

En guise de conclusion

De l'expérience de F. Sironi: «Il existe des systèmes, des méthodes qui sont délibérément mis en œuvre par des humains sur d'autres humains, dans le but de détruire psychiquement, de déculturer, de déshumaniser, et qui sont à l'origine de psychopathologies spécifiques». Puisque souvent ces exactions rendent muet, il s'agit alors pour les thérapeutes de «reconsidérer la posture habituellement adoptée dite 'de bienveillante neutralité' (...) La neutralité est impossible, car les problématiques que nous traitons, conséquences de pratiques répressives, font de nous des témoins privilégiés (...) Témoins engagés car contraints de modifier nos pratiques cliniques. Engagés par le refus du mensonge qui consiste à faire croire que les décisions politiques et économiques n'auraient pas d'effets psychologiques individuels» (voir aussi le texte de N. Diaz-Marchand).

Soulignons encore la nécessité de disposer d'*interprètes communautaires*, éléments indispensables de cette clinique, et de voir leurs prestations admises de routine et adéquatement rémunérées. Cela est traité dans plusieurs contributions, avec les caractéristiques de la communication triadique qui en résulte. Il y a lieu de distinguer plusieurs fonctions qui peuvent être assumées par les interprètes. Par ordre croissant d'implication: traduction terme à terme; traduction en restituant le sens; interprète/tiers qui est aussi un co-thérapeute; enfin tiers qui, au-delà de la traduction, joue un rôle d'avocat du patient.

Plus généralement, la directrice de publication B. Goguikian rappelle que «L'interculturalité est avant tout un appel à la tolérance et ne concerne pas que les 'autres venus d'ailleurs', mais tous les groupes minoritaires et socialement défavorisés. Les migrants ne sont que des prismes grossissants de l'altérité, les 'minorités visibles', révélateurs des failles de nos institutions politiques, médicales et sociales». Et: «Au niveau du projet de société, il s'agit de faire en sorte que ces contacts entre cultures contribuent au respect et à l'enrichissement mutuels».

En résumé, un ouvrage passionnant par ses ouvertures sur un domaine des soins qui reste insuffisamment connu, qui devrait retenir l'attention des professionnels de la santé et de la relation d'aide dans nos pays où la migration pose des défis chaque jour plus sérieux.

Correspondance

Dr Jean Martin
La Ruelle 6
CH-1026 Echandens

e-mail: jean.martin@urbanet.ch

Commissions d'éthique clinique

Genève

Le Conseil d'Ethique Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève a récemment élaboré un avis consultatif intitulé «Test génétique et annonce d'un résultat de test génétique»

Les conclusions de l'avis sont les suivantes:

1. Un test génétique *nécessite un consentement libre et éclairé*. Ce consentement passe par un *conseil génétique* et peut inclure la décision d'accepter le test, mais de le remettre à plus tard. Un conseil génétique est nécessaire avant la réalisation d'un test présymptomatique ou prénatal, et recommandé également en cas de test diagnostique.
2. En l'absence d'un représentant thérapeutique, une *demande de curatelle* est nécessaire pour réaliser un test génétique sur un patient incapable de discernement, avec l'exception usuelle de l'urgence.
3. Si la personne concernée ne donne pas son consentement, le médecin peut demander à l'autorité compétente de le délier de son secret médical selon l'article 321 chiffre 2 du code pénal suisse, si la communication des résultats est nécessaire pour garantir la protection d'intérêts prépondérants des membres de la famille, du conjoint, ou du partenaire.
4. *La consultation de génétique médicale doit être mieux connue*, et appelée plus systématiquement en cas de doute, ou dans les cas où un test génétique est demandé par un praticien qui ne l'emploie pas de routine dans sa pratique.
5. Un avertissement en en-tête du formulaire de demande de tests ADN pourrait rappeler les trois points suivants:
 - a. Le rappel qu'un conseil génétique est indiqué
 - b. Les éléments constitutifs du conseil génétique
 - c. Les coordonnées de la consultation de génétique médicale
6. Etant donné le nombre croissant de tests génétiques pertinents dans diverses spécialités cliniques, il serait souhaitable qu'une *formation aux bases du conseil génétique* à l'attention des médecins soit offerte dans le cadre de la formation continue.

L'avis complet peut être consulté sur le site du Conseil:
http://ethique-clinique.hug-ge.ch/avis_recommandations/recommandations.html

Contact

Prof. Pierre-Yves Martin
Conseil d'éthique clinique
Hôpitaux Universitaires de Genève
24 rue Micheli-du-Crest
CH-1211 Genève 4

e-mail: conseil-ethique-clinique@hcuge.ch

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI)

Die Ethikkommission des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK stellt sich vor

In der Schweiz gibt es rund 75 000 aktive diplomierte Pflegefachpersonen (früher Krankenschwestern). 25 000 davon sind Mitglieder des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Der SBK ist als Berufs- und Fachverband Vernehmlassungspartner des Bundes und vertritt die Position der professionellen Pflege. Als nationale Organisation, welche in 13 Sektionen, 17 fachliche Interessengemeinschaften/Interessengruppen sowie vier Fachkommissionen unterteilt ist, bezieht der SBK praxisnah und eigenständig Position zu gesellschaftlichen und gesundheitsrelevanten Themen. Der SBK ist Mitglied des Weltpflegebundes ICN (International Council of Nursing), des Europäischen Pflegeforums EFN (European Forum of Nursing) und weiterer internationaler Pflegeorganisationen.

Die Ethikkommission ist ein Expertenorgan des SBK und arbeitet im Auftrag des Zentralvorstandes. Mit ihren rund acht Mitgliedern ist die fachliche und sprachliche Vielfalt der schweizerischen Pflege repräsentiert. Vor geraumer Zeit erhielt der SBK zwei Sitze in der Zentralen Ethikkommission ZEK der SAMW (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften). Im Gegenzug hat die SAMW seit Anfang 2010 einen Gästestatus in der Ethikkommission des SBK. Die Zusammenarbeit zwischen der ärztlich geprägten SAMW und dem SBK ist gut und intensiv, bei teilweise unterschiedlich gewichteten Anliegen und Zielsetzungen. Eine massgebliche Arbeit der seit 1986 bestehenden Ethikkommission des SBK war die Publikation von ethischen Grundsätzen für Pflegefachpersonen 1990. 2003 wurden diese von der Ethikkommission grundlegend überarbeitet und unter dem Titel «Ethik in der Pflegepraxis» herausgegeben.¹

Die Ethikkommission berät den Gesamt-Verband bei ethischen Fragestellungen, beispielsweise bei der Vernehmlassung von Gesetzen und nimmt Stellung zu pflegerelevanten Dokumenten der SAMW.

Am jährlich durchgeführten Kongress des SBK (1500 Teilnehmende) vertieft die Ethikkommission im Dialog mit dem Publikum aktuelle ethische Fragestellungen, wie beispielsweise den Umgang mit Reanimationsentscheiden (2009) oder die Problematik rund um die Verabreichung von Placebos (2010).

Inhaltlich erarbeitet die Kommission «Ethische Standpunkte» zu aktuellen für die Pflege relevanten ethischen Themen. Bisher erschienen sind die folgenden Standpunkte:

Beihilfe zum Suizid (2005), Verantwortung und Pflegequalität (2007), Pflegefachpersonen und Grippeimpfung (2008). Der 4. Ethische Standpunkt «Misshandlung von PatientInnen und BewohnerInnen durch Pflegefachpersonen» soll im Frühjahr 2010 publiziert werden.

Der Ethische Standpunkt 4 des SBK «Misshandlung von PatientInnen und BewohnerInnen durch Pflegefachpersonen»

Der Ethische Standpunkt 4 des SBK, welcher kurz vor der Publikation steht, befasst sich mit einem oft tabuisierten und verdrängten Thema. Dieser Standpunkt richtet sich an die diplomierten Pflegefachpersonen und an alle an der professionellen Pflege beteiligten Menschen und ihre Vorgesetzten und soll zu einer sachlichen Klärung des Themas beitragen.

Zunächst wird in diesem Standpunkt festgehalten, dass Misshandlungen die Menschenwürde und die universellen Menschenrechte verletzen und unter keinen Umständen gerechtfertigt oder toleriert werden dürfen. Ist eine Bewohnerin oder ein Patient misshandelt worden, ist es unabdingbar, den Vorfall auf individueller und ebenso auf institutioneller Ebene spezifisch zu beleuchten, Verantwortliche zur Rechenschaft zu ziehen und Massnahmen zur Prävention einzuleiten. Das Gesamtsystem muss auf die Entstehungsmechanismen hin untersucht werden.

Die folgende Definition von Misshandlung liegt dem Ethischen Standpunkt 4 des SBK zu Grunde:

Unter Misshandlung werden alle Handlungen oder Unterlassungen verstanden, mit welchen die Gesundheitsfachperson beabsichtigt, die Patientin/den Bewohner physisch und/oder psychisch zu schädigen. Dazu gehören: Körperliche Misshandlungen, psychische Misshandlungen, Vernachlässigung und materielle Ausbeutung.

Nach einer kurzen Besprechung möglicher Hintergründe von Misshandlungen werden im Hauptteil praxisnahe Empfehlungen für Einzelpersonen und für Institutionen formuliert. Neben konkreten Vorschlägen zur Prävention bietet das Dokument auch Handlungsanleitungen nach erfolgter Misshandlung. Es liegt in der Natur des Pflegeberufes, Patienten und Bewohnerinnen manchmal physisch und psychisch sehr nahe zu kommen. Gerade deswegen müssen Pflegefachpersonen besonders für die feinen Unterschiede und die Haltung sensibilisiert sein, dass Misshandlungen keinesfalls toleriert werden dürfen. Der ethische Grundsatz des SBK «Die Würde des Menschen und die Einzigartigkeit des Lebens stehen im Zentrum allen pflegerischen Handelns» ist gerade auch oder insbesondere in diesem Kontext uneingeschränkt gültig.

Contact

SBK-ASI
Geschäftsstelle Schweiz
Choisystrasse 1
CH-3008 Bern

e-mail: info@sbk-asi.ch

¹ Alle Publikationen der Ethikkommission können unter www.sbk-asi.ch (→ Bestellservice) bezogen werden.

Forschungsethikkommissionen

AGEK: Schulterchluss zwischen den deutsch- und französischsprachigen Ethikkommissionen für die Forschung

Die Generalversammlung des Vereins der kantonalen oder regionalen Ethikkommissionen (AGEK) wurde im Februar 2010 erstmals in Lausanne durchgeführt. Dabei wurde Prof. Dr. Bernard Hirschel, Genf, als Vizepräsident der AGEK gewählt. Die Arbeitsgruppe «Templates» wurde durch zwei Vertreterinnen aus Lausanne erweitert. Somit ist der Schulterchluss zwischen den deutsch- und französischsprachigen EK erfolgt und es sind gute Voraussetzungen für die Erfüllung des Mandates der Kantonalen Gesundheitsdirektoren an die AGEK geschaffen.

Folgende Ziele wurden für das Jahr 2010 formuliert:

- Gesuchbearbeitung von Multizenterstudien im Leitethikkommissions-Verfahren (Pilot)
 - Definition der Ausbildungsinhalte ICH-GCP für EK-Mitglieder
 - Koordination mit den Partnern; Swissmedic, SGCI, SCTO
- Die bisherigen Erfahrungen mit acht, nach dem Leitethikkommissions-Modell bearbeiteten Multizenterstudien zeigen noch erhebliche Anlaufschwierigkeiten auf. Sowohl Sponsoren, Prüfärzte und Ethikkommissionen durchlaufen einen Lernprozess. Ende 2010 werden eine Evaluation stattfinden und allfällige Anpassungen im Prozess vorgenommen.

Die bisherige EK Neuenburg-Freiburg-Jura hat sich aufgelöst. Neuenburg schliesst sich dem Kanton Waadt an; die beiden anderen Kantone suchen noch eine Lösung.

Im wissenschaftlichen Komitee «Ja zur Forschung am Menschen» haben sich neun Präsidenten von kantonalen Ethikkommissionen engagiert und so die Abstimmung zum Verfassungsartikel positiv unterstützt.

Contact

Prof. Dr. med. G. Schubiger
Präsident KEK LU und AGEK
Luzerner Kantonsspital, BW3
CH-6000 Luzern 16

e-mail: kek@lu.ch KEK.LUZERN@hin.ch

Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE)

Anlässlich ihrer jährlichen auswärtigen Plenarsitzung führte die NEK-CNE am 28. Oktober 2009 in Chur eine überaus gut besuchte öffentliche Veranstaltung zum Thema «Kultur des Sterbens – Sterbebegleitung, Suizidbeihilfe und die Ethik des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Tod» durch. Im ersten Einführungsvortrag referierte der Präsident der Kommission, Otfried Höffe, über Aktualität, Notwendigkeit und Gehalt der Kultur des Sterbens. Daniel Hell, Mitglied der Kommission, hielt den zweiten Einführungsvortrag zum Thema «Suizidalität als Lebensproblem und unser Umgang mit dem selbstgewünschten Tod». Unter der Leitung von Jean-Daniel Strub

diskutierten anschliessend auf dem Podium Ständerat Theo Maissen, die Psychiaterin Suzanne von Blumenthal, der Grossrat und Arzt Mathis Trepp, der Theologe Hanspeter Schmitt und die beiden Referenten der Einführungsvorträge. Die angeregte und vielschichtige Podiumsdiskussion verdeutlichte noch einmal die Aktualität und die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Sterben. Das grosse Interesse von Publikum und Medien bestärkt die Kommission darin, sich im Rahmen eines Arbeitsschwerpunkts vertieft mit dem Thema «Kultur des Sterbens» zu befassen.

Am 26. Februar 2010 veröffentlichte die Kommission ihre Vernehmlassungsantwort zur Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzbuches betreffend die organisierte Suizidbeihilfe. Die NEK-CNE stützt sich in ihrer Vernehmlassungsantwort auf ihre Stellungnahmen 9/2005 und 13/2006, in denen sie sich ausführlich zum Thema Suizidbeihilfe geäussert hat. Entsprechend begrüsst sie das bundesrätliche Vorhaben, die Akteure der organisierten Suizidbeihilfe in der Schweiz rechtlich zwingend auf die Einhaltung von Sorgfaltskriterien zu verpflichten. Die Aufgabe solcher Sorgfaltskriterien besteht darin, die Freiheit und die Wohlerwogenheit der Entscheidung, die Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches und die Transparenz auf Seiten der Organisationen zu gewährleisten. Die Kommission hält vor diesem Hintergrund aber fest, dass beide Vorschläge des Bundesrates nicht zu überzeugen vermögen: Zum einen führt die Forderung nach zwei ärztlichen Gutachten zu einer unerwünschten Medikalisierung der Suizidbeihilfe, zum anderen ist die Beschränkung des Zugangs zur Suizidbeihilfe auf Personen, die an einer unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge leiden, zu einschränkend. Die Kommission ist zudem der Ansicht, dass eine rechtliche Regelung der organisierten Suizidbeihilfe vorzugsweise ausserhalb des strafrechtlichen Rahmens gesucht werden sollte.

Die NEK-CNE organisiert in Zusammenarbeit mit der SAMW ein weiteres Symposium der Reihe «Ökonomisierung der Medizin». Dieses wird am 11. Juni 2010 in Bern stattfinden und die medizinische und pflegerische Grundversorgung im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und der Dynamik einer marktorientierten Medizin thematisieren.

Die Kommission arbeitet weiterhin intensiv am Arbeitsschwerpunkt «Patientenverfügungen». Im Hinblick auf das für 2013 vorgesehene Inkrafttreten der ersten bundesweiten gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen im neuen Erwachsenenschutzrecht wird sich die Kommission in einer Stellungnahme zu ethischen Fragen im Zusammenhang mit Patientenverfügungen äussern. Diese Verlautbarung soll in der zweiten Hälfte dieses Jahres veröffentlicht werden.

Contact

NEK-CNE
c/o Bundesamt für Gesundheit
CH-3003 Bern

e-mail: nek-cne@bag.admin.ch

Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW

Organisierte Suizidbeihilfe – Stellungnahme zum Regelungsvorschlag des Bundesrates

Der Bundesrat hatte Ende Oktober 2009 zwei Varianten zur Regelung der organisierten Suizidbeihilfe in die Vernehmlassung gesandt. Die vom Bundesrat bevorzugte Variante 1 sieht die Einführung strenger Sorgfaltspflichten vor; die Variante 2 beinhaltet ein generelles Verbot der organisierten Suizidbeihilfe. Die ZEK der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat sich eingehend mit diesen Regelungsentwürfen auseinandergesetzt und sich anfangs Januar 2010 dazu geäußert. In ihrer Stellungnahme begrüßt sie grundsätzlich die Bemühungen des Bundes zur Regelung der organisierten Suizidbeihilfe und unterstützt insbesondere die Absicht des Bundesrates, lediglich einen Teil der Suizidhilfepraxis, nämlich die organisierte Beihilfe, zu regulieren. Sie lehnt jedoch sowohl die vorgeschlagene Beschränkung der organisierten Suizidhilfe als auch deren Verbot ab und schlägt stattdessen eine Regelung mittels Aufsichtsgesetzgebung vor. Die Stellungnahme der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) deckt sich mit derjenigen der SAMW.

Begründung der Ablehnung der vorgeschlagenen Neuregelung (Auszug aus der Stellungnahme der SAMW):

1. *Die Suizidbeihilfe wird als ärztliche Tätigkeit institutionalisiert:* Mit der vorgeschlagenen Neuregelung würden Ärztinnen und Ärzte stärker als bisher in die Suizidbeihilfe involviert. Mit Variante 1 werden ihnen zusätzliche Aufgaben übertragen; zudem führt die Einschränkung der organisierten Suizidhilfe dazu, dass chronisch kranke Sterbewillige, die sich nicht unmittelbar am Lebensende befinden, mit ihrem Wunsch vermehrt an Ärzte wenden. Dadurch kann für die Ärzte ein Gewissenskonflikt entstehen: Einerseits möchten sie leidende Patienten nicht im Stich lassen, andererseits widerspricht aber die Suizidbeihilfe den Zielen der Medizin, Leben zu erhalten und Leiden zu erleichtern.
2. *Der Druck auf medizinische Institutionen, Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumlichkeiten zuzulassen, wird erhöht:* Viele Menschen verbringen ihre letzte Lebensphase im Spital oder in einem Pflegeheim. Mit der in Variante 1 gewählten Einschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das unmittelbare Lebensende würde der Druck auf diese Institutionen steigen, Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumlichkeiten zuzulassen. Würden sie dies – wie meistens bis anhin – ablehnen, käme dies faktisch einem Verbot der organisierten Sterbehilfe gleich.
3. *Die Beschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das «unmittelbare Lebensende» ist untauglich:* Das «unmittelbare Lebensende» ist schwierig festzustellen; zudem widerspricht eine solche Beschränkung den Erwartungen weiter Teile der Bevölkerung.
4. *Die vorgeschlagene Regelung ist leicht zu umgehen:* Beide Varianten lösen die Probleme der heutigen Situation letztlich nicht, da die vorgesehenen Einschränkungen leicht umgangen werden können: Die Regelungen richten

sich nur an Organisationen, nicht an Einzelpersonen. Damit kann die Organisation Sterbewillige, welche die Voraussetzungen nicht erfüllen, an zugewandte Ärzte vermitteln, die durch die neue Regelung nicht gebunden wären.

Contact

Zentrale Ethikkommission der SAMW
Generalsekretariat
Lic. iur. Michelle Salathé, MAE
Petersplatz 13
CH-4051 Basel

e-mail: m.salathe@samw.ch

Prise de position du comité de la SGBE-SSEB (Société Suisse d'Ethique Biomédicale) sur l'avant-projet du Département fédéral de justice et police pour une modification du Code pénal et du Code pénal militaire relative à l'assistance organisée au suicide.

Le comité de la SSEB a examiné les documents du Département fédéral de justice et police et vous présente ici ses considérations. Il s'agit du fruit des réflexions des membres du comité, qui ne prétend pas représenter l'ensemble des opinions des membres de notre société.

1. Quelques considérations historiques:

L'aide au suicide, comme pratique proposée par des organisations ad hoc, est une pratique qui a trouvé sa diffusion dans notre pays seulement depuis quelques décennies. Avant les années 1970, l'aide au suicide avait lieu de façon tout à fait non organisée. L'art. 115 du code pénal suisse avait été formulé à un moment où n'existait encore aucune organisation se vouant à cette tâche.

Ces dernières années, différentes voix se sont levées en Suisse pour demander une nouvelle réglementation, pénale ou non, des différentes pratiques liées à la gestion des phases finales de la vie humaine. Le suicide assisté n'est qu'une de ces pratiques, et, avec l'homicide sur demande de la victime, il est constamment l'objet de discussions fortes et controversées. La proposition soumise à notre consultation ne touche qu'à la pratique du suicide assisté au sein d'organisations d'aide au suicide, mais évidemment, elle ne saurait être discutée sans que le contexte plus global dans lequel elle s'inscrit ne soit pris en compte.

2. Rendre délictueux le caractère organisé de l'assistance au suicide est problématique

Il est nécessaire de se poser la question de savoir si l'ancrage de cette réglementation dans le code pénal suisse est le lieu le plus adéquat pour régler le suicide assisté, et cela tant d'un point de vue éthique de principe que dans une perspective plus spécifiquement politique.

Le fait que les deux variantes proposées soient insérées dans une nouvelle version de l'article 115 CPS signifie que nous nous trouvons clairement face à une volonté de sanctionner et de réprimer le suicide assisté lorsque celui-ci est proposé

par des organisations. Jusqu'à ce jour, la seule limite pénale à cette conduite était donnée par la présence de «motifs égoïstes». Les deux variantes proposées semblent suggérer qu'il peut y avoir d'autres motifs qui rendraient un tel comportement punissable. Le département de justice et police reconnaît évidemment que l'acte suicidaire en tant que tel ne peut être considéré comme un délit; il n'est donc pas question de vouloir empêcher par une peine toute tentative de suicide. Prêter de l'aide à un acte qui est évidemment dramatique mais pas délictueux ne peut être considéré automatiquement et dans tous les cas comme délictueux. Il faudra donc montrer en quoi le caractère organisé de l'aide au suicide peut léser des valeurs morales et des biens juridiques au point de se rendre punissable.

Les appels qui se sont manifestés dans notre pays en vue d'une nouvelle réglementation sont liés non pas à l'aide prêtée en tant que telle, ni à son caractère organisé en tant que tel, mais soit à des conditions-cadre (capacité de discernement et volonté claire de la part de la personne qui veut s'ôter la vie), soit à des formes manifestement provocatrices assumées par quelques organisations (appartement ad hoc, etc).

3. Encadrer l'assistance au suicide est nécessaire, mais les moyens proposés sont inadaptés

Notre état de droit ne voulant réprimer, en ligne de principe, ni le suicide, ni l'aide prêtée de façon altruiste se limite à régler et éventuellement à réprimer les seuls aspects de cette pratique qui blessent des biens qu'on considère essentiels et fondamentaux pour la vie en société.

Un juriste tessinois, Armando Pedrazzini, affirmait déjà à la fin des années '40: «Le code pénal suisse, en présumant le caractère honorable des motifs, fait en sorte que ce soit la tâche de l'autorité d'instruction de démontrer l'existence de motifs égoïstes; il en suit comme conséquence logique qu'on commencera une procédure lorsqu'apparaîtra de façon probable la possibilité de vérifier de tels motifs.»²

Chaque état de droit part du principe que la vie humaine est un bien fondamental et il la protège donc par différents moyens juridiques dont entre autres, l'instrument pénal. Il s'agit ici de voir si ce dernier est aussi apte à empêcher de façon efficace, et sans causer de dommages collatéraux, les pratiques qui se sont établies en Suisse à la suite aussi de l'activité de quelques organisations d'aide au suicide.

Nous doutons que l'instrument pénal soit celui qui est le plus apte à gérer au mieux ces problèmes. Nous pensons qu'on peut le faire à partir d'autres instruments juridiques. Pour ce faire, il faudrait avant tout mieux distinguer entre le suicide qui se fait à la suite d'un fort malaise psychique et le suicide «de bilan», fruit de considérations rationnelles et bien pondérées. La première modalité peut et doit être combattue par une activité de prévention, tandis que la deuxième est le fruit d'une vision spécifique de la vie et de la mort et doit être tolérée au nom du respect de l'autonomie des citoyen-ne-s, même si un tel acte n'est pas dépourvu d'un caractère tragique et peut causer de grandes souffrances aux proches.

Il s'agit donc de conjuguer deux biens suprêmes, qui entrent ici en conflit de manière presque inextricable: la valeur de la vie humaine d'une part et le respect de l'autonomie de chaque être humain de l'autre. Le droit, et à plus forte raison le droit pénal, réussit quelques fois à éviter des situations moralement inacceptables, mais il est incapable de démêler parfaitement chaque nœud de la vie humaine.

4. Examen des deux variantes soumises à consultation

A partir des prémisses que nous venons d'évoquer, nous prenons positions envers les deux variantes proposées. Elles s'articulent dans le contexte de la partie du code pénal touchant aux délits contre la vie humaine. Les deux variantes tentent d'empêcher ou de contrôler le *caractère organisé* du suicide assisté. Nous ne voyons donc pas comment les deux variantes garantissent pleinement l'unité de matière donnée justement par la référence à la vie humaine.

4.1. Première variante:

Cette variante pense pouvoir mieux contrôler l'activité des organisations d'aide au suicide par le biais d'une procédure considérée comme contraignante si l'on veut éviter les sanctions prévues. La présence de deux rapports indépendants de la part de deux médecins, nous rappelle étrangement une procédure analogue que le code pénal suisse prévoyait pour la non punissabilité de l'interruption de grossesse. Cette procédure a été refusée et abolie par le peuple suisse dans un vote populaire en 2001. Nous trouvons étrange qu'une forme de procédure analogue soit maintenant proposée pour régler une pratique précise concernant la fin de vie.

Prévoir un contrôle de la capacité d'entendement de la personne qui veut se prendre la vie est une mesure opportune et nécessaire. Nous demandons quand même si elle doit nécessairement être entreprise par un médecin et si une éventuelle négligence dans cette procédure doit obligatoirement prévoir des sanctions pénales lourdes. On prévoit en effet, à l'alinéa 1, une peine qui peut aller jusqu'à cinq années de détention lorsque les normes prévues ne sont pas respectées. Une telle menace de peine nous paraît tout à fait disproportionnée en comparaison avec les peines prévues à l'article 114 CPS, en cas d'occision directe sur demande de la victime. Si cette variante devait entrer en vigueur, on serait face à un déséquilibre interne au code pénal suisse.

Nous critiquons aussi le critère proposé à l'alinéa 2c qui pose la condition d'être en présence d'une maladie incurable et avec un pronostic de mort imminente. Ce critère nous paraît hautement difficilement applicable, et cela pour deux raisons. D'un point de vue médical, un tel critère est difficilement vérifiable et ne peut jamais être prouvé de façon certaine. D'un point de vue de principe et en perspective éthique, il faut se demander si la légitimité d'un suicide devient toujours plus évidente lorsque la mort s'approche.

Plus généralement, le fait de vouloir délimiter et préciser les cas dans lesquels le recours aux organisations d'aide au suicide n'est pas punissable a indirectement un *effet légitimant* de la part de l'Etat. En effet, quelques organisations qui appliqueraient la première variante pourraient même s'enorgueillir de

² Cf. Pedrazzini A. L'omicidio del consenziente ed il suicidio nel diritto penale contemporaneo con particolare riguardo al Codice Penale Svizzero. Locarno: Tipografia Pedrazzini 1949, ici aux pp. 116-117.

proposer une assistance au suicide «conformes aux règles établies par la confédération». On passerait ainsi d'une logique de la *liberté encadrée* à une logique de la *caution d'état*.

4.2. Deuxième variante:

Cette variante qui met, de fait, hors la loi les formes de suicide assistées et *organisées* a l'avantage d'être claire et de ne pas prévoir de procédure particulière. Elle présente cela dit d'autres difficultés. Fondamentalement, nous nous demandons quels sont les arguments spécifiques qui rendraient punissable l'aide au suicide du fait qu'elle est proposée par des organisations. Il faut que ces arguments soient à caractère non religieux et non liés à une vision particulière de la vie et de la mort, mais qu'ils soient des arguments contraignants pour un état de droit. Le fait qu'un suicide soit entrepris à l'aide d'une organisation ne saurait le rendre automatiquement moins volontaire qu'un suicide entrepris avec une aide strictement privée. Cela ne saurait pas non plus rendre son assistance plus égoïste.

Au-delà de ces considérations de principe, il faut aussi souligner le fait que l'application de la deuxième variante provoquerait des *pratiques clandestines* pratiquement incontrôlables. Il serait très difficile pour les autorités d'enquête de prouver qu'un acte suicidaire «de bilan» ait eu lieu sans aucune aide de la part d'organisation, et qu'il soit l'œuvre exclusive de proches ou d'amis. De toute façon, la preuve doit être donnée, non par les proches, mais par l'autorité qui mène l'enquête et cela rendrait l'application de cette variante pratiquement impossible. Mieux vaudrait donc prôner une alternative qui oblige les organisations à une transparence sur tous les aspects éthiquement important de cette pratique extrême et tragique: la capacité de discernement et la motivation strictement altruiste des personnes qui prêtent leur aide.

5. En conclusion

Notre attitude critique envers les deux variantes ne signifie pas que nous sommes opposés à toute forme de réglementation dans ce domaine.

Tout en laissant inchangée la version actuelle de l'article 115 CPS, nous sommes d'avis qu'il est plus judicieux de chercher une réglementation en dehors du cadre du code pénal. En effet, tout état de droit a bien d'autres moyens à disposition pour contrôler et pour surveiller une pratique fort délicate que la simple menace de sanctions pénales qui trouvent leur formulation dans le CPS.

Le phénomène dit «du tourisme de la mort» doit-il être limité non en faisant référence au statut d'étranger des candidats au suicide, mais en proposant des normes garantissant la présence d'un consentement qualifié à ce geste extrême.

L'effort déployé par le département fédéral de justice et police est, en ligne de principe, louable même si nous avons exprimé notre insatisfaction envers les deux variantes proposées. La nécessité de légiférer reste donc entière. La position de l'Académie Suisse des Sciences médicales, qui propose de «légiférer au moyen d'une loi de surveillance» nous semble à ce titre préférable et nous souhaitons l'appuyer.

Nous approuvons et nous soutenons les efforts que la confé-

dération fait pour prévenir la demande de suicide, tant en fin de vie que dans d'autres contextes biographiques de malaise. On a ici souvent évoqué la nécessité d'encourager davantage les soins palliatifs pour contrecarrer ces demandes d'aide au suicide. Cet encouragement est tout à fait bien fondé et nous ne pouvons qu'y souscrire. Mais il faut éviter de penser qu'il y a un rapport direct entre les deux phénomènes. Il faut en effet de toute manière encourager et soutenir les soins palliatifs, même si le nombre des personnes voulant recourir à un suicide assisté ne devait pas diminuer en conséquence.

S'agissant de l'encadrement de l'assistance au suicide, et de la prévention des cas qui sortiraient de ce cadre, les instruments choisis pour cette prévention doivent être adaptés à la spécificité du domaine visé. Ce n'est à notre avis le cas avec aucune des deux variantes mises en consultation.

Bericht AEM-Doktorandenfortbildung «Einführung in die Medizinethik»

Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) führte vom 4. bis 8. Dezember 2009 an der Universitätsmedizin Göttingen in Ergänzung zu den bisherigen Doktorandenkolloquien erstmals eine Fortbildung für Doktorandinnen und Doktoranden mit dem Titel «Einführung in die Medizinethik» durch. Konzipiert war diese gut organisierte und fast kostenlose Fortbildung für junge Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen, die sich in ihrer Dissertation mit einem medizinethischen Thema auseinandersetzen. Gemäss ihrer Ankündigung sollten die Teilnehmer die Gelegenheit erhalten, «mit renommierten Vertretern der Medizinethik ins Gespräch zu kommen, um auf diese Weise Anregungen für das eigene wissenschaftliche Arbeiten zu erhalten.»

Die Fortbildung begann am Freitagabend mit einem Festvortrag von Haim Hazan zum Thema «Morality and Memory: On the Cultural Treatment of the Seemingly Selfless», der in Kooperation mit dem German-Israeli Winter Workshop «Ethics and Culture of Biomedicine» stattfand. Der Samstag stand im Zeichen der Praxis wissenschaftlichen Arbeitens und eines ersten Blocks mit Vorträgen zu theoretischen und methodischen Ansätzen der Medizinethik. Kornelia Drost-Siemon und Susanne Raphael informierten zu Beginn kompetent und nützlich über die Möglichkeiten und Tücken der Literaturrecherche, die am Anfang jedes Forschungsprojekts steht. Aus erster Hand über die bisweilen leidvollen Erfahrungen beim Schreiben einer medizinethischen Doktorarbeit berichtete Magdalena Kar. Sie gewährte den Teilnehmenden einen Einblick in Herausforderungen, die es immer wieder zu meistern gilt. Als letzten Teil der Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten sprach Marcus Düwell über die Anforderungen an das für eine wissenschaftliche Karriere unerlässliche Publizieren in Fachzeitschriften. Anschliessend referierte er über Vor- und Nachteile verschiedener methodischer Ansätze der Medizinethik und machte deutlich, dass diese überlegt gewählt sein müssen, um die zuvor gut definierte Forschungsfrage angemessen bearbeiten zu können. Ralf Stoecker fragte in der Folge, was Medizinethik ist und beantwortete die Frage in erhellender Weise im Lichte philosophischer Handlungstheo-