aide au décès fait partie des missions de soin des équipes de soins palliatifs.

En ce qui concerne les souffrances physiques, une approche rigoureuse est nécessaire: les médecins et les infirmières posent un diagnostic, ou une présomption diagnostique, des causes de ces souffrances. Selon ce qui est retenu, des propositions thérapeutiques sur la cause et sur les symptômes sont données au patient. En accord avec lui, ou avec son représentant thérapeutique en cas de non-capacité de discernement, les traitements préconisés sont alors administrés. Ces traitements comprennent certes souvent des médicaments mais aussi des approches complémentaires physiothérapeutiques, ergothérapeutiques, diététiques... Les compétences et la créativité des équipes de soins palliatifs sont larges. La mise à disposition de toutes les ressources possibles selon le lieu de soins, domicile ou en institution, est réelle.

Pour les souffrances psychologiques, traits dépressifs, anxiété, confusion, de la même manière un diagnostic précis est établi et un plan d'action (8) parfois médicamenteux mais aussi relationnel est proposé. Il s'agit alors d'antidépresseurs, de médication anxiolytique dont le patient ne doit pas être privé, mais également de soutien par un psychologue qui fait souvent partie de ces équipes, de relation d'aide par les infirmiers formés à cette approche, de relaxation lorsqu'elle est à disposition (sophrologie), de massages, de participation à des groupes d'expression, ou toute autre thérapie pouvant améliorer le bien-être psychique du patient.

Lors d'un état confusionnel aigu, par définition fluctuant, non seulement le médecin fait un diagnostic différentiel rigoureux, tâche d'éradiquer sa cause, mais son devoir est alors de déterminer si le patient qui exprime sa volonté de recevoir une assistance au suicide possède toute sa capacité de discernement sur ce sujet précis.

Les établissements hospitaliers romands qui ont établi des directives de prise en charge de ces demandes, principalement le CHUV (9) et les HUG (10), ont demandé à ce que les équipes puissent faire appel à un psychiatre consultant. Celui-ci doit non seulement déterminer si le patient est capable ou non de discernement concernant sa demande de recourir à une assistance au suicide mais également détecter si la demande relève d'une volonté s'exprimant librement ou s'il s'agit d'idées suicidaires s'inscrivant dans la palette des symptômes d'une dépression majeure (11). Si cette hypothèse est retenue, le devoir des soignants est alors de traiter activement la dépression. Seulement, dans un second temps, si la demande d'assistance au suicide persiste en dehors d'une dépression sévère, elle sera reconsidérée. Pour rappel, dans les situations de dépression sévère, le devoir des soignants est

de préserver la vie du patient y compris contre son gré. Les demandes émanant de personnes disant souffrir de dépression majeure ne sont pas acceptées par l'une des sociétés d'aide au suicide officiant en Suisse romande, il n'est toutefois pas précisé si une évaluation par un médecin psychiatre est préconisée (7).

Lorsqu'il s'agit d'une souffrance sociale, par exemple en lien avec le lieu de vie, l'impossibilité de continuer à vivre à son domicile, non seulement les solutions de rechange sont évaluées mais l'entourage est mis à contribution afin de permettre à leur proche de franchir un cap difficile. Les assistants sociaux de la plupart des équipes y jouent un rôle.

Plus délicate, très complexe et beaucoup plus intime, est la souffrance dite existentielle. Quel sens le patient donne à sa vie qui se termine, au temps de vie qu'il lui reste à passer? Déchiffrer et comprendre ces mécanismes est difficile et peut ne pas concerner le champ de compétence du soignant. Son rôle va parfois se limiter à favoriser les échanges au sein des familles, faciliter les contacts avec un religieux, avec un membre de sa communauté, ... Faciliter ne voulant pas dire faire à la place mais permettre, par les soins appropriés, et pour autant que ce soit le choix du patient, de faire les démarches qui peuvent lui être utiles. Une bonne gestion des symptômes, encore elle, est ainsi indispensable afin de permettre au patient de consacrer du temps de bonne qualité à ce qui lui est essentiel.

Enfin, les équipes de soins palliatifs sont témoins quotidiennement de l'ambivalence de leurs patients, caractéristique éminemment humaine. Vouloir que la vie s'arrête et dans le même temps qu'elle continue! Ne pas rester focalisé sur un moment de désespoir mais donner la possibilité au patient de changer d'avis est un défi. Ceci n'est pas toujours compris ni par l'entourage ni par les associations d'aide au décès. Prendre son temps est essentiel!

Comprendre (12) de quoi est faite exactement la demande d'aide au décès, reconnaître la souffrance qui y conduit, décoder les facteurs qui engendrent cette souffrance et mettre à disposition du patient tout ce qui peut l'atténuer fait partie du travail quotidien des équipes de soins palliatifs (13).

Il restera alors au patient de faire son choix, continuer à vivre jusqu'au décès naturel ou poursuivre sa démarche de demande d'assistance au suicide.

## Liberté

Les défenseurs du suicide assisté en Suisse en font l'expression d'une liberté ultime. Nous n'entrerons pas dans le débat de la mort digne. Chaque être humain possédant une dignité intrinsèque à sa condition d'Homme et inaliénable (14), il apparaît clair à chaque soignant que chaque patient reste digne (15) jusqu'à son décès quel que soit son état physique, psychique, intellectuel et de dépendance. La liberté peut s'entendre à deux niveaux. Elle représente la possibilité d'agir, de penser et de s'exprimer selon ses propres choix sans pression extérieure mais aussi liberté civique qui permet à chaque citoyen d'agir comme bon lui semble pour autant que ce ne soit pas contraire à la loi ni ne nuise à autrui (16).

Pour en revenir à la possibilité de choisir librement son décès, il convient au patient d'être en pleine possession de ses facultés mentales, de ne pas être parasité par des symptômes rendant intolérable la poursuite de sa vie, de ne pas subir de pression de son entourage ni de la société, d'avoir à disposition un choix réaliste. Charge à l'entourage puis aux équipes confrontées aux demandes d'aide au décès de se mettre à leur disposition afin de leur proposer des alternatives.

Dans notre société contemporaine suisse, où les interdits autrefois édictés par les églises d'obédience chrétienne s'estompent, où l'évolution des mentalités se dirige vers une valeur dominante d'autonomie, où le cadre législatif fédéral actuel permet aux personnes qui aident sans motivation égoïste une autre à se suicider de ne pas être punis, quelques patients revendiquent leur droit à recevoir une assistance au suicide. Qu'individuellement ou collectivement les personnes travaillant dans les structures de soins palliatifs adhèrent ou au contraire récusent cette possibilité, elle existe. Ces équipes prennent actuellement conscience qu'inéluctablement quelques patients vont quitter leur service et rentrer à domicile pour cet acte ultime. Leur rôle reste de soigner ces patients, de leur prodiguer leurs compétences, de vérifier que les demandes d'aide au décès émanent bien du patient et non de son entourage. Ensuite, au patient de décider d'exercer sa propre liberté.

Si l'on parle beaucoup dans les médias de la liberté de tout citoyen d'obtenir une aide au suicide, il est très rarement fait mention de la liberté du soignant. En effet, ce dernier peut être heurté à l'idée qu'une substance létale soit prise par un de ses patients soit à domicile soit en institution. Heurté dans ses valeurs propres, ses propres interdits mais également dans sa mission de soignant. Les sociétés professionnelles ont clairement dit qu'aider au suicide d'un tiers ne faisait pas partie du devoir professionnel ni des infirmiers (17) ni des médecins (18). L'académie suisse des sciences médicales, dans sa dernière version, modère ceci en exprimant le droit qu'a tout médecin, en tant que citoyen, d'aider un patient (19). Il est alors question de liberté individuelle de citoyen et non d'un devoir professionnel et encore moins d'un droit du patient à exiger d'un autre être humain à l'aider à se supprimer (20).

Cette liberté de refuser que l'assistance au suicide se pratique dans les murs des services de soins palliatifs semble majoritairement prônée dans nos établissements romands, selon les contacts informels que nous avons avec leurs cadres.

La liberté de chacun devant s'arrêter où commence celle des autres, le débat est loin d'être clos!

### Complexité et limites

Ce débat a obligé les 2 établissements hospitaliers universitaires de Suisse romande (21,22) à se prononcer sur le sujet. Chacun a fait appel à son comité ou conseil d'éthique afin de trouver un compromis qui allie respect des volontés du patient et protection de ses soignants. Chacun a édicté des directives (9,10,23) afin de prodiguer une attention professionnelle aux demandes de suicides assistés qui surviennent dans leurs murs et de prendre les précautions nécessaires afin de ne pas laisser de place aux abus.

Toutefois, il est important de relever que ces schémas ne concernent que les patients ne possédant pas de domicile qui permettrait leur retour afin d'y recevoir l'assistance au suicide, donc ceux, rarissimes, qui devraient recevoir cette assistance intramuros.

Il n'est pas mentionné dans ces directives l'attitude à avoir pour tous les autres patients faisant mention de leur souhait de se suicider avec l'aide d'un tiers en raison d'une souffrance devenue intolérable.

On aura compris à quel point les situations individuelles de chaque patient exprimant un tel souhait est complexe et a des enjeux intriqués. Pour démêler cet écheveau, certaines équipes mobiles ont mis en place des directives de prise en charge. Il serait long d'en faire la liste exhaustive mais toutes comprennent une évaluation et une prise en charge rigoureuse, scrupuleuse, adéquate et proportionnée de tous les symptômes physiques et psychiques des patients. La mise à disposition de ces derniers des moyens de palliation à leurs handicaps, de lieux de soins ou de vie appropriés, d'alternatives thérapeutiques, de soutien social et spirituel fait partie intégrante de la mission des soins palliatifs (Tableau 1). L'aide à la rédaction de directives anticipées, qui ont valeur légale rappelons-le, permet au patient d'avoir une garantie que ses souhaits, par exemple de non traitement en cas de complication, seront respectés même s'il n'est plus en état de les communiquer (24).

Les limites de l'action des soignants s'arrêtent à l'expression du choix du patient. Après une prise en charge bien conduite, il persiste de rares demandes d'assistance au suicide (4) que le patient recevra le plus souvent à son domicile. Les équipes de soins palliatifs auront à charge de poursuivre leur prise en charge symptomatique jusqu'au départ des patients de leurs unités ou, lors des prises en charge domiciliaires, de rester à la disposition des médecins et infirmiers de premier recours pour les aider à soulager les patients jusqu'au bout. Ces équipes ont à cœur de ne pas abandonner ces patients quel que soit leur choix ultime.

La difficulté pour les soignants est de reconnaître ses limites d'action et de compétences, limites atteintes lorsque les patients, malgré les soins reçus, décident de mettre fin à leurs jours prématurément. Cela nécessite un travail sur soi pour ces équipes.

Certaines équipes ont mis sur pied des stratégies afin de faire face aux situations difficiles rencontrées dans leur pratique. La demande d'aide au décès n'est qu'une de ces situations difficiles, ces équipes sont coutumières des situations complexes et multi facettes.

Elles mettent sur pied des colloques d'attitude réunissant tous les référents du patient de toutes les professions afin de déterminer un plan de soin cohérent et commun, respectueux des souhaits du patient (le patient au centre des décisions). Après coup et à distance des situations, elles organisent des catamnèses, sorte de débriefing assorti du recul qu'amène le temps et une réflexion approfondie. Certaines équipes de soins palliatifs ont la chance de bénéficier de supervision d'équipe multiprofessionnelle ou par profession. Enfin, lorsque les enjeux sont difficiles à percevoir, que les

solutions envisagées sont conflictuelles au niveau des valeurs des membres de l'équipe et/ou avec le patient et son entourage, les commissions éthiques sont un recours précieux. L'analyse des enjeux, l'explication des cadres de référence professionnelle, éthique et légaux, et les différents scénarii proposés permettent aux équipes de mieux prendre en charge le patient concerné mais également les suivants.

Enfin, la complexité de ces situations est telle qu'il est fortement conseillé aux professionnels ne faisant pas partie des équipes de soins palliatifs, médecins de premiers recours, infirmières des soins à domicile, professionnels de tous services des hôpitaux de ne pas rester seul face à une demande de suicide assisté. Les équipes de soins palliatifs sont à la disposition de ces collègues soit en contact direct du patient soit pour des conseils de prise en charge.

Finalement, le choix reviendra au patient mais ne se fera pas faute de propositions d'amélioration de sa condition, de mise à disposition de moyens. Pris au sérieux, il pourra librement exercer son choix de continuer sa vie jusqu'à son terme naturel ou, rarement, de la terminer avec l'aide d'un tiers. Dans ce cas de figure, ce sera au patient de faire lui-même toutes les démarches auprès de son médecin soit de l'association d'aide au suicide de son choix. Le rôle du soignant ne sera jamais de les faire pour lui ni à sa place. Les limites de prise en soin s'arrêtent là.

## Conclusion

Lorsqu'un patient fait une demande d'aide au décès, le professionnel qui reçoit cette demande est à même de l'élucider, d'en comprendre la source. Les équipes de soins palliatifs peuvent alors avoir la charge de procéder de manière rigoureuse, à une évaluation approfondie de la situation médicale mais aussi psychosociale, de proposer des moyens afin de remédier le mieux possible aux souffrances complexes des patients. Si le patient persiste dans sa demande, l'élimination d'une dépression majeure, l'évaluation de sa capacité de discernement concernant cette demande sont du ressort du médecin psychiatre consultant. Ensuite, le recours à une commission d'éthique en cas de situation conflictuelle est encouragé. Le rôle des équipes est de permettre au patient d'exercer sa liberté de choix en pleine connaissance des enjeux et des alternatives, avec une capacité cognitive conservée et le moins de symptômes possibles. Les démarches en vue de l'assistance seront faites par le patient lui-même, jamais par les équipes. Enfin, les soins à visée symptomatique seront prescrits jusqu'au bout afin d'éviter au patient de souffrir inutilement dans ses derniers instants. Ceci relève du respect dû à chaque être humain.

A chaque équipe la charge de déterminer une manière de faire, un «protocole» de prise en charge et de demander de l'aide aux professionnels ressources.

Tout ceci demande du temps, et donc des moyens, mais aussi une maturité importante. A une problématique si complexe, les solutions ne peuvent être univoques et demandent rigueur, compétences, respect et... imagination.

## Tableau 1

Définition de la société Suisse de médecine et de soins palliatifs, Palliative.ch

### Statuts – II – Article 3

La médecine et les soins palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel destiné aux malades souffrant d'une affection évolutive non guérissable. Son but est de soulager la souffrance, les symptômes et d'assurer le confort et la qualité de vie du malade<sup>1</sup> et de ses proches.

### La pratique de la médecine et des soins palliatifs implique

- a. le soulagement des symptômes majeurs,
- b. la recherche des moyens les plus appropriés pour aider le malade et ses proches et leur constante réévaluation,
- c. l'intégration des aspects sociaux, psychologiques et spirituels dans les soins aux malades,
- d. le soutien de l'entourage pendant la maladie du patient et après la mort,
- e. la prise en considération des aspects éthiques liés à la particularité de chaque situation,
- f. le respect de la vie et de son terme naturel,
- g. la mise en commun des compétences et des objectifs dans un esprit respectant l'interdisciplinarité,
- h. une attention particulière portée au soutien, à la formation continue des soignants et à la prévention de l'épuisement professionnel.

**Remerciements à:** Madame Laurence Déramé, infirmière clinicienne à l'équipe mobile d'antalgie et de soins palliatifs, et Dr Gilbert Zulian, médecin chef du service de médecine palliative, Département de réhabilitation et gériatrie des hôpitaux universitaires de Genève, Suisse, pour leur relecture attentive et judicieuse. Dre Claudia Mazzocato, médecin chef du Service de soins palliatifs du CHUV, et Dr Grégoire Gremaud, médecin chef de l'Hôpital Neuchâtelois-La Chrysalide, pour avoir partagé leurs approches et ainsi contribué aux bases de la réflexion présentée ici.

**Conflit d'intérêts:** L'auteur certifie qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article.

## Abstract

### How can a palliative care team face requests for suicide assistance?

Palliative care teams in French-speaking Switzerland are regularly confronted with patients who express a request for suicide assistance. This paper outlines a reflective approach to the way in which these teams can manage such requests. These often represent serious suffering, the components and nuances of which it is crucial to understand if we are to propose helpful resources and solutions. This enables a decrease in suffering, which is the principal mission of palliative care teams, whether that suffering be physical, psychological, or spiritual. These situations present health care providers with a high degree of complexity, which requires rigorous, competent, and professional care, taking into account patients' ambivalence and freedom of choice, while integrating professional and personal ethics of each health care provider. These situations should only be handled as a team, each team putting in place an institutional philosophy as well as clinical approaches enabling the use of all possible alternatives.

## Zusammenfassung

### Wie kann ein Palliative Care Team dem Wunsch nach assistiertem Suizid begegnen?

Die Palliative Care Teams der französischen Schweiz werden regelmässig mit Patienten konfrontiert, die den Wunsch nach einem assistierten Suizid äussern. Dieser Artikel ist eine Reflexion über die Art und Weise, wie diese Teams mit solchen Wünschen umgehen können. Der Wunsch nach einem assistierten Suizid ist oftmals der Ausdruck eines gewichtigen Leidens, dessen Komponenten und Nuancen man verstehen muss, um es erfolgreich lindern zu können. Dieses Verstehen wiederum erlaubt den Teams, ihrer Hauptaufgabe nachzukommen, die nämlich darin besteht, die meisten Auslöser der physischen, psychischen und spirituellen Leiden zu beseitigen. Diese Patientensituationen sind sehr komplex und brauchen deshalb eine rigorose, professionelle und kompetente Betreuung, die die Ambivalenz und die Entscheidungsfreiheit der Patienten – im Rahmen der persönlichen und be-

ruflichen Ethik jedes und jeder Pflegenden – berücksichtigt. Solche Situationen dürfen nur im Team angegangen werden, von denen jedes sowohl über eine institutionelle Philosophie als auch über eine klare klinische Vorgehensweise verfügen muss, damit es dem Patienten alle möglichen Alternativen zum assistierten Suizid vorschlagen kann.

## Correspondance

Dre Karine Moynier-Vantieghem  
Service de médecine palliative  
Département de réhabilitation et gériatrie  
Hôpitaux universitaires de Genève  
11, chemin de la Savonnière  
CH-1245 Collonge-Bellerive

e-mail: karine.moynier@hcuge.ch

Réception du manuscrit: 10.02.2009

Réception des révisions: 20.03.2009

Acceptation: 29.03.2009

## Bibliographie

1. Stiefel F, Neuenschwander H, Euthanasie: la position de la SSMSP (société suisse de médecine et de soins palliatifs). Bern 2001.
2. Code pénal suisse du 21.12.1937 (état le 1er février 2009) RS 311.0.
3. Comby MC, Filbet M, The demand for euthanasia in palliative care units: a prospective study in seven units of the «Rhône-Alpes» region. *Palliat Med.* 2005;19(8):587–93.
4. Moynier-Vantieghem K, Zulian GB, A prospective study for demands for euthanasia and assisted suicide. 4th research forum of the European association for palliative care (EAPC), abstract n° 117. Venice 2006.
5. Palliative ch (Société suisse de médecine et de soins palliatifs), Notre philosophie. Bern 2006.
6. Sullivan MD, The desire for death arises from an intolerable future rather than an intolerable present. *General Hospital Psychiatry* 2005; 27: 256–7
7. Melgar F. Exit (film). Suisse 2005.
8. Williams S, Dale J, The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer.* 2006; 94:372–390.
9. Centre hospitalier universitaire vaudois. Directive institutionnelle: Assistance au suicide. Lausanne 2005.
10. Conseil d'éthique clinique. HUG. Procédure d'évaluation des demandes d'assistance au suicide aux HUG (Hôpitaux universitaires de Genève). Genève 2007. Disponible: <http://ethique-clinique.hug-ge.ch/>. Date de consultation: 19 mars 2009.
11. Département fédéral de justice et police suisse. Rapport du groupe de travail: Assistance au décès. 1999:39.
12. Starks H, Pearlman RA, Why now? Timing and circumstances of hastened deaths. *J Pain Sympt Manage.* 2005; 30:215–226.

13. Groupe de Travail sur l'Euthanasie, Pôle Ethique et Recherche, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Face à une demande d'euthanasie. Paris 2004.
14. Organisation des nations unies. Déclaration universelle des droits de l'Homme. Paris 1948.
15. Ricot J. Dignité et euthanasie. 1ère Edition. Nantes: Editions Pleins Feux; 2003
16. Petit Larousse illustré. Paris 2001.
17. Association suisse des infirmières et infirmiers, Fédération des médecins suisses, Les soins dans la période terminale de la vie, déclaration commune. Bern 2001.
18. Fédération des médecins suisses (FMH). L'assistance au suicide n'est pas l'assistance au décès. Bern 2008.
19. Académie suisse des sciences médicales, directives médico-éthiques du 25 novembre 2004. Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, version française. Infokara. 2006; 21(4): 175-8.
20. Raggenbass R, Kuhn H, L'aide au suicide n'est pas un droit humain. Bulletin des médecins suisses, 2007; 11:455-6.
21. Académie suisse des sciences médicales. Assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus. Bern 2006.
22. Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, L'assistance au suicide, prise de position. 2005; 9.
23. Wasserfallen JB. L'assistance au suicide n'a pas portes ouvertes au CHUV. CHUV magazine. 2006; 1:2-3.
24. Déramé L, Paillet D, Pautex S, Directives anticipées dans les unités de soins palliatifs. Rev Med Suisse. 2008; 145: 467-9.

Settimio Monteverde<sup>a</sup>

## Die Praxis des assistierten Suizids im Spannungsfeld zwischen Bürokratisierung und Medikalisierung

\_Standpunkt

a Seminar am Bethesda Basel, Fachstelle Ethik, Basel

Der Umgang mit Sterben und Tod hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem wichtigen Handlungsfeld der Medizin, und damit auch der Medizinethik, entwickelt. Anzeichen des Sterbens müssen erkannt und gedeutet werden, und dies umso mehr, je mehr die Medizin auf den natürlichen Verlauf des Sterbens Einfluss nehmen kann. Ein solcher Deutungsprozess ist nicht frei von normativen Annahmen, die Aussagen darüber machen, welchen Formen des zugelassenen Todes die jeweilige Gesellschaft akzeptiert, ohne sich in ihrem Zusammenhalt bedroht zu fühlen und welche Rolle sie den darin involvierten Personen und Berufsgruppen zuschreibt.

### Kritik der Suizidbeihilfe versus Kritik des Suizids

In einem viel beachteten Leitentscheid von November 2006 hält das Schweizerische Bundesgericht fest, dass es zwar kein Recht auf Suizidhilfe gebe, aber sehr wohl ein Recht des Individuums, über Art und Zeit des Todes zu entscheiden (BGE 133 I 58 / 03.11.2006).<sup>1</sup> Die Unterscheidung macht einen neutralen Punkt der Diskussion deutlich: Eine Kritik an der Praxis des assistierten Suizids sollte sich sachbezogen auf reale oder befürchtete Missbräuche und diesbezüglich formu-

lierte Schwellenargumente beziehen. Ist sie dies nicht und geht es ihr im Grunde genommen um etwas ganz anderes, nämlich um eine Kritik am «rationalen» *Suizid als solchem*, droht über die Diskussion über die Suizidbeihilfe eine verdeckte «Remoralisierung» des Suizids, was die Evolution in Recht und Moral um Jahrzehnte zurückbringen würde.

### Vom zugelassenen zum geplanten Tod

In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass sich der Übergang vom *zugelassenen* Tod, wie er sich in den Formen der passiven und indirekt aktiven Sterbehilfe zeigt, zum *geplanten* Tod, wie er sich paradigmatisch in der aktiven Tötung auf Verlangen und im assistierten Suizid zeigt, keineswegs nahtlos vollziehen lässt: Er wirft komplexe Fragen auf, die prozedural-praktischer, medizinischer, juristischer, sozialer sowie (berufs-) ethischer Natur sind, allen voran die Frage nach der Reichweite autonomen Handelns im Bezug auf Akte, die irreversibel sind, das Leben betreffen und – obwohl Ausdruck von Selbstbestimmung – zu deren Ausführung der Handlung oder Hilfe anderer Menschen bedürfen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlichte 2004 Richtlinien für die Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. In ihnen wird zunächst bestätigt, dass Suizidbeihilfe nach wie vor kein Bestandteil

1 Raggenbass R, Kuhn H. Kein Menschenrecht auf ärztliche Suizidhilfe. Natrium-Pentobarbital bleibt rezeptpflichtig – Kommentar zum Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2006 2A.48/2006; 2A66/2006. Schweiz Ärztztg 2007;88:455-6. Ein Kommentar aus ethischer Sicht bietet Rehmann-Sutter C. Was bedeutet das «Recht auf den eigenen Tod»? Ein ethischer Kommentar zur Auslegung der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) durch das Schweizerische Bundesgericht im jüngsten Suizidbeihilfe-Urteil. Schweiz Ärztztg 2007;88: 1109-12.