

# ASSISTANCE AU SUICIDE DANS LES ÉTABLIS- SEMENTS MÉDICO-SOCIAUX (EMS) ET LES INSTITUTIONS POUR ADULTES AVEC HANDICAP

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE



# 1. Suicide en Suisse

La Suisse possède un taux de suicide élevé par rapport aux autres pays. En 2009, 1105 personnes (827 hommes, 278 femmes) ont trouvé la mort en se suicidant (elles-mêmes). Alors que le taux de suicide avait nettement diminué depuis les années 1980 et était à peu près constant depuis 2003, le nombre de suicides accompagnés des personnes domiciliées en Suisse a augmenté en permanence, de moins de 50 par an en 1998 à près de 300 en 2009 (Office fédéral de la statistique OFS).

## Définitions

- On désigne par **suicide** une action par laquelle une personne envisage ou met elle-même fin à ses jours, la mort étant la conséquence immédiate de l'action correspondante.
- L'**aide au suicide** (ou **suicide assisté** ou **suicide accompagné**) désigne l'acte par lequel une personne est aidée par un tiers, par exemple par les organisations dites d'assistance au suicide telles que Exit ou Dignitas, qui lui fournit une substance létale ou le conseille et l'accompagne dans le cadre du suicide qu'elle envisage, mais la substance létale doit être prise par la personne qui souhaite se suicider. Dans les statistiques de l'OFS, on ne désigne par «suicide» que le fait de mettre fin à ses jours sans l'aide d'autres personnes, ce qui va à l'encontre de l'usage spécifique correct du terme, alors que le suicide assisté est désigné de manière équivoque par «assistance au décès».
- Par l'**aide à mourir passive**, on désigne l'acte par lequel on laisse libre cours au processus de mort naturelle en renonçant aux mesures qui prolongent la vie d'un patient.
- Par l'**aide à mourir active**, on désigne un acte par lequel une personne souhaitant mourir demande instamment à un tiers de mettre fin à ses jours en lui administrant un médicament létal.

En Suisse, l'assistance au suicide est admise par l'art. 115 CP, pour autant qu'elle ne résulte pas d'un mobile égoïste. Plusieurs organisations d'assistance au suicide se sont basées sur cette disposition juridique pour déployer leurs activités, ces dernières étant en progression et étant de mieux en mieux acceptées par la population.

L'assistance au suicide est un phénomène concernant principalement la classe d'âge des 55 à 95 ans (et surtout la classe des 75–85 ans). Les femmes sont davantage concernées que les hommes. Tandis que le nombre de suicides simples diminue à partir de 50 ans environ, celui des suicides assistés augmente régulièrement. Dans la classe des 85 ans et plus, le nombre des suicides assistés dépasse celui des suicides simples.

Les motivations de ces suicides de personnes âgées sont variables. Parmi les raisons indiquées par les personnes choisissant un suicide assisté avec l'aide d'Exit, la multimorbidité due à l'âge figure au deuxième rang. Les raisons déterminantes sont souvent des maladies chroniques physiques ou psychiques, en partie invalidantes, notamment des dépressions. La solitude, la perte d'autonomie et de possibilités de participation à la vie active, ainsi que le sentiment de n'être plus qu'une charge pour les autres jouent également un rôle. Elles peuvent conduire à une perte subjective de sens, d'espoir et de dignité.

## 2. Assistance au suicide comme thème de CURAVIVA Suisse

Pour diverses raisons exposées ci-après, l'assistance au suicide, et notamment la question de la gestion des demandes d'assistance au suicide dans les EMS et les institutions pour adultes avec handicap, représente un sujet important pour CURAVIVA Suisse et ses membres.

Par le passé, CURAVIVA Suisse et ses associations cantonales se sont ainsi régulièrement penchées sur ce sujet et ont pris position face à celui-ci:

- dans le document «Position de CURAVIVA Suisse sur le suicide et l'assistance au suicide dans les établissements médico-sociaux» de 2005;
- dans des prises de position et mises en consultation de la Confédération;
- dans des articles de la revue spécialisée «Curaviva» (cf. les numéros 3/2010 et 11/2012 consacrés à ce sujet).

Dans ces articles, l'accent est mis sur les points suivants, aspects qui caractérisent la **position de CURAVIVA Suisse** et qui s'appuient dans une grande mesure sur les prises de position de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) (n° 9/2005 et 13/2006):

- approbation de la réglementation juridique libérale en matière d'assistance au suicide en vigueur en Suisse (art. 115 CO: autorisation de l'assistance au suicide, ATF 133 I 58: droit de choisir soi-même sa mort et le moment de sa mort, un droit de l'homme garanti par la Commission européenne des droits de l'homme CEDH);
- empêchement d'abus potentiels de la part d'organisations d'assistance au suicide;
- respect de l'autonomie des personnes âgées et avec handicap, et de leur droit de décider elles-mêmes de la manière dont elles souhaitent terminer leur vie et du moment où elles souhaitent le faire;
- assurance de l'égalité de droit entre, d'une part, les résidentes et les résidents d'EMS et, d'autre part, les personnes âgées et avec handicap vivant chez elles;
- responsabilité de l'assistance aux résidentes et aux résidents, notamment en ce qui concerne leur souhait éventuel de mettre fin à leur vie. Cela comprend une prévention avisée du suicide au sein des EMS et des institutions pour adultes avec handicap, principalement par la conception de conditions de vie faisant considérer la vie comme valant la peine d'être vécue, même en cas de dépendance accrue de tiers. L'objectif premier des institutions doit toujours être de veiller à la vie et d'éviter autant que possible le suicide;
- rejet de la tendance consistant à considérer le suicide de personnes âgées et avec handicap comme étant de peu de gravité, contrairement à celui des jeunes, et à adopter une attitude compréhensive et prétendument libérale au lieu de s'efforcer d'éviter ces suicides par des mesures de prévention appropriées. L'acceptation de suicides de personnes âgées ne doit pas, notamment, être motivée par des raisons économiques;
- encouragement du développement des soins palliatifs destinés à lutter contre les douleurs et autres symptômes péjorants, susceptibles d'entraîner un désir de suicide;
- meilleur dépistage et optimisation des thérapies pour le traitement des dépressions selon les standards actuels;
- nécessité d'une prévention du suicide par la création de conditions-cadres sociales permettant aux personnes âgées de s'accepter et de ressentir une solidarité sociale, même dans des situations de dépendance élevée en matière de soins.

### 3. Défis actuels pour les institutions: réponses aux questions fondamentales et recommandations

L'autorisation, en 2001, d'organisations d'assistance au suicide dans les EMS de la ville de Zurich a notamment suscité des débats animés sur la gestion de l'assistance au suicide dans les institutions. Ces débats ont conduit certains organes responsables à adopter des directives similaires (cf. par exemple les solutions adoptées par les villes de Winterthour [2001] et Lucerne [2011/12]). Récemment (2012), c'est surtout la décision politique du canton de Vaud, selon laquelle tous les EMS financés par des deniers publics sont tenus d'accepter l'assistance au suicide dans leurs locaux, qui a suscité de nouveaux débats.

De tels développements mettent les institutions au défi de revoir leur attitude face à l'assistance au suicide et de définir la procédure pour le cas où une assistance au suicide serait mise en œuvre chez eux. Cela entraîne une série de questions fondamentales.

#### 3.1 LES EMS DOIVENT-ILS AUTORISER L'ASSISTANCE AU SUICIDE?

La question de savoir si les EMS et les institutions pour adultes avec handicap doivent autoriser des organisations d'assistance au suicide à agir dans leurs propres locaux fait partie, selon la CNE, des questions les plus difficiles dans ce contexte.

Les raisons suivantes parlent **pour** une telle autorisation:

- le respect de l'autonomie des personnes âgées et de leur droit de décider elles-mêmes de la manière dont elles souhaitent mettre fin à leur vie, du lieu et du moment où elles souhaitent le faire;
- l'égalité de droit entre, d'une part, les résidentes et les résidents d'EMS et, d'autre part, les personnes âgées vivant encore chez elles;
- le fait que l'EMS représente leur chez-soi pour la plupart des résidentes et des résidents et qu'il ne paraît pas très humain de les expulser de leur chez-soi pour un suicide assisté.

Les raisons suivantes parlent **contre** une telle autorisation:

- le fait qu'un suicide assisté est contraire à l'éthique professionnelle fondamentale des soignants et à l'engagement de l'institution de veiller au bien-être de ses résidentes et de ses résidents, ce qui pourrait entraîner une charge psychique et morale insupportable pour le personnel;
- le fait que les résidentes et les résidents puissent être troublés par un suicide assisté et potentiellement tentés d'imiter ce geste («effet Werther»).

Ces deux contre-arguments ne résistent toutefois guère à un examen plus attentif: le décès d'une personne est toujours une charge pour le personnel et les autres résidentes et résidents, qu'elle décède dans une institution ou dans la chambre d'une organisation d'assistance au suicide, que ce soit de mort naturelle ou dans le cadre d'un suicide assisté. Supporter cette charge fait partie des défis normaux de la vie commune et du travail professionnel dans une institution. De plus, l'acceptation des décisions d'une personne requérant des soins, même si ces décisions ne correspondent pas à ses propres valeurs, fait partie des exigences professionnelles élémentaires posées au personnel soignant.

CURAVIVA Suisse ne veut pas intervenir sur la décision des EMS et des institutions pour adultes avec handicap d'autoriser ou non l'assistance au suicide dans leurs locaux, mais soutient la recommanda-

tion de la CNE: «Dans la mesure où un résident demande le suicide assisté et qu'il ne dispose pas d'un lieu de vie autre que ladite institution, il devrait pouvoir accomplir son acte en ce lieu, si cela est possible. Il en va autrement d'un établissement entièrement privé qui n'accueillerait que les résidents ayant été informés, lors de leur admission, que le suicide assisté est refusé en son sein.»

Les EMS et les institutions pour adultes avec handicap qui n'acceptent pas l'assistance au suicide dans leurs locaux doivent le communiquer clairement et de manière transparente dans le cadre de la procédure d'admission dans l'institution.

### 3.2 DANS QUELLE MESURE LE PERSONNEL DOIT-IL PARTICIPER AUX PRÉPARATIFS ET À LA RÉALISATION DU SUICIDE ASSISTÉ?

Que le suicide assisté par une organisation d'assistance au suicide soit admis ou non dans une institution, on appliquera les principes suivants:

- Une séparation claire des rôles et des tâches, d'une part, de l'institution et des soins et, d'autre part, de l'organisation d'assistance au suicide est utile. Les collaboratrices et les collaborateurs du home s'engagent jusqu'au bout pour que les résidentes et les résidents disent oui à la vie et puissent la mener à terme avec la plus grande qualité de vie possible. Les représentants d'organisations d'assistance au suicide apportent leurs conseils et leur soutien aux suicidaires pour la préparation et la réalisation du suicide assisté.
- Ainsi, le personnel de l'institution ne participe en aucune manière à la préparation d'un suicide assisté.
- Conformément à une position unanime de la profession, l'assistance au suicide ne fait pas partie des tâches médicales ou de soins (cf. prise de position de l'Association suisse des infirmières et infirmiers ASI et de l'Académie suisse des sciences médicales ASSM). Si des médecins ou des soignants et des assistants souhaitent malgré tout participer à un suicide assisté, ils doivent le faire en tant que privés, en dehors de l'institution dans laquelle ils travaillent.
- Si un soignant souhaite être présent lors de la réalisation d'un suicide assisté, et cela à la demande expresse de la personne suicidaire, afin de lui offrir un accompagnement, il doit le faire en tant que privé, en dehors de ses heures de travail.

### 3.3 EN QUOI CONSISTE L'OBLIGATION D'ASSISTANCE D'UNE INSTITUTION ENVERS SES RÉSIDENTES ET SES RÉSIDENTS?

Le souhait d'une résidente ou d'un résident de mettre fin à sa vie au moyen d'un suicide assisté entraîne des obligations d'assistance dans trois domaines différents:

#### 3.3.1 Prendre au sérieux le désir de suicide, sans aucun jugement moral

Le désir d'assistance au suicide ne doit être ni rejeté, ni approuvé sur une base morale. Prendre au sérieux un désir de suicide ne se limite pas à le saluer, à l'encourager ou à le soutenir! La personne suicidaire doit trouver de l'empathie et de l'attention, et pouvoir parler ouvertement de son intention avec les responsables de l'institution ou des soins.

#### 3.3.2 Analyser la situation en matière de soins et d'assistance: de quelle manière pourrait-on éventuellement pallier le désir de suicide?

Les responsables des institutions sont tenus de faire tout le nécessaire pour que les personnes surmontent leur désir de suicide et puissent mourir de mort naturelle. Dans ce cadre, il s'agit d'analyser de manière critique les soins et l'assistance pratiqués:

- Toutes les maladies entraînant des souffrances ont-elles été diagnostiquées et traitées de manière adéquate, aussi bien les maladies somatiques que psychiques? On sait, par exemple, que les dépressions des personnes âgées échappent souvent au diagnostic ou ne sont pas

traitées de manière adéquate. Des études psychiatriques estiment que le désir de suicide est lié, dans 90 à 95 % des cas, à des maladies psychiques.

- A-t-on mis en place un traitement de qualité des symptômes (douleurs, agitation, angoisses, difficultés respiratoires, etc.) selon les standards actuels des soins palliatifs?
- La personne suicidaire a-t-elle obtenu suffisamment d'attention et d'estime?
- Le désir de suicide est-il éventuellement lié à des problèmes sociaux, matériels ou spirituels non résolus, et qui pourraient être résolus avec une aide compétente?
- La personne suicidaire connaît-elle des possibilités alternatives, notamment celle de l'euthanasie passive (y compris le renoncement à toute nourriture et boisson ainsi qu'aux médicaments et thérapies en cours)?

Des soins et une assistance de qualité doivent être assurés jusqu'au bout à une personne souhaitant mettre fin à sa vie au moyen d'un suicide assisté, et cette personne doit avoir la possibilité de renoncer à tout moment au suicide prévu.

### **3.3.3 Contrôler les conditions de base pour un suicide assisté: l'organisation d'assistance au suicide respecte-t-elle les normes éthiques fondamentales?**

Le contrôle des conditions de base pour un suicide assisté est en principe du ressort de l'organisation d'assistance au suicide. Malgré cela, l'institution devrait considérer comme partie intégrante de son obligation d'assistance le contrôle que les conditions de base sont réunies. Dans ce cadre, il s'agit notamment de s'assurer des points suivants:

- que la personne suicidaire est capable de discernement en ce qui concerne le désir d'un suicide assisté;
- que son désir de suicide résulte d'une réflexion approfondie et s'avère;
- que son désir de suicide résulte de graves souffrances et non d'une maladie psychique pouvant être traitée;
- que le désir de suicide est l'expression d'une volonté librement formée et ne résulte pas de pressions de tiers.

En cas de doute sur l'un ou plusieurs de ces points, on attirera explicitement l'attention de l'organisation d'assistance au suicide sur ceux-ci, afin qu'elle puisse contrôler soigneusement si les conditions pour un suicide assisté sont réellement réunies dans le cas d'espèce.

## 4. Responsabilité sociale

Dans notre société, on ne peut ignorer la tendance à considérer la vie des personnes très âgées et avec handicap comme de moindre valeur ou sans dignité, et ces personnes elles-mêmes comme étant avant tout l'un des facteurs principaux de l'augmentation des coûts de la santé. Associée à une tolérance largement répandue et doublée de compréhension pour le phénomène du suicide des personnes âgées, cette tendance peut conduire à une attitude sociale exerçant une pression sur les personnes âgées, malades et avec handicap, et requérant des soins, pour qu'elles fassent usage de la possibilité du suicide assisté, largement accepté par la société (dans le sens d'un «départ en temps opportun et socialement responsable»).

En accord avec les recommandations de la CNE, CURAVIVA Suisse est résolument opposée à de telles tendances et défend avec force une culture de la solidarité envers les personnes âgées (cf. la «Charte de la société civile pour des relations dignes avec les personnes âgées» publiée par CURAVIVA Suisse en 2010). En font partie des soins palliatifs professionnels et de qualité, qui n'incitent pas les gens au suicide, mais les aident du mieux possible à supporter leurs conditions de vie, malgré les limitations liées à la maladie. De tels soins palliatifs ne peuvent toutefois être mis en place que si l'on dispose des ressources nécessaires. Il faut par conséquent saluer le fait que la Confédération souhaite accroître ses efforts pour la prévention du suicide et la promotion des soins palliatifs (cf. le rapport du Conseil fédéral «Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide» de juin 2011).

Adopté le 12 mars 2013 par le GT Direction des thèmes de CURAVIVA Suisse.

### BIBLIOGRAPHIE

ASSM, Directives médico-éthiques: Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, Bâle 2004

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, L'assistance au suicide (Prise de position No 9/2005). Download: [www.bag.admin.ch/nek-cne](http://www.bag.admin.ch/nek-cne) > Publication > Prises de position

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Les critères de diligence concernant l'assistance au suicide (Prise de position n° 13/2006). Download: [www.bag.admin.ch/nek-cne](http://www.bag.admin.ch/nek-cne) > Publication > Prises de position

CURAVIVA Suisse, Dossier thématique «Assistance organisée au suicide en EMS». Download: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch) > Informations spécialisées > Dossiers thématiques > Assistance organisée au suicide

CURAVIVA Suisse, Charte de la société civile pour des relations dignes avec les personnes âgées, Berne 2010. Download: [www.curaviva.ch](http://www.curaviva.ch) > Informations spécialisées > Publications

Office fédéral de la statistique (OFS), Statistique des causes de décès 2009; Assistance au suicide et suicide en Suisse (Actualités OFS). Download: [www.statistique.admin.ch](http://www.statistique.admin.ch) > Thèmes > 14 Santé > Mortalité, causes de décès

Revue spécialisée «Curaviva», mars 2010: Dossier «L'Assistance au suicide» (voir aussi n° 11/2012 en allemand)

ASI, L'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers (Position éthique 1), Berne 2005. Download [www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflege-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%201%20de%20fran%20z%20sisch.pdf](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflege-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%201%20de%20fran%20z%20sisch.pdf)

Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide. Rapport du Conseil fédéral, Berne, juin 2011. Download: [www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/ber-br-f.pdf](http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/ber-br-f.pdf)

Sites web des associations cantonales de CURAVIVA Suisse

**CURAVIVA.CH**

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ  
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES  
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI  
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS