



Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine
Commissione nazionale d'etica per la medicina
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

« L'assistance au suicide »

Prise de position n° 9/2005

Approuvé par la Commission
le 27 avril 2005

Table des matières

Préface	5
Résumé	7
I. Introduction	9
I.1 Situation juridique	9
I.2 Contexte de cette prise de position	10
I.3 Délimitation du sujet de la prise de position	13
I.4 Conflit de valeurs en médecine	15
II. Perspective générale – aspects historiques, juridiques, géographiques, politiques et éthiques	16
II.1 Le suicide dans l’histoire de l’éthique	16
a) Le suicide comme « péché »	16
b) Le suicide comme « crime » dans l’Antiquité classique et pré-chrétienne	17
c) Premières critiques de l’interdit du suicide	18
II.2 La position des Eglises à propos de l’assistance au suicide	20
II.3 Sociologie du suicide	22
II.4 Epidémiologie du suicide	24
a) Suicides	24
b) Tentatives de suicide	26
c) Facteurs influençant la tendance au suicide: aspects psychologiques et psychiatriques	27
II.5 Prévention du suicide	29
II.6 Origine, interprétation et contexte de l’art. 115 CP	31
II.7 Le débat actuel (1970–2004) sur l’art. 115 CP	36
II.8 Situation juridique dans différents pays	40
II.9 Les arguments éthiques du débat	43
a) Les arguments éthiques du débat	43
b) Les arguments en faveur du suicide médicalement	44

Impression :

Editeur :	Commission nationale d’éthique pour la médecine humaine NEK-CNE
Président :	Prof. Christoph Rehmann-Sutter
Direction de la production :	lic. phil. Georg Amstutz, secrétaire scientifique
Administration :	Csongor Kozma, secrétaire NEK-CNE
Rédaction finale :	Dr. Caroline Krüger, lic. phil. Georg Amstutz, Csongor Kozma
Graphique et layout :	werbwerkstatt.ch, Berne
Adresse de référence :	www.nek-cne.ch ou secrétariat NEK-CNE, c/o OFSP, 3003 Berne
Contact :	nek-cne@bag.admin.ch

Le rapport est publié en français et allemand.
Un résumé du texte est disponible en italien et en anglais.

© Berne, Juillet 2005
Reproduction sous mention de la source

La Commission remercie tout particulièrement le groupe de travail NEK-CNE-“assistance au suicide” pour son travail rédactionnel. Le groupe était composé des membres de la Commission suivants : Dr. Carlo Foppa, Prof. Jean-Claude Chevrolet, Prof. Alberto Bondolfi, Mme Christiane Augsburger, Prof. Olivier Guillod, Prof. Daniel Hell
La Commission nationale d’éthique pour la médecine humaine remercie les très nombreuses personnes et institutions qui, directement ou indirectement, ont participé à l’élaboration de ce document : Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Prof. Franco Cavalli, Marcia Leventhal, Monica Fliedner, Dr. Bara Ricou, Dr. Georg Bosshard

III. Discussion au sein de la CNE-NEK	46
III.1 Art 115 CP : un espace de liberté.....	46
III.2 L'ambivalence éthique de l'assistance au suicide	47
III.3 L'art 115 CP en lien avec les codes déontologiques médical et infirmier.....	48
III.4 Autodétermination et assistance.....	49
III.5 Critères éthiques envisageables encadrant l'assistance au suicide.....	50
a) Pourquoi des critères sont-ils nécessaires ?.....	50
b) Faut-il établir des critères éthiques ou juridiques ?	51
c) Critères à considérer	51
III.6 Cas particuliers	56
a) Suicide assisté chez les personnes souffrant de maladie atteints psychique ...	56
b) Le suicide assisté chez les mineurs	59
c) Associations spécialisées dans l'assistance au suicide	61
d) Le « tourisme de la mort »	62
IV. Recommandations de la CNE	63
1 – Deux pôles	64
2 – Assistance au suicide et meurtre sur demande.....	65
3 – Impunité de l'assistance au suicide	66
4 – Une décision toujours liée à une situation personnelle et particulière	67
5 – Les organisations d'assistance au suicide	68
6 – Maladies psychiques	69
7 – Enfants et adolescents.....	70
8 – Hôpitaux et établissements médico-sociaux	71
9 – Professionnels de santé	72
10 – Suicidants en provenance de l'étranger.....	73
11 – Risques liés aux changements sociétaux.....	74
12 – Besoin de réglementation juridique	75
V. Bibliographie	76

Préface

Les travaux de la Commission nationale d'éthique (CNE/NEK) portent depuis 2002 sur les problèmes relatifs aux décisions de fin de vie. Il sera ici prioritairement question de l'assistance au suicide, et ce pour deux raisons. En premier lieu, le débat a été largement ouvert en Suisse sur la réglementation juridique des décisions relatives à la fin de vie. Il s'est agi de savoir si l'on peut encore considérer comme non punissable le fait de donner la mort ou de l'aider à se donner la mort à quelqu'un qui en fait la demande dans des circonstances déterminées, par exemple lorsqu'un patient ou une patiente souffre beaucoup et qu'il n'est plus possible d'envisager une amélioration de sa qualité de vie. Or, alors que l'assistance au suicide « pour un motif non égoïste » est, en Suisse, non punissable et qu'elle est pratiquée, force est de constater qu'elle n'a pas encore fait l'objet d'un débat du point de vue de l'éthique médicale et de l'éthique politique.

En second lieu, l'assistance au suicide est à l'heure actuelle un sujet à propos duquel la société s'interroge alors qu'il demeure beaucoup d'incertitude dans le débat. Y a-t-il une grande différence entre un suicide assisté où le malade est l'acteur de son propre décès et euthanasie, ou une tierce personne administre une drogue mortelle à la demande d'un patient? Les organisations d'assistance au suicide peuvent-elles avoir accès aux homes pour personnes âgées ou aux cliniques? Jusqu'à quel point les membres du corps médical peuvent-ils soutenir leurs patient-e-s dans leur demande lorsque celle-ci consiste à mettre un terme à leur existence et à ce qu'on les aide à y parvenir? Les suicidants, souvent des personnes gravement malades, sont toujours plus nombreux à venir de l'étranger pour bénéficier en Suisse des prestations légalement autorisées que fournissent les organisations d'assistance au suicide. Comment le législateur et les autorités doivent-ils appréhender ce phénomène? Ces questions, et quelques autres interrogations connexes, suscitent des discussions empreintes de passion, traversées de controverses et remplies d'inquiétude.

Toutes ces questions mettent en jeu les fondements de la responsabilité interindividuelle. Qu'est-ce qu'aider autrui, lorsque ce dernier se trouve dans une situation désespérée et qu'il ne voit pour issue que la mort? En quoi consiste le droit à une vie et à une mort librement déterminées? Où se situent les limites du droit? Pour les professionnels de la santé, ces questions sont situées au cœur de l'éthique médicale. Les professions de la santé peuvent-elles envisager s'engager pour un autre enjeu que celui du maintien de la vie? Des questions non moins fondamentales se posent également sur le plan politique. Quels sont les cadres juridiques nécessaires pour garantir aux personnes concernées le respect et l'humanité qu'on leur doit? Qu'entend concrètement en l'occurrence par « respect » et « humanité »? Il paraît évident que ces questions ne peuvent être détachées du contexte qui les a fait surgir. Outre les transformations que les circonstances de la mort ont connues avec leur médicalisation, laquelle détermine massivement les choix humains en ce domaine, outre l'acceptation de plus en plus large dont bénéficient toujours davantage l'activité des organisations spécialisées dans l'accompagnement des mourants parmi la population, il faut encore prendre la mesure des conséquences qu'entraîneront l'évolution démographique (plus de personnes âgées) et les limites des ressources allouées à la santé.

En s'impliquant dans cette discussion, la Commission nationale d'éthique est ainsi en conformité avec son mandat, favoriser un débat public et apporter des arguments aux instances politiques. Les questions éthiques qui entourent le moment de la mort nous concernent chacun très personnellement. Elles ne sauraient se régler en prenant en compte les réponses de certains experts seulement. Nombre de personnes estiment disposer à ce sujet de réponses adéquates, beaucoup y ont

intensément réfléchi ou ont grandement appris de l'expérience vécue lors de la mort d'un proche. La plupart s'inquiètent de ce que, lorsque viendra leur heure, leur propre volonté ne vienne à compter pour rien. La Commission ne veut ni ne peut mesurer la qualité de ces réflexions éminemment personnelles. Ce n'est pas son rôle. Elle voit plutôt sa tâche comme consistant à clarifier les conditions-cadres à partir desquelles la société pourra fonder sa réflexion et prendre ses décisions. C'est pourquoi la dimension publique de ce débat prend un tour si important et, en même temps, si délicat.

Les membres de la Commission ont essayé de travailler dans cet esprit. Le 5 mai 2004, la Commission a tenu une séance publique à Berne pour les membres des Chambres fédérales, lors de laquelle elle a présenté une série de thèses en explicitant les enjeux pour les élu-e-s politiques. En dix thèses, le cœur des positions de la Commission à propos de l'assistance au suicide a été rendu public et soumis à la discussion lors d'un symposium organisé les 17 et 18 septembre 2004, à Zurich. A cette occasion, de nombreux points de vue émanant de différents groupes de la société, suisses ou étrangers, ont pu être débattus. Les résultats des débats menés lors de ces manifestations ont été utiles à la Commission pour réviser et pour étayer ses thèses. C'est ainsi que nous nous proposons de présenter ici nos recommandations aux autorités ainsi qu'au public.

Il s'agit de considérer nos prises de position comme une étape supplémentaire : la Commission entend ainsi contribuer au débat en tentant de l'éclairer, mais sans prétendre en rien épuiser le sujet. Nous avons tenté, au fil d'un processus qui a formé petit à petit notre avis, non sans tensions ni controverses, de rendre justice en profondeur à la diversité des perspectives éthiques présentes dans nos rangs et dans la société suisse.

Christoph Rehmann-Sutter, Février 2005

Résumé

L'assistance au suicide pose une question sociale, juridique et éthique complexe. Le présent rapport fait état de la situation juridique actuelle, surtout en relation avec l'art. 115 du Code pénal (CP) et avec son interprétation dans la pratique. Cette problématique est discutée dans une perspective éthique et critique, de manière à proposer au législateur et aux praticiens du droit une série de recommandations concrètes. Auparavant, différents cadres d'analyse sont présentés. Ils relèvent de ces multiples points de vue historique, médical, sociologique, politique et éthique. Ceux-ci ont leur importance quand on veut porter un jugement sur la situation présente et formuler des recommandations à son propos.

La Commission nationale d'éthique (CNE/NEK) éprouve une profonde ambivalence au sujet de l'assistance au suicide. Cette procédure conduit à une situation conflictuelle pour les proches et, de manière particulière, pour les membres des professions médicales. Les dilemmes éthiques qu'elle pose en pratique sont délicats. La Commission est d'avis que la solution à ces dilemmes ne se trouve pas sur un plan théorique et général, mais seulement dans la complexité de chaque cas particulier. De même, la personne à qui s'adresse la demande de contribuer à l'assistance à un suicide doit prendre une décision en conscience. L'aide au suicide ne saurait donc devenir une procédure routinière. Il n'existe aucune règle générale qui puisse simplement s'appliquer dans la pratique pour justifier et conduire une aide au suicide. Deux valeurs fondamentales sont essentielles quand on veut considérer l'aspect personnel de l'éthique de l'assistance au suicide et les mesures à prendre aux niveaux juridique et institutionnel. Ces valeurs mettent en tension deux pôles opposés: la sollicitude pour l'être souffrant qui a perdu tout espoir, d'une part, et le respect à l'égard de sa libre autodétermination, d'autre part. Les recommandations ou régulations que l'on pourrait proposer n'ont pas vocation à donner l'avantage à l'un ou à l'autre de ces deux pôles; elles doivent juste en tenir compte et faire prendre conscience de l'existence de cette tension.

Du point de vue éthique, il s'agit de distinguer la situation où il est question d'un suicide assisté et celle où il en va d'une euthanasie à la demande d'un malade, même si les actes pratiqués dans ces deux situations peuvent être assez semblables. Pour des raisons éthiques, la Commission soutient la réglementation suisse en vigueur sous la forme de l'art. 115 CP, d'après lequel l'assistance au suicide est légale tant qu'elle n'est pas motivée par des mobiles égoïstes. Elle ne préconise donc aucune modification de la règle pénale sur ce point, mais elle recommande de l'encadrer par des textes législatifs complémentaires. Pour traiter correctement les problèmes que suscite l'assistance au suicide, la Commission estime nécessaire de placer cette délicate question sous la surveillance de l'Etat. L'objectif recherché est de garantir que des critères de qualité seront dûment observés lors de la vérification de la pertinence des décisions qui pourraient être prises et de la conformité de la procédure à des règles éthiques que nous décrivons plus loin.

La Commission aborde dans la suite du texte des problèmes particuliers comme la question de savoir si l'aide au suicide peut être effectuée auprès de personnes souffrant de maladies psychiques. Elle observe à ce propos une attitude prudente et elle réclame une priorité au traitement psychiatrique et à l'approche psychothérapeutique. Quand le désir de mettre fin à ses jours est l'expression ou le symptôme de la maladie psychique dont souffre la personne, l'assistance au suicide doit être exclue. Cette position écarte en principe les malades psychiques, bien qu'il faille toujours examiner chaque cas pour lui-même. D'autres questions concernent les mineurs capables de discernement, l'assistance au suicide dans les hôpitaux et dans les EMS (établissements médico-sociaux), les implications qui s'ensuivent

pour les membres des professions de soins et ce qu'on appelle le « tourisme de la mort ». La Commission relève avec fermeté les risques sociaux qu'entraînerait une pratique élargie du suicide assisté. Comme l'offre en soins palliatifs, l'encadrement des soins aux personnes dépendantes et qui requièrent une prise en charge doit être conçu de manière à ce qu'il ne suscite pas à quiconque le désir de mettre fin à ses jours. Le suicide ne doit pas devenir un moyen d'échapper à bon marché à l'évolution des coûts de la santé. Il est de la responsabilité de la société de prévenir le suicide, ce qui ne se résume pas à fixer des limites juridiques ; encore faut-il que la société soutienne le personnel soignant et les personnes accompagnant les personnes tentées par le suicide.

Précision sur le statut du texte

Les recommandations du chapitre IV ont été discutées, puis arrêtées, phrase après phrase par la Commission et elles constituent par conséquent ses lignes directrices. Les chapitres I-II-III n'ont pas été rédigés de la même manière : ils ont fait l'objet de plusieurs versions discutées en profondeur, maintes fois modifiées, revues et corrigées au fil de relectures successives, étayées par des points de vue complémentaires, le but étant qu'ils représentent l'éventail de l'expérience et de la réflexion des membres de la Commission et qu'ils conduisent à la prise de position du chapitre IV.

I. Introduction

I.1 Situation juridique

L'incitation et l'assistance au suicide demeurent, dans le droit suisse, non punissables, sauf si elles procèdent d'un intérêt égoïste.

Art. 115 CP : *Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.*

Cet article du Code pénal règle exclusivement la participation d'un tiers à un suicide non conforme à la disposition législative. Il établit comme punissable la position particulière de la participation au suicide pour mobile égoïste (all. : « aus selbstsüchtigen Beweggründen », it. : « per motivi egoistici »), et il laisse par conséquent toute participation au suicide non punissable, dès lors qu'elle ne poursuit aucun mobile égoïste. Cette norme pénale est à l'heure actuelle d'une grande portée pratique, puisqu'elle fixe ainsi aux organisations d'assistance au suicide comme Exit ou Dignitas la ligne démarquant l'aide au suicide légale de l'aide au suicide punissable.¹

Par « participation » au suicide, la norme pénale comprend l'incitation et l'assistance (all. : « Verleitung und Beihilfe », it. : « istigazione e aiuto »).

Selon la doctrine du droit pénal, il y a « incitation » quand une personne a décidé autrui à se tuer. L'incitation suppose donc qu'autrui s'est suicidé (1) de son propre fait [tatherrschaftlich] et (2) en toute conscience [eigenverantwortlich]. Les conditions objectives de cet acte sont les mêmes que pour l'instigation, d'après l'art. 24 CP.

L'assistance requiert, du point de vue objectif, une relation causale entre l'aide et le suicide, tenté ou consommé. Le suicide lui-même est l'acte de se tuer, commis de son propre fait et en toute conscience [tatherrschaftlich und eigenverantwortlich] par la personne désirant mourir. Le lien de causalité peut consister en la préparation des moyens létaux. D'après l'art. 25 CP, il peut être compris comme une complicité, y compris quand il consiste en un soutien psychologique.

Du point de vue subjectif, l'assistance doit être intentionnelle. Plus précisément, il s'agit premièrement d'un dol éventuel [Eventualvorsatz] par rapport au suicide commis par le suicidant de son propre fait et en toute conscience, ainsi que d'un dol éventuel s'appliquant aussi bien à l'instigation qu'à l'assistance. Deuxièmement, le prévenu doit avoir agi pour des mobiles égoïstes. D'après la doctrine dominante, il suffit que la participation au suicide soit indifférente pour réfuter cette caractéristique de l'action. Il y a mobile s égoïste s lorsque la personne a agi en poursuivant un avantage personnel. Les avantages personnels peuvent être de nature matérielle (par exemple obtenir un héritage ou voir ses frais d'entretien pris en charge), mais aussi de nature intellectuelle ou affective (par exemple, soulager sa haine, assouvir son désir de vengeance ou donner libre cours à sa méchanceté). Avec cette restriction subjective aux mobiles égoïstes attachés à l'acte, la participation au suicide devient en partie une possibilité impossible [partiellen Verbotslösung] et ne peut être punissable qu'en de rares exceptions. L'assistance au suicide menée par les organisations d'assistance au suicide reste en règle générale non punissable, par absence de mobiles égoïstes.

¹ Voir: C. Schwarzenegger, "Art. 111-117 (Tötung)" in : M. C. Niggli/ H. Wiprächtiger (éd.): Basler Kommentar. Strafgesetzbuch II. Art. 111-401 StGB., p. 64 - 69 (bibliographie), Bâle, 2003.

La détermination distinguant l'incitation et l'assistance se rapporte à toutes les personnes, indépendamment de leur profession, de leur formation ou de leur insertion institutionnelle. Elle ne tient pas compte des contextes particuliers ni des situations dans lesquelles les personnes émettent le vœu d'être soutenues lors de leur suicide; elle vaut donc d'une manière générale. Cela signifie que chacun est en principe libre d'offrir ses services y compris pour l'accomplissement d'un suicide, tant qu'aucun mobile égoïste n'entre en ligne de compte dans cette offre. Le droit pénal laisse donc une marge de manœuvre très large.

La notion de „suicide“ vient toutefois constituer un cadre externe à l'application de l'art. 115 CP. Dans son acception pénale, qui est plus restrictive que dans le langage courant, le suicide implique une autodétermination. Si le suicidant n'agit pas de lui-même, son acte ne peut être considéré comme un suicide, même si, du point de vue purement matériel, il se présente comme tel. L'autodétermination suppose tout à la fois capacité de discernement et liberté de décision. C'est pourquoi lorsqu'une personne souffrant de trouble psychique, ou en état d'ébriété, ou incapable de discernement du fait d'une grave maladie psychique désire mettre fin à ses jours et qu'on l'assiste dans son suicide, cette situation tombe hors du domaine d'application de la disposition de l'art. 115 CP.

Entre 1960 et 1998, seules huit condamnations pour incitation et assistance au suicide ont été prononcées, dont cinq entre 1991 et 1993.² Au regard du nombre de jugements prononcés, l'art. 115 CP tient donc une place ténue. Sa pertinence pratique se situe bien plutôt dans la délimitation qu'elle offre à la définition de l'assistance au suicide légalement autorisée.

1.2 Contexte de cette prise de position

L'élaboration de la présente prise de position de la CNE/NEK fait suite à une série d'événements.

La constatation d'abus dans la pratique de l'accompagnement des mourants. Une part importante des suicides assistés par des organisations spécialisées en ce domaine consiste en des cas loin d'être médicalement désespérés. Une étude récente a ainsi montré que 21% des 748 suicides assistés entre 1990 et 2000 par l'association Exit de Suisse alémanique ne présentaient pas des situations que l'on peut considérer comme médicalement intraitables : polyarthrite, ostéoporose, arthrose, douleurs chroniques, cécité, asthénie générale, maladies psychiques dans neuf cas, pour la plupart des dépressions.³ D'aucuns ont tenu une bonne part de ces pratiques pour des abus et ont entamé des démarches pour lancer une révision de l'art. 115 CP. Une initiative parlementaire introduite le 14 mars 2001 par la conseillère nationale Dorle Vallender (IP 01.407) exigeait que l'incitation soit punissable en règle générale et que l'on restreigne la définition de l'assistance au suicide en l'interdisant au corps médical et au personnel soignant, l'assistance au suicide restant non punissable pour l'entourage du suicidant; en ce qui concerne les organisations d'assistance au suicide, leurs activités devaient être soumises à un régime d'autorisation, l'Etat étant chargé de les surveiller, etc. Cette proposition fut rejetée après débat, le 11 décembre 2001.⁴ Du point de vue éthique, la question de savoir à quelles conditions l'assistance au suicide mérite d'être considérée comme abusive restait sans réponse claire.

² Schwarzenegger, op. cit., p. 64.

³ G. Bosshard, E. Ulrich, W. Bär: « 748 Cases of Suicide Assisted by a Swiss Right-to-Die Organization », in: Swiss Medical Weekly 133 (2003) p. 310-317.

⁴ Amtliches Bull NR 2001, 1835

Tentatives de révision et projet de loi sur l'accompagnement des mourants et sur la médecine palliative. Depuis la motion déposée par le conseiller national Victor Ruffy en 1994 pour un nouvel article 115 CP, la réglementation sur l'assistance au suicide est demeurée en marge de la question, fort controversée, de l'assistance aux mourants. En mars 1999, un groupe de travail sur l'assistance aux mourants, présidée par la Conseillère aux Etats Josi J. Meier, a adressé un rapport au Département fédéral de justice et police qui demandait que l'euthanasie sur demande fût non punissable dans certaines circonstances. Toutefois, le rapport proposait qu'on ne modifie pas l'art. 115 à propos du suicide assisté. Le Conseil fédéral déclina cette proposition le 5 juillet 2000.

A la suite de plusieurs interpellations parlementaires (de Mario Cavalli, Dorle Vallender, Guido Zäch et consorts), la Conseillère fédérale Ruth Metzler sollicite, dans une lettre datée du 4 juillet 2003, la CNE/NEK afin qu'elle examine, du point de vue éthique et juridique, l'ensemble de la problématique posée par l'accompagnement des mourants, y compris l'assistance au suicide, et qu'elle élabore des propositions en vue d'une réglementation légale. Le programme de législature du Conseil fédéral élu en décembre 2003 relégua ce projet de réglementation en matière d'accompagnement des mourants loin derrière d'autres priorités, et le mandat de la CNE/NEK fut laissé en jachère par le nouveau chef du Département de justice et police, le Conseiller fédéral Christoph Blocher. On doit pourtant partir de l'idée que les besoins exprimés par les diverses interpellations sont demeurés inchangés.

Demande d'assistance au suicide de la part de personnes souffrant de maladie psychique. Une statistique interne de l'organisation Exit a montré qu'une dépression s'ajoute à une maladie somatique dans 24 cas sur 132 personnes interrogées.⁵ On apprit en 1998 qu'un médecin oeuvrant pour Exit avait prescrit à Bâle une dose de barbiturique à une femme de 29 ans souffrant de maladie psychique. L'intervention du médecin cantonal et le retrait de l'autorisation de pratiquer empêchèrent le suicide.⁶ Par la suite, Exit a décidé d'observer un moratoire sur tout accompagnement de suicide auprès de malades psychiques et a lancé le débat sur les procédures à mettre en place à ce propos.

Tourisme de la mort. Dans le canton de Zurich, et depuis plus récemment dans le canton d'Argovie, l'organisation d'assistance au suicide Dignitas offre un accompagnement vers la mort à un nombre de plus en plus important de personnes en provenance de l'étranger. D'après les données de la police municipale de Zurich, leur nombre était de trois en l'an 2000, 37 en 2001, 55 en 2002 et 91 en 2003.⁷

Augmentation du nombre de suicides assistés par des organisations. Le nombre de décès enregistrés par Exit a triplé en passant de 110 durant la période de 1990-1993 à 389 durant les années 1997-2000.⁸

Assistance au suicide dans les hôpitaux et dans les homes pour personnes âgées. Depuis le 1^{er} janvier 2001, la municipalité de Zurich autorise le suicide assisté dans les institutions hospitalières et dans les homes pour personnes âgées de la ville. Une recommandation récente de la Chambre de l'éthique de l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) prévoit que l'on peut pratiquer un suicide assisté dans les hôpitaux et dans les EMS, si le suicidant ne dispose plus d'un domicile privé.⁹

⁵ E. A. Ulrich, « Exit » Beihilfe zum Suizid zwischen 1990 und 2000, Diss. Med. Uni Zürich 2002, p. 24. Cf. G. Bosshard, M. Kiesewetter, K. P. Rippe et C. Schwarzenegger, Suizidbeihilfe bei Menschen mit psychischen Störungen – unter besonderer Berücksichtigung der Urteilsfähigkeit. Expertenbericht zu Händen von EXIT-Deutsche Schweiz, Zürich 2004, p. 5.

⁶ Schwarzenegger, op. cit. p. 69 (avec références).

⁷ NZZ am Sonntag, 22 février 2004.

⁸ G. Bosshard et al. : « 748 cases... » op. cit.

⁹ A.-L. Jotti-Arnold et al. : « Assistance au suicide en EMS. Recommandations éthiques et pratiques de la Chambre de l'éthique de l'AVDEMS », dans : Revue Médicale Suisse No. 1, 5 janvier 2005.

Modification de la mort par la médecine moderne. La médecine a toujours plus de moyens permettant de prolonger la vie et de retarder la mort. Aussi, le caractère des maladies mortifères s'en trouve modifié. Même sous traitements médicaux optimaux, certaines maladies peuvent si profondément affecter la qualité de vie que ceux qu'elles touchent estiment que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Aussi, de plus en plus de personnes émettent le vœu de pouvoir décider de leur fin de vie. Il s'ensuit des demandes d'euthanasie active ou passive ou de certaines formes d'accompagnement vers la mort, comme celles que proposent les organisations d'assistance au suicide. Mais certains demandent aussi un nouveau débat public et la modification des règles institutionnelles et juridiques de sorte que soit aménagée une place pour une mort librement décidée.

Rôle des médecins et du personnel soignant. L'Académie suisse des sciences médicales a publié en 2004, après consultation publique, une révision des directives éthiques à propos de l'accompagnement des patient-e-s en fin de vie. Celles-ci autorisent les médecins à pratiquer en certains cas l'assistance au suicide de leur patient-e, au gré d'une décision prise en conscience, selon la spécificité de chaque cas.¹⁰

Frustration et incertitudes dans les cliniques, lorsqu'un patient doit quitter l'unité de soins pour aller mourir ailleurs. A la lecture des rapports en provenance des cliniques de soins, il apparaît clairement que la cessation des actions de soins est mal vécue par le personnel soignant, lorsqu'un patient doit quitter la clinique ou le home pour effectuer son suicide assisté hors de la structure. La rupture des relations avec l'équipe médicale et soignante empêche toute possibilité de soutien qui, pourtant, pourrait être nécessaire au suicidant.

Incertitude sur les limites de l'euthanasie active directe. Des actes effectués dans le cadre de l'assistance au suicide semblent, au regard des pratiques récentes, très proches de ceux que l'on considère comme relevant de l'euthanasie directe [*aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen)*]. Lorsqu'on administre à une personne paraplégique une solution létale qu'il ne lui faut qu'aspirer avec une paille et avaler, ou lorsque l'acte mettant fin aux jours d'une personne extrêmement affaiblie se résume à enclencher un ventilateur ou ouvrir un goutte à goutte, il semble difficile, du point de vue médical, de distinguer pour quelles raisons ces actes doivent être si strictement différenciés de l'euthanasie directe sur demande.

Ces évolutions, parmi d'autres, seront examinées plus avant dans la suite de cette étude. La Commission y a reconnu les indices montrant qu'il est nécessaire d'apporter un éclairage éthique aussi bien sur l'assistance au suicide en général que sur la situation qui prévaut en Suisse.

I. 3. Délimitation du sujet de la prise de position

Premièrement, du point de vue éthique, la question est de savoir si la limite entre les formes autorisées et non autorisées de l'assistance au suicide a été correctement fixée dans l'art. 115 CP. Faut-il soutenir la norme de cet article pénal sous cette forme libérale? Deuxièmement, il convient de se demander si l'application de cette norme pénale entraîne des problèmes tels qu'il faudrait compléter le droit, au besoin en dehors du Code pénal, dans d'autres textes légaux ou dans certaines recommandations professionnelles. Troisièmement, la pratique médicale est grevée d'incertitudes et de conflits qui nécessitent une clarification éthique, sans requérir pour autant l'action du législateur. La Commission traite ici des questions qui suivent sur ces trois niveaux normatifs.

Tout d'abord, il faut constater que la formulation libérale de l'art. 115 CP ne règle que le caractère punissable de l'incitation ou de l'accompagnement du suicide. En ce sens, il n'est pas exclu que d'autres dispositions du droit, en dehors du Code pénal, apportent des précisions utiles à la pratique. On pourrait ainsi s'imaginer que des règles du droit de la santé viennent régler la façon dont il convient de traiter les demandes d'assistance au suicide dans les cliniques, les hôpitaux et les EMS. De même, il est tout à fait imaginable que, avant d'offrir leurs services, les organisations spécialisées dans l'assistance au suicide doivent obtenir une autorisation en satisfaisant à certaines conditions.

Par ailleurs, la norme pénale de l'art. 115 CP ne signifie pas que l'assistance au suicide est éthiquement acceptable, tant qu'aucun mobile égoïste ne la motive. Des règles déontologiques professionnelles et des directives éthiques peuvent prévoir certaines restrictions. Par exemple, l'art. 115 CP ne précise aucunement qu'il pourra être question de suicide seulement si le désir d'en finir est bien considéré ou réitéré depuis un certain temps, et s'il ne survient pas lors d'un moment de crise passagère ou dont on peut guérir. Enfin, la décision déterminant si quelqu'un veut venir en aide à une personne demandant d'être assistée dans son suicide reste une affaire de conscience que la loi ne saurait anticiper. Même si l'on peut dire que l'art. 115 CP permet de déduire la possibilité de ne pas être puni pour avoir assisté quelqu'un dans son suicide, il n'en découle aucun devoir d'assister les gens dans leur suicide, en chaque cas. La question de savoir si l'on doit se sentir moralement obligé à l'égard d'une autre personne de l'assister dans son suicide requiert une délibération morale personnelle, au sens d'une décision prise en conscience. Personne ne peut obliger autrui, en vertu de l'art. 115 CP, qu'il l'aide à mettre fin à ses jours.

La teneur de l'art. 115 CP relève d'une conception indéniablement libérale de la politique selon laquelle il faut fixer des limites à l'ingérence de l'Etat dans les affaires privées du citoyen. L'art. 115 CP autorise l'Etat d'interdire seulement des actes mettant en danger des personnes ou constituant une menace sur la liberté de tiers. La tentative de suicide n'est par conséquent pas punissable, puisque la personne qui agit ne nuit directement qu'à elle-même. Elle use de sa liberté et ne nuit mortellement à personne d'autre. Un être humain qui décide de se supprimer a besoin bien davantage d'aide, de reconnaissance et de soutien que de punition. C'est pourquoi le suicide reste non punissable pour de bonnes raisons. De même, si le suicidant demande de l'aide pour accomplir ce suicide, celle-ci ne doit pas non plus être punissable, du fait que la participation à un acte qui n'est pas punissable ne peut être elle-même punissable. La doctrine du droit pénal parle ici de l'emprunt de la criminalité du fait principal [*Akzessorietät der Teilnahme*]. Lorsque la participation à un suicide se produit entre deux personnes qui agissent l'une envers l'autre d'un commun accord, il n'est pas nécessaire d'arguer la protection du tiers.

¹⁰ ASSM, « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie », dans : Bulletin des médecins suisses 2005/3 p. 178-182.

Même dans une conception éthique de l'assistance au suicide de frappe libérale, nous avons, en tant que sujet moral, le droit ou la liberté de contrôler le cours de notre existence et de décider la manière dont nous voulons vivre, aussi longtemps que nous ne portons pas préjudice au droit d'autrui de faire de même. Ce modèle se fonde sur une conception personnelle de l'autonomie ou de l'autodétermination. Le droit à l'autonomie morale ainsi compris implique le droit d'avoir un contrôle aussi élargi que possible sur la durée de son existence et sur la manière dont on passe de vie à trépas. Et cette liberté implique là aussi la possibilité qu'autrui prête son concours à l'exercice de votre liberté.¹¹

Le Code pénal suisse n'est pas allé au point de déclarer non punissable la participation au suicide comme telle. Le législateur a vu une exception lorsque l'aide n'est pas motivée par la solidarité mais qu'elle est motivée par des mobiles égoïstes. Le danger existe en effet que la l'assistant instrumentalise la tendance au suicide de la personne désirant mourir pour obtenir des avantages. Dans ce cas, il est clair que la personne avec une tendance au suicide risque d'être lésée par l'offre d'assistance et qu'elle a besoin de protection.

Ainsi le législateur a-t-il crédité implicitement deux biens éthiques : d'abord, le respect dû à l'autodétermination du suicidant et de l'assistant, mais aussi la responsabilité des êtres humains qui doivent être protégés en certaines circonstances, du fait de leur tendance au suicide. Aussi la question se pose-t-elle de savoir si cette conception libérale de l'éthique peut rendre justice à tous les aspects éthiques de l'assistance au suicide, ou si elle appelle un complément en terme de sollicitude, comme en atteste la loi elle-même.

Limite. Par son mandat légal¹², la Commission est comptable des questions éthiques et juridiques relevant de l'ensemble de la médecine humaine en Suisse. Cependant, l'application de l'art. 115 CP dépasse assurément ce domaine. C'est pourquoi la Commission a décidé d'aborder le thème de l'assistance au suicide dans le cadre de la pratique médicale et de s'en tenir à ce domaine spécifique. Nous définissons toutefois le domaine de la médecine humaine dans une acception relativement large : lorsqu'un acte médical est engagé tel que celui d'établir une prescription, lorsque des personnes du corps médical comptent parmi les assistants, ou lorsqu'une institution médicale est impliquée, il est question de l'assistance au suicide dont traite cette prise de position. Les situations où l'assistance au suicide relève d'un accord entre deux citoyens en dehors d'un contexte médicalisé ne sont donc pas abordées dans ce texte.

D'après son mandat légal, le travail de la Commission comprend une part de conseil auprès du Conseil fédéral, du Parlement et des cantons. La Commission doit soumettre les conditions juridiques et institutionnelles existantes à un examen critique et constructif du point de vue éthique, mais elle n'a pas la compétence de juger de la légitimité éthique d'une décision personnelle de se suicider ou d'assister au suicide d'autrui en tant que telle. Cette perspective induit une restriction dans les questions susceptibles d'être prises en compte dans ce rapport. Les questions éthiques restantes sont donc confiées aux autres partenaires de la société, et à la sagesse pratique des individus eux-mêmes.

I. 4. Conflit de valeurs en médecine

Toutefois, tout professionnel de la santé est aussi un citoyen libre, c'est un fait incontournable : il sera donc toujours nécessaire de garder à l'esprit dans toute réflexion sur le suicide assisté que chaque professionnel de la santé de même que son patient, dans leur rôle et leur fonction respectifs, partagent de plus une humanité commune. La distinction entre le rôle strictement professionnel du médecin ou de l'infirmière et son humanité commune avec les patients peut se révéler utile pour mieux saisir les valeurs qui sont en jeu.

Le principal motif invoqué par certains, notamment les associations professionnelles médicales et infirmières, fait appel à la déontologie des professions de soin qui veut que leur activité soit consacrée à la préservation de la vie. Toutefois, la même déontologie affirme aussi qu'il convient de soulager les souffrances des patients ; or ces deux impératifs ne sont pas toujours compatibles, car il existe un certain nombre de patients (certes peu nombreux) pour lesquels les ressources de la médecine palliative sont impuissantes. Chez les patients dans ce type de situation, il devient mutuellement exclusif de pouvoir respecter simultanément ces deux impératifs.

Face à cette impossibilité de respecter intégralement des impératifs mutuellement exclusifs, le tiers sollicité l'est au fond autant comme soignant que comme personne humaine avec sa conscience morale. C'est bien dans ce sens que les directives éthiques de l'ASSM affirment que le médecin « *doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que (sa) décision morale et personnelle (...) d'apporter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas particuliers, doit être respectée* ». Il est évident qu'au nom de l'objection de conscience aucune contrainte ne peut être exercée sur un soignant afin qu'il participe au suicide d'un patient. Du reste, cela apparaît conforme au code de déontologie de la FMH qui précise en son art. 3 que « *le médecin se refuse à tout acte médical ou toute prise de position incompatibles avec sa conscience* ».

Le lieu où le suicide est projeté, ou mis en œuvre, constitue un élément très important dans le débat actuel en Suisse. En effet, le contrat passé entre deux individus en privé ne peut pas être contesté ou empêché par une intervention de l'Etat. L'acte est donc admis lorsqu'il est réalisé au domicile de la personne ou dans un lieu privé. Toute autre est la situation lorsque le contexte du suicide est médicalisé. Un des noyaux durs du débat actuel porte ainsi sur le conflit moral que peut poser le suicide dans une structure médicalisée (EMS ou hôpital de soins aigus). Comment concilier en effet la finalité thérapeutique d'une institution avec le projet de suicide d'un patient ou d'un résident ? Au nom de la finalité thérapeutique qu'ils poursuivent, la plupart des institutions de Suisse excluent à l'heure actuelle que l'on pratique en leur sein un suicide et a fortiori une assistance au suicide. Dans la mesure du possible, ces institutions encouragent plutôt les patients qui souhaitent se suicider à réaliser leur projet à leur domicile. Les exceptions (encore rares) à l'égard de cette attitude générale se rencontrent là où une personne est obligée d'élire son domicile privé dans l'institution, à savoir presque exclusivement dans les EMS : les villes de Zurich et de Lugano ont officiellement autorisé les suicides assistés dans ce type de structure.

¹¹ Le modèle libéral est libellé de manière exemplaire par M. Charlesworth, *Leben und sterben lassen: Bioethik in der liberalen Gesellschaft*, Hambourg, 1997, p. 47s.

¹² Loi sur la procréation médicalement assistée, art. 28 et la prise de position de la CNE/NEK du 4 décembre 2000. Sur l'histoire de l'évaluation éthique du suicide, cf. J.-P. Wils, „Anmerkungen zur Geschichte des Sterbens“, dans: A. Hoderegger (éd.), *Das medizinisch assistierte Sterben*. Freiburg/Freiburg: Universitätsverlag/Herder, 2ème éd. 2000, p. 23-38; J.-P. Wils, *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*, Kap. IV, Paderborn: Schöningh, 1999; M. Zimmermann-Acklin, *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*, Freiburg/Freiburg: Universitätsverlag/Herder, 2ème éd. 2002, chap. 1.

II. Perspective générale – aspects historiques, juridiques, géographiques, politiques et éthiques

II.1. Le suicide dans l'histoire de l'éthique

Au cours de son histoire, l'éthique théologique et philosophique a proposé diverses considérations sur le suicide. L'ensemble des lectures du suicide est très varié et il n'est pas possible de l'inscrire dans une logique unitaire ou au moins harmonieuse. Il s'agira donc de présenter ici quelques appréciations éthiques de la conduite suicidaire, telles qu'elles sont apparues dans l'histoire de la pensée occidentale¹³.

a) Le suicide comme « péché »

De nombreux comportements face au suicide remontent à l'influence de la pensée chrétienne sur l'histoire sociale de l'Europe. L'un des auteurs qui a le plus influencé le développement de la théologie chrétienne est assurément Augustin. Son attitude très rigoriste par rapport au suicide s'explique par son interprétation radicale du cinquième commandement : «*Tu ne tueras pas !*». Dans *La Cité de Dieu*, il exprime sa position, qui tranche, par son intransigeance, avec celle plus nuancée d'Ambroise et de Jérôme, lesquels prévoyaient quelques cas d'exception permettant « d'excuser » le suicide, par exemple les femmes martyrs qui pourraient éviter ainsi le viol.

L'argumentation d'Augustin repose avant tout sur une vision déontologique du commandement divin. Selon son interprétation, ce dernier n'admet aucune exception à la règle de l'interdit de tuer et il doit être appliqué à la lettre. Même un mal extrême, comme le viol subi par une femme, ne peut justifier un tel geste : «*Ce n'est pas en vain que dans les livres sacrés on ne trouve jamais une permission de se tuer, ni afin d'atteindre l'immortalité ni afin d'éviter ou dépasser un mal quelconque. Cet acte nous est défendu par la loi lorsqu'elle dit "tu ne tueras pas"...*»¹⁴

Le rigorisme d'Augustin a grandement influencé les mentalités européennes, non seulement au Moyen-Âge, mais également plus tard. Thomas d'Aquin s'est lui aussi exprimé sur le suicide. Ses considérations marquent encore à ce jour la doctrine catholique officielle. Il faut cependant relever l'écart existant entre ce que Thomas d'Aquin pense de la condition humaine en général et son argumentation contre toute forme de suicide. En effet, ses réflexions sur le suicide renvoient non pas tant à des considérations sur la nature de l'homme et sur sa liberté morale qu'à une vision particulière de la souveraineté de Dieu sur l'homme lui-même. Pour expliciter sa pensée, Thomas d'Aquin propose une analogie avec le rapport entre propriétaires et esclaves selon le droit romain. Selon cette interprétation, chaque suicide représente une intervention dans le domaine spécifique des droits de Dieu, considéré comme seigneur tout puissant, propriétaire de l'homme, sa créature : «*La vie est un cadeau fait par Dieu à l'homme et soumis au pouvoir de celui qui "tue et vivifie". Pour cette raison, celui qui se prend sa vie pêche contre Dieu, comme celui qui tue un esclave offense celui auquel l'esclave appartient, et ainsi pêche celui qui prend sur lui une décision qui ne lui appartient pas. La décision sur la vie et la mort appartient seulement à Dieu.*»¹⁵ Comme le

montre cet extrait de la *Summa theologiae*, l'argument avancé est un mélange d'éléments repris de la Bible et du droit privé romain. L'image de Dieu qui transparaît au travers de ces affirmations ressemble beaucoup à celle du *paterfamilias* romain qui avait pouvoir de vie et de mort non seulement sur ses esclaves mais aussi sur ses enfants et son épouse. Cette évocation de la souveraineté de Dieu qui choisit librement la durée de notre vie n'apparaît pas uniquement dans la théologie médiévale, mais elle perdure, jusqu'aux dernières décennies du 20^e siècle, dans une importante production théologique tant catholique que protestante.

On peut se demander si une telle interprétation correspond à la *vision biblique* des rapports entre la souveraineté de Dieu et la liberté de l'homme devant Lui. Ce n'est pas l'endroit ici pour donner une réponse accomplie à cette interrogation. Limitons-nous à constater l'absence d'une *doctrine explicite* du suicide tant dans les écrits de l'Ancien Testament que dans ceux du Nouveau Testament ; dans ces récits, la pratique suicidaire est évoquée comme allant presque « de soi », sans qu'il soit tenté d'en donner une justification ou une réprobation éthique détaillées.

b) Le suicide comme « crime » dans l'Antiquité classique et pré-chrétienne¹⁶

Dans le dialogue Phédon, Platon considère que le suicide ne peut être approuvé parce qu'il manifeste le refus de la protection que les dieux accordent à la vie de chaque homme. Il attribue ces propos à son maître Socrate, lequel affirme toutefois aussi que dans certaines situations il vaut mieux mourir plutôt que de continuer à vivre. Mais comme nous n'appartenons pas totalement à nous-mêmes, la question de savoir si le suicide est licite ou illicite est, de toute façon, irrecevable.¹⁷ Dans les Lois, Platon semble manifester une plus grande compréhension pour les situations de grande douleur qui conduisent au suicide ; cependant, comme une telle action ne peut en aucun cas être légitime, il faudra éviter de donner une quelconque publicité à la sépulture de la personne suicidée.¹⁸ Ces opinions auront une grande influence sur les époques suivantes, surtout celles qui viendront après Jésus-Christ ; en revanche, rien ne démontre qu'en leur temps les sociétés grecques (aussi bien Athènes que Sparte) les aient faites leurs.

Aristote, lui aussi, s'est exprimé sur ce sujet, mais en faisant appel à des arguments plutôt juridiques que de principe. Il voit dans le suicide avant tout un comportement négatif à l'égard de la communauté politique, puisque, pense-t-il, il n'est pas concevable que l'on puisse commettre une injustice envers soi-même. Par ailleurs, il pense que ce qui n'est pas permis explicitement par la loi doit être considéré comme interdit.¹⁹ On peut ainsi constater que les civilisations pré-chrétiennes déjà ont manifesté une attitude fondamentalement négative face au suicide, même si elle n'a pas été aussi radicale que dans les siècles suivants. En droit romain, nous trouvons trace d'une sanction particulière, à savoir la confiscation des biens d'un imputé qui se serait suicidé pour éviter une condamnation pénale. Il s'agit d'une situation spéciale, et par là-même rare, mais qui a néanmoins eu une influence sur les habitudes et les mentalités des siècles chrétiens ultérieurs.²⁰

¹³ Sur l'histoire de l'évaluation éthique du suicide, cf. J.-P. Wils, "Anmerkungen zur Geschichte des Sterbens", dans: A. Holderegger (éd.), *Das medizinisch assistierte Sterben*. Freiburg / Freiburg: Universitätsverlag / Herder, 2ème éd. 2000, p. 23-38; J.-P. Wils, *Sterben*. Zur Ethik der Euthanasie, Kap. IV, Paderborn: Schöningh, 1999; M. Zimmermann-Acklin, *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*, Freiburg / Freiburg.: Universitätsverlag / Herder, 2ème éd. 2002, chap. 1.

¹⁴ Saint Augustin, *De Civitate Dei I*, 20 (édition française : *La Cité de Dieu*, Nouvelle bibliothèque augustinienne 3, Paris 1993).

¹⁵ Thomas d'Aquin, *Summa theologiae*, IIa-IIæ, Q. 64, A. 5 (édition française : *Somme théologique*, Paris, 1984)

¹⁶ Pour une histoire philosophique du suicide, voir G. Minois, *Histoire du suicide: la société face à la mort volontaire*, Paris, 1995 et A. Holderegger, *Suizid – Leben und Tod im Widerstreit*, Freiburg i.Ue, 2000.

¹⁷ Platon, *Phédon*, 62 c, trad. et introd. L. Brisson, Paris, 1991.

¹⁸ Platon, *Lois*, 873 d (Platon, *Œuvres complètes*, Paris 1950, t. II).

¹⁹ Aristote, *Éthique à Nicomaque*, 1138 a, introd., trad. et comm. R.-A. Gauthier & J.-Y. Jolif, Louvain/Paris, 1970.

²⁰ Pour une analyse du droit romain, cf. Marra, R. : *Suicidio, diritto e anomia : immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale*, Napoli, Edizioni Scientifiche italiane, 1987.

c) Premières critiques de l'interdit du suicide

Ces positions qui semblaient tellement « indiscutables » au Moyen-Âge seront pourtant déjà mises en discussion à partir de l'humanisme et feront l'objet de critiques toujours plus percutantes au siècle des Lumières.

À vrai dire, les humanistes ont eu la possibilité de s'inspirer des philosophes de l'Antiquité pré-chrétienne, qui avaient déjà tenté de rendre le suicide un tant soit peu plausible. Les humanistes se sont inspirés avant tout des *stoïciens*, dont la doctrine, ici simplifiée, consiste à dire que chaque homme doit vivre en harmonie avec le *logos*, image de la raison divine dans le cosmos, soit en suivant la nature et ses lois. En outre, il ne doit pas se laisser dominer par ses instincts, ses sentiments ou ses émotions, mais seulement par la raison, atteignant ainsi l'état d'*apatheia*, à savoir l'absence totale de pulsions. Les différents choix que l'homme peut opérer relèvent soit du règne des choses bonnes ou mauvaises, soit de celui des choses indifférentes, dites *adiaphora*.²¹ Le choix du suicide mûrement réfléchi, mais non réalisé par manque de courage, appartient au domaine des choses indifférentes, dont la valeur positive ou négative sera déterminée par le contexte dans lequel elles s'inscrivent. On retrouve des considérations de ce type dans plusieurs études de *Sénèque*, que la tradition chrétienne n'a pas totalement écartées.²²

À l'être humain frappé par la misère ou par l'aliénation mentale, il est toujours loisible de quitter l'existence. Ainsi Sénèque écrit-il dans sa célèbre dix-septième lettre: « *La nature n'a créé qu'une porte d'entrée dans la vie, mais plusieurs portes de sortie, et c'est là l'avantage de l'être rationnel sur l'animal. [La philosophie] enseigne de préférer la mort librement choisie à la mort naturelle qu'on aime appeler la belle mort.* »²³ Le stoïcisme n'a donc pas seulement plaidé contre le bannissement moral du suicide, il a bien davantage fourni une véritable doctrine philosophique en sa faveur. Epictète affirmait que nous, êtres humains, devons certes tenir avec patience et persévérance la place que Dieu nous a assignée. Mais dès qu'il donne le signal et qu'il nous relève de notre mission, nous sommes libres de retourner vers lui.²⁴ Chez les personnes rattrapées par le grand âge ou atteintes dans leur corps ou par des douleurs insupportables, le suicide fut tout à fait usuel jusqu'à l'époque de l'antiquité tardive, et fut l'objet de nombreuses descriptions. On y relève que les médecins y sont parfois impliqués.²⁵

À l'époque humaniste, cette idée réapparaît, mais adaptée au nouveau contexte historique. Michel de Montaigne, le représentant le plus célèbre de ce courant de pensée, propose, dans ses Essais, une vision globale de la vie dans laquelle le suicide, à des conditions précises, peut prendre une valeur positive. Pour appréhender l'aspect positif du suicide, il faut relativiser la mort, car elle ne signifie pas la fin de notre vie, mais elle en marque seulement la limite. Il ne faut donc pas lui accorder trop d'importance, mais savoir vivre avec elle. Si la mort paraît un choix sensé, Montaigne conseille de la prendre en considération sans crainte. C'est pourquoi il est indispensable de ne pas se laisser dominer par les arguments qui prétendent que la vie ne nous appartient pas. De même que celui qui brûle son bois n'est pas un incendiaire, celui qui s'ôte la vie n'est pas un assassin.²⁶ Pour apprécier pleinement Montaigne dans le cadre de l'humanisme, il est nécessaire de considérer sa position avant tout comme l'affirmation courageuse de l'autonomie de l'homme par rapport à des pouvoirs extérieurs, qu'ils soient humains ou

divins, et, en arrière-plan, comme la volonté de décriminaliser le suicide. Il se détache ainsi définitivement de la tradition inaugurée par Augustin.

Avec l'émergence de la philosophie des Lumières, au 18^e siècle, les arguments qui veulent remettre en question la tradition chrétienne se radicalisent encore plus. Cette radicalisation est cependant le seul dénominateur commun entre les philosophes qui incarnent ce courant. Leurs positions sont en effet très différentes les unes des autres et elles représentent donc la première expérience de *discussion publique* sur ce sujet dans une société ouverte. Parmi les voix qui se manifestent de manière incisive, il faut citer celles de Hume et de Kant, représentants influents respectivement de l'approbation du suicide et de sa condamnation.

En 1777, David Hume consacre au suicide un essai spécifique, dans lequel il considère sa criminalisation, encore courante à cette époque, comme un phénomène de superstition et de « fausse religion ». Il souhaite parvenir à n'attribuer à ce phénomène aucune valeur négative, tant d'un point de vue moral et religieux que sous l'angle juridique. Son travail de « démontage » s'élabore à trois niveaux : le suicide ne contrevient pas à nos devoirs envers Dieu, notre prochain ou la société, ni en dernière analyse à ceux que chacun d'entre nous a envers lui-même.²⁷ Dans le premier cas, Hume pense que Dieu gouverne le monde à travers une série de lois qui concernent aussi bien le monde physique que l'univers psychique. L'ensemble de ces lois conduit à une harmonie, telle que l'existence de Dieu en devient plausible. Dans ce contexte, le suicide d'un individu ne contraste pas avec cette harmonie globale : bien au contraire, ce geste s'intègre au dessein complexe de Dieu que nous ne parvenons pas à reconstruire dans chaque détail. Pour Hume, il ne s'agit pas de légitimer chaque suicide en particulier, mais de soustraire cet acte à la catégorie des délits commis contre la volonté divine. Il n'est pas possible en effet de démontrer qu'il existe une contradiction entre suicide et volonté divine, ni son contraire par ailleurs. Il faut au contraire remercier la Providence pour la liberté de choix qu'elle nous laisse, sans intervenir directement en empêchant le suicide. Hume veut également démonter l'argument des adversaires du suicide qui voient en ce geste un acte fortement dirigé contre la société et autrui. Il leur répond que chacun de nous donne à la société et reçoit d'elle : par conséquent si on la quitte en se suicidant, sans demander une quelconque autorisation, on ne viole aucun pacte puisqu'on ne donne certes plus à la société, mais en contrepartie on ne lui demande plus rien non plus. L'équité n'est donc pas bafouée par le suicide. Enfin, Hume est de l'avis que les devoirs envers soi-même ne sont pas violés par le suicide, puisque l'instinct d'auto-conservation nous préserve des actes inconsidérés qui vont à l'encontre de nos intérêts. Si l'individu a la force de commettre ce geste, cela signifie qu'il est parvenu à se convaincre qu'il le commet dans son propre intérêt : il ne s'agit donc pas d'un acte d'automutilation. Ces considérations de Hume sont aussi complétées par une observation de type théologique : s'il convient qu'une lecture attentive de la Bible montre clairement combien elle s'oppose à l'assassinat, il n'en relève pas moins qu'elle ne contient aucun témoignage explicite contre le suicide. L'interprétation du cinquième commandement qu'en donne Augustin – le suicide équivaut à un assassinat – est dès lors intenable.

Kant en revanche adopte une argumentation fort différente.²⁸ Le philosophe allemand parle du suicide dans le contexte des devoirs que l'homme a à son propre égard. Comment justifier de tels devoirs ? Il faut préciser que Kant observe l'homme de deux points de vue différents : dans sa propre animalité chacun de nous

²¹ Stoicorum Veterum Fragmenta, éd. J. von Arnim, vol. III, Stuttgart, 1978, 54.

²² Sénèque, Lettres à Lucilius, I, 12 ; III, 5 ; VI, 7 ; VIII, 1 ; IX, 4 (in Œuvres, éd. et trad. R. Walz et al., Paris 1922-1973).

²³ Cité par A. Holderegger, „Der Suizid – Ein Recht auf den frei gewählten Tod?“ in: G. Brudermüller et al. (éd.): Suizid und Sterbehilfe. Würzburg: Königshausen & Neumann, 2003, p. 9-34.

²⁴ Epictète, Diatribes I, 9.

²⁵ A. J.L. v. Hoof, From Autothanasia to Suicide. Self-killing in Classical Antiquity, London/New York, 1990; cf. M. Zimmermann-Acklin, Euthanasia, op. cit., p. 23.

²⁶ Michel de Montaigne, Essais, Livre Premier, Chapitre XX, Paris 1931 (texte établi et présenté par J. Plattard).

²⁷ D. Hume, Essai sur le suicide, trad. M. Malherbe, Histoire naturelle de la religion et des autres essais sur la religion, Paris, 1971, p. 123-124.

²⁸ Pour une première introduction, cf. H. Wittwer, „Über Kants Verbot der Selbsttötung“, in : Kant Studien Band 92/2 (2001) p. 180-209.

essaye de s'auto-conserver et en conséquence de ne pas s'autodétruire. Toutefois lorsqu'il a l'intention de se suicider, l'homme ne doit pas prendre en compte uniquement sa propre *animalité*, mais il doit considérer qu'il est aussi un être moral et, en tant que tel, il peut et doit avoir des devoirs à son égard. Quand un homme respecte l'être moral qui se trouve en lui, il respecte toute l'humanité, quand en revanche il le méprise ou le détruit, il porte atteinte à toute l'humanité. Pour cette raison, le suicide représente non seulement un défaut de morale, mais même un délit. « Anéantir en sa propre personne le sujet de la moralité revient à extirper du monde autant qu'il dépend de soi la moralité de son existence même, alors qu'elle est une fin en soi. »²⁹

Le rigorisme kantien eut en son temps des adeptes, mais aussi des critiques. Parmi ceux-ci, Arthur Schopenhauer, qui ironisa longuement sur la notion de « devoir envers soi-même ». Comme d'autres, ces arguments tirés de l'histoire de l'éthique réapparaissent dans les débats éthiques actuels sur l'assistance au suicide dont nous allons maintenant présenter les contours essentiels.

II.2. La position des Eglises à propos de l'assistance au suicide

Il faut bien sûr distinguer la position officielle des deux grandes Eglises à propos de l'assistance au suicide, d'une part, et la conviction individuelle de leurs membres respectifs, d'autre part. Il est probable que l'opinion individuelle des membres ne diffère pas moins dans l'une que dans l'autre de ces deux Eglises de la position de leurs instances dirigeantes. On considèrera donc dans ce qui suit que les positions ecclésiales officielles ne recouvre que relativement celle de l'ensemble des membres de ces Eglises.

La position de la Fédération des Eglises protestantes de Suisse (FEPS) ressort clairement à la lecture de l'avis que son Conseil a émis à l'occasion de la procédure de consultation organisée par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) à propos de l'accompagnement des patients en fin de vie. Cet avis met en exergue deux éléments: l'un souligne un passage des „Principes et valeurs fondamentales“ qui, en référence au principe de la dignité de la créature, affirme que l'opinion de chacune et chacun sur sa propre mort doit être respecté; l'autre met l'accent sur le fait que la problématique de la fin de vie n'est pas seulement une affaire individuelle, mais qu'elle représente bien au contraire, dans toute sa portée et dans ses effets, une vraie question de société, dans la mesure où les personnes en fin de vie ont précisément besoin de solidarité. En ce sens, le Conseil de la FEPS approuve globalement les directives de l'ASSM et en salue l'esprit.

Cela vaut également pour la „position réfléchie et nuancée de l'ASSM en ce qui concerne l'assistance au suicide“ et particulièrement son affirmation selon laquelle l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale bien comprise. Ce point est justifié du fait qu'il en va de la relation de confiance du patient avec son médecin et que, à cause de sa fonction, le médecin n'a pas qualité pour offrir son assistance au suicide de ses patients. Néanmoins, le Conseil de la FEPS s'accorde avec l'ASSM pour dire que „le médecin doit avoir la possibilité de donner suite à la requête d'un patient lui demandant de l'assister dans son suicide, si certaines conditions clairement définies sont remplies“. Cela dit, le médecin doit avoir le droit de refuser cette aide. Par ailleurs, le Conseil de la FEPS propose de compléter les exigences minimales énoncées par l'ASSM par deux dispositions: il faut que la maladie dont souffre le patient s'associe d'une souffrance morale et corporelle

insupportable et que le patient soit capable d'exprimer sa volonté et qu'il ait exprimé son désir de mourir sans laisser de place à aucun malentendu. Cette prise de position relève également la responsabilité de la société en la matière, de même que la nécessité d'une surveillance légale et institutionnelle sur les pratiques effectives de l'assistance au suicide.

La position de l'Eglise catholique est tout autre. Dans sa forme, d'abord : elle se trouve consignée dans une lettre pastorale des évêques suisses à propos de l'accompagnement des mourants intitulée : « La dignité du mourant ». Elle commence avec des réflexions sur le « sérieux de la mort humaine », qui actualisent le sens religieux du trépas ainsi que les trois dimensions de la mort de l'homme : dimensions biographique, sociale et religieuse. Un paragraphe pointe également les tentatives de maîtriser la mort, via la recherche scientifique sur le processus de la fin de vie, le refoulement et la banalisation de la mort, l'autodétermination dans la mort sous la forme du suicide et la maîtrise religieuse de la mort. La fin de la lettre épiscopale se concentre sur la « dignité chrétienne de la mort » et sur la « dignité du mourant », où sont évoquées les relations dialectiques de l'autodétermination et de la dépendance. Pour les évêques, il n'y a d'autodétermination que sur fond et dans les limites d'une dépendance fondamentale de l'existence humaine. « La tâche de toute assistance doit consister à rendre plus facile le passage dans l'aliénation dernière et irrévocable de la mort » ; ce qu'une conception religieuse fondamentale peut favoriser, en affirmant que la mort elle-même repose dans le pouvoir de Dieu.

Le passage traitant de l'assistance au suicide relève que la différence qui distingue cette dernière de l'euthanasie active s'avère finalement minime, dès lors que tous les préparatifs sont organisés par l'assistant et que le patient n'a plus qu'à accomplir le dernier geste entraînant la mort. « Il est difficile de voir dans cette différence ténue davantage qu'une finasserie juridique. » Une différence essentiellement plus importante se situe entre dire que « mettre fin aux jours d'une personne qui le demande n'entre en ligne de compte que comme une *ultima ratio* dans le cas de souffrances terminales insupportables » et constater que « l'assistance au suicide est souvent choisie comme une option bien avant la phase finale de la mort ». Pour les évêques, des raisons intrinsèques parlent contre le suicide assisté, par exemple le fait que le désir ne repose bien souvent pas sur une décision réellement libre, mais découle du fardeau que représentent la situation et la souffrance. S'ajoutent des raisons extrinsèques au vu des conséquences sociales qu'entraînerait une pratique élargie du suicide. Les évêques pointent un effet d'imitation ainsi qu'une banalisation de la mort associée par trop à l'idéologie fallacieuse de l'autodétermination humaine qui, en hâtant la fin de la vie, esquivent les difficultés plus grandes encore qui se font jour. Les évêques font référence aux effets possibles d'une telle perspective pour les personnes lourdement handicapées qui se voient placées devant le choix contraint de se laisser tuer ou de prendre à leur propre charge les soins dont ils ont besoin.

« A cause de sa proximité avec l'euthanasie [Tötung auf Verlangen], nous, évêques, rejetons catégoriquement l'assistance au suicide. » Les évêques plaident pour que l'on comble aussi tôt que possible les lacunes du Code pénal suisse à propos de l'assistance au suicide, notamment par rapport aux personnes souffrant de maladie psychique et à l'activité professionnelle des organisations spécialisées dans ce type d'intervention.

²⁹ E. Kant, Métaphysique des moeurs, Doctrine de la vertu § 6, AK VI, 423 (trad. J. et O. Masson, Pléiade).

II.3. Sociologie du suicide

À partir du 19^e siècle, la réflexion sur le suicide devient un objet de recherche des sciences sociales. Celles-ci ne se demandent pas en premier lieu s'il est légitime ou non pour l'homme de détruire sa propre vie. Elles se penchent avant tout sur les *causes* et les *raisons* générées par la société elle-même qui poussent aux gestes suicidaires.

Représentant le plus important de ce nouveau secteur de recherche, Emile Durkheim est incontournable dans toute discussion sur le suicide tant son analyse sociologique du phénomène a eu de l'influence jusqu'à nos jours. Qui lit aujourd'hui *Le suicide*, publié pour la première fois en 1897, pourrait s'attendre à une vision désenchantée et aseptisée du phénomène. Il n'en est rien, bien au contraire : Durkheim y manifeste de manière extrêmement ferme ses convictions, mais il ne se satisfait pas d'une simple affirmation selon laquelle cet acte serait nuisible à n'importe quel type de société.³⁰ De fait, il propose une explication complexe du constat que les sociétés les plus « primitives » sont davantage permissives que les sociétés médiévales ou modernes dans le jugement qu'elles portent sur le suicide et le combat qu'elles mènent contre lui. Selon Durkheim, ce changement d'attitude est dû au fait que les sociétés modernes ont pris conscience du *caractère sacré de la personne humaine* et ont développé à son égard une attitude de respect qui exclut tout type de destruction. Ce comportement survit même quand les croyances religieuses des habitants des sociétés industrielles s'éloignent toujours plus des doctrines de la tradition judéo-chrétienne. Face au suicide de l'un de ses membres, la société éprouve une rupture qui blesse son tissu social, et se sent sans défense. Pour se protéger, les sociétés modernes doivent donc réagir en manifestant leur désapprobation morale et sociale à l'égard de ce geste, sans pour autant réintroduire les peines prévues par les sociétés archaïques à l'encontre des personnes qui l'ont tenté. Afin que les individus puissent agir selon des règles et non pas en leur complète absence (ladite *anomia*) la société doit s'efforcer de trouver un équilibre entre tendances collectivistes et individualistes, créant ainsi les conditions pour que chaque individu, en cas de conflit, ne pense pas au suicide comme ultime recours.³¹

Dans la sociologie du XX^{ème} siècle, la discussion sur les arguments moraux est allée d'abord en s'éclipsant à la faveur surtout des discours liés à la psychologie et à la psychiatrie pour revenir ensuite sur le devant de la scène, par le biais essentiellement de la problématique de la phase finale d'une existence marquée par la maladie et la douleur.

Les recherches sociologiques ont depuis longtemps pu établir que les êtres en butte à des maladies, au stress, à des événements traumatiques, à des abus ou à d'autres problèmes personnels graves présentent un risque élevé de comportement suicidaire. Seule une minorité parmi ces groupes à risque tente effectivement de se suicider ou parvient à mettre fin à ses jours. C'est pourquoi les facteurs de risque individuels ne sont pas suffisants pour expliquer la fréquence des suicides dans ces groupes. Celle-ci est fonction du climat moral et psychologique dominant dans la société, comme la montre Durkheim en son temps. La société produit des normes et des valeurs, des modèles de comportement et des manières de résoudre les problèmes qui peuvent constituer des facteurs explicatifs de phénomènes comme les suicides. Durkheim a proposé la règle générale selon laquelle la fréquence des suicides varie selon le degré d'intégration des individus dans la communauté ; mais d'autres facteurs sociaux ont depuis été proposés en compléments.

Le climat social consiste principalement, d'après I. H. Mäkinen, en un système culturel normatif auquel se rattachent les lois, les comportements culturels et la religion. Se référant à la théorie de Talcott Parsons, Mäkinen a indiqué comment les systèmes symboliques culturels peuvent produire des configurations de besoins chez les individus. Ces besoins restreignent les alternatives auxquelles pourraient recourir les individus et influencent leurs motivations comme la manière dont ils préfèrent se comporter pour régler leurs problèmes. Dans la même ligne, Menno Boldt a montré le rôle que jouent les conceptions du suicide véhiculées par la culture et la société de par leur capacité à influencer les comportements individuels. Les individus peuvent réagir différemment si le suicide représente un péché impardonnable, un acte psychotique, un droit humain, un devoir rituel, un acte impensable – pour ne donner que des exemples.³²

Dans ses recherches sur le suicide qu'elle mène dans la perspective d'une théorie sociale des motivations, laquelle ne compare pas seulement la fréquence des suicides, mais thématise d'un point de vue qualitatif l'émergence des raisons de se suicider, Christa Lindner-Braun³³ a établi une théorie explicative selon quatre perspectives articulées. (1) Selon l'issue de l'acte, où l'on examine quand une tentative de suicide aboutit à la mort et quand le suicidant survit à son acte. (2) Selon l'acte commis, où il s'agit de savoir quand et pourquoi est commis un acte suicidaire. (3) Selon les moyens employés, où l'on étudie de quelle manière l'auteur en vient à envisager de (tenter de) se suicider. (4) Selon les motivations à l'œuvre, et la question porte ici sur la façon dont naissent les convictions d'être dans une situation désespérée. Cette théorie explicative multifactorielle permet à l'auteur d'affirmer que l'on peut considérer les suicides et les tentatives de suicide comme des phénomènes sociaux et pas seulement comme des événements relevant de la psychopathologie. Cela se vérifie surtout selon la quatrième perspective théorique : les facteurs produisant la conviction d'être pris dans une situation sans issue relèvent essentiellement des domaines échappant à la sphère d'influence de l'individu.

Sur le plan interpersonnel, on a constaté un phénomène de transmission du comportement suicidaire au sein des familles et des petits groupes. Le comportement suicidaire est manifestement pour l'essentiel acquis en tant que forme spéciale de communication et moyen de régler des problèmes. Diverses études ont montré qu'une personne ayant connu des comportements suicidaires dans son entourage familial est davantage exposée au risque d'attenter à ses jours, cas échéant. Sur le plan macroscopique social, les *mass media* influencent grandement le comportement des personnes en pourvoyant certains mondes de représentation valorisant le suicide et induisant pour ainsi dire un effet de contagion.³⁴

L'une des preuves les plus impressionnantes de cette hypothèse a été fournie les changements effectués en 1987 dans la communication des cas de suicide ayant lieu sur la ligne du métro de Vienne. Cette affaire a démontré l'existence possible d'un effet préventif en matière d'information. En effet, dès son entrée en fonction en 1978, le métro de Vienne a souvent connu des cas de suicide, mais ils sont restés peu fréquents durant les cinq premières années. À partir de 1984, cette fréquence s'est rapidement accrue. Ce phénomène ne pouvait guère s'expliquer par un agrandissement du réseau. Seulement, les médias ont commencé à rapporter sur chaque suicide commis à coup de sensationnalisme et de pathos dramatique. Mais dès 1987, année où l'on introduisit des directives sur la manière de traiter l'information, les journaux n'ont plus réservé qu'une place congrue aux cas de suicide, en tout cas plus en première page. Dès lors, la fréquence des suicides sur la

³⁰ E. Durkheim, *Le suicide: étude de sociologie*, Les Presses universitaires de France, Paris, 1991.

³¹ Cf. Durkheim, *op. cit.*, p. 336 s.

³² Cf. l'état des lieux établi par U. Bille-Brahe: "Sociology and Suicidal Behaviour", in: K. Hawton, Kees van Heeringen (éd.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester: Wiley 2000, p. 193-207.

³³ C. Lindner-Braun, *Soziologie des Selbstmords*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990.

³⁴ Bille-Brahe, *op. cit.*

ligne du métro s'est réduite d'environ deux tiers et resta dans cet ordre de grandeur durant les années suivantes.³⁵

Bien qu'il soit l'objet de controverses dans la recherche empirique, il faut évoquer ici l'« effet Werther » Exemple : La seconde chaîne de télévision allemande (ZDF) a présenté en 1981-1982 la série « Mort d'un étudiant » (Tod eines Studenten) dans laquelle se produisait un suicide sur une ligne de chemin de fer : le taux de suicide des jeunes de 15 à 19 ans a augmenté immédiatement après, et moins nettement lors de sa seconde diffusion.

La correspondance entre la modification apportée au style de présentation des informations dans les journaux et les variations de la fréquence des suicides vient appuyer l'hypothèse selon laquelle des informations et des récits mettant en scène des comportements suicidaires réels ou fictifs peuvent déclencher des suicides et inciter à adopter certaines méthodes pour mettre fin à ses jours.³⁶ Inversement, certaines modifications dans le style de présentation des informations peuvent avoir des effets préventifs. Notons qu'aucune recherche n'a encore examiné les effets potentiels sur la motivation du public à adopter des comportements suicidaires en fonction du degré d'acceptation dont bénéficient les suicides assistés dans la société et de la symbolique spécifique qu'on élabore à cet effet au sein des organisations d'assistance au suicide et dans les institutions de soins.

II.4. Epidémiologie du suicide³⁷

La fréquence des suicides est relativement bien documentée. En Suisse, les suicides représentent entre un et deux pour-cent de l'ensemble des décès.³⁸ Dans les pays de l'Union européenne, 58'000 personnes meurent chaque année des suites d'un suicide ou d'auto-lésion. Nombre plus important que celui des décès consécutifs aux accidents de la route (50'700) et par meurtre (5'350).³⁹ Il en va bien différemment des tentatives de suicide, où nos connaissances sont moins précises. Celles-ci sont un phénomène assez courant. On peut estimer qu'une personne sur dix vivant en Suisse tente de mettre fin à ses jours à une ou plusieurs reprises.

a) Suicides

Le taux de suicide en Suisse a atteint en 2000 le niveau de 19,1 pour 100'000 habitants ; en chiffres absolus, 1378 personnes se sont suicidées cette année-là, dont 939 hommes et 399 femmes. L'office fédéral de la statistique indique que, au regard des principales causes de décès, un nombre plus important de personnes sont mortes en 2000 des suites d'un suicide que du sida, de la drogue et d'accidents de la route pris ensemble (voir le tableau). Le suicide est la cause de mortalité la plus fréquente chez les hommes de 15 à 44 ans. Parmi les causes de mort précoce chez les femmes de plus de 43 ans, le suicide n'est surpassé que par les maladies cancéreuses.

Tableau 1: Causes de décès en l'an 2000⁴⁰

(source: statistique des causes de décès OFS)

Cause de décès	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès
suicide	1 378	2,2%	979	3,2%	399	1,2%
sida	127	0,2%	83	0,3%	44	0,1%
consommation de drogues	222	0,3%	177	0,6%	45	0,1%
accidents de la circulation	578	0,9%	419	1,4%	159	0,5%
décès dus à l'alcool *	2 200	3,5%	1 300	4,3%	900	2,8%
décès dus à la consommation de tabac*	8 800	14,7%	6 500	21,4%	2 300	7,2%
total	62 545	100%	30 411	100%	32 134	100%

*Estimations de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies pour 2001 (alcool) et 1999 (tabac)

L'Organisation mondiale de la santé estime que quelque 815'000 personnes sont mortes de suicide de part le monde, en l'an 2000. En d'autres termes, le suicide est une cause de mortalité mondiale pour un taux de 14,5 pour 100'000 personnes et toutes les 40 secondes se suicide une personne.⁴¹ Le taux constaté en Suisse est donc plus élevé, et ce aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Par rapport aux pays européens, ce taux est certes moins élevés que celui que connaissent la Russie, la Hongrie, la Finlande, la Croatie, l'Autriche et la Belgique, mais ils dépasse celui de la France, du Danemark, de l'Allemagne et plus nettement encore celui des Etats-Unis, d'Espagne, d'Italie, Du Portugal et de la Grèce.⁴²

Différences cantonales : Les différences de taux de suicide entre cantons suisses se sont clairement réduites ces 30 dernières années. De 1990 à 1999, le taux annuel s'est situé entre 25/100'000 environ ((Appenzell, Bâle, Berne) et 15/100'000 (Tessin et la Suisse centrale). Si l'on place les cantons sur une courbe en fonction de leur taux de suicide, il apparaît que ceux dont la population est urbaine sont plus atteints par le suicide. A une exception près, que l'on ne parvient toujours pas à expliquer : les deux demis cantons d'Appenzell sont en tête du tableau.

Caractéristiques sociodémographiques

Sexe : Le nombre de suicides des hommes est environ trois fois plus élevé que celui des femmes. Entre 1995 et 2000, le taux moyen chez les hommes était de 26,7/100'000, tandis qu'il atteignait 9,3/100'000 chez les femmes. On trouve les mêmes grandes différences entre sexes à propos des méthodes adoptées pour se suicider (cf. infra).

Age : La différence de taux de suicide entre hommes et femmes est forte chez les jeunes de 15 à 24 ans, de même que chez les personnes âgées de plus de 75 ans: dans ces périodes d'âges, les hommes se suicident 3,5 à 4 fois plus souvent que les femmes. Cela dit, les taux de suicides respectifs des hommes et des femmes sont à des niveaux différents (cf. Graphique 5a et 5b). Le nombre de cas de suicides a fortement augmenté chez les personnes âgées. Vu l'évolution démographique et le « vieillissement » de la société, on peut s'attendre à ce que les suicides continuent d'augmenter dans la population âgée.

³⁵ A. Schmidtke et S Schaller, "The Role of Mass Media in Suicide Prevention" in: K. Hawton, K. van Heeringen (éd.), The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester: Wiley 2000, p. 675-697.

³⁶ A. Schmidtke et S Schaller, op. cit.

³⁷ Voir « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251) », Berne 2005.

³⁸ Office fédéral de la statistique, Etat de santé, Mortalité, causes de décès, en ligne : <http://www.bfs.admin.ch>, consulté en juin 2005.

³⁹ OMS, Base de données européenne de la Santé pour tous, juin 2004 <http://www.euro.who.int/hfad?language=French>, consulté en juin 2005.

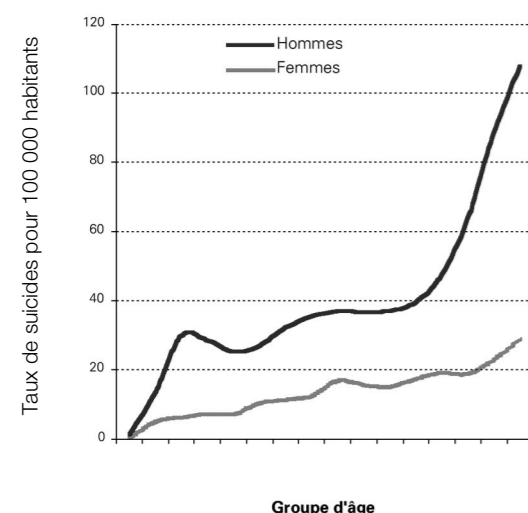
⁴⁰ Voir « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251) », Berne 2005.

⁴¹ OMS, Krug E.G. et al. (éd.), World report on violence and health, World Health Organization, Genève, 2002.

⁴² OMS dito

Figures 5: Taux de suicide en fonction de l'âge et du sexe⁴³

(valeurs moyennes de 1996 à 2000; source: statistique des causes de décès OFS)



Autre facteurs de risque de suicide : L'état civil constitue un facteur déterminant le risque de suicide, particulièrement chez les hommes. En comparaison avec les personnes mariées, les personnes veuves, séparées ou vivant seules présentent un taux de suicide 1,5 à 2 fois plus élevé. La formation, le revenu et la profession exercent une influence plus faible sur le risque de suicide. Le rapport suisse sur la santé de 1993 montrait ainsi que les personnes exerçant des professions manuelles ou sans formation professionnelle étaient plus exposées que les autres au risque de se suicider.⁴⁴

Méthodes adoptées dans les suicides

L'OFS examine depuis 1969 les causes de mortalité en fonction de la méthode employée pour se suicider. Il en ressort que les hommes adoptent le plus souvent des méthodes dites « dures » : par arme à feu (32,2%), par pendaison (28,1%). Les femmes préfèrent se suicider par abus de substances (24,5%) par pendaison (19,2%), par noyade (17,7%) ou par chute mortelle (16,9%).

b) Tentatives de suicide

Il est plus difficile de déterminer statistiquement les tentatives de suicide. On peut toutefois déduire des ordres de grandeur assez fiables des études menées sur la base des traitements médicaux effectués à la suite de tentatives de suicide. L'étude multicentre de l'OMS/Euro réalisée en 1999 sur le comportement suicidaire⁴⁵ a tenté de rassembler, sur la base d'une définition standard de la tentative de suicide⁴⁶, toutes les données sur les cas survenus pour chaque pays européen dans une région particulière. En Suisse, on a prélevé les données relatives à l'agglomération de Berne pour la période de 1989 à 1995 et au canton de Bâle-Ville à partir de 2203. Au vu du nombre élevé de tentatives recensées, il est vraisemblable que plus de 10'000 tentatives de suicide sont prise en charge médicalement

⁴³ Voir « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251) », Berne 2005.

⁴⁴ T. Spuhler/K. Michel, „Suizid“, dans: W. Weiss (éd.), Gesundheit in der Schweiz, Zürich, 1993

⁴⁵ OMS, Bille-Brahe U. (Hg.), WHO/Euro Multicentre study on parasuicide. Facts and Figures, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.

⁴⁶ « Action sans issue mortelle par laquelle un individu commence à adopter un comportement inhabituel pouvant entraîner, sans l'intervention d'un tiers, une automutilation, ou par laquelle l'individu absorbe intentionnellement une substance à une dose dépassant celle qui est habituellement prescrite ou qui est généralement considérée comme thérapeutique et ayant pour but de produire des modifications par les conséquences qui s'ensuivent ou que l'on peut en attendre. »

chaque année, soit environ 4'000 hommes et 6'000 femmes. Si l'on tient compte des cas de récurrence, environ 9'000 personnes recourent au médecin à la suite de leur acte. Autrement dit, près de 10% de la population suisse tente une fois dans sa vie de mettre fin à ses jours.

On peut supposer que le nombre total des tentatives de suicide excède très largement les 10'000 tentatives recensées par les médecins. Les chiffres de l'ombre sont forcément délicats à quantifier ; les estimations que l'on peut qualifier de « conservatrices » tablent sur un ordre de grandeur de 20'000 à 25'000. Sans compter dans ces chiffres les comportements habituels d'automutilation ou ceux qui mettent la santé en danger, comme les excès d'alcool, le tabac, les fortes prises de poids ou la conduite dangereuse sur la route.

Caractéristiques sociodémographiques

Au contraire des suicides consommés, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Le taux moyen de tentatives de suicide dans l'agglomération de Berne, entre 1989 et 1995, se situait à 100/100'000 chez les hommes et à 160/100'000 chez les femmes. La différence de sexe se remarque surtout chez les jeunes. Les tentatives sont quatre fois plus fréquentes que les suicides consommés chez les hommes, tandis qu'il est seize fois plus élevé chez les femmes.

Comme pour le risque de suicide, le risque de tentative de suicide est fonction de l'état civil : les personnes seules ou élevant seules un/des enfant/s, sont deux fois plus exposées au risque de tentative que les personnes vivant en couple avec un enfant. Par rapport à la moyenne, le taux de tentative de suicide est plus élevé parmi les personnes ayant achevé l'école obligatoire, les chercheurs d'emploi et la population étrangère. Les différences entre les groupes de religion différentes sont faibles.

Méthodes adoptées dans les tentatives de suicide

À la différence de ce que l'on constate dans les cas de suicide consommé, plus des deux tiers des tentatives sont effectuées par prise de médicaments ou de drogues. Les médicaments prescrits pour traitement psychique représentent plus des trois quarts des substances utilisées.⁴⁷ Les hommes tentent davantage que les femmes de se suicider par des méthodes « dures » (se couper les veines, se pendre, sauter en bas une grande hauteur...). Plusieurs méthodes sont associées dans un cas de tentative sur quatre.

c) Facteurs influençant la tendance au suicide : aspects psychologiques et psychiatriques

Au fil du vingtième siècle, la recherche sur le suicide a fourni des résultats solidement étayés à propos des tenants et aboutissants et du développement des tendances suicidaires. Ces études sont constituées de données épidémiologiques, d'analyses neurobiochimiques, de descriptions relevant de la clinique (phénoménologique), de la psychologie des profondeurs ou de la psychodynamique. On comprend aujourd'hui la tendance au suicide comme un comportement complexe et largement conditionné par les circonstances qui peut toucher n'importe qui. La

⁴⁷ K. Michel, C. Knecht, I. Kohler, M. Sturzenegger, „Suizidversuche in der Agglomération Bern“, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1991/121 p. 1133-1139. Ici, p. 1138

tendance au suicide n'est pas une maladie en soi, mais l'expérience montre qu'elle appert souvent avec une maladie psychique ou dans une situation pesante et liée à une maladie. Le comportement suicidaire peut certes exprimer une volonté d'autonomie, mais d'un point de vue psychiatrique, il y a peu de place pour la liberté de choix dans une tendance suicidaire. La marge théoriquement réservée à l'autodétermination se trouve limitée par une humeur dépressive ou désespérée, par des angoisses irrationnelles ou exagérées, des représentations chimériques ou démentes. La tendance au suicide est souvent fluctuante, les passages à l'acte arrivent souvent sur un terrain de forte ambivalence par rapport à la vie. Après une tentative de suicide manquée, il est rare qu'une récurrence ait lieu. Le désir de mourir s'associe souvent à des attentes non réalisées.

Les résultats de la recherche sur le suicide sont unanimes à relever que l'absence d'espérance constitue le motif principal de suicide. D'autres motifs sont possibles : désespoir, sentiment de menace, isolement, honte ou colère narcissique. On considère une part des actes de suicide comme des tentatives de sauver par un acte libre un sentiment d'amour propre en perte, ou d'éviter la honte d'une décadence par un acte résolu.

Des maladies psychiques sont un facteur de risque important. Dans une observation, près de 905 des personnes qui commettent un suicide souffraient de dépression ou d'un dérangement psychique diagnosticable ou d'une toxicodépendance.⁴⁸ Les évaluations psychiatriques menées rétrospectivement après un suicide ont repéré qu'entre 40% et 50% des suicides ont eu lieu à un moment où la personne se trouvait dans un moment dépressif prononcé. De même, sur l'ensemble des cas de suicide réussi, environ 40% présentent une toxicodépendance, 20% une dépendance à l'alcool qui semble avoir joué un rôle, et 10% une schizophrénie.⁴⁹

Les tentatives de suicide s'associent moins clairement à des maladies psychiques que les suicides consommés, où l'anamnèse indique neuf fois sur dix des dérangement psychiques avant-coureurs. Cela est surtout vrai des tentatives uniques, où la personne se trouve dans une situation de crise au moment du passage à l'acte et plus rarement aux prises avec une maladie psychique nécessitant une thérapie de longue durée.⁵⁰ En revanche, entre 25% et 50% de toutes les tentatives, surtout chez les personnes âgées, se situent dans un contexte de maladie somatique grave, associée à des douleurs chroniques et à un handicap physique.⁵¹

Les personnes en pleine crise suicidaire ont d'abord et surtout besoin de compréhension et d'empathie. Elles ont besoin de quelqu'un qui les écoute, qui comprenne qu'il n'y a pas de raison bien établie expliquant leurs actes suicidaires. Elles ont besoin d'une relation personnelle, sans qu'il soit possible de les y contraindre. Par la suite, un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique leur permet de guérir totalement ou en partie de la maladie psychique qui les affecte en profondeur. Les médecins de familles bien formés à reconnaître et à traiter la dépression peuvent mener une prophylaxie ciblée fort efficace, réduisant sensiblement le taux de suicide dans la population.⁵²

⁴⁸ A.L. Beautrais, Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998, National Health and Medical Research Council, Canberra, 2000.

⁴⁹ T. Bronisch, Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention, München, C.H. Beck, 1999.

⁵⁰ I. Sakinofsky, "Repetition of Suicidal Behaviour", in: K. Haston, K. van Heeringen (éd.), The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester, John Wiley and Sons, 2000, p. 385-404

⁵¹ E. Nylev Stenager/E. Stenager, "Physical Illness and Suicidal Behaviour", in: K. Haston, K. van Heeringen (éd.), The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester, John Wiley and Sons, 2000, p. 405-420.

⁵² A ce propos, voir:

- W. Rutz, L. von Knorring, J. Walinder, "Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners", in: Acta Psychiatrica Scandinavica 1989/80 p.151-4.

- G.E. Murphy, "The Physician's Responsibility for Suicide. II. Errors of Omission", in: Annals of Internal Medicine 1975/82 p. 305-309.

- K. Michel, "Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun?", in: Schweizerische medizinische Wochenschrift 1986/116 p. 770-774

- K. Michel, "Der Arzt und der suizidale Patient, Teil 1: Grundsätzliche Aspekte", in: Schweiz Med Forum 29/30, p. 704-7, 2ème partie: "Praktische Aspekte", in: Schweiz Med Forum 31, p. 730-4

II.5. Prévention du suicide

On doit tout au moins considérer le suicide comme une cause de mortalité en grande partie évitable. Avec ses taux élevés, la Suisse a un grand besoin de prévention. A cet égard, le défi lancé à l'ensemble des acteurs de la santé réside dans les difficultés à reconnaître une personne risquant de mettre fin à ses jours. Aussi peut-on dire que le suicide et les tentatives de suicide ne sont pas seulement un problème individuel. Ressortissant à la santé publique, ils constituent un défi que toute la société doit relever avec des moyens appropriés.

Les suicides assistés constituent en Suisse 0,4% de tous les décès annuels. On a commencé à recourir à l'assistance au suicide dans toutes les régions du pays à partir du début des années 1990 à raison d'une vingtaine de cas par an et la fréquence a régulièrement atteint la centaine dès 1996. En 2002, par exemple, les données fournies par les organisations d'aide au suicide ont signalé 137 cas (Exit Suisse alémanique : 100 ; Dignitas : 17 ; Exit Suisse romande : 20). Cela correspond à une proportion de 10% de tous les suicides ou de 0,2% du total des décès. Dignitas a par ailleurs fourni son assistance au suicide de 59 personnes en provenance de l'étranger en 2002, 91 en 2003.⁵³

On peut considérer l'assistance au suicide comme un acte relevant de l'accompagnement des mourants quand elle répond à la demande de personnes souffrant d'une maladie en phase terminale ou sur le point de mourir. Dans tous les autres cas, il s'agit d'assistance au suicide au sens propre du terme : l'assistance pratiquée en Suisse par les organisations spécialisées dans ce domaine est offerte également à des personnes qui ne sont pas mourantes ou qui ne souffrent pas d'une maladie mortelle. Une analyse des cas décrits entre 1992 et 1997 par Exit dans la région bâlois montre que, sur 43 rapports, 11 présentent des situations caractérisées ni par un handicap lourd ni par une maladie mortelle en phase terminale.⁵⁴

Par prévention du suicide, nous entendons le fait d'empêcher des actes suicidaires ou des suicides « réussis ». Si l'on regarde les phases ayant eu lieu avant, pendant et après une tentative de suicide, la prévention comprend les registres suivants.

1. *La prévention primaire* du suicide tente de réduire les risques d'actes suicidaires par des mesures sociales. Elle s'efforce de réduire l'apparition de maladies psychiques sérieuses comme les dépressions ou l'abus d'alcool, par le biais d'une information critique et d'autres moyens efficaces.
2. *La prévention secondaire* du suicide tente d'endiguer les risques d'actes suicidaires auprès de personnes en butte à des situations pesantes déjà signalées ou à des maladies psychiques déjà déclarées. Les mesures consistent en des consultations, et des traitements appropriés.
3. *La prévention tertiaire* cherche à améliorer le pronostic des personnes ayant déjà tenté de mettre fin à leurs jours par des mesures de prévention, des consultations, des thérapies ou des traitements particuliers.

⁵³ A ce propos, voir :

- K. Faisst., S. Fischer, U. Zellweger, G. Bosshard, W. Bär, F. Gutzwiller, "Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries»", in: Schweizerische Ärztezeitung 2003/84 p.1676-1678.

- G. Bosshard, E. Ulrich, W. Bär, "748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organization", in: Swiss Medical Weekly 2003/133 p. 310-317.

⁵⁴ A. Frei, T.A. Schenker, A. Finzen, K. Krauchi, V. Dittmann, U. Hoffmann-Richter, "Assisted suicide as conducted by a Right-to-Die-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases", in: Swiss Medical Weekly 2001/131 p. 375-380.

La prévention primaire est assurée en Suisse principalement par les familles, les écoles, les Eglises et les institutions sociales. Le travail d'information sur la problématique du suicide a progressé ces dernières années tant dans les unités d'enseignement scolaire que dans les institutions de formation supérieure. Il faut ajouter que le succès de la prévention primaire dépend aussi des conditions de vie sociales.

Tout ce qui rend l'accès au moyens de se suicider plus difficile – comme la suppression du gaz individuel dans les habitations, l'obligation de présenter un permis pour obtenir une arme de poing, la délivrance de médicaments sur ordonnance ou l'introduction de médicaments moins toxiques – tout cela relève de mesures sociales de prévention primaire et secondaire. Il en va de même en ce qui concerne la mise en service d'une ligne téléphonique dédiée : elle cherche à éviter les crises suicidaires par le biais d'une offre de dialogue et elle s'adresse aussi aux personnes déjà en pleine crise.

Le traitement pharmaceutique ou psychothérapeutique des maladies psychiques présentant de grands risques de suicide est la mesure de prévention sans doute la plus répondue et la mieux analysée. Moyennant une médication adéquate, on peut agir sur la pression suicidaire en situation de crise et créer ainsi une certaine détente. Une pharmacothérapie ciblée est capable de traiter des épisodes dépressifs, l'angoisse malade ou des dérangements psychotiques et de réduire par là même une tendance au suicide en train de poindre. A part ces moyens médicamenteux, le dialogue et une relation de soutien avec les patients suicidaires parviennent à fournir une aide de prévention efficace.

Les offres de consultation et de réhabilitation ont un effet de prévention tertiaire : elles s'adressent de manière spécifique aux groupes à haut risque, comme les personnes âgées et socialement isolées, toxico-dépendantes ou souffrant d'une maladie psychique déjà traitée et en état stationnaire. Il s'agit principalement de favoriser la réintégration de ceux qui ont commis une tentative de suicide. On retrouve ici la gamme des psychothérapies, et des traitements médicamenteux de longue durée.

Les effets des mesures prophylactiques spécifiques, prises isolément, ne sont à ce jour pas encore assez documentés. Il est certain que la grande majorité des personnes qui reçoivent une aide appropriée après une tentative de suicide douloureuse ne répètent pas leur geste. Dans la perspective d'une politique moderne de prévention du suicide, il faudrait prendre en considération les facteurs sociaux, médicaux, psychiatriques et idéologiques (relevant des multiples représentations du monde).

A suivre l'évolution des taux de suicide dans différents pays européens (voir Bopp et Gutzwiller 2003) il faut convenir que la fréquence du suicide n'est pas une fatalité sur laquelle nous n'aurions aucune prise. Grâce à leurs efforts de prévention, certains pays depuis longtemps connus pour leur taux de suicide élevé comme l'Allemagne et le Danemark sont parvenus à inverser la tendance, entre 1955 et 1999. Il suffit de relever trois défis : la reconnaissance des tendances au suicide chez les personnes, le suivi professionnel des suicidants et la recherche en matière de prévention.

De cette constatation ne découle toutefois pas encore le devoir absolu d'empêcher chaque suicide possible, mais au moins de prévenir ceux qui sont clairement liés à la maladie mentale ou à la dépression profonde. Le devoir de prévention n'implique pas non plus l'utilisation de tous les moyens possibles pour empêcher le suicide. Dans la discussion actuelle, un certain consensus se dessine sur ce point : dans tous les cas, le principe de proportionnalité doit prévaloir. Des mesures de

contrainte telles que la privation de liberté à des fins de protection ne sont envisageables que dans le cas de personnes souffrant de maladie psychique et ne disposant plus de leurs capacités de discernement.

La prévention du suicide devra donc être modérée, afin de ne pas léser l'autonomie des personnes ayant leur faculté de jugement et de ne pas contraindre des personnes à vivre à tout prix. Par ailleurs, cette prévention modérée vise le long terme : c'est pourquoi elle doit débiter à l'enfance ou à l'adolescence, et non seulement à partir des premières crises suicidaires qui surviendraient à l'âge adulte.

Le suicide échappe à toute tentative de théorisation. La pluralité des registres dans l'interprétation du phénomène du suicide ainsi que la pluralité des discours éthiques montrent à l'évidence que le suicide échappe à toute théorisation accomplie. Il y a ici un côté tragique, difficilement saisissable, et qui se manifeste aussi dans le caractère fragmentaire avec lequel le droit réagit à ce phénomène et essaie sinon de le régler au moins de lui donner un minimum de forme.

II.6. Origine, interprétation et contexte de l'art. 115 CP

a) Genèse

Au cours du 18^e siècle, la vision juridique et pénale portée sur le suicide change. Sous l'influence de l'humanisme et de la philosophie des lumières, on assiste, en Europe continentale, à une révision de l'interdit du suicide, dogme défendu par les pouvoirs ecclésiastique et civil du Moyen-Âge. La naissance du droit pénal moderne marque en effet le début d'un processus de dépénalisation du suicide, se manifestant dans une multitude de lois.⁵⁵ La situation juridique en Suisse est marquée par cette évolution. En 1893, Carl Stooss, le «père» du Code pénal suisse,⁵⁶ écrit : *«C'est à raison que les lois suisses excluent la punition de la personne suicidaire dont la tentative a échoué ; alors que dans la plupart des cas il s'agira de personnes atteintes de déficience mentale, dans tous les cas ces gens se trouvent dans un désarroi tel qu'ils méritent notre compassion plutôt que la punition.»*⁵⁷ Le principe de la non-punissabilité du suicide est donc incontesté.⁵⁸ Il en va différemment pour ce qui concerne la participation au suicide. À la fin du 19^e siècle, en Suisse et ailleurs, la pensée dominante consiste à déclarer punissable l'assistance fournie par des tiers à une personne décidée à mettre fin à ses jours. Conforme à l'air du temps, Viktor Wellauer note dans sa monographie de 1896 : *«L'incitation et l'assistance au suicide est un acte d'une telle immoralité et les comportements des acteurs impliqués représentent une telle violation de l'ordre juridique qu'une répression spécifique s'avère nécessaire.»*⁵⁹ De manière similaire, Carl Stooss, dans sa prise de position de 1894, argumente ainsi : *«Celui qui décide la victime malheureuse à se tuer ou lui prête assistance en vue du suicide, mérite d'être puni ; en effet, s'il existe des motifs justifiant la non-punissabilité du suicidaire, il n'en*

⁵⁵ Pour une analyse juridico-historique, voir K. Schüttauf, Suizid im Recht, in: G. Bruder Müller/W. Marx/K. Schüttauf (éd.), Würzburg 2003, p. 82-91. Voir aussi A. Bondolfi, Ethische Wertungen des Suizids im Laufe der Geschichte: Übertretungen des Tötungsverbots, Pathologie...?, in: H.-B. Peter/P. Mösl (éd.), Suizid...? Aus dem Schatten eines Tabus, p. 37-56.

⁵⁶ Code pénal suisse du 21 décembre 1937, RS 311.0.

⁵⁷ Carl Stooss, Die Grundzüge des Schweizerischen Strafrechts, Bâle/Genève 1893, p. 15 (« Eine Bestrafung des Selbstmörders, dessen Versuch misslungen ist, sehen die schweizerischen Gesetze mit Recht nicht vor; in den meisten Fällen liegt der That Geistesstörung zu Grunde, in allen ein Zustand, der Mitleid und nicht Strafe herausfordert.»).

⁵⁸ Voir notamment le commentaire du professeur zurichois Ernst Hafter, expert de droit pénal de grande renommée : «Le droit pénal ne se soucie pas du suicide (...).» (E. Hafter, Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil, Première Partie: Delikte gegen Leib und Leben, gegen die Freiheit, gegen das Geschlechtsleben, gegen die Ehre und, gegen das Vermögen, Berlin, 1937, p. 26). D'une grande clarté aussi P. Logoz : «Car celui qui se suicide n'attende qu'à sa propre vie. Son acte relève de la religion, non du droit pénal.» (Commentaire du Code pénal suisse, Partie spéciale, tome I, Neuchâtel/Paris 1955, p. 22).

⁵⁹ V. Wellauer, Der Selbstmord: Insbesondere Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord, thèse Berne, 1896, p. 94 («Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord ist jedoch eine solche unsittliche Tat und es enthalten die Handlungen der Teilnehmenden eine solche Verletzung der Rechtsordnung, dass sich eine besondere Strafandrohung auf dieselbe empfiehlt.»).

⁶⁰ C. Stooss, Schweizerisches Strafgesetzbuch: Motive zu dem Vorentwurf, Berne 1894, p. 26 («Wer aber den Unglücklichen [Selbstmörder] zu der That bestimmt oder ihm dabei Hilfe geleistet hat, ist strafwürdig; denn die Gründe, welche eine Bestrafung des Selbstmörders ausschliessen, bestehen für den Teilnehmer nicht.»).

est pas de même pour le participant.»⁶⁰ La création d'une norme pénale spéciale en matière d'assistance au suicide s'inscrit dans cet ordre de réflexion. Déjà avant l'entrée en vigueur du Code Pénal Suisse, le 1er janvier 1941, certaines législations cantonales⁶¹ répriment l'assistance au suicide. C'est de ces modèles législatifs que s'inspire l'avant-projet de Stooss, datant de 1893. Celui-ci se prononce au sujet du suicide assisté en ces termes : «Celui qui détermine une personne à se suicider ou lui prête assistance en vue du suicide, sera puni de l'emprisonnement pour trois mois à un an.»⁶² Ce point de vue est confirmé par la commission d'experts en charge de l'élaboration d'un avant-projet du Code pénal. Les experts sont fondamentalement d'accord sur la nécessité d'une réglementation explicite dans le Code pénal, permettant de résoudre le dilemme entre la non-punissabilité du suicide et le souci de réprimer les abus en cas de participation au suicide. Citons, à titre d'exemple, le commentaire suivant du professeur genevois Alfred Gautier : «Car s'il n'en était pas fait mention expresse, ces actes échapperaient à toute peine, le suicide n'étant pas un délit, de sorte que l'assistance et l'incitation au suicide ne sauraient être, à défaut d'une disposition expresse, envisagées comme des actes de complicité dans un délit.»⁶³

La question des conditions de punissabilité suscite un nombre d'incertitudes et de discussions. Il s'agit notamment de décider si le « mobile égoïste » doit être envisagé comme élément constitutif de l'infraction. Le professeur bernois Philipp Thormann, notamment, s'exprime contre une telle restriction de la punissabilité en cas de participation au suicide.⁶⁴ Finalement, la majorité de la commission d'experts privilégie une définition plus restrictive de l'infraction, afin d'éviter une « pénalisation excessive » : «Si elle [la restriction] est biffée, l'article pourra devenir une application plus fréquente, mais alors il frappera surtout des personnes qui ont agi par des mobiles loyaux et honorables, les hommes, par exemple qui auront par amitié facilité le suicide d'un camarade perdu d'honneur.»⁶⁵

Citons dans ce contexte la position de l'éminent pénaliste Ernst Hafter. Ce professeur de l'Université de Zurich plaide essentiellement la cause de la pénalisation : en prêtant assistance au suicide, le participant poserait «les conditions pour la destruction de la vie d'autrui », d'où la nécessité de sanctionner de tels comportements.⁶⁶ Hafter suggère toutefois qu'il faut limiter la peine aux actions motivées par un mobile égoïste, de sorte à exonérer l'assistance désintéressée au suicide : « Il serait contraire au sentiment d'humanité de punir la personne qui aide à mourir un ami humilié et déshonoré par les propres fautes commises dans le passé, et ceci indépendamment du fait qu'il s'agisse, dans le cas concret, de l'assistance ou de l'incitation au suicide. Il serait contraire à la justice de punir celui qui prête assistance, par son encouragement ou la remise d'instruments, au suicide d'une personne décidée à mettre fin à sa vie, lorsque celle-ci est en phase terminale.»⁶⁷

⁶¹ Certaines formes de responsabilité pénale sont prévues dans les cantons de Schaffhouse, du Tessin, de Berne, de Fribourg et de Neuchâtel.

⁶² Art. 52.

⁶³ Schweizerisches Strafgesetzbuch, Procès-verbal de la Deuxième Commission d'Experts, vol. II, Septembre/Octobre 1912, Lugano 1912, p. 170. Sur l'évolution de la réflexion législative, cf. aussi A. Pedrazzini, L'omicidio del consenziente ed il suicidio nel diritto contemporaneo: con particolare riguardo al codice penale svizzero, thèse Berne, Locarno 1949.

⁶⁴ Son argument consiste à dire «que dans de nombreux cas il peut s'avérer extraordinairement difficile de déterminer les motifs qui ont poussé l'auteur à inciter un tiers au suicide » (« dass es in vielen Fällen ausserordentlich schwierig sein dürfte, die Motive des Anstifters zum Selbstmord festzustellen »), Procès-verbal, op. cit., p. 171.

⁶⁵ Il s'agit d'un commentaire donné par le Conseiller des Etats neuchâtelois Albert Calame, Procès-verbal, op. cit., p. 172.

⁶⁶ E. Hafter, op. cit., p. 26.

⁶⁷ E. Hafter, Zum Tatbestand: Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord, Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, tome 8 (1912), p. 398399 («Es widerstrebt einem feineren menschlichen Empfinden, den Freund zu strafen, der dem von der Welt durch ein Verbrechen ehrlos gewordenen, in seiner Existenz vernichteten Freund das Mittel zum Selbstmord verschafft, gleichgültig ob im einzelnen Fall Anstiftung oder Beihilfe vorliegt. Es widerstrebt der Gerechtigkeit, den Gehilfen zu strafen, der einen unrettbar Kranken, zum Tod Entschlossenen in seinem Entschluss, sich selbst den Tod zu geben, bestärkt und ihm die Mittel dazu in die Hand gibt.»).

Dans son message de 1918, le Conseil fédéral reprend cette argumentation. L'art. 102 de son projet du Code Pénal suisse dispose: «Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera puni de la réclusion jusqu'à cinq ans ou de l'emprisonnement, si le suicide a été consommé.» En prenant position sur ce point, le Conseil fédéral commente : «L'incitation et l'assistance au suicide, elles-mêmes, peuvent être inspirées par des mobiles altruistes. C'est pourquoi le projet se borne à les incriminer quand l'auteur a été poussé par des mobiles égoïstes : qu'on songe à l'incitation au suicide d'une personne que l'auteur doit entretenir ou dont il escompte l'héritage (...).»⁶⁸

Le projet d'une norme spéciale en matière d'assistance au suicide est finalement adopté sous forme de l'art. 115 du Code pénal. Dans les débats parlementaires sur le nouveau Code pénal suisse, cette réglementation ne suscite guère de controverses particulières, contrairement à d'autres thèmes, notamment l'avortement.⁶⁹

b) Concept et interprétation

L'art. 115 CP se présente comme une solution intermédiaire, à mi-chemin entre l'impunité absolue et la répression indistincte. Il s'agit en effet d'une formule de compromis, tendant à criminaliser l'assistance au suicide, tout en limitant la punissabilité aux actes à caractère égoïste, de manière à modifier les règles générales sur la participation criminelle (art. 26 CP).

Les éléments constitutifs de l'énoncé légal fixés dans l'art. 115 CP sont les suivants :⁷⁰

Éléments objectifs: l'existence d'un suicide est nécessaire pour qu'il y ait sanction. Il faut que la victime provoque elle-même, de manière intentionnelle, sa mort. Si un tiers a la maîtrise de l'acte (Tatherrschaft), par exemple par le fait de faire subir à la victime des maltraitements la poussant au suicide ou par le fait de lui injecter des substances mortelles, il commet un homicide et sera donc puni selon les articles 111-114 CP. Les actes de l'« incitation » (= l'« instigation » aux termes de l'art. 24 CP) et de « l'assistance » (= la « complicité » aux termes de l'art. 25 CP) au suicide ne sont punissables que si ce dernier a été consommé, ou à tout le moins tenté.

Éléments subjectifs: l'assistance et l'incitation au suicide ne sont punissables que si l'auteur a agi intentionnellement. C'est consciemment et volontairement qu'il doit avoir incité ou aidé la victime au suicide. Les actes commis par négligence, en revanche, ne sont pas punissables selon la doctrine dominante.⁷¹ Par ailleurs, la punissabilité du participant suppose un mobile égoïste.

Les problèmes suivants soulèvent des questions d'interprétation particulièrement complexes :

La capacité de discernement: l'art. 115 CP n'est applicable que si la victime est réellement en mesure d'apprécier la portée de son acte et d'agir conformément à cette appréciation.⁷² En cas d'incapacité, les agents impliqués pourront être ren-

⁶⁸ Message du Conseil fédéral du 29 juillet 1918 à l'appui d'un projet de Code pénal suisse, FF 1918 IV 35-36.

⁶⁹ Voir Bulletin officiel du Conseil National, 39 (1929), p. 122; Bulletin officiel du Conseil des Etats, 41 (1931), p. 481 484.

⁷⁰ Un aperçu en a déjà été donné en I. 1. Cf. notamment M. Schubarth, Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht, Besonderer Teil, 1. Bd., Berne 1982, note 1241 Art. 115; J. Rehberg/N. Schmid/A. Donatsch, Strafrecht III, 8e éd., Zurich 2003, p. 1416; M. Steinmann, Art. 115 StGB als schweizerische Besonderheit, in: J.-B. Ackermann (éd.), Strafrecht als Herausforderung, Zurich 1999, p. 339343; G. Stratenwerth/G. Jenny, Schweizerisches Strafrecht, partie spéciale I, 6e éd., Berne 2003, p. 3842.

⁷¹ Siehe Stratenwerth/Jenny, op. cit., p. 41.

⁷² Voir en détail, F. Riklin, Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe. Zum Zustand der Reformdiskussion in der Schweiz, in: A. Holderegger (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg i. Ue./Freiburg i. Br. 1999, p. 340341.

des coupables d'homicide en application des art. 111ss CP. La probabilité d'un suicide libre et éclairé semble en principe exclue lorsqu'on est en présence de personnes atteintes de crises et maladies psychiques. Toutefois, l'art. 115 CP peut trouver application malgré l'existence d'une maladie psychique lorsque la victime est dans un état de lucidité passager (*lucidum intervallum*).⁷³ Si la victime est un enfant, la capacité de discernement n'est pas admise ; cette solution devrait s'appliquer également aux adolescents.⁷⁴ Dans chaque cas d'espèce, il s'agit de tenir compte des circonstances concrètes du suicide ou de la tentative de suicide. L'acte suicidaire en lui-même n'est pas une raison suffisante pour exclure la capacité de discernement.⁷⁵

La non-prévention d'un suicide : ici, il s'agit de s'interroger sur la responsabilité du garant, par exemple le mari ou le médecin, qui n'a pas empêché le suicide de la personne dont il avait la surveillance. Il se pose alors la question de savoir s'il existe un devoir de sauver la personne suicidaire, tout au moins à partir du moment où elle perd la maîtrise de ses actes (par exemple en cas de perte de conscience). Selon la position qui semble dominante en Suisse, l'omission de sauver la vie d'autrui n'est punissable, dans le cadre de l'art. 115 CP, qu'en présence d'un mobile égoïste. A cet égard, l'argument de Stratenwerth/Jenny est tout à fait convaincant : « Si l'on en décidait autrement, le mari d'une femme souffrant d'une grave maladie serait autorisé, en vertu de l'art. 115 CP, à lui procurer les moyens pour accomplir le geste fatal, à condition qu'il n'agisse pas sous l'empire d'un mobile égoïste, alors même que son rôle de garant de la communauté conjugale l'obligerait à empêcher que son épouse en fasse usage ! »⁷⁶

Le motif du délit: l'existence d'un « mobile égoïste », au sens de l'art. 115 CP, ne suppose pas nécessairement la recherche d'un avantage matériel. Il faut plutôt partir d'une notion large, couvrant aussi la satisfaction de besoins affectifs, notamment la haine, la méchanceté, ou l'envie de vengeance. La preuve en est que le texte légal ne se réfère pas à l'expression « dans le dessein de lucre » (*Gewinnsucht*), contenue dans d'autres dispositions du Code pénal. La personne qui agit par pure indifférence n'est en revanche pas punissable selon l'art. 115 CP. En effet, l'opinion doctrinale, selon laquelle l'auteur doit avoir obéi à des mobiles honorables et altruistes pour échapper à une condamnation est dépassée aujourd'hui.⁷⁷ Par ailleurs, la preuve d'un seul mobile égoïste suffit pour qu'une condamnation soit possible. Sur ce point, la version française de l'art. 115 CP, parlant d'un « motif égoïste », est plus précise que les textes allemand et italien (« Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen ... » ; « Chiunque per motivi egoistici... »).⁷⁸

c) La participation au suicide dans le contexte médical

Si l'on se penche sur l'historique de l'art. 115 CP, on remarque l'absence de perspective médicale dans la discussion législative. Au cours de l'adoption de cette disposition, le débat porte principalement sur le rapport général entre la non-punissabilité du suicide et la punissabilité limitée de l'assistance et l'incitation au suicide. L'étude des différents documents relatifs aux travaux préparatoires (notamment les procès-verbaux des commissions d'experts, le bulletin officiel de l'Assemblée fédérale ainsi que le message du Conseil fédéral) démontre en effet la « non-thématisation » des questions spécifiques en relation avec le suicide médicalement assisté.⁷⁹

⁷³ Stratenwerth, op. cit., p. 40.

⁷⁴ Schubarth, op. cit., p. 112.

⁷⁵ Riklin, op. cit., p. 341.

⁷⁶ Stratenwerth/Jenny, op. cit., p. 40. (« Sonst dürfte der Ehemann seiner schwer leidenden Frau zwar die Mittel zum Suizid verschaffen, wenn er nicht selbstsüchtig handelt, so dass Art. 115 ausscheidet, müsste aber, wegen seiner Garantenpflicht aus ehelicher Lebensgemeinschaft, verhindern, dass sie davon Gebrauch macht! »).

⁷⁷ Pour cette doctrine, voir notamment Hafter, op. cit., p. 27. Voir aussi F. Clerc, Cours élémentaires sur le code pénal suisse, Partie spéciale, tome 1, Art. 11186 CP, Lausanne 1943, p. 29.

⁷⁸ Dans ce sens, Steinmann, op. cit., p. 341342.

⁷⁹ Sur ce point, nous confirmons la thèse de S. A. Hurst et Alex Mauron, Assisted suicide und euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, BMJ, tome 326 (février 2003), p. 271.

Cette absence de débat sur les aspects médicaux n'est pas la règle. Dans d'autres domaines, on assiste en effet à une « médicalisation » du discours juridique. Relevons le cas du meurtre sur la demande de la victime (art. 114 CP) qui suscite de nombreux questionnements quant à sa dimension médicale. Déjà Carl Stooss en soulève l'importance pour le domaine médical : comme exemple pour un « mobile honorable », il cite le cas d'un médecin qui « administre une forte dose de morphine sur la demande d'un patient mortellement malade, afin de le soulager de ses douleurs ».⁸⁰

Ainsi, le débat juridique sur l'art. 115 CP, plutôt que de porter sur la réalité médicale, reflète une image caractéristique du 19^e siècle. Le recours à des visions romantisantes, provenant d'une « autre époque », est révélateur à cet égard. Ainsi le Conseil fédéral, dans son rapport de 1918, se réfère au « cas classique » des amants malheureux pour thématiser le problème du suicide.⁸¹ Le recours à la théorie de l'eugénisme et de l'« hygiène de race », telle qu'elle émerge au cours du 19^e siècle dans certains cercles de la médecine et de la psychiatrie, ne semble pas se manifester dans le débat juridique sur le suicide assisté. Comme relevé plus haut, la discussion ne s'oriente pas sur des paradigmes bio-médicaux, et ceci en opposition à d'autres domaines juridiques où des dérives eugénistes se manifestent de manière plus au moins explicite.⁸²

Les progrès de la médecine moderne placent le problème du suicide assisté dans un nouveau contexte. Afin d'apporter une réponse juridique aux questionnements soulevés, il s'agit de déterminer le sens et le but de la norme légale (*ratio legis*) posant les conditions cadres du débat sur le suicide médicalement assisté. Relevons les problèmes suivants qui figurent au centre de la discussion juridique actuelle.⁸³

L'euthanasie active: l'intervention visant à provoquer la mort du patient pour lui épargner des souffrances (euthanasie active directe) constitue un meurtre et sera donc punissable en vertu des articles 111 ss CP, même si le mourant y a consenti. Lorsque le médecin donne la mort sur la demande pressante et sérieuse de la victime, il sera puni moins lourdement, pour autant qu'il ait agi sous l'empire d'un « mobile honorable » (art. 114 CP). Le fait de soulager les douleurs du mourant avec des substances susceptibles de réduire la durée de sa survie (euthanasie active indirecte) est en revanche considéré comme admissible. S'agissant dans ce cas d'un meurtre par dol éventuel (*Eventualvorsatz*), il se pose la question de savoir si certains faits justificatifs peuvent être invoqués pour supprimer le caractère d'illicéité. En doctrine, on cite notamment le risque autorisé, le devoir professionnel du médecin (art. 32 CP) ainsi que l'état de nécessité (respectivement la collision des devoirs). Enfin, le médecin qui se limite à fournir à celui qui veut se suicider les moyens pour s'enlever la vie n'est pas punissable selon l'art. 115 CP, pourvu qu'il n'agisse pas sous l'empire d'un mobile égoïste.

L'euthanasie passive: il y a euthanasie passive lorsque le médecin renonce à des mesures susceptibles de prolonger la vie du patient. En doctrine, cette forme d'euthanasie est admise sous certaines conditions, pour le motif qu'il serait inaccep-

⁸⁰ C. Stooss, op. cit., p. 26. (« Ein Arzt giebt einem Todkranken auf seine Bitte eine starke Dosis Morphinum, um ihn von den Schmerzen zu erlösen ... »).

⁸¹ FF 1918 IV 32.

⁸² A titre d'exemple, nous citons le commentaire suivant, donné par l'Office de la santé du Canton de Bâle-Ville, se rapportant à la question de l'avortement (cit. in: E. Zürcher, Bibliographie und kritische Materialien zu den Entwürfen eines schweizerischen Strafgesetzbuches, Vierte Fortsetzung 1912-1923, Berne 1924, p. 66): « [Dans le cas concret, nous proposons] La non-punissabilité de l'avortement artificiel pour des raisons d'hygiène de race si, selon l'analyse d'une commission officielle compétente en la matière, les caractéristiques préjudiciables du père biologique (porteur d'une maladie mentale ou héréditaire) risquent en toute probabilité de provoquer une infériorité de l'enfant à naître. [« Straflosigkeit des künstlichen Aborts aus rassenhygienischer Indikation in besonderen Fällen, falls aus der Beschaffenheit der Erzeuger (Idioten, Träger erblicher Krankheiten), nach dem Befund einer amtlichen Kommission die Minderwertigkeit des Nachwuchses von vornherein mit grösster Wahrscheinlichkeit erwartet werden muss (...). »].

⁸³ Pour une discussion plus approfondie, voir notamment A. Donatsch, Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, in: M. Mettner (éd.), Wie menschenwürdig sterben?, p. 126-131; Riklin, op. cit., p. 331-341; K. Seelmann, Sterbehilfe: Die Rechtslage in der Schweiz, in: G. Bruder Müller/W. Marx/K. Schüttauf (éd.), Suizid und Sterbehilfe, p. 135-146.

table de demander au médecin de « prolonger la vie en phase terminale jusqu'aux limites du techniquement possible, lorsque ceci est contraire aux intérêts de la personne mourante elle-même »⁸⁴. Si l'arrêt du traitement médical correspond à la volonté expresse du patient, la punissabilité est exclue, pour autant que la personne concernée ait pris sa décision en toute liberté. Lorsque le patient n'est plus capable de communiquer sa volonté, par exemple en cas de perte de conscience ou d'une maladie progressive du cerveau, il faudra tenir compte de ses déclarations préalables, à défaut de sa volonté présumée. Dans ce dernier cas de figure, il est recommandé que le médecin traitant consulte les personnes proches du malade ainsi que le personnel des soins.

La prévention du suicide: selon la doctrine dominante, le garant – s'agisse-t-il du médecin ou d'un autre professionnel des soins –, doit respecter la volonté du patient décidé à mettre fin à sa vie. Un devoir de prévention n'est envisageable que dans la mesure où il existe des sérieux doutes quant à la capacité du patient à exprimer sa volonté librement. Dans chaque cas d'espèce, il faudra tenir compte des circonstances concrètes, notamment de la situation personnelle, l'âge, l'état de santé, le contexte social ainsi que des perspectives de vie de la victime.⁸⁵

II.7. Le débat actuel (1970-2004) sur l'art.115 CP

Les débats sur la question de la mort provoquée (soit par une euthanasie soit par un suicide assisté) ne sont pas sans liens avec les débats portant sur les directives anticipées et l'essor des soins intensifs, ainsi que la notion d'acharnement thérapeutique.⁸⁶

On peut situer l'essor des soins intensifs autour des années 1960 : cette étape considérable de l'histoire de la médecine soulève un certain nombre de questions imbriquées les unes dans les autres. En permettant une survie de plus en plus longue au fil des années à des patients auparavant condamnés à un décès rapide, les soins intensifs (par ailleurs appelés aussi centres de réanimation – donc étymologiquement ayant comme but de réinsuffler l'âme ou ressusciter les patients) posent de manière péremptoire la question des limites des traitements. Ainsi l'acharnement thérapeutique guette inexorablement ces pratiques dont le but est de stabiliser des patients en situation critique pour leur permettre de poursuivre les traitements en vue de la guérison. Malheureusement, dans une bonne partie des cas, les patients ne sont pas en mesure de s'exprimer, notamment en ce qui concerne la poursuite ou l'arrêt des traitements lorsque ceux-ci commencent à devenir futiles. On saisit donc mieux l'importance des directives anticipées si on les considère comme moyens à la disposition du patient lui permettant de formuler ses vœux pour les cas où il ne serait plus en mesure de le faire.

C'est vers les années 1970 que les professionnels de la santé et l'opinion publique prennent conscience de ces problèmes. À cette époque, la plupart des hôpitaux suisses se dotent de services de médecine intensive hautement spécialisés qui accueillent des patients se trouvant en situation de détresse profonde, mais pas forcément en phase terminale. Cet acheminement indifférencié des patients provoque ainsi des situations difficiles à gérer, face auxquelles le corps médical se doit d'établir des critères de conduite.

La commission centrale d'éthique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales s'exprime une première fois en 1976 par des directives, modifiées ensuite en 1981, sur l'euthanasie (à l'époque, le terme est utilisé en Suisse sans aucune connotation négative, puisqu'il fait référence à une série de mesures prises pour rendre plus supportable le trépas), directives qui traitent pour la première fois explicitement du thème du testament biologique.

Dans un premier temps, le corps médical suisse réagit de façon négative à l'égard de ces directives anticipées, et ceci non seulement pour des raisons morales. Ce rejet ou cette réticence sont liés au fait que le principe de la volonté propre du patient, auquel se réfèrent les directives, semble limiter la liberté du médecin dans l'évaluation clinique de situations concrètes. Par la suite la réaction des médecins se nuance et ils commencent à répondre affirmativement aux critères de diligence prévus dans ces directives. Ainsi, la Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH), dans son code de déontologie, reconnaît implicitement – par renvoi aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales (Directives médico-éthiques sur l'accompagnement des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux, n° 3.4) – la possibilité de directives anticipées⁸⁷.

D'autres organisations sociales ou ecclésiastiques, comme Caritas suisse, ont, elles aussi, rédigé des documents et des textes de portée analogue. L'Institut d'éthique sociale de la Fédération des églises protestantes de Suisse a même établi un inventaire provisoire de ces textes⁸⁸.

On admet à présent, avec le recul, que cette réaction du corps médical et des associations d'aide aux mourants s'explique par le fait que l'association Exit avait demandé à un juriste de formuler un avis sur le statut du testament biologique. L'avis de Max Keller de Zurich concluait que ces directives devaient être considérées comme étant directement applicables par le médecin soignant. Face à cette tendance, l'Académie Suisse des Sciences Médicales demanda une contre-expertise à deux autres juristes, à savoir les professeurs Guinand et Guillod. Leur avis parvint à des conclusions qui n'étaient pas forcément contraires à celles exprimées par l'association Exit, mettant ainsi en évidence des exigences légitimes véhiculées par les directives anticipées. L'Académie chercha à tenir compte de ces exigences, en proposant dans ses directives une interprétation plus ouverte de l'importance des testaments biologiques, alors que le Directeur de l'Office fédéral de la justice avait nié jusque-là l'importance juridique de ces textes.⁸⁹

En 1995, ces mêmes directives ont été à nouveau révisées, et la partie concernant le testament biologique remaniée. Pour mieux préciser sa position, l'Académie a, d'une part, souligné l'importance de ces documents pour l'action du médecin soignant, et, d'autre part, elle en a limité la portée en précisant les conditions selon lesquelles un tel document peut être considéré comme recevable. Ainsi fut écarté le cas de figure où le médecin se trouverait face à un document prévoyant son aide active au suicide ou à l'homicide consentant : *«Lorsque le médecin est en présence d'une déclaration écrite rédigée antérieurement par le patient alors qu'il était encore capable de discernement, celle-ci est déterminante. Cependant, ne seront pas considérées les demandes exigeant un comportement illégal de la part du médecin ou requérant l'interruption des mesures de conservation de la vie alors que, selon l'expérience générale, l'état du patient permet d'espérer un retour à la communication sociale et la réapparition de la volonté de vivre.»*⁹⁰

⁸⁴ Stratenwerth/Jenny, op. cit., p. 24.

⁸⁵ Sur le conflit entre les intérêts étatiques et le respect de l'autonomie, voir A. Bondolfi, *Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme*, *Ethik in der Medizin* (2000), p. 262-268. Voir aussi M. Bahro/J. Strnad, *Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe. Eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie*, *Ethik in der Medizin* (2000), p. 257-261.

⁸⁶ Cf. R. Baumann-Hölzle et al. (éd.): *Lebenserhaltung um jeden Preis. Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin*, Berne, 2005.

⁸⁷ Voir l'art. 17 du Code de déontologie de la FMH (version révisée du 30 avril 2003), www.fmh.ch.

⁸⁸ En ce qui concerne la documentation: *Patientenverfügungen. Eine Materialsammlung*, Bern: ISE 1992, (ISE-Texte 1/92).

⁸⁹ Le texte est repris de la *Neue Zürcher Zeitung* du 31.12.1987, p. 18.

⁹⁰ Académie suisse des sciences médicales: *Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes*, *Bulletin des Médecins Suisses* 76 (1995) 1226

⁹⁰ Assistance au décès, Rapport du groupe de travail au Département fédéral de justice et police, mars 1999, p. 13-14, à consulter à l'adresse <http://www.ofj.admin.ch> (rubrique Législation / Assistance au décès)

Ces dernières années, la discussion sur les directives anticipées s'est intensifiée parce que le débat sur l'euthanasie et sa réglementation a retenu toute l'attention de l'opinion publique. En 1999, un groupe d'experts nommé par le Département fédéral de justice et police parvient ainsi à la conclusion suivante: «Dès lors que cette renonciation au traitement correspond au désir exprès du patient, la punissabilité du médecin à raison de ce comportement est exclue, parce que, selon un principe juridique généralement reconnu, toute mesure médicale nécessite l'accord (exprès ou présumé) du patient. Si cet accord fait défaut ou a été refusé, l'intervention du médecin doit être considérée comme accomplie de sa propre autorité et de ce fait « non autorisée ». Cela vaut également pour les mesures de survie.»⁹¹

En 1994, le Conseiller national Victor Ruffy dépose une motion ainsi libellée: «Devant les différentes formes d'évolution dégradante de maladies incurables, malgré les moyens à disposition pour prolonger la vie, de plus en plus d'êtres humains, dans notre société souhaitent avoir la possibilité de prendre une part active à leur fin de vie afin de mourir dans la dignité. Le Conseil Fédéral est prié de soumettre un projet tendant à l'adjonction d'un article 115bis au Code pénal suisse»⁹². Le Conseil Fédéral répond à cette démarche non pas (comme il l'a fait auparavant) en affirmant qu'une telle motion contredit le droit à la vie, mais en proposant de la transformer en postulat, c'est-à-dire de lui donner une forme moins stricte, ce que le Conseil National approuve en 1996. L'année suivante, le Département de justice et de police charge un groupe de travail d'analyser la situation et de formuler des propositions. En mars 1999, le groupe présente son rapport sous le titre « Assistance au décès »⁹³.

Le consensus de ce groupe de travail porte sur les points suivants : les ressources de la médecine palliative doivent non seulement être encouragées, mais exploitées entièrement. Dans ce contexte, le droit à l'arrêt des soins doit pouvoir être garanti. L'euthanasie passive ainsi que l'euthanasie active indirecte doivent non seulement être considérées comme licites, mais leur pratique doit aussi être régie expressément par la loi, même si le groupe renonce à proposer un texte répondant concrètement à cette exigence. Le coût des pratiques médicales ne doit en aucun cas constituer un motif ou un argument pour légitimer une euthanasie. Une majorité du groupe s'exprime en faveur d'une clause d'exception devant faire l'objet d'un nouvel alinéa de l'article 114 du Code Pénal qui traite du meurtre commis à la demande de la victime: «Si l'auteur a donné la mort à une personne atteinte dans sa santé d'une manière incurable et se trouvant en phase terminale, cela dans le dessein de mettre fin à des souffrances insupportables et irrémédiables, l'autorité compétente renoncera à le poursuivre, à le renvoyer devant le tribunal ou à lui infliger une peine.»⁹⁴ Une minorité du groupe rejette cette proposition, rappelant son inutilité là où les mesures palliatives sont appliquées correctement. Elle évoque les risques de se trouver sur une « pente savonneuse » si les interdits moraux et pénaux étaient assouplis.

Le rapport est commenté par les médias et les partis politiques, intensifiant ainsi le débat public déjà en cours depuis quelques années. Le Conseil Fédéral, pour sa part, examine le rapport et y répond en juillet 2000. Il ne retient pas la proposition formulée par la majorité du groupe, mais, devant l'alternative du statu quo, il affirme qu'il est impératif d'exploiter au maximum les possibilités de la médecine palliative. Pour ce qui est de l'euthanasie passive et active indirecte, le gouver-

nement est d'avis qu'il faut la réglementer par une loi. Quant à une possible clause d'exception régissant le meurtre commis à la demande de la victime, il reste ferme : «Même formulée de manière très restrictive, une exception à la punissabilité de l'euthanasie active directe équivaldrait à un assouplissement de l'interdiction de l'homicide et constituerait la rupture d'un tabou profondément ancré dans notre culture chrétienne.»⁹⁵ Les médias réagissent de façon partagée et le débat se poursuit au Parlement, par le biais d'initiatives parlementaires dont deux d'entre elles spécialement ont joué un rôle important. La première est présentée par M. Franco Cavalli, oncologue, président de la Ligue suisse contre le cancer et membre du parti socialiste, et la seconde par Mme Vallender, radicale appenzeloise. La première vise à reprendre les propositions de la majorité du groupe de travail du Département de justice et de police en les introduisant dans une procédure qui accorderait le privilège de la non-punissabilité uniquement aux médecins qui auraient reçu de la part du patient le mandat explicite de mettre fin à ses jours.⁹⁶ La deuxième initiative, présentée par Mme Vallender, propose de préciser davantage l'article 115 actuel, qui prévoit la non-punissabilité de l'aide au suicide en l'absence de mobiles égoïstes, de manière à clarifier son application dans des domaines délicats comme, en particulier, la psychiatrie.⁹⁷

La commission parlementaire du Conseil national approuve à la majorité l'initiative parlementaire de M. Cavalli, rejetant celle de Mme Vallender. Mais les choses se passent autrement en assemblée plénière, puisque les deux initiatives sont rejetées, quoique pour des considérations et des argumentations différentes.⁹⁸

Le débat parlementaire n'est relancé qu'en juin 2004, quand le Conseil des Etats adopte la motion de sa Commission des affaires juridiques « Euthanasie et médecine palliative ».⁹⁹ La motion charge le Conseil fédéral de soumettre des propositions en vue d'une réglementation législative de l'euthanasie active indirecte et de l'euthanasie passive, ainsi que de prendre des mesures pour promouvoir la médecine palliative.

Le 4 juillet 2003, le Département fédéral de Justice et Police charge la Commission nationale d'Ethique pour la médecine humaine d'examiner dans son ensemble la question de l'assistance au décès sous l'angle éthique et juridique, et d'élaborer d'ici à l'été 2004 un rapport et un projet de réglementation légale. En 2002 déjà, la Commission avait décidé de s'atteler à la problématique de l'euthanasie et des décisions de fin de vie [end-of-life decisions] ; cette demande lui permit de placer ce dossier en tête de ses priorités. Toutefois, le Conseil fédéral issu des élections d'octobre 2003 a décidé de geler ce dossier (cf. I. 2).

Le 10 mars 2004, le Conseil national adopte la motion de la Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats « Euthanasie et médecine palliative »¹⁰⁰. Le Conseil fédéral devra donc examiner les exigences posées par la motion : étudier la nécessité de réglementer l'euthanasie passive et l'euthanasie active indirecte et analyser les mesures de promotion de la médecine palliative ainsi que le problème du « tourisme du suicide ».

⁹¹ Assistance au décès, Rapport du groupe de travail au Département fédéral de justice et police, mars 1999, p. 13-14, à consulter à l'adresse <http://www.ofj.admin.ch> (rubrique Législation / Assistance au décès)

⁹² « Euthanasie. Adjonction au Code pénal suisse » (N 14.3.96), BO 1996 CN 362.

⁹³ Rapport de mars 1999, op. cit.

⁹⁴ Rapport de mars 1999, op. cit., p. 35.

⁹⁵ Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffy (juillet 2000), p. 15.

⁹⁶ Initiative parlementaire « Caractère répréhensible de l'euthanasie active. Nouvelles Dispositions », déposée le 27.09.2000 au Conseil National (00.441).

⁹⁷ Initiative parlementaire « Incitation et assistance au suicide. Modification de l'art. 115 », déposée le 14.03.2001 au Conseil National (01.407).

⁹⁸ BO 2001 CN 1835.

⁹⁹ Motion CAJ-CE « Euthanasie et médecine palliative », déposée le 11.04.03 au Conseil des Etats (03.3180). BO 2003 CE 618.

¹⁰⁰ BO 2004 CN 266.

Tout récemment, Exit et des organisations analogues comme Dignitas ont voulu pousser leur pratique dans deux directions: d'une part, en la proposant comme possible également pour les foyers pour personnes âgées et, d'autre part, en essayant de toucher aussi des personnes qui ne sont pas strictement dans une phase terminale mais qui souffrent beaucoup de leur situation, surtout d'un point de vue psychique. Ces développements ont fait récemment l'objet de discussions, car la municipalité de Zurich, qui avait interdit aux membres d'Exit et d'organisations analogues de pratiquer l'aide au suicide dans les établissements pour personnes âgées, leur a dernièrement accordé son autorisation, même si elle l'a fait à certaines conditions très strictes¹⁰¹. D'autres cantons, notamment en Suisse romande, sont en train d'élaborer des règlements analogues autorisant une telle pratique dans les établissements pour personnes âgées, en évitant de faire du prosélytisme ou de plonger dans l'inquiétude les autres résidents de ces établissements. Ce débat est toujours en cours et il est difficile d'imaginer ses conséquences pour les années à venir.

II.8. Situation juridique dans différents pays

Dans la plupart des Etats européens, notamment en Autriche, en Italie, au Royaume-Uni, en Espagne, au Portugal et en Pologne, l'assistance au suicide est pénalement réprimée. Dans d'autres pays, notamment la Belgique, l'Ecosse, la Suède ou la France, il n'est pas prévu de disposition pénale expresse réprimant l'assistance au suicide, mais c'est par interprétation analogique que l'on aboutit au même résultat. Seuls quelques pays européens comme la Suisse et les Pays-Bas admettent des exceptions dans leur législation ou dans leur pratique judiciaire et autorisent l'assistance au suicide dans certaines circonstances¹⁰². En dehors de l'Europe, seul l'Etat de l'Oregon, aux Etats-Unis, autorise l'assistance au suicide.

Allemagne

En droit allemand, la participation au suicide n'est actuellement pas réprimée en tant que telle. Ainsi, le fait d'aider quelqu'un à se suicider est légal, pour autant qu'il s'agisse de la « simple » assistance prêtée à la personne décidée à mettre fin à ses jours. Un équivalent de l'article 115 du Code pénal suisse n'existe toutefois pas en droit allemand.¹⁰³ Cependant, celui qui n'empêche pas le suicide d'autrui peut, selon les circonstances, être punissable pour son omission, lorsque la victime agit en état d'incapacité. Ainsi, la responsabilité pénale du médecin peut être engagée lorsque celui-ci renonce à prendre des mesures aptes à sauver le patient suicidaire en état d'inconscience. Par ailleurs, selon une jurisprudence émanant de la Cour Fédérale, un devoir de prévention existe, dans la mesure du raisonnable, même dans le cas où la personne suicidaire a la faculté d'apprécier la portée de son acte. Selon cette pratique, le médecin a un devoir d'assistance dès le moment où le patient perd la « maîtrise de la situation » (par exemple à cause d'une dose excessive de somnifères). L'euthanasie active directe est d'emblée punissable selon le droit allemand. Il s'agit, en principe, d'un meurtre sur demande réprimé par le § 216 du Code pénal.

¹⁰¹ Pour une connaissance directe du dossier, <http://www.stzh.ch> (sous la rubrique « sterbehilfe »).

¹⁰² Pour un tableau général de la situation en Europe, voir l'enquête menée par le Comité directeur pour la bioéthique du Conseil de l'Europe sur la base d'un questionnaire relatif aux pratiques en matière d'euthanasie : Réponses au questionnaire pour les Etats membres relatif à l'euthanasie (20 janvier 2003). A consulter à l'adresse : <http://www.coe.int>. Pour un aperçu de la situation dans le monde, lire Laura Spinney, "Last Rights", in: *New Scientist*, 23 avril 2005, p. 46-49.

¹⁰³ Pour une analyse détaillée, voir Klaus Ulsenheimer, *Ärztliche Sterbehilfe*, in: A. Laufs/W.Uhlenbruck/H. Genzel/B.-R. Kern/D. Krauskopf/G. H. Schlund/K. Ulsenheimer (éd.), *Handbuch des Arztrechts*, 2e éd., Munich 1999, p. 1226-1231.

Pays-Bas

Selon l'art. 294 du Code pénal néerlandais, l'incitation ou l'assistance au suicide constitue une infraction assortie d'une peine pouvant aller jusqu'à trois ans d'emprisonnement. Vu sous cet angle, le suicide médicalement assisté est en principe illégal, ce qui n'a toutefois pas empêché le développement d'une pratique judiciaire autorisant, sous certaines conditions, l'aide médicale au suicide. Depuis près de 20 ans, la jurisprudence néerlandaise a en effet élaboré des « critères de diligence » permettant de ne pas sanctionner le suicide pratiqué par un médecin.¹⁰⁴

Cette jurisprudence est désormais inscrite dans la loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide, entrée en vigueur le 1er avril 2002. Cette première loi européenne en matière de suicide assisté introduit une clause de justification légale visant à dépénaliser, sous certaines conditions, l'euthanasie et l'assistance au suicide pratiquées par le médecin. Cette nouvelle loi a dès lors modifié les articles 293 et 294 du Code pénal néerlandais, qui concernent respectivement l'homicide commis sur demande de la victime et l'assistance au suicide, en ajoutant une clause spéciale de non-punissabilité.

La loi prévoit, dans son article 2, qu'un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide n'est pas punissable lorsque le médecin agit dans le respect des règles de prudence suivantes : a) Le patient a formulé sa demande librement, de façon mûrement réfléchie et constante b) Les souffrances du patient sont de caractère insoutenable et sans perspective d'amélioration c) Le médecin a informé le patient de sa situation et de ses perspectives d) Il est parvenu, en concertation avec le patient, à la conclusion qu'il n'existe pas d'autre alternative raisonnable e) Le médecin a consulté au moins un autre médecin indépendant f) L'euthanasie ou l'assistance au suicide est pratiquée avec la précaution médicalement requise.

Cinq commissions régionales de contrôle ont pour mission d'examiner tous les cas d'euthanasie et d'assistance au suicide déclarés. Si la commission conclut que le médecin a agi avec précaution en se conformant aux critères légaux imposés, il n'y aura généralement pas d'ouverture d'une enquête pénale.

Belgique

Le droit pénal belge ne connaît pas de *lex specialis* en matière d'assistance au suicide. D'après l'opinion dominante en doctrine, l'aide au suicide peut être qualifiée de non-assistance à personne en danger (art. 422bis du Code pénal belge). Toutefois, dans la pratique des tribunaux, il n'existe apparemment pas d'exemples concrets d'une condamnation pénale prononcée en matière de suicide assisté.¹⁰⁵ La Belgique a récemment autorisé et réglementé l'euthanasie par une loi du 28 mai 2002. Cette loi, entrée en vigueur le 20 septembre 2002, crée une base formelle pour la « dépénalisation » de l'euthanasie, lorsqu'elle est pratiquée par un médecin qui respecte certaines conditions de précaution. Il est important de relever que la loi de 2002 ne s'applique qu'à l'euthanasie, définie comme la provocation de la mort sur demande du patient. Il en résulte que l'aide au suicide reste en théorie punissable, même si elle respecte les conditions légales applicables à l'euthanasie. L'euthanasie effectuée sur la demande du patient n'est pas punissable a) si le patient est capable de discernement durant l'année où il formule sa demande, b) s'il a formulé sa demande de manière réfléchie et répétée et c) s'il se trouve dans un état de souffrance insupportable et incurable. Ces principes matériels sont complétés par diverses règles de procédure, précisant notamment les devoirs d'information et de consultation du médecin traitant.

¹⁰⁴ Pour une analyse plus approfondie, voir Jan Watse Fokkens, *Sterbehilfe im niederländischen Recht*, in: G. Brudermüller/W. Marx/K. Schüttauf (Hrsg.), *Suizid und Sterbehilfe*, S. 147-167. Voir aussi Matthias Conradi, *Der Arzt an den Grenzen seines Behandlungsauftrags: eine Untersuchung zu Fragen der Sterbehilfe im Zeitalter der Intensivmedizin*, thèse Mainz/Francfort-sur-le-Main etc. 2002, p. 307-320.

¹⁰⁵ Hermann Nys, *Country Report Belgium*, in: J. Taupitz (éd.), *Zivilrechtliche Regelungen der Patientenautonomie am Ende des Lebens*, Berlin usw. 2000, S. 148-149.

Danemark

En droit pénal danois, le fait d'aider au suicide constitue une infraction pénale. L'auteur d'un tel acte est sanctionné par une amende ou une peine de prison (art. 240 du Code pénal danois).¹⁰⁶ Dans une pratique constante, les tribunaux danois ont affirmé l'obligation de porter assistance à une personne inconsciente qui a tenté de se suicider. Cette obligation existe même si le candidat a exprimé sa volonté de mourir et demandé que celle-ci soit respectée. Si en revanche une personne capable de discernement demeure consciente après une tentative de suicide et rejette toute aide, cette volonté doit en principe être respectée. Aux dispositions de droit pénal s'ajoute un nombre de lois et d'ordonnances applicables dans le domaine du suicide médicalement assisté. D'un intérêt particulier est la loi sur les droits des patients, entrée en vigueur le 1er octobre 1998. L'objectif de cette loi consiste à garantir la dignité, l'intégrité et l'autonomie du patient. Dans ce contexte, le principe de l'autodétermination acquiert une importance primordiale. La loi sur les droits des patients prévoit l'établissement d'une banque de données sur les testaments de vie. Si le médecin responsable envisage un traitement visant à prolonger la vie d'un patient en phase terminale, il est tenu de vérifier auprès de la banque de données si ce patient a enregistré un testament.

Etats-Unis

La participation au suicide est pénalement réprimée dans tous les Etats fédérés américains, à l'exception de l'Etat de l'Oregon. La plupart d'entre eux prévoient des lois particulières ou des dispositions spécifiques de droit pénal sanctionnant l'assistance au suicide. Dans les autres Etats, c'est en revanche la Common Law qui déclare l'aide au suicide punissable.¹⁰⁷ Des associations en faveur de la liberté de mourir ont demandé un assouplissement de cette disposition dans plusieurs Etats (Californie, Washington, Michigan, Maine, Hawaii et Vermont), en vain. Dans la pratique, l'assistance au suicide n'a que rarement fait l'objet de poursuites pénales. Dans deux décisions rendues en juillet 1997, la Cour suprême des Etats-Unis a constaté l'inexistence d'un droit constitutionnel au suicide assisté.¹⁰⁸ Elle a affirmé que les Etats peuvent, au regard de la Constitution, choisir de légaliser ou non l'aide au suicide. Ainsi, dans l'Oregon, la loi entrée en vigueur en 1997 exige la participation de deux médecins et exclut l'injection de produits létaux.

Grande-Bretagne

C'est en 1994 qu'a été entreprise la dernière tentative en date de légaliser l'assistance au suicide. La proposition de loi fut toutefois rejetée. Depuis 2003, Lord Joel Joffe, membre de la Chambre des Lords, soumet un nouvel acte, „The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill”, qui autorise l'euthanasie active et l'assistance au suicide pour les malades en phase terminale. Après avoir examiné au cours d'auditions les expériences effectuées en Oregon, aux Pays-Bas et en Suisse¹⁰⁹, une commission de la Chambre de Lords a accepté la proposition et recommandé, en avril 2005, qu'une version amendée soit débattue au Parlement.¹¹⁰

¹⁰⁶ Sur la situation juridique au Danemark, voir Ulla Hybel, Country Report Denmark, in: J. Taupitz (Hrsg.), Zivilrechtliche Regelungen der Patientenautonomie am Ende des Lebens, Berlin usw. 2000, S. 495 ; J. Vestergaard, Danemark – Le droit à l'autodétermination, in : Conseil de l'Europe (éd.), Regard éthique – L'euthanasie, vol. II : Perspectives nationales et européennes, Strasbourg 2004, p. 27-42.

¹⁰⁷ Sur la situation juridique aux Etats-Unis, voir Anja Nussbaum, Right to die: Die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland, Berlin 2000, S. 8594 ; Louis Snyder, Etats-Unis – Euthanasie, suicide assisté et droit de mourir, in : Conseil de l'Europe (éd.), Regard éthique – L'euthanasie, vol. II : Perspectives nationales et européennes, Strasbourg 2004, p. 111-129.

¹⁰⁸ Vacco c. Quill, in S.Ct., 117, 2293, 1997 ; Washington c. Glucksberg, in S.Ct., 117, 2258, 1997.

¹⁰⁹ Le rapport est disponible en ligne, www.publications.parliament.uk/pa/Id/Idasdy.htm

¹¹⁰ Cf. Spinney, Last Rights, op.cit.

II.9. Les arguments éthiques du débat¹¹¹

a) En faveur du suicide médicalement assisté

Trois arguments éthiques sont souvent invoqués pour justifier la pratique du suicide médicalement assisté : l'autodétermination, « le droit de mourir » et la bienfaisance.

Le principe de l'autodétermination

Certains défenseurs d'une « bioéthique libérale » se réfèrent au principe de l'autonomie et de l'autodétermination pour reconnaître un droit du patient de choisir les modalités et le moment de sa mort. Ils estiment que ce droit moral de décider de sa propre mort peut, dans certaines circonstances, justifier l'aide médicale au suicide.

L'un des arguments avancés par les tenants d'une « libéralisation » du suicide est le suivant : si le droit du patient à refuser un traitement médical est aujourd'hui, en général, clairement reconnu, l'aide apportée au patient décidé à s'ôter la vie ne peut être d'emblée inadmissible.¹¹² L'autonomie individuelle étant au centre des intérêts, l'acte d'assistance au suicide exécuté par le médecin n'est moralement acceptable que s'il constitue l'expression fidèle et ultime de la volonté du patient. Dans cette perspective, le patient a le droit de revenir sur sa décision à tout moment avant le déclenchement irréversible du processus létal.¹¹³ Si le patient peut, selon le modèle libéral, demander l'assistance au suicide, ce ne signifie pas encore que le médecin ait un « devoir de collaboration ». Au contraire, dans un système individualiste et pluraliste, le médecin doit pouvoir bénéficier d'une liberté de choix, ce qui implique la reconnaissance d'un « droit de refus ».

Dès lors que le droit moral de décider de sa mort est reconnu, il faut l'institutionnaliser sur le plan politique et juridique. Il s'agit ainsi d'entamer un processus de légalisation, dont le corollaire serait, bien entendu, la dépénalisation du suicide médicalement assisté.

Le « droit à la mort »

L'idée d'un « droit de mourir » (Right to Die) est étroitement liée au principe de l'autonomie et de l'autodétermination. Cette expression s'inscrit dans le processus de subjectivation qui caractérise le discours biomédical dans l'ère (post-)moderne : l'individu moderne, fondamentalement libre dans ses choix individuels, revendique le pouvoir sur sa vie et sur sa mort. Ainsi, l'euthanasie et l'aide au suicide peuvent être considérées comme l'affirmation de la liberté humaine et l'expression du droit de l'être humain sur son propre corps. Citons dans ce contexte la thèse du « droit au suicide » formulée par Margaret Battin. Sa thèse consiste à considérer le suicide comme un droit fondamental, constitutif de la dignité humaine. Battin prévoit toutefois une distinction entre le suicide non-violent, inspiré par un idéal de vie et de dignité, et toutes les autres formes de suicide « irrationnel » : ce n'est que dans le premier cas qu'il existe un véritable droit fondamental, justifiant l'aide au suicide.¹¹⁴

¹¹¹ La littérature en la matière est abondante. Voir, entre autres, Aumonier Nicolas, Evaluation des arguments en présence, in : Conseil de l'Europe (éd.), Regard éthique – L'euthanasie, vol. I : Aspects éthiques et humains, Strasbourg 2004, p. 63-76 ; Hubert Doucet, Les promesses du crépuscule, Québec 1998 ; Adrian Holderegger, Zur Euthanasie-Diskussion in den USA. Erster Teil. In. Id. (éd.), Das medizinisch assistierte Sterben. Freiburg i.Ue./Freiburg i. Br.1999, p. 124-137 ; Massimo Reichlin, L'etica della buona morte, Torino 2000.

¹¹² Sur ce point, voir A. Holderegger, op. cit., p. 135-136.

¹¹³ Dans ce sens, notamment D. W. Brock, Voluntary active euthanasia, in : Id. (éd.), Life and death. Philosophical essays in bio medical ethics, Cambridge 1993, p. 204.

¹¹⁴ Margaret Battin, "Suicide : a 'fundamental' human right ?", in : Id., The least Worst Death, Oxford, 1994, p. 277-288.

Le principe de bienfaisance

Un troisième argument en faveur du suicide médicalement assisté s'appuie sur le principe de bienfaisance, c'est-à-dire l'obligation du médecin de ne pas nuire et de faire le bien en empêchant ou en soulageant la douleur et les souffrances du patient. La question qui se pose dans ce contexte est la suivante : lorsque la médecine ne peut améliorer la condition humaine et que celle-ci est une vie de souffrance, le principe hippocratique *primum non nocere* ne justifie-t-il pas l'aide médicale au suicide ?

Des philosophes typiquement utilitaristes comme Singer, Kuhse et Rachels estiment que les décisions morales de vie et de mort sont inévitablement basées sur le critère de la « qualité de vie ». Ils soutiennent que si l'éthique traditionnelle était fondée sur le caractère sacré de la vie, la « nouvelle éthique » (Singer) ne peut que se fonder sur un niveau acceptable de bien-être (*well-being*), en l'absence duquel la vie n'apparaît pas digne d'être vécue.¹¹⁵ Une telle « éthique de la qualité de vie » est centrée sur l'être humain prenant totalement en main sa propre destinée. Le malade n'a pas à supporter une existence malheureuse ; il faut alors respecter son désir de mourir s'il juge que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Dans cette perspective morale, la « bonne » gestion de la mort est possible même si le patient est inapte à exprimer ses propres préférences. Il s'agit alors d'appliquer le critère de la qualité de vie, consistant à se demander si le prolongement de la vie est « objectivement bénéfique » pour le patient. Si la réponse est négative, le courant utilitariste considère, en principe, comme acceptable la décision de l'aide médicale à la mort.¹¹⁶

b) Les arguments contre le suicide médicalement assisté

L'autonomie, entendue comme le droit du patient de se protéger ou de refuser tout traitement médical, ne saurait toutefois fonder un droit à être assisté dans son suicide, est-il ici objecté. Trois arguments principaux sont souvent invoqués pour rejeter l'assistance médicale au suicide : le caractère sacré de la vie, l'intégrité professionnelle et le risque d'un dérapage (*slippery slope*).

Le caractère sacré de la vie

Les arguments de nature théologique apparaissent très souvent dans les discussions actuelles sur l'euthanasie et le suicide médicalement assisté. L'un d'entre eux est le principe du caractère sacré de la vie (*sanctity of life*). Il existe différentes interprétations théologiques de ce principe. Une première interprétation, qui trouve son inspiration dans le judaïsme, consiste à dire que chaque moment de l'existence humaine possède une valeur infinie ; c'est pourquoi le médecin a la tâche de prolonger la vie aussi longtemps que possible. Une deuxième interprétation a été soutenue par le Pape Jean-Paul II : le commandement « Tu ne tueras pas » doit s'interpréter de manière absolue et permanente. Une troisième et dernière interprétation soutient que la vie n'est pas sacrée au sens d'un objet intouchable, mais qu'elle est sainte, c'est-à-dire en relation avec Dieu. Dans la discussion théologique, la question de savoir si cette dernière interprétation conduit à l'interdit de l'euthanasie est toujours controversée.¹¹⁷

Pendant les dernières années, quelques auteurs ont repris l'argument du caractère sacré de la vie en l'appliquant au contexte sécularisé. Citons notamment Leon R. Kass, médecin et professeur à l'Université de Chicago, qui a soutenu la thèse que le caractère sacré de la vie humaine trouve son fondement dans la dignité de l'homme. Selon Kass, le consentement de la personne décidée à mourir ne peut pas justifier l'euthanasie ou le suicide assisté parce qu'il s'agit d'un acte intrinsèquement mauvais.¹¹⁸ Aussi, le juriste et philosophe anglo-américain Ronald Dworkin se réfère-t-il à la théorie du caractère sacré de la vie ; il estime toutefois, sur la base d'une argumentation de type « libéral », que l'euthanasie peut se justifier sous certaines conditions.¹¹⁹

L'intégrité professionnelle

Selon cet argument, l'euthanasie ou la participation au suicide d'un patient est incompatible avec le sens même de la tâche médicale. Accepter le suicide assisté contredirait le rôle social, moral et professionnel du médecin qui est de soigner. Dans cette perspective, un désir de mort ne peut donc avoir priorité sur une action de soins et celle-ci ne peut se transformer en action de mort.¹²⁰

Le philosophe Hans Jonas a soutenu cet argument. À son avis, il est éthiquement inacceptable que le médecin se transforme en « donneur de mort » en pratiquant l'euthanasie ou l'assistance au suicide.¹²¹ Ainsi, la prohibition de toute forme d'euthanasie et de suicide assisté protège d'une part le médecin contre le conflit d'intérêts entre guérir et tuer et, d'autre part, permet au patient de garder confiance en son médecin.

D'autres philosophes comme Pellegrino et Kass ont tenté de mener une réflexion plus approfondie sur le rôle du médecin et le concept de l'intégrité professionnelle.¹²² Selon ce courant de pensée, la médecine n'est pas une simple activité technique et neutre basée sur des « valeurs externes », mais plutôt une profession morale qui se définit par ses propres « valeurs internes ». La valeur intrinsèque qui donne à l'activité médicale son sens est la guérison du patient : c'est le besoin de santé du patient, non pas ses désirs ou ses droits, qui constitue l'essence, la raison d'être de la médecine. Ainsi, le médecin qui pratique l'euthanasie ou l'assistance au suicide viole les valeurs fondamentales, inscrites dans sa profession.

L'argument dit de la « pente glissante »

Un troisième argument invoqué contre l'assistance médicale au suicide est le risque d'un dérapage progressif vers des pratiques de plus en plus inacceptables. Dans ce contexte, la métaphore de la « pente glissante » (*slippery slope*) est utilisée pour suggérer que, une fois franchi le premier, il ne sera vraisemblablement plus possible d'arrêter le processus en cours.¹²³ L'argument de la pente glissante comprend deux éléments : l'un de caractère logique ou conceptuel, l'autre de type psychosocial ou empirique. Le premier consiste à dire que, une fois l'aide au suicide légalisée, on sera obligé, pour des motifs de cohérence, de faire des concessions dans d'autres domaines proches, comme l'euthanasie active. Le second met l'accent sur les risques d'abus consécutifs à l'autorisation de l'assistance au suicide, et en particulier des pratiques d'euthanasie non volontaire. Cet argument insiste tant sur la prédisposition psychosociale de l'homme à accepter progressivement des pratiques de plus en plus irrespectueuses de la vie humaine, que sur une pression sociale de plus en plus forte à devoir prendre congé de la vie dès lors que l'on devient une charge pour les autres¹²⁴. En libéralisant l'aide au suicide, on pourrait amener la société à préconiser des économies au détriment des soins indispensables à une vie humaine digne d'être vécue.

¹¹⁵ Peter Singer, *Rethinking Life and Death*, Oxford, 1995, p. 106-131.

¹¹⁶ Cf. H. Doucet, op. cit., p. 126-129.

¹¹⁷ Voir H. Doucet, op. cit., p. 85-90.

¹¹⁸ Leon R. Kass, "Death with Dignity and the Sanctity of Life", in : J. D. Moreno (éd.), *Arguing Euthanasia*, New York, 1995, p. 211-236.

¹¹⁹ Ronald Dworkin, *Life's Dominion*, New York, 1994, p. 211-236.

¹²⁰ N. Aumonier, op. cit., p. 69.

¹²¹ Hans Jonas, "The Right to Die", in : *Hastings Centre Report*, VIII (1978), p. 31-36.

¹²² L. R. Kass, *Toward a More Natural Science*, New York 1985 ; E. D. Pellegrino, *Humanism and the Physician*, Knoxville Ten. 1979.

¹²³ M. Reichlin, op. cit., p. 164-177.

¹²⁴ H. Doucet, op. cit. 69.

III. Discussion au sein de la CNE/NEK

La CNE/NEK s'est fondée sur les informations données par les chapitres I et II du présent document pour discuter la signification, les implications et les limites de l'art. 115 CP qui réglemente l'assistance au suicide.

III.1 Art 115 CP : un espace de liberté

Il est important de clarifier ce que l'art. 115 CP garantit à chaque individu. S'agit-il d'un droit pour un individu de pratiquer une assistance au suicide pour une tierce personne ou, pour un malade, d'un droit moral qui lui permettrait d'obtenir une assistance dans son projet de suicide, ou simplement de définir les conditions dans lesquelles une aide au suicide, désintéressée, est permise ? La Commission s'en est tenu à une interprétation à la fois claire et factuelle: l'art. 115 CP a ouvert depuis longtemps un espace de liberté personnelle pour tous les résidents en Suisse pour lesquels une décision d'assistance au suicide reste non punissable. En revanche, l'art. 115 CP ne fournit aucun fondement légal pour légitimer un droit à bénéficier l'assistance au suicide.

Cette interprétation soulève la question de savoir s'il est juste qu'un tel espace de liberté existe. Comme on pourra le lire plus loin (thèse 3), la Commission est d'avis que cet espace de liberté doit être préservé. Il n'est donc pas nécessaire de préciser que l'art. 115 CP se réfère spécifiquement au suicide médicalement assisté. Ainsi, le fait que cet article se réfère à toute forme d'assistance au suicide, médicale ou non, est approprié.

Différents arguments militent en ce sens. Ils reflètent les convictions personnelles des membres de la Commission. Un devoir d'assistance à une personne qui souffre au point de désirer la mort doit être clairement affirmé. Même s'il est légitime de porter une aide à une personne qui désire mettre fin à ses jours en lui assurant des conditions de vie qui pourraient la dissuader de réaliser son projet mortifère, il est hors de question de ne pas reconnaître que quiconque, après mûre réflexion, en toute liberté, ne puisse s'adresser à un tiers pour l'aider à mettre fin à ses jours. Une telle décision ne peut être jugée qu'au cas par cas et une demande d'assistance au décès, toute tragique qu'elle soit, mérite à la fois compréhension et respect. Cette compréhension et ce respect doivent s'adresser autant à la personne qui désire se suicider qu'à celle qui a pris la responsabilité de l'assister.

Ainsi, la CNE estime qu'elle n'a pas à se prononcer sur la légitimité du suicide (et celle de son assistance) en tant que principe : il s'agit ici d'une question de nature individuelle.

Par ailleurs, la CNE n'a pas l'intention de promouvoir l'assistance au suicide en soutenant l'espace de liberté garanti par l'art. 115 CP dans sa forme actuelle ; elle demeure bien entendu d'avis que le suicide doit faire l'objet d'une prévention.

La CNE est consciente des risques d'abus et de dérapage qu'ouvre cette disposition législative. C'est la raison pour laquelle elle estime nécessaire de formuler un certain nombre de conditions précises qui garantissent l'exercice de l'assistance au suicide dans des conditions décentes, autant au sein des institutions qui l'accepteraient qu'auprès des organisations qui se chargeraient de la mettre en œuvre.

III. 2. L'ambivalence éthique de l'assistance au suicide

L'assistance au suicide fait surgir un conflit entre des exigences morales contradictoires. Elles ne peuvent être résolues en considérant seulement la liberté individuelle du suicidant. En effet, le respect de l'autodétermination des personnes tentées par le suicide entre parfois, voire souvent, en compétition avec un devoir d'assistance à ces personnes lorsqu'elles désirent mettre fin à leurs jours. D'un côté, l'autonomie personnelle, entendue comme une autodétermination, est au centre de ce qu'on considère comme une «vie accomplie», et toute restriction à cet égard est éprouvée comme une violation au respect d'autrui. En ce sens, on devrait à tout prix valoriser l'autodétermination, y compris lorsqu'il est question de la fin de vie. D'un autre côté, on ne peut isoler l'autodétermination des relations à autrui ou des conditions sociales et biologiques. La liberté personnelle et l'autonomie ne font sens que lorsqu'elles sont en relation avec ces impératifs. C'est pourquoi la mort d'autrui ne nous est pas indifférente. Il s'agit ici d'un dilemme dont il est impossible de venir à bout d'un point de vue théorique. Il existe donc ici une tension éthique qu'il convient de souligner.

Cette tension explique que l'assistance au suicide n'est pas une question qui peut être résolue de façon générale sur le plan moral. Ce choc de deux libertés personnelles est toujours singulier. Ainsi, l'assistance au suicide ne doit en aucun cas devenir l'objet d'une routine ou résulter en la simple application de critères pré-établis. On ne peut ni régler formellement, ni organiser administrativement cette pratique.

Ce dilemme se répercute au plan des institutions. Certains cas d'assistance au suicide peuvent tragiquement se transformer en homicide, tandis que d'autres demandes de suicide assisté ne peuvent tout simplement pas être prises en compte, du fait que les institutions où elles sont exprimées s'y opposent. L'article 115 CP n'est pas ici remis en question sur le fond, mais ceci démontre que ses conditions d'application doivent être mieux précisées.

Une décision individuelle, comme la demande d'un suicide assisté, est toujours issue de circonstances de vie singulières, mais aussi d'un contexte social. Une décision individuelle agit certainement sur ce contexte, mais celui-ci influence aussi cette décision. Il convient par conséquent d'examiner les conditions qui entourent et qui font surgir le désir d'une personne de mettre fin à ses jours, afin de comprendre jusqu'à quel point ce désir peut bien être une décision prise librement. A-t-on épuisé toutes les possibilités qu'offrent les soins palliatifs ? Cet individu est-il bien protégé de toute pression sociale l'incitant, par exemple, à ne pas devenir une charge pour la société ou pour sa famille ?

Il est intéressant de considérer que l'«éthique sociale» et l'«éthique individuelle» pourraient entrer en collision à propos d'une demande d'assistance au suicide. C'est ce que suggère le droit suisse, quand l'art. 115 CP préserve un espace de liberté pour l'individu, tandis que l'art. 10 de la Constitution fédérale charge l'Etat de protéger chaque être humain dans son intégrité physique et psychique. Il reste à apprécier dans quelle mesure la liberté d'un individu de demander une assistance à son suicide relève du domaine propre à la société en général et, par conséquent, dans quelle mesure cette liberté peut aussi heurter la sensibilité ou même la liberté d'autres personnes. Les membres de la CNE/NEK sont unanimes à penser que chaque être humain est libre de se suicider et qu'un Etat laïque n'a pas à discréditer moralement un tel acte. Aussi, ils approuvent-ils le texte en l'état de l'art. 115 CP. En revanche, les membres de la commission sont très partagés quant au sens à donner aux conditions individuelles et sociales entourant une demande de suicide assisté. De plus, leurs réflexions divergent à propos de la légi-

timité ou non de participer à une assistance au suicide d'une tierce personne. Cela a conduit à tirer des conséquences bien différentes en matière de réglementation de l'assistance au suicide.

Dans le contexte d'une demande d'assistance au suicide, trois dilemmes éthiques, de nature différente, se posent :

- *sur le plan de l'éthique individuelle*, le dilemme entre deux libertés, celle du suicidant et celle de la personne qui est appelé à lui fournir assistance ;
- *sur le plan de l'éthique sociale*, le dilemme entre le devoir qui incombe à l'Etat de protéger l'intégrité physique et psychique des citoyennes et citoyens et la protection de l'espace de liberté individuelle du suicidant.
- *sur le plan de l'éthique sociale*, le dilemme entre le devoir qui incombe à l'Etat de protéger les citoyennes et citoyens des diktats de la société et de conditions de vie difficiles et la reconnaissance de la liberté individuelle du suicidant.

III.3. L'art. 115 CP en lien avec les codes déontologiques médical et infirmier

Si l'art 115 CP trouve son origine dans un contexte autre que médical, il soulève un certain nombre de problèmes spécifiques d'ordre éthique et déontologique lorsqu'il s'applique à une situation médicalisée. Nous voyons au moins deux raisons à cette médicalisation de l'assistance au suicide : d'une part la responsabilité médicale est engagée dès lors qu'il est nécessaire qu'une ordonnance soit rédigée pour qu'un médicament létal puisse être acheté dans une pharmacie ; d'autre part, dans notre société, les décès surviennent de plus en plus dans des lieux spécialisés, qu'ils soient fortement médicalisés ou non.

Ces deux raisons soulèvent des conflits déontologiques majeurs, notamment pour les médecins (mais pas uniquement ces professionnels de la santé) : en effet, au moment où il accepte de rédiger une ordonnance ayant comme but le suicide d'un patient, le médecin doit prendre position vis-à-vis de l'exigence inscrite dans le Serment d'Hippocrate de «ne jamais donner de poison à son patient» et, d'une manière plus générale, de s'abstenir de faire le mal. Ce conflit de principes devient encore plus radical lorsque la question posée au médecin ne porte pas « simplement » sur la rédaction d'une ordonnance, mais plus concrètement sur le fait de s'engager personnellement dans une assistance d'un suicide.

Trois problèmes surgissent quand un professionnel de la santé est impliqué dans ce type d'entreprise :

- d'une part, sa responsabilité éthique est en cause, dès lors que des soins médicaux ou infirmiers sont engagés;
- d'autre part, dans notre société, les décès ont lieu assez souvent, mais pas toujours, dans un milieu spécialisé comme un hôpital ou un établissement médico-social (EMS). Ainsi, même s'il n'est pas exclu de rencontrer une situation dans laquelle les soignants seraient totalement absents de l'exécution du projet du malade (suicide à domicile), il est très vraisemblable que dans beaucoup de situations, le suicide va être envisagé en « milieu de soins » (hôpital) ou en « milieu de vie » médicalisé (EMS) ;
- enfin, on pourrait considérer que l'aide au suicide survenant en milieu de soins, par ex. dans un hôpital, dévoie la mission première de cette institution ; destinée à préserver la vie, celle-ci se verrait affectée d'une mission différente et contraire à cet objectif : provoquer la mort. Cela pourrait déstabiliser autant les malades que le personnel soignant, ou même la société dans son ensemble.

C'est pourquoi la CNE estime qu'il est nécessaire et urgent d'engager une discussion sur les valeurs professionnelles des soignants à l'égard de la question du suicide assisté. En effet il est très probable que le personnel soignant soit considéré dans beaucoup de situations comme des partenaires, ou qu'il soit au moins concerné d'une manière directe ou indirecte dans l'assistance au suicide. Un problème moral se pose déjà au médecin quand on lui demande de rédiger une ordonnance pour un produit létal ; à combien plus forte raison une question plus grave se pose-t-elle au personnel soignant sollicité pour préparer le breuvage mortel. La question morale est encore rendue plus complexe par les circonstances tragiques liées au décès volontaire d'une personne avec laquelle, généralement, un soignant a établi des liens.

De plus, l'intervention des associations d'aide au suicide dans les lieux de soins ou les EMS n'est pas sans poser des difficultés ; en effet elles y apportent des valeurs voire une logique militantes, qui peuvent entrer en conflit avec la mission première des soignants et les valeurs qui sont défendues dans ces institutions.

III. 4. Autodétermination et assistance

Il appartient aux personnes qui assistent un suicidant de vérifier si le désir de mourir de ce dernier est bien réfléchi, s'il ne repose pas sur une erreur d'appréciation et s'il s'établit bel et bien en relation avec la situation objective du patient. A ce titre, il se peut que l'autodétermination de celui qui désire mourir et l'assistance de ceux qui doivent accepter sa mort génèrent une tension.

Il existe des raisons historiques à ce que l'on présente ainsi en opposition les deux termes autodétermination et assistance. L'autonomie du patient est en effet une idée récente, introduite avec l'évolution de l'éthique médicale dont le projet était de rompre avec l'assistance «paternaliste», au sens négatif du terme, dont faisaient preuve les médecins qui ne tenaient pratiquement pas compte de la volonté de leurs patients. Cela dit, il ne faut pas se cacher que l'autonomie du patient présuppose l'assistance médicale : celle-ci a pour but de présenter les options en fonction desquelles le patient peut se déterminer, le médecin propose les traitements médicaux possibles et le patient dispose en choisissant au mieux ceux qu'il préfère. La tâche du médecin consiste ainsi à aider le patient à mettre les options médicales en lien avec sa propre conception de la vie et à sonder les perspectives d'existence qui lui restent. L'autodétermination suppose en effet que le patient parvienne à articuler les différentes options avec la représentation qu'il se fait de lui-même et à les y intégrer. En fin de compte, une autodétermination véritable n'est possible qu'à condition que le patient se décide sans céder à des pressions telles que la peur, la panique ou le désespoir. Il est donc possible d'associer les deux termes, assistance et autodétermination, sans les opposer.

Face à une personne à tendance suicidaire, l'assistance devient un devoir – un large consensus social soutient cette idée. Ce devoir inclut celui de s'entretenir avec le suicidant sur son désir de mourir, y compris lorsqu'il est capable de discernement : il s'agit d'évoquer devant lui les alternatives qui s'offrent à lui, en décrivant les formes d'accompagnement dont la médecine dispose pour le reste du temps qu'il a à vivre, en tenant compte de la manière dont le patient perçoit et donne du sens à sa situation. Répétons-le, l'autodétermination suppose un choix parmi les options possibles, choix au gré duquel chacun détermine et retient ce qu'il veut. En ce sens, un travail de clarification avec le patient n'a rien d'une prise d'influence paternaliste, il est une aide à l'autodétermination. Elle va bien

plus loin qu'un simple éclaircissement de la faculté de juger : le dialogue avec le médecin ou l'infirmier ne doit pas forcément aboutir à ce que le désir de mourir émis par le patient disparaisse, bien que ceci puisse se produire, particulièrement en milieu gériatrique. Il convient de s'en souvenir lorsqu'il est question de «tourisme de la mort», en référence à l'arrivée massive de suicidants en provenance de l'étranger dans notre pays. Du point de vue éthique, il est peu justifiable de refuser aux étrangers une assistance au suicide que l'on estime moralement juste quand il s'agit de ses propres compatriotes. Le problème réside par conséquent ailleurs. Par exemple, prend-on assez au sérieux le devoir d'assistance lorsque le suicide assisté d'un ressortissant étranger se déroule dans les vingt-quatre heures suivant son arrivée en Suisse ?

En résumé, on dira que l'assistance ne s'oppose pas aussi simplement à l'autodétermination que le laisse penser la formule « paternalisme vs autonomie ». L'assistance fait partie des conditions d'une réelle autodétermination. Y compris lorsqu'il s'agit de suicide et d'assistance au suicide.

III. 5. Critères éthiques envisageables encadrant l'assistance au suicide

a) Pourquoi des critères sont-ils nécessaires ?

Dans le contexte suisse actuel, la disposition de l'art 115 CP a une portée assez large dans la mesure où aucune condition restrictive -si ce n'est l'absence d'un mobile égoïste- ne limite son champ d'application. De plus, il ne s'agit pas d'un droit subjectif, mais plutôt d'un «droit-liberté». En l'absence de critères clairs et explicites précisant le domaine d'application de l'article 115 CP, on assiste actuellement en Suisse à une utilisation plutôt arbitraire, peu cohérente, du texte légal, qu'elle aille dans un sens libéral ou dans un sens restrictif. D'un côté, des associations privées entrent en matière, tout en exigeant que certaines conditions soient remplies par le patient (discernement, demande sérieuse et répétée, maladie incurable, pronostic fatal, souffrances intolérables, par exemple), alors qu'à l'opposé, certaines institutions se limitent à refuser de prendre en considération des demandes émanant de patients ou de résidents en EMS. La différence entre ces deux attitudes extrêmes appelle une clarification.

En effet, la situation actuelle crée un double niveau d'arbitraire : l'un est lié à une inégalité de traitement, selon que le suicidant s'adresse à une institution ou à une association privée ; l'autre découle de l'absence de débat démocratique sur l'instauration des critères restrictifs imposés par différentes associations. De plus, l'examen de ces critères démontre leur absence de cohérence et de stabilité : ils peuvent changer d'une association à l'autre et être modifiés au fil du temps, au sein d'une même association. Enfin, l'acceptation d'une demande est le plus souvent fondée sur la décision d'une seule personne qui jouit ainsi d'un pouvoir discrétionnaire au sujet d'une décision vitale. Ce caractère discrétionnaire est renforcé par l'absence de contrôle procédural, comme, par exemple, celui qui est effectué dans les pays ayant réglementé la question.

En pratique, le citoyen suisse qui souhaite aujourd'hui une assistance au suicide se trouve donc devant un choix bien limité : s'il vit en institution, il sera soumis au pouvoir discrétionnaire du chef de service ou de la direction de l'établissement. En revanche, s'il est extérieur à une institution, il fera appel à des associations de droit privé. Dans le premier cas, il a tout intérêt à espérer que sa demande tombe sur un responsable sensible au sujet ; dans le second, il a intérêt à répondre aux critères exigés par l'association.

Enfin, il ne faudrait pas sous-estimer les dangers liés au fonctionnement de certaines associations d'assistance au suicide, qui peuvent être entraînées à outrepasser les limites qu'elles se sont elles-mêmes fixées. Ce risque est d'autant plus présent que leur pratique n'est soumise à aucun contrôle extérieur.

Cette situation paraît ne pas aller dans le sens des meilleurs intérêts et du respect du patient et de nos concitoyens et c'est la raison pour laquelle la CNE souhaite que les conditions dans lesquelles se déroule un suicide assisté soient mieux réglementées.

Que des institutions de soins aient développé des politiques différentes est un fait ; la CNE encourage une plus grande transparence de la part des institutions et des associations à l'endroit de leurs pratiques.

Encore faut-il considérer l'assistance au suicide d'un point de vue éthico-social. Un climat social hostile aux personnes handicapées et vulnérables développe ses contraintes de manière secrète et peu saisissable. Ce qui dérange surtout, c'est que les réflexions sur l'assistance au suicide pourraient être liées, par rapprochements successifs, à des considérations de nature financière.¹²⁵ Il convient de retenir que chaque personne a, du fait de son existence même, un droit à la dignité et à l'autonomie, indépendamment de ses capacités réelles. Il en découle un devoir moral de traiter et de soigner chacun selon ce droit, et ce en soutenant les capacités d'autonomie de la personne. Si l'irréversibilité de son état ne le permet plus, c'est un devoir de respecter à la volonté exprimée par cette personne.¹²⁶

b) Faut-il établir des critères éthiques ou juridiques ?

Formuler des recommandations éthiques permet d'y faire référence dans des dispositions légales (certaines lois cantonales sur la santé publique renvoient à des directives médico-éthiques de l'ASSM par exemple), tout en leur réservant l'avantage d'être plus modulables et flexibles que les dispositions légales. Les recommandations éthiques constituent des points de repère pour tout professionnel concerné sans entraîner un effet de contrainte majeur : on peut ainsi imaginer que, selon les cas, des exceptions puissent se justifier.

Les recommandations éthiques ont néanmoins pour inconvénient de manquer de sanctions formelles à l'égard de celles et ceux qui ne les auraient pas respectées. De ce point de vue une norme de type juridique aurait l'avantage d'un impact immédiat et sans appel en cas de violation de la loi. Le but d'un encadrement normatif de l'art 115 CP est celui d'éviter les dérapages ainsi que de permettre d'avoir des données fiables sur le phénomène de l'assistance au suicide. On peut imaginer une combinaison des deux niveaux, alliant l'obligation légale de tenir compte de certains critères pruden-tiels (sous la surveillance de l'Etat) et la formulation de ces critères dans des directives éthiques.

c) Critères à considérer

Le discernement

L'assistance au suicide repose sur la décision d'un sujet autonome : l'autonomie décisionnelle se traduit dans le droit par la notion de discernement. De ce fait le discernement occupe une place centrale dans l'accès à une demande d'assistance au suicide.

¹²⁵ Cf. F. Th. Petermann, "Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention", AJP/PJA (2004) p. 1111-1136: « Considérant le fait que les séquelles des tentatives de suicide manquées coûtent, sans exagérer, environ 2,37 milliards de francs, il faut reconnaître que la problématique du suicide constitue une charge financière passée inaperçue pour notre politique sociale et sanitaire. »

¹²⁶ Lire R. Baumann-Hölzle, "Ethische Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin", in: *Leben um jeden Preis? - Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin*. (R. Baumann-Hölzle et al. éd.) Bern, Peter Lang, 2004, p. 117-147.

Selon l'esprit de l'art 16 CC, le discernement n'est pas une caractéristique qui s'acquiert à un moment donné pour toujours : par principe, chacun est capable de discernement au sens de la loi, mais c'est à ceux qui prétendent le contraire de le prouver (les causes prévues par la loi vont de l'ivresse à la faiblesse d'esprit). Contrairement à la majorité civile, qui permet l'exercice des droits civils et qui s'acquiert en principe dès l'âge de 18 ans, le discernement est quelque chose de fluctuant et de conditionné par le choix en vue duquel il s'exerce. Il faut que deux conditions soient cumulativement réunies pour exclure tout doute quant au discernement d'une personne : la composante cognitive (capacité de saisir de manière adéquate les conséquences de son choix) et la composante volitive (absence de pression quelconque de la part d'un tiers).

La souffrance

Si elle légitime la demande, la souffrance est un élément important à prendre en compte. Tout doit être mis en œuvre, tant le traitement médical que l'attention portée à la personne, pour assurer son confort physique et moral. C'est bien dans ces conditions que les soins palliatifs doivent être soutenus, tout en sachant qu'il existe des situations où la souffrance ne peut être combattue par les seuls moyens engagés par cette discipline médicale. Il est aussi important de distinguer douleur et souffrance, la douleur appartenant davantage au domaine physique et la souffrance possédant une dimension plus morale, mentale, psycho-sociale (voire touchant à la spiritualité).

Il ne saurait en aucun cas être question ici d'introduire une quelconque discrimination entre deux types de maux, le somatique et le psychique: on dira tout simplement que si la douleur est relativement maîtrisable par des moyens scientifiques, l'autre relève de la sphère intime et personnelle de l'individu qui souffre. Le seul et dernier juge du caractère supportable de la souffrance demeure l'individu lui-même, la seule marge de manoeuvre qui reste aux professionnels de la santé étant de mettre à disposition des moyens pour soulager la souffrance. On pourrait avoir ici l'impression de se retrouver en plein paradoxe du fait que la souffrance semble une condition d'éligibilité à la demande de suicide assisté. Comme mentionné plus haut cette impression de paradoxe est justifiée : concrètement, d'une part, il faut bien admettre que, dans un milieu médicalisé, il ne paraît pas possible d'entrer en matière en l'absence de souffrance, et, d'autre part, étant donné que ce n'est que le patient qui est juge de l'acceptabilité de sa propre souffrance, on voit mal comment et par qui sa demande pourrait être remise en question. Dans cet ordre d'idées, il faudrait aussi relever que toute personne qui voit dans le suicide la seule issue à sa vie doit probablement souffrir suffisamment pour demander une assistance au suicide.

Maladie à pronostic fatal et / ou gravement invalidante

Il s'agit le plus souvent de situations dans lesquelles tous les traitements possibles ont été tentés et où aucune solution médicale n'est plus envisageable. Cependant il est aussi un certain nombre de cas (maladies cérébrales dégénératives p.ex.) où une prise en charge serait encore possible mais l'échéance de la perte d'autonomie de mouvement fait que le suicide n'est possible que dans un délai limité. Il faudrait aussi mentionner tous les cas des patients atteints de handicaps majeurs, mais qui sont tout de même capables de se déterminer : il n'est pas exclu que certains de ces patients ne viennent à demander un arrêt de leur vie par désespoir.

Ces situations soulèvent plusieurs difficultés : il s'agit d'abord de l'incertitude liée au pronostic, mais aussi des représentations de la maladie qui peuvent être colorées par les peurs aussi bien des proches que des soignants. Néanmoins, seul le sujet lui-même peut juger si l'attente d'une issue fatale est tolérable et il n'appartient qu'à lui seul de tenir compte ou non des données statistiques sur son devenir que ses soignants peuvent lui fournir.

Lieu de domicile

Le lieu de domicile pose problème : en effet, il existe deux situations différentes selon que le suicidant réside dans un EMS (Etablissement médico-social) ou dans un établissement de soins aigus. Le résident en EMS, le plus souvent, a élu domicile dans l'institution, qui est devenue ainsi à la fois son lieu de soins et son lieu de vie. Au contraire, le patient hospitalisé dans un établissement de soins aigus garde pratiquement toujours son domicile privé. De ce fait, à moins de recourir à des solutions peu satisfaisantes (par exemple louer une chambre d'hôtel ou se réfugier –comme ce fut le cas dans un canton romand- dans une caravane), le résident d'EMS est très souvent dans l'impossibilité de réaliser son projet suicidaire dans le lieu où il habite. Apparemment la situation du patient hospitalisé dans un établissement de soins aigus est plus facile puisqu'il peut – en principe – rentrer à domicile pour procéder à son acte. Toutefois, comme nous le verrons plus loin, cette situation pose d'autres problèmes moraux ou psychologiques.

Il est bien évident que le suicide assisté n'est généralement pas le bienvenu dans une institution, en raison de l'image négative qu'il véhicule sur un établissement et les craintes qu'il pourrait amener aux autres résidents ou aux patients s'il s'agit d'un hôpital. Ceci constitue un des enjeux majeurs du débat. Par ailleurs, il est loin d'être prouvé que tous les patients qui bénéficient d'un domicile privé trouvent chez eux l'environnement nécessaire pour réaliser leur projet. En effet, les patients institutionnalisés n'ont pas un « chez eux » aussi accueillant et bien organisé que dans les institutions où ils se trouvent.

La solution consistant à accepter ou non une entrée en matière pour un suicide assisté qui se fonderait sur la seule raison que le demandeur aurait la jouissance d'un domicile légal ne paraît pas moralement fondée car, outre l'injustice que nous avons mentionnée plus haut, cela supposerait que, lorsqu'un patient a un domicile privé, l'institution serait libérée ipso facto du fardeau de sa demande. A l'heure actuelle, c'est hélas plutôt ainsi que se présente la situation en Suisse et c'est d'ailleurs une des raisons qui crée un malaise auprès des professionnels de la santé. Ceux-ci y voient une injustice ou alors ils considèrent qu'ils abandonnent les malades dont ils ont la charge à un moment crucial de leur vie. Cette attitude, peu cohérente, peut amener le professionnel à un conflit de conscience entre son rôle professionnel et son humanité commune. Dans ces cas certaines institutions peuvent être tentées de demander à un professionnel qui aimerait suivre son patient jusqu'au bout de l'accompagner dans son projet de suicide, mais non pas sur son temps de travail et hors de l'institution. Ces situations, réelles, nous paraissent imprégnées d'incohérence morale.

Enfin, renvoyer d'un hôpital de soins aigus à son domicile un malade en état terminal qui demande le suicide assisté et qui estime que les soins palliatifs ne suffisent pas ou plus à le soulager peut générer une tension éthique et psychologique. Cette tension peut survenir tant chez le malade, qui pourrait se sentir délaissé par ses thérapeutes, avec lesquels il a souvent tissé des liens forts, que chez les soignants, qui peuvent éprouver un sentiment d'abandon de leur patient au moment crucial de son existence.

La CNE estime que la question du lieu dans lequel doit s'accomplir l'acte de suicide est l'une des interrogations les plus difficiles sur ce sujet. Elle préconise une réponse nuancée et différenciée, dont les points saillants sont les suivants :

1. La CNE considère que la situation des institutions de long séjour (EMS) et celle des hôpitaux de soins aigus se présente différemment :

Dans les *institutions de long séjour* : si 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 dans ce lieu. Demeure réservée la situation d'un établissement entièrement privé, qui spécifiquement et explicitement accueille des résidents ayant expressément accepté au moment de leur admission que l'établissement en question n'autorise pas en son sein le suicide assisté. Ainsi, le règlement de l'établissement doit clairement affirmer quelles sont les valeurs auxquelles il se réfère, impliquant que l'assistance au suicide est soit explicitement autorisée, soit interdite en son sein, compte tenu de son système de références morales. Le personnel des établissements de long séjour ne peut être contraint de participer à un suicide assisté (clause d'objection de conscience). Enfin, l'établissement qui accepte l'assistance au suicide dans ses murs doit mettre en place un dispositif qui respecte la liberté de conscience de tous les acteurs (requérant, personnel, intervenant), sans oublier la garantie de l'intimité (voire du secret) à la personne qui fait le choix du suicide ;

Dans les *établissements de soins aigus* : chaque institution doit se déterminer clairement quant à la possibilité ou non d'admettre pour ses patients le suicide assisté. Elle doit rendre public son choix. Si cette pratique est autorisée, l'institution devrait bien entendu mettre aussi en place les conditions-cadres permettant son application dans les meilleures conditions. Ici également, la clause de conscience doit être respectée pour l'ensemble du personnel concerné. Si, en réponse à une demande, une institution n'entre pas en matière, elle devrait toutefois offrir au patient la possibilité de s'adresser à une autre structure en mesure de donner suite à sa demande. Un problème peut apparaître dans les hôpitaux publics ayant l'obligation de traiter les patients assurés en assurance de base qui n'ont pas le choix de s'adresser à d'autres hôpitaux.

2. Dans ces deux cas, la CNE met l'accent sur le caractère transparent et explicite de la politique qui serait celle d'une institution à l'égard du suicide assisté, qu'il soit ou non autorisé, ainsi que son devoir de contrôler la qualité des procédures mises en place. Ce devoir inclut le suivi psychologique éventuel des professionnels qui participeraient à ces actes, de même que le soutien de personnes qui ne pourraient accéder à leur désir de mourir en se suicidant.

Délai entre la demande et l'acte et deuxième avis

L'institution d'un délai entre la demande et l'acte de suicide, ou l'obtention d'un second avis médical, avec la difficulté d'un accroissement de la médicalisation du suicide, permet de vérifier la réelle volonté du candidat au suicide. Si on reconnaît facilement qu'une demande isolée peut être le résultat d'un ensemble de circonstances qui peuvent changer, il est en revanche plus difficile de mettre en doute une demande répétée et motivée dans le temps. Il ne s'agit aucunement de mettre en question la véracité ou la validité de la demande, mais de pouvoir écarter avec le plus de certitude possible qu'elle est le résultat d'un découragement passager. Il paraît néanmoins difficile, car trop arbitraire, de fixer un délai absolu quant à l'intervalle qui devrait séparer les demandes : en effet selon le type de maladie, sa gravité, mais aussi en fonction du tempérament du patient et son état d'esprit, un intervalle donné peut être justifié dans un cas, mais pas dans un autre.

Expertise psychiatrique

Une expertise psychiatrique peut contribuer à détecter une maladie psychique susceptible de causer un désir de mort. D'après Les données épidémiologiques dont nous disposons montrent qu'une grande majorité des tentatives de suicide et

de suicides „réussis“ s'associent d'une maladie psychique. Par ailleurs, des études longitudinales ont démontré que la majorité des malades psychiques qui, après une tentative de suicide, suivent une psychothérapie ou qui bénéficient d'un traitement psychiatrique, ne répètent pas leur geste et meurent finalement de mort naturelle.

Une expertise psychiatrique menée par un spécialiste ou par un médecin formé peut être préconisée dès que l'on soupçonne une personne suicidaire de souffrir de maladie psychique. Du point de vue éthique, il ne saurait être question de légitimer une assistance au suicide si la tendance au suicide s'avère être le symptôme ou l'expression d'une maladie psychique. Les cas, plus rares, où la guérison de la maladie psychique n'entraîne pas la disparition du désir de mort requièrent une attention soutenue. Il s'agit de savoir si la stigmatisation des malades psychiques dans notre société ne contribue pas à la persistance du désir suicidaire ou si un autre facteur, tel que l'indigence financière, ne l'entretient pas durablement. Dans ce cas, il est nécessaire de prendre en considération ces facteurs qui jouent un rôle considérable dans le désir de suicide. Aussi est-il essentiel de clarifier la situation de requérant au suicide de manière à ce que cette personne puisse se départir de son image de malade psychique socialement très lourde à porter. En tous les cas, la stigmatisation sociale dont souffrent certains malades psychiques ne devrait pas conduire à ce que l'assistance au suicide leur soit proposée, sous le couvert d'une égalité formelle de traitement, cyniquement, comme une façon de régler la question du traitement socialement discriminatoire dont ils font l'objet.

D'un autre côté, il n'est pas acceptable d'employer la contrainte pour empêcher une personne psychologiquement malade de se suicider si son désir de mourir, dans les moments de rémission de son affection par exemple, n'est manifestement pas l'expression directe de sa maladie. Les malades psychiques ont le droit d'être au bénéfice de l'assistance et au traitement médical et également le droit de pouvoir décider de la modalité et du moment de la fin de leur vie s'ils sont capables de discernement. Toutefois, il importe d'abord et surtout à faire en sorte que ces patients soient traités à égalité avec les autres malades dans leur quotidien et dans leur droit d'assurés et que l'aggravation de leur condition sociale liée à leur maladie ne les amène pas à choisir de mettre fin à leurs jours pour fuir une souffrance dont ils auraient honte.

Le colloque singulier du psychiatre ou du psychothérapeute avec le suicidant ne doit pas non plus se limiter à la seule évaluation psychopathologique. Il doit avoir pour but de comprendre la situation contextuelle des personnes concernées et d'alléger le poids d'un vécu difficile lié au ressenti de leur condition. Bien des suicidants renonceraient à leur désir de mort s'ils trouvaient un interlocuteur attentif et libre de tout préjugé. On comprend qu'il est important de ne pas de psychiatiser le désir de mort, mais de s'approcher d'une personne aux prises avec une situation de vie délicate. A l'évidence, les préjugés ne sont dans ce contexte d'aucune aide. Les règles générales et abstraites, comme l'obligation de l'assistance ou de l'autonomie, ne permettent pas davantage d'aborder une personne dans sa situation singulière. Le contact humain empathique passant à travers des entretiens réguliers sont plus. Ils permettent aux suicidants de mettre des mots sur leurs difficultés et leurs sentiments comme la honte, le désespoir, la colère, la tristesse ou la résignation.

Connaissance approfondie et dans la durée

L'ancienneté de la relation entretenue par un médecin avec un patient, surtout s'il est âgé, ne signifie pas grand-chose à propos de la qualité de cette relation. Une relation s'étalant sur des années paraît souhaitable, mais on ne peut l'exiger par principe. En effet la personne atteinte d'une maladie grave avec une issue fatale

consulte probablement un certain nombre de spécialistes qu'elle n'a jamais rencontrés au cours de sa vie précédant cette maladie ; de ce fait, il est inimaginable d'exiger qu'il existe une relation de longue date entre un patient candidat au suicide et un médecin. Il serait par contre très utile qu'un lien soit établi le plus rapidement possible entre le spécialiste qui est impliqué dans le traitement de la maladie grave qui motive la demande de suicide et le médecin traitant du candidat au suicide assisté, afin de construire la confiance qui fonde toute relation thérapeutique.

La durée de la relation thérapeutique paraît une condition nécessaire, mais pas forcément suffisante. En effet, au-delà de la durée, la profondeur de la relation thérapeutique est tout aussi indispensable. Ainsi existe-t-il parfois des situations dans lesquelles la relation entre le patient et le thérapeute s'est établie depuis peu de temps, mais elle est d'une qualité telle qu'une décision d'aide au suicide peut être prise en connaissance de cause.

Soutien psychologique et formation pharmacologique

Le soutien psychologique aux personnes offrant une assistance au suicide et leur formation pharmacologique sont des éléments complémentaires. Il est difficile de dire à l'heure actuelle si les associations pratiquant des suicides assistés bénéficient d'une assistance suffisante (*debriefing* ou supervision externe) et d'une formation pharmacologique adéquate. Celle-ci, par ailleurs, ne figure aucunement dans le cursus de base des études de médecine et il conviendrait que les questions liées à la pratique de l'assistance au suicide soient abordées dans la formation de base des professionnels de la santé. Les institutions de soins qui choisissent d'autoriser l'assistance au suicide dans leurs murs ne peuvent pas rester indifférentes aux conditions concrètes de ces pratiques. Sans pour autant assumer la responsabilité de cet acte, elles devraient du moins protéger les suicidants comme le personnel de pratiques incompatibles avec la dignité humaine. Il incombe à l'institution qui permettrait le suicide assisté de régler encore les questions juridiques liées à la responsabilité des intervenants.

Age

L'âge ne peut être retenu comme un critère restrictif de l'art. 115 CP, tout au plus peut-il être un critère d'analyse complémentaire qui en éclaire un autre, comme, par exemple la demande répétée ou la maladie dont le pronostic est confirmé comme fatal. Comme l'exercice de droits strictement personnels ne dépend pas de l'âge, mais plutôt du discernement de la personne, il n'y a pas de raison de principe pour laquelle l'âge devrait jouer un rôle déterminant. La question des mineurs est traitée en détail plus loin dans ce texte.

III.6. Cas particuliers

a) Suicide assisté chez les personnes souffrant de maladie atteints psychique

Le suicide assisté chez les malades atteints d'une affection psychique pose une question spécifique dont la réponse ne fait pas l'unanimité dans la communauté des psychiatres. Cela a déjà été relevé à propos des critères, ci-dessus. Pour la plupart d'entre eux, l'aide au suicide est exclue car cette demande est dans tous les cas l'expression même de leur pathologie psychique. Pour d'autres psychiatres, il existe des patients chez lesquels la maladie psychique induit une souffrance qui ne peut être soulagée et qui justifie une entrée en matière pour une assistance au suicide.

Peu d'études empiriques abordent ce thème, même si le débat sur cette question ne laisse pas la communauté médicale indifférente, si l'on en croit les éditoriaux, commentaires et lettres à l'éditeur assez nombreux sur ce sujet. Il semble que dans la communauté psychiatrique, et bien que cette question devrait toucher tous les spécialistes de la maladie mentale, ce sont surtout les psychiatres de liaison et les psycho-gériatres qui paraissent réellement confrontés à ce type de question¹²⁷. En Suisse¹²⁸, l'analyse de l'activité de l'association EXIT montre qu'entre 1990 et 2000, 3 % des suicides assistés étaient en relation directe avec un trouble mental pur, alors que les malades somatiques souffrant concomitamment d'une affection psychiatrique représentent jusqu'à 18 % des interventions de cette association.

Trois catégories différentes de malades atteints d'affections psychiatriques sont touchées par la question du suicide assisté :

1. les malades qui demandent l'assistance au suicide dans le contexte d'un trouble psychiatrique en l'absence d'une affection somatique grave ;
2. les malades avec une affection psychiatrique qui demandent l'assistance au suicide dans le cadre d'une maladie somatique grave ;
3. les patients d'âge gériatrique (psychiatrie de l'âge avancé).

L'exercice de l'autonomie des malades déments est presque totalement annihilé, mais cela ne signifie nullement que le respect de leur dignité et de leur autonomie s'en trouve amoindri. Ces personnes conservent leurs droits fondamentaux comme tous les autres êtres humains. Ils sont juridiquement incapables de discernement et l'assistance au suicide ne peut être envisagée chez eux.

Les malades qui présentent avec un trouble psychiatrique qui demandent le SA, sans pathologie somatique.

Aux Pays-Bas, la Cour Suprême a estimé, en 1994, que l'assistance au suicide pouvait être autorisée dans des cas de souffrances insupportables non somatiques, mais de nature psychologique. Dans ce pays, contrairement à la Suisse, une demande d'assistance au suicide n'est recevable qu'après qu'elle ait été acceptée par une commission ad hoc. Cette instance ne considère l'assistance au suicide comme acceptable que si le requérant a tout d'abord été soumis à un traitement reconnu comme efficace, en particulier dans le contexte d'un état dépressif, et que ce traitement a échoué. L'argument avancé pour que l'assistance au suicide en raison de troubles psychiatriques soit acceptable de principe aux Pays-Bas est le refus de la stigmatisation des malades mentaux (déjà prétérités de multiples manières dans la société). Toutefois, 2 % seulement des demandes de l'assistance au suicide pour motif psychiatrique sont acceptées, contre 37% quand il s'agit de demandes pour motif somatique¹²⁹. En effet, dans ce pays, l'assistance au suicide s'inscrit dans le contexte d'une activité médicale, contrairement à la pratique helvétique qui la permet en dehors de la sphère d'activité de la médecine. Seule la moitié des médecins hollandais consultés estime que cette pratique est acceptable à leurs yeux, alors qu'une minorité d'entre eux l'ont déjà pratiquée¹³⁰. Toutefois, si l'on examine les données publiées sur les rares malades qui sont décédés suite à un suicide assisté pour motifs psychiatriques aux Pays-Bas, il est important de constater que ces patients étaient presque tous affectés d'affections somatiques très graves en sus de leur maladie psychiatrique. De plus, quand on considère les motifs des demandes d'assistance au suicide chez les malades dépressifs, on est à la fois impressionné par la gravité de leurs motivations, mais on est aussi en droit de se demander si toutes les mesures possibles ont été prises pour soulager ces patients. Enfin, des

¹²⁷ B. Kelly et al : Euthanasia, assisted suicide and psychiatry : a Pandora's box. Br J Psychiatry 2002 ; 181 : 278.

¹²⁸ G. Bosshard et al: 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. Swiss Med Wkly 2003; 133 : 310.

¹²⁹ J. Groenewoud et al : Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. N Engl J Med 1997; 336: 1795.

¹³⁰ idem

données empiriques montrent que les malades atteints de dépression ont à l'égard du suicide assisté une opinion plus fluctuante au cours du temps que celle de malades intéressés par l'assistance au suicide pour des raisons purement somatiques¹³¹.

Si donc l'on excepte les Pays-Bas, il n'est en général pas recommandé d'entrer en matière pour un suicide assisté motivés par des raisons psychiatriques. Pourquoi ?

- a. Le pronostic d'une maladie mentale est très difficile à établir, même si, de nos jours, des progrès très considérables ont été accomplis dans leur description et, peut-être, dans la connaissance de leur substrat biologique. Ainsi, pour la dépression ou les psychoses, il est extrêmement difficile de prévoir quelle pourrait être la réponse à un traitement, qu'il soit de nature pharmacologique, ou psychothérapeutique¹³². De plus, les opinions de ces malades à l'égard du suicide assisté sont très fluctuantes¹³³. Il est bien sûr important de mentionner que des affections neuro-dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer ou la chorée de Huntington, pourraient échapper à cette règle, car leur évolution neuro-psychiatrique est bien connue et relativement stéréotypée, avec une lente mais inexorable dégradation des facultés mentales de ces patients.
- b. Les malades mentaux sont dans un état de souffrance important, ils se battent contre leur maladie dans des circonstances difficiles, alors que leurs soignants sont motivés à leur venir en aide, parfois en ne voyant que peu de résultats positifs quant à leur amélioration, au moins apparente. Une possibilité large et libérale de l'assistance au suicide pourrait être à l'origine d'une démotivation des thérapeutes et d'un pessimisme pernicieux, tant pour les malades que pour les soignants¹³⁴.
- c. La demande d'assistance au suicide de la part de ce type de patients est, le plus souvent, l'expression ou le symptôme de leur maladie psychique. De ce fait il est difficile d'exclure définitivement qu'ils sont non traitables.

Les malades avec une affection psychiatrique qui demandent le suicide assisté dans le cadre d'une maladie somatique grave.

Il est clair qu'en présence d'une affection somatique grave et incurable, la dépression et le désir de mourir sont non seulement fréquents, mais bien compréhensibles, même s'il manque des travaux scientifiques pour démontrer quelles sont les relations entre les maladies somatiques et leurs répercussions psychologiques ou psychiatriques¹³⁵. Un état dépressif réactionnel, comme c'est le cas après un deuil, par exemple, est fréquent et « normal » dans ces circonstances. La douleur et surtout l'absence de perspective, dans la majorité des études, semble être le facteur prédominant de découragement de ces malades¹³⁶. Les avancées de la psychiatrie, autant en pharmaco-biologie que dans les thérapies relationnelles (psychothérapies), permettent de faire face à ces maladies avec des succès importants. Par ailleurs, il est évident que la médecine palliative a également un rôle très important à jouer ici.

Reste-t-il pourtant des malades somatiques, mais avec une affection psychiatrique concomitante, chez lesquels la question de la recevabilité du suicide assisté demeure ? Il semble qu'il est impossible d'avoir ici une position générale: seuls des cas d'espèce peuvent être discutés, résultant en des décisions individualisées¹³⁷.

¹³¹ E. Emanuel et al: Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA 2000; 284: 2460.

¹³² R. Schoevers et al: Physician-assisted suicide in psychiatry : developments in Netherlands. Psychiatric Services 1998; 49: 1475.

¹³³ E. Emanuel et al, idem

¹³⁴ L. Ganzini et al: Psychiatry and assisted suicide in the United States. N Engl J Med 1997; 336: 1824.

¹³⁵ H. Chochinov et al : The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations. Can J Psychiatry 1996; 41 : 315.

¹³⁶ B. Rosenfeld: Assisted suicide, depression and the right to die. Psychol Public Law 2000 ; 6 : 467.

¹³⁷ B. Kelly et al: Euthanasia, assisted suicide and psychiatry : a Pandora's box. Br J Psychiatry 2002 ; 181: 278.

Les malades âgés – psychiatrie et gériatrie face au suicide assisté

Les malades âgés présentent deux caractéristiques qui peuvent potentiellement influencer la réflexion sur une demande d'assistance au suicide : une fréquence très élevée de co-morbidités et le fait que les patients vivant en institution (établissements médico-sociaux - EMS), donc pour lesquels le lieu de vie se confond avec le lieu de soins, et qui donc pourraient demander l'assistance au suicide, sont nombreux.

Ces deux facteurs vont influencer fortement notre réflexion sur l'assistance au suicide, pour les raisons suivantes :

- a. La capacité de discernement peut, dans cette population de malades, être partielle et fluctuante au fil du temps.
- b. Le risque n'est pas nul que des pressions économiques, souvent inexprimées et occultes, institutionnelles ou familiales, existent. Elles pourraient mener à un encouragement à l'assistance au suicide. Il pourrait en effet exister un « motif égoïste » pour les proches ou l'institution, voire la société, selon lequel il serait préférable que le malade soit rapidement expédié ad matres/patres. De telles pressions seraient détestables sur le plan éthique. Certes, ce risque existe chez un patient purement somatique, mais celui-ci a la capacité d'apprécier au mieux sa situation. Il n'en va évidemment pas de même chez un malade souffrant d'une affection mentale. Chez les malades diminués sur le plan mental, la plus grande prudence est de mise en cas de demande d'assistance au suicide. Il se peut que de tels patients disposent de toutes leurs facultés de discernement au moment où elles prennent des décisions strictement personnelles, de sorte qu'on ait pu, dans certains cas rares, tout bien considéré et décidé que le suicide assisté ait lieu.

Plus largement, une question qui a souvent interpellé la commission est la suivante : les psychiatres devraient-ils exercer une fonction de « gate-keeper » dans l'autorisation de l'assistance au suicide? Les données empiriques montrent que, si 64 % des psychiatres britanniques interrogés pensent qu'il est important qu'un médecin spécialiste évalue les demandes d'assistance au suicide, 65 % d'entre eux ne seraient pas d'accord d'exercer cette fonction¹³⁸. Il en va de même aux Pays Bas, où environ la moitié des psychiatres interrogés n'envisagent pas de participer à un suicide assisté chez des patients souffrant de maladie psychique¹³⁹. Le fait que les professionnels eux-mêmes (c.-à-d. les psychiatres) ne souhaitent pas évaluer les demandes d'assistance au suicide comme experts suggère que cette activité pose une question existentielle difficilement surmontable.

b) Le suicide assisté chez les mineurs

Les circonstances dans lesquelles un mineur pourrait être amené à demander l'assistance au suicide sont pratiquement toujours de nature médicale. En effet, cette question ne semble s'être posée que lorsqu'un mineur était atteint d'une maladie incurable, généralement onco-hématologique, à l'issue de nombreux traitements lourds et pénibles ayant échoué. Il n'est en effet pas imaginable que l'on puisse poser un diagnostic d'affection psychiatrique incurable conduisant à une demande d'assistance au suicide avant plusieurs années d'observation à l'issue desquelles le mineur aurait atteint sa majorité.

¹³⁸ H. Shah et al: National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. Lancet 1998; 352:1360.

¹³⁹ J. Groenewoud et al: Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. N Engl J Med 1997; 336: 1795.

Les mineurs nous posent des problèmes juridiques spécifiques. Le consentement à un acte médical (et l'assistance au suicide, dans ce contexte, est analogue à un acte médical) que doit subir un mineur est par principe donné par son représentant légal (père et mère, ou tuteur). Toutefois, les parents n'ont pas le droit de vie et de mort sur leur enfant. Aussi, lorsque les décisions des représentants légaux du patient mineur ont pour celui-ci des conséquences graves, les médecins peuvent s'adresser à l'autorité tutélaire. Dans les cas d'urgence, le médecin sera même autorisé à pratiquer un acte médical qu'il juge nécessaire, si son abstention engendre un risque vital pour le mineur.

La deuxième précision concerne le mineur capable de discernement. En effet, comme le souligne Olivier Guillod¹⁴⁰, « en droit suisse, l'aptitude d'un mineur à consentir au traitement médical dépend de sa capacité de discernement. En effet, l'art. 19 al. 2 du Code Civil suisse prévoit que le mineur capable de discernement peut exercer seul "les droits strictement personnels" ». Or, la doctrine et la jurisprudence sont unanimes pour considérer que la faculté de consentir à un acte médical (ou de le refuser) fait partie de ces droits strictement personnels.

La définition de la capacité de discernement figure à l'art. 16 du Code Civil suisse, qui stipule que « toute personne qui n'est pas dépourvue de la faculté d'agir raisonnablement à cause de son jeune âge, ou qui n'en est pas privée par suite de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'ivresse ou d'autre cause semblable, est capable de discernement dans le sens de la présente loi ». Il est important de bien saisir que la capacité de discernement doit toujours s'exprimer par rapport à un acte déterminé, en l'occurrence ici le suicide assisté. Par ailleurs, c'est au médecin qu'il appartient d'évaluer la capacité de discernement d'un individu. S'il existe un doute sur cette capacité de discernement, une évaluation doit être effectuée par un spécialiste (un médecin en l'occurrence, psychiatre, le plus souvent).

Rappelons qu'en Suisse, la majorité civile et matrimoniale est fixée à 18 ans révolus depuis le 1er janvier 1996. Il s'avère donc qu'en application de l'art. 13 du Code Civil suisse, toute personne majeure et capable de discernement jouit du plein exercice de ses droits civils. En conséquence, cet individu majeur est capable de conclure des actes qui vont l'engager face à la société. La majorité confère donc l'exercice des droits civils, mais c'est une particularité du droit suisse que d'opérer une distinction entre capacité de discernement et majorité civile. Ainsi, si un jeune adulte est présumé capable de discernement, un individu de moins de 18 ans doit faire la preuve de sa pleine capacité de discernement. Ceci n'exclut donc aucunement que ce mineur puisse être capable de discernement, mais il doit bien en faire la preuve. Mentionnons qu'un enfant âgé de 16 ans révolus, selon l'art. 303 du Code Civil suisse, a le droit de choisir lui-même, hors de l'intervention parentale, sa confession religieuse.

La capacité de discernement d'un mineur « âgé », généralement un adolescent de 15 à 18 ans, ne peut pas, sans autre, être considérée comme absente, ou négligeable. La question centrale à cette réflexion est celle de savoir si un « mineur âgé » est ou non capable de discernement à l'égard d'une décision vitale, si l'on emploie les termes juridiques, ou à même d'exercer son autonomie décisionnelle, dans le langage généralement usité.

La problématique du suicide assisté chez un mineur capable de discernement est en effet très délicate, notamment parce que la maturité des adolescents à l'égard des questions existentielles est, en général, en rapport avec un nombre beaucoup plus grand de variables que le seul âge chronologique. En particulier, l'attitude d'un mineur qui demanderait l'assistance au suicide peut être interprétée de plusieurs façons. D'une part, il peut s'agir d'un sujet particulièrement mûr et convain-

cu de la justesse des arguments qu'il avance, d'autant plus qu'il est le seul à pouvoir réellement évaluer son degré de souffrance, physique ou morale. La décision d'un mineur demandant l'assistance au suicide est ainsi parfaitement respectable, au même titre que la décision que prendrait un adulte capable de discernement et déterminé, placé dans les mêmes circonstances (souffrances insupportables dans le contexte d'une maladie incurable). D'autre part, il peut aussi s'agir d'un mineur, ou d'un adolescent, fragilisé par la gravité de la décision à prendre, par les contraintes exercées par ses parents ou son entourage, et enfin par l'instabilité de caractère liée à cette période de l'existence. Il n'est pas possible dans ces conditions de prendre une position générale et applicable à toutes les situations. En effet, il n'existe pas de « majorité médicale » qui fixerait un âge au-delà duquel un mineur serait capable de discernement et l'expérience des pédiatres montre bien que le développement de l'enfant, puis de l'adolescent, est très variable d'un individu à l'autre.

Il s'agit bien ici de réfléchir à la situation d'un mineur, généralement adolescent, soumis au flux et au reflux d'influences nombreuses, positives ou néfastes, familiales ou autres, qui modèlent son jugement et sa personnalité, confronté à la question très difficile de la vie ou de la mort. Ces mineurs peuvent être encore plus dépendants au moment où ils forment l'expression de leur propre volonté, même si cela ne saurait valoir dans tous les cas. C'est dans ce contexte particulier que se pose la question de l'appréciation de la capacité de discernement d'un mineur et de son degré de liberté décisionnelle. Cette appréciation nécessite du temps, de la réflexion et souvent l'avis de plusieurs personnes compétentes dans le domaine.

c) Associations spécialisées dans l'assistance au suicide

L'assistance au suicide soulève une question particulière lorsqu'elle est offerte par des organisations spécialisées, comme l'autorise en Suisse l'art. 115 CP. A l'instar d'Exit, ces organisations peuvent accumuler en leur sein un trésor d'expérience et une expertise considérable qui s'avèrent essentiels pour la qualité de la mise en oeuvre des suicides assistés. Par ailleurs, la situation change de manière décisive pour les personnes désirant se suicider, dès lors qu'elles savent qu'elles ne devront pas passer par des méthodes incertaines, du fait qu'il existe des organisations à même de satisfaire leur désir d'une manière sûre, propre et sans douleur. Il en résulte pour les membres de ces organisations une responsabilité humaine particulière. Ils ont à répondre à des demandeurs inconnus et se trouvent devant la tâche de devoir faire la lumière sur chaque requête afin de décider s'ils veulent offrir leur aide au suicide de telle personne ou s'ils tentent de l'aider autrement.

Le droit suisse autorise tout le monde à fonder de telles organisations privées. Tant qu'elles ne contreviennent pas à l'art. 115 CP, il n'est pas possible de poser des conditions minimales de qualité à leur pratique. Cela ne semble pourtant guère approprié vu l'importance des questions de vie ou de mort. C'est pourquoi une étape décisive consistera dans la création d'une base légale permettant d'imposer l'application d'exigences de qualité. Dans un premier temps, il s'agit de placer sous la surveillance de l'Etat les organisations spécialisées dans l'assistance au suicide. Dans un second temps, il s'agira d'élaborer des critères de qualité, surtout en ce qui concerne l'examen de la demande de suicide assisté. L'avantage

¹⁴⁰ O. Guillod : Le consentement éclairé du patient, Ed. Idées et Calendes, Neuchâtel, 1986; pp. 201-257

¹³⁸ H. Shah et al.: National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. Lancet 352 (1998), S. 1360.

¹³⁹ Groenewoud et al.: Physician-assisted death (s. Anm. 126), S. 1795.

¹⁴⁰ O. Guillod: Le consentement éclairé du patient. Neuenburg 1986, S. 201-257.

d'élaborer ces critères avec les grandes organisations spécialisées réside dans le fait de pouvoir bénéficier de leur expérience. Cela est tout à fait possible en développant le droit fédéral ou le droit cantonal. Mais en raison du fait que les organisations pourraient facilement se rabattre d'un canton à l'autre, vu l'exiguïté du territoire suisse, il paraît évidemment plus avantageux de trouver une solution au niveau fédéral.

d) Le "tourisme de la mort"

L'arrangement juridique particulier de la Suisse en matière d'assistance au suicide a pour conséquence que des personnes résidant à l'étranger font le voyage de la Suisse pour faire usage des services offerts par les organisations spécialisées, qui sont interdites dans leur propre pays. Cette situation fait l'objet de plaintes à plus d'un titre. Le nombre de cas augmentant, l'occasion nous est donnée de réfléchir sérieusement à une régulation qui soit adéquate à la spécificité de la problématique.

D'un point de vue éthique, il s'agit tout d'abord de clarifier où se situe le problème. Sont-ce les voyages en provenance de l'étranger dans le but de mourir en Suisse qui font scandale ? Ou est-ce le fait que la Suisse devienne une terre d'asile pour les suicides ? Ou pointe-t-on plutôt le fait, découlant de la distance et des contingences temporelles liées au voyage, qu'il est difficile de procéder à un examen adéquat des raisons profondes amenant les voyageurs à solliciter une assistance au suicide, de manière à prendre en toute responsabilité une décision pour ou contre l'octroi de cette aide ?

Dans ses réflexions, la CNE/NEK a clairement privilégié la troisième interprétation. La nationalité ou le domicile d'une personne désirant se suicider n'a aucune importance, d'un point de vue éthique, quand il s'agit de décider s'il est possible de prendre une décision en conscience pour ou contre l'assistance au suicide, selon les cas. On ne peut guère défendre une réflexion fondant un ordre du justice sur la base du simple critère de nationalité. La deuxième raison est de nature plus psychologique et politique qu'éthique. En revanche, si l'on en vient à appliquer, simplement à cause des contingences du voyage, des critères de qualité moins exigeants lors de l'examen de la demande de suicide assisté, cela soulève des questions éthiques.

La solution préconisée par la Commission à l'issue de ses réflexions n'est pas d'introduire l'obligation pour les suicidants d'avoir un domicile en Suisse, ni d'affirmer le critère de la nationalité, mais d'introduire des critères de qualité pour l'examen de toute demande d'assistance au suicide. Dès lors, pour répondre au problème du « tourisme de la mort », la Commission recommande des mesures qu'elle considère comme fondamentalement essentielles pour la surveillance des organisations spécialisées dans l'assistance au suicide et pour garantir leur qualité. Garantir la qualité du processus de clarification de la demande précédant la décision d'un suicide assisté est dans l'intérêt de toutes les personnes qui sollicitent un suicide assisté, indépendamment du fait qu'elles habitent en Suisse ou non, et sans considération de leur nationalité. Un effet indirect de cette solution peut être que le suicide assisté de personnes en provenance de l'étranger prenne plus de temps et soit moins fréquent, à cause de ces exigences de qualité.

IV. Recommandations sur l'assistance au suicide

**Approuvé par la Commission
le 27 avril 2005**

1 – Deux pôles

(Avis unanime)

Les questions éthiques que pose l'assistance au suicide résultent d'un conflit d'exigences morales entre le devoir d'assistance aux personnes tentées par le suicide, d'une part, et le respect dû à l'autodétermination de la personne désirant mettre fin à ses jours d'autre part. Les recommandations, directives et réglementations juridiques éventuelles doivent tenir compte des deux pôles de ce champ de tension.

Il existe dans notre société une conviction largement partagée selon laquelle les personnes tentées par le suicide doivent recevoir un soutien pour rester en vie et, dans certains cas, être protégées d'elles-mêmes. C'est pourquoi d'importants efforts sont déployés pour la prévention du suicide. Pour parer aux désirs de suicide qui naissent par suite d'un suivi insuffisant, il s'agit de développer par exemple les soins palliatifs. Le suicide d'une personne ne laisse pas indifférents la plupart de ses contemporains : chez les proches, le geste du suicidé peut entraîner des séquelles traumatiques. Après un suicide, nombreux sont ceux qui ressentent des sentiments de culpabilité et d'impuissance : ils n'ont pas réussi à conserver la personne en vie. Les directives et règlements ont ainsi pour principal motif de susciter et de préserver des relations humaines qui préviennent autant que possible le désir de suicide et qui fassent reconnaître l'existence de son prochain comme un bien supérieur.

D'un autre côté, il y a le respect de l'autodétermination d'autrui, en particulier le respect de son désir de mourir dans la dignité. Ce respect correspond à une conception fondamentale de la liberté qui jouit en Suisse d'une forte tradition. Il trouve son épreuve de vérité dans l'attitude vis-à-vis d'actions d'autrui que l'on peut regretter ou tenir pour fausses. Il exclut la mise sous tutelle d'autrui au nom de représentations morales tant que cela n'a pas pour conséquence de mettre des tiers en danger. La plupart des gens accordent de l'importance au fait de pouvoir se déterminer eux-mêmes, en ce qui concerne la maladie et la mort, sur la question de savoir ce qu'il doit leur advenir.

Néanmoins, il ne découle pas de ce respect de l'autodétermination d'une personne résolue à se suicider l'obligation de l'aider dans l'accomplissement de son geste. Pour que l'on en vienne à l'assister, un autre motif que le respect de l'autodétermination doit intervenir : Ce peut être de ne pas abandonner une personne suicidaire et de l'accompagner dans sa démarche. Le risque sinon serait qu'elle mette fin à ses jours d'une manière violente et traumatisante pour des tiers. Ce motif peut représenter un cas-limite du devoir d'assistance, l'assistance à des personnes en butte à des situations-limite. Aussi faut-il respecter l'autodétermination tant du suicidant que de l'assistant. De ces deux exigences éthiques il résulte un champ de tension, constitutif de n'importe quels règlements ou directives en la matière. Si l'on honorait seulement l'une d'elles, cela reviendrait à déplacer profondément des valeurs fondamentales de notre société. Le devoir d'assistance de l'Etat n'est pas seulement de la nature d'éthique individuelle à l'égard du suicidant mais également d'éthique sociale liée au développement de la société et aux conséquences pour les tiers : la pratique du suicide et de l'assistance au suicide ne doit pas limiter la liberté de décision d'autres personnes. Elle ne doit par exemple pas inciter les personnes handicapées ou malades à se suicider parce qu'elles ne voudraient pas représenter une charge pour la société. La revendication à la dignité et à l'autonomie, et par voie de conséquence à la liberté de décision et aux droits humains, est garantie sans limites à chaque individu, indépendamment de ses qualités et de ses capacités.

2 - Assistance au suicide et meurtre sur demande

(Avis unanime)

La participation d'une tierce personne à un suicide doit être, du point de vue éthique, distinguée du meurtre sur demande de la victime.

Ce dernier en effet touche à la conviction largement partagée dans la société que la mort d'un être humain ne doit pas être provoquée, de manière délibérée, par d'autres. Dans le suicide assisté, c'est le suicidant lui-même qui cause son décès. Cette distinction débouche sur des discussions concernant l'euthanasie en général, notamment l'euthanasie active directe. Des réflexions complémentaires sont nécessaires à cet égard, qui toutefois ne sont pas l'objet de la présente prise de position.

3 - Impunité de l'assistance au suicide

(Avis unanime)

Du point de vue de la CNE-NEK, l'assistance au suicide doit à juste titre, pour des raisons éthiques, rester non punissable, pour autant qu'elle ne soit pas entreprise pour des motifs égoïstes. La commission recommande de ne pas modifier l'article 115 CP actuel.

Est pertinent ici le principe d'esprit libéral selon lequel les déterminations du suicidant aussi bien que de celui qui l'assiste doivent être respectées, et que le l'Etat n'a pas à s'en mêler. Etant entendu que les cas où interviendraient des mobiles égoïstes font ici exception.

Le respect devant la décision de personnes impliquées dans un suicide ne doit pas être confondu avec l'appréciation morale de ladite décision. S'agissant des vues morales sur le suicide et l'assistance au suicide, il existe en effet des conceptions diverses dans la société.

Quand l'Etat dispose que l'assistance désintéressée au suicide est non punissable, est ainsi reconnue la pluralité des conceptions morales, à propos du suicide et de l'assistance au suicide, au sein de la société.

4 - Une décision toujours liée à une situation personnelle et particulière

(Avis unanime)

La décision d'assistance au suicide ne peut être qu'une décision singulière, considérant la personne et la situation du suicidant ; elle ne saurait être une décision découlant seulement de règles et critères généraux.

De tels critères ont toujours le caractère de conditions nécessaires spécifiant les circonstances dans lesquelles l'assistance au suicide peut entrer en ligne de compte ; ils ne sont toutefois jamais des conditions suffisantes pour justifier à eux seuls l'assistance au suicide dans une situation singulière.

L'assistance dont il est question ici est toujours apportée à un individu déterminé : aussi la décision d'assister un suicide est-elle toujours liée à la personne individuelle et à sa situation. Cette décision est davantage qu'un cas d'application de critères et de règles. Elle requiert une connaissance approfondie des raisons personnelles qui l'amènent à vouloir se suicider, de la constance de ce désir, et demande une discussion sur les perspectives et options alternatives possibles, etc.

Il serait funeste que l'assistance au suicide se pratique de manière routinière. Ceux qui satisferaient aux critères pourraient, en certaines circonstances, se sentir pressés de se justifier au cas où ils ne voudraient pas faire appel à cette aide. De même, le personnel soignant pourrait également être contraint de se justifier s'il refusait par conviction personnelle de prêter son concours à l'assistance au suicide. Les personnes gravement malades s'expriment souvent de manière ambivalente et inconstante à propos de leur mort. Si l'assistance au suicide devenait une offre normale, cette ambivalence pourrait s'infléchir vers le désir de mourir.

Il est pourtant indispensable, dans l'intérêt d'une telle assistance, de formuler certaines conditions et critères nécessaires (mais non suffisants) qui fixent quand il peut être question d'une assistance au suicide. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les trois conditions énoncées dans les directives rédigé par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) concernant l'accompagnement des mourants, comme les conditions suggérées ici par la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine.

5 – Les organisations d’assistance au suicide

(Avis unanime)

L’art. 115 CP protège de facto l’autodétermination de la personne qui prête assistance à un suicidant, du fait qu’il ne la punit pas. Cette position fondamentalement libérale ne doit pas être remise en question. Mais, au vu de la pratique actuelle en matière d’assistance au suicide, il convient de lui apporter des compléments réglant l’activité des organisations spécialisées dans ce domaine.

Le droit en vigueur ne condamne pas l’assistance au suicide, si elle n’est pas réalisée pour des motifs égoïstes. Il ne contient aucune précision à propos de la protection des personnes suicidaires dont le désir d’en finir est peut-être passager, et pour lesquelles existent encore d’autres perspectives. Or, une situation nouvelle se présente aux personnes tentées par le suicide, dès lors que des organisations spécialisées se donnent pour mission de leur venir en aide pour qu’elles parviennent à leur fin sans douleur. Avec les organisations d’assistance au suicide, il ne s’agit plus de l’aide fournie par un proche à l’une de ses relations, mais d’une offre générale émise par un groupe de personnes s’adressant à d’autres qui leur sont étrangères. La nature de leur mission peut inciter de telles organisations à faire du seul respect de l’autonomie du suicidant la ligne de conduite de leur activité, au détriment de l’autre pôle du champ de tension – l’assistance à personne en danger. Cela nécessite des dispositions juridiques qui garantissent que le premier pôle soit suffisamment pris en considération. Les règles que se donnent les organisations d’assistance au suicide ne suffisent pas, dans la mesure où leur transgression, le cas échéant, n’est juridiquement ni attaquable ni assortie de sanction. Le principe de la protection des intérêts des suicidants nécessite ainsi une modification du droit en vigueur, en le complétant par une disposition qui soumette ces organisations à la surveillance de l’Etat.

6 – Maladies psychiques

(Avis unanime)

Chez les malades psychiques, les désirs de mort et de suicide sont souvent une expression ou un symptôme de l’affection. C’est pourquoi les suicidants souffrant de maladie psychique, combinée ou non à des affections somatiques, ont besoin en premier lieu d’un traitement psychiatrique et psychothérapeutique. Lorsque le désir de suicide est l’expression ou le symptôme d’une maladie psychique, il ne peut être question d’assistance au suicide.

Les recherches sur le suicide ont clairement montré que les maladies psychiques sont un facteur augmentant fortement le risque de suicide. Aussi, il s’agit avant tout et surtout de venir en aide aux suicidants souffrant d’une maladie psychique en leur dispensant un traitement psychiatrique et un soutien psychosocial. La tendance au suicide peut se présenter d’emblée comme un symptôme de maladie psychique. Les suicidants en crise ont besoin avant tout et surtout de compréhension et d’empathie. Ils ont besoin de quelqu’un qui les écoute et comprend qu’il n’existe pas d’explication claire et nette à propos des actes suicidaires. Les maladies psychiques s’accompagnent d’une perte de qualité de vie mais ne sont pas à confondre avec la fin de vie. Le pronostic porté sur des troubles psychiques s’avère souvent ouvert.

En conséquence, le suicide assisté est en règle générale exclu. Pour faire exception à cette règle, il est nécessaire, mais non suffisant, que l’apparition du désir de suicide ne découle ni de l’expression ni du symptôme d’une maladie psychique, mais survienne, par exemple, au cours d’un intervalle libre de symptômes d’une évolution jusqu’ici chronique. (Par le terme « expression », il est entendu un lien direct du désir de suicide avec la maladie psychique et non pas une souffrance due, par exemple, à une situation existentielle qui peut être influencée par la maladie.)

Comme les institutions psychiatriques ont pour mandat de traiter les maladies psychiques et leurs conséquences, comme la tendance au suicide, les suicides assistés ne sauraient survenir en leur enceinte.

7 – Enfants et adolescents

Position majoritaire :

Pour les enfants et adolescents, les règles juridiques et éthiques admises en matière de soins de santé s'appliquent. Une attention particulière doit être vouée aux considérations de la recommandation 4.

En règle générale, le mineur capable de discernement exerce librement le droit strictement personnel d'accepter ou de refuser des soins. La capacité de discernement s'apprécie en fonction de la situation spécifique en cause. Ces principes s'appliquent à une éventuelle demande d'assistance au suicide. Ainsi, de la même manière qu'en cas de maladie terminale sans espoir de guérison des enfants peuvent refuser des traitements médicaux, il ne peut pas être exclu qu'on puisse accéder, en situation terminale, à une demande d'assistance au suicide.

S'agissant d'enfants et d'adolescents gravement malades qui demandent qu'on les aide à mourir, ils peuvent être, selon les circonstances, influençables et sensibles aux opinions d'autrui. Leur compréhension de soi est souvent encore fragile. On sera particulièrement attentif à s'assurer qu'ils ont une appréciation correcte et complète de leur situation et du pronostic de cette dernière.

Position minoritaire :

Il ne peut être question d'assistance au suicide auprès des enfants et adolescents.

Dans le cas d'enfants et adolescents présentant une demande qu'on les aide dans un suicide, il existe un espoir que le désir d'en finir disparaisse dans des phases ultérieures de l'existence. Les enfants et adolescents sont particulièrement influençables selon les circonstances extérieures et les opinions d'autrui. Leur compréhension de soi est souvent encore fragile, au point que des contraintes extérieures ou des conflits intérieurs peuvent les ébranler profondément. C'est ainsi qu'ils sont particulièrement sujets à des pulsions suicidaires. Dans les situations de maladie terminale sans espoir de guérison chez les enfants aussi, le pôle de l'aide à la vie doit être prioritaire.

8 – Hôpitaux et établissements médico-sociaux (Avis sans opposition)

Les hôpitaux de soins aigus et les établissements médico-sociaux ont pour mission la conservation et le rétablissement de la santé et de la qualité de vie de leurs patients, en fin de vie aussi. Leur mandat ne comprend pas de participer à amener la mort. Le suicide les confronte ainsi à un conflit important.

a. Institutions de long séjour : Dans la mesure où un résident demande le suicide assisté et qu'il ne dispose pas d'un lieu de vie autre que 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 des résidents ayant été informés, lors de leur admission, que le suicide assisté est refusé en son sein. Le personnel des établissements de long séjour ne peut en aucun cas être contraint à participer à un suicide assisté (clause d'objection de conscience).

b. Hôpitaux de soins aigus : Chaque institution doit se déterminer clairement quant à l'éventualité d'admettre le suicide assisté. Cette institution doit pouvoir justifier son choix envers les patients. Si cette pratique est autorisée, l'institution devrait mettre en place les conditions-cadres permettant sa réalisation dans des conditions optimales, en veillant qu'elle n'entraîne pas de désagrément pour les autres patients. Ici aussi, la clause de conscience doit être respectée pour l'ensemble du personnel concerné.

c. Institutions psychiatriques : Le suicide assisté dans ces institutions est traité à la recommandation 6.

La décision personnelle du suicidant de mettre fin à ses jours, prise après avoir tout bien considéré, ne doit pas être mise en échec par les règles d'une institution ou la décision personnelle d'un médecin ou d'un groupe d'accompagnement qui s'y refuserait en conscience. Il devrait toujours être possible de solliciter un autre médecin ou d'être transféré dans une autre institution.

9 – Professionnels de santé

(Avis unanime)

Les médecins ainsi que le personnel soignant font face à un conflit d'éthique professionnelle, du fait que leurs professions impliquent un engagement pour la vie et non pour la mort. C'est la raison pour laquelle l'assistance au suicide ne peut guère faire partie de la compréhension que se font de leur mission les membres des professions de santé. Lorsque les médecins pratiquent néanmoins l'aide au suicide, ils le font de leur propre chef.

Si l'assistance au suicide faisait partie de la mission médicale, tout médecin serait obligé de la pratiquer lorsqu'un patient capable de discernement le lui demande. Ce qui fait partie de la mission médicale se mesure à l'aune des buts que vise la pratique. Ses buts et son activité consistent dans le traitement, le soulagement et l'accompagnement des patients. Quand un médecin fait usage de ses compétences médicales pour un suicide assisté, il n'agit pas dans le sens de ces buts et, partant, conformément au mandat médical. Des enjeux décisifs dépendent de cette différenciation pour la compréhension du mandat médical et, plus largement, pour la compréhension de la tâche de la médecine.

Les professionnels de la santé ne doivent encourir aucune désapprobation morale ni aucune sanction professionnelle du fait de leur détermination, en conscience, en faveur ou contre l'assistance au suicide.

Les professionnels de santé doivent être adéquatement formés aux soins en fin de vie. Cette formation devrait traiter des questions éthiques et des dilemmes que posent les situations de suicide et de suicide assisté.

10 – Suicidants en provenance de l'étranger

(Avis sans opposition)

Il n'y a pas de raison morale pour interdire a priori aux suicidants en provenance de l'étranger une assistance au suicide en Suisse. Le principal problème éthique auprès de ce groupe de personnes réside toutefois dans la garantie qu'une vérification suffisante des informations pertinentes soit effectuée, avec la diligence nécessaire. Les conditions émises dans la recommandation 4 doivent être garanties aussi bien à l'égard des suicidants en provenance de l'étranger que de ceux résidant en Suisse.

Il s'agit de partir de l'idée que les raisons qui amènent des suicidants étrangers à faire le voyage jusqu'en Suisse ne sont pas différentes de celles des résidents de notre pays. Si l'on est d'avis, pour des raisons éthiques, que le suicide assisté doit être possible pour ces derniers, alors on ne peut justifier que les personnes venues de l'étranger ne puissent le faire, sinon pour des raisons d'ordre politique et non éthique.

Le principal problème éthique de l'assistance au suicide, qu'il s'agisse de personnes en provenance de la Suisse et de l'étranger, réside dans la garantie d'une vérification suffisante des informations concernant la situation de la personne, son état et la constance de son désir de mettre fin à ses jours. Ces vérifications sont indispensables. C'est ainsi que, en règle générale, un contact unique, durant un laps de temps bref (entre l'arrivée et la réalisation souhaitée de suicide), ne suffit pas à justifier une assistance au suicide.

11 – Risques liés aux changements sociétaux (Avis sans opposition)

Il convient à l'avenir de vouer beaucoup d'attention à la prévention du suicide, spécialement au vu d'évolutions dans la société qui risquent de pousser des personnes confrontées à des situations-limites à accepter l'offre d'organisations d'assistance au suicide.

L'une d'elle est l'évolution démographique induisant la modification de la pyramide des âges. La proportion des personnes ayant besoin de soins croît au fur et à mesure qu'augmente le nombre des personnes âgées. Une deuxième évolution est l'augmentation des coûts de la santé, dans le domaine des soins infirmiers en particulier. Ces deux tendances peuvent amener certaines personnes à ressentir une pression sociale et/ou familiale. Le sentiment d'être redevable envers autrui peut apparaître dès que l'on est en situation de dépendance. Divers modes de dépendances peuvent exister, financière, par exemple envers sa famille, ou physique, lorsque l'on dépend d'autrui pour les soins. Ce sentiment de dette peut induire des démarches suicidaires.

Même si elles satisfont aux critères de la capacité de discernement, les personnes dépendantes sont particulièrement exposées à ce risque. Leur liberté et leur autodétermination sont susceptibles d'être mises à mal par des pressions de tous genres. Ainsi que par l'offre d'un accompagnement au suicide qui est accepté par la société, même si cette assistance est offerte par une organisation dénuée d'intérêt égoïste.

La société endosse donc une responsabilité à l'égard des personnes nécessitant des soins et dépendantes. Les relations de soins, notamment dans les institutions de longue durée, doivent être telles qu'elles ne favorisent pas l'émergence de désirs de suicide. Cette responsabilité préventive comprend également des mesures de soutien à l'adresse du personnel soignant, afin qu'il puisse accomplir son travail sans se sacrifier ni manquer de reconnaissance sociale.

12 – Besoin de réglementation juridique

La situation juridique actuelle doit être complétée par des dispositions qui garantissent que :

- a) avant une décision d'assistance au suicide, des vérifications suffisantes soient effectuées dans chaque cas ;**
- b) personne ne soit obligé d'aider autrui à se suicider ;**
- c) aucune assistance au suicide ne soit pratiquée si le désir de suicide est l'expression ou le symptôme d'une maladie psychique (cf. recommandation 6) ;**
- d) aucune assistance au suicide ne soit permise auprès des enfants et des adolescents dans le cas où la position minoritaire de la recommandation 7 est retenue ;**
- e) les organisations spécialisées dans l'assistance au suicide soient soumises à la surveillance de l'Etat (cf. recommandation 5).**

Parce que la décision d'assistance au suicide ne peut jamais être qu'une décision singulière, au vu de la personne et de la situation du suicidant, elle nécessite des vérifications scrupuleuses. Celles-ci doivent établir et garantir la capacité de discernement, un choix protégé de toute pression sociale, la raison et le contexte du désir de suicide, et la constance de ce désir. Pour honorer le pôle d'assistance au service de la vie, elles doivent également évaluer et examiner avec le suicidant d'autres options et perspectives possibles. Cela n'est possible que dans le cadre d'une relation approfondie et de longue haleine, et non pas sur la base d'un contact bref ou unique avec le suicidant.

Personne ne saurait avoir un droit de contraindre autrui à l'aider à se suicider. A l'inverse, chacun a le droit de refuser de participer à un suicide. Cela est valable pour n'importe qui. L'assistance au suicide ne peut procéder que d'une décision prise en conscience. Cette décision ne peut être prescrite par personne, ni par une institution, ni par une personne de l'entourage du suicidant, ni par le suicidant lui-même. Il est particulièrement important de rappeler la clause d'objection de conscience propre aux membres des professions de la santé et aux collaborateurs des institutions sanitaires. Indépendamment de toute référence aux compétences professionnelles de ces derniers, l'assistance au suicide représente quelque chose qui demeure extérieur aux prestations qu'un patient peut requérir de leur part.

V. Bibliographie

Diverses références

Accompagnement en fin de vie: prise de position de l'Association Alzheimer Suisse (ALZ): résumé + rapport complet. Revue Médicale de la Suisse Romande 2002; 122(4):207–208.

Assistance au décès: les directives de l'ASSM de 1995 restent valides. Bulletin ASSM 2002;(2):3.

Assistance au décès : Rapport du Groupe de travail au Département fédéral de justice et police. 1999

BAG, Bundesamt für Gesundheit BAG, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), Bern 2005

Bulletin officiel du Conseil des Etats 1931, S. 41 ss

Bulletin officiel du Conseil des Etats 2003, S. 618 ss

Bulletin officiel du Conseil National 1929, S. 11 ss

Bulletin officiel du Conseil National 1996, S. 362 ss

Bulletin officiel du Conseil National 2001, S. 1835 ss

Bulletin officiel du Conseil National 2004, S. 266 ss

Code de déontologie de la FMH (version révisée du 30 avril 2003)

Comité directeur pour la bioéthique du Conseil de l'Europe: Réponses au questionnaire pour les Etats membres relatif à l'euthanasie (20 janvier 2003)

Conseil de l'Europe (éd.), L'Euthanasie, Collection Regard éthique, Strasbourg 2004

Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes (ASSM)

Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patientes et patients en fin de vie (ASSM)

Dispositions de fin de vie. Bulletin des médecins suisses 1990; 71(33):1338.

Euthanasie: la position de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP). Lausanne: SSMSP; 2001

Feuille fédérale 1918 IV 32, 35–36, Message du Conseil fédéral du 29 juillet 1918

Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques. Limitation ou arrêt des traitements en réanimation pédiatrique: repères pour la pratique. Paris: Fondation de France; 2002.

Initiative parlementaire « Caractère répréhensible de l'euthanasie active. Nouvelles Dispositions », déposée le 27.09.2000 au Conseil National (00.441)

Initiative parlementaire « Incitation et assistance au suicide. Modification de l'Art. 115 », déposée le 14.03.2001 au Conseil National (01.407)

L'assistance au suicide dans les établissements de soins / Avis de la Commission d'éthique (CE) de l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC). Médecine et Hygiène 2002; 2416:2328–2332.

Les EMS face à l'assistance au suicide / Etat de la question et recommandations / Ordre professionnel de l'AVDEMS, chambre de l'éthique. 2002.

Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1999; 281:937–941.

Patientenverfügungen. Eine Materialsammlung, Bern: Institut für Sozialethik 1992 (ISE-Texte 1/92)

Prise en charge des patients en fin de vie. Directives médico-éthiques de l'ASSM (1ère publication pour la consultation du corps médical). Bulletin des médecins suisses 2004; 85(6):294–297.

Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffy (juillet 2000)

Rapport du groupe de travail au Département fédéral de justice et police, Assistance au décès, mars 1999

Schweizerisches Strafgesetzbuch, Procès-verbal de la Deuxième Commission d'Experts, vol. II, Lugano 1912

Supreme Court of the United States, 117, 2293, 1997, Vacco c. Quill

Supreme Court of the United States, 117, 2258, 1997, Washington c. Glucksberg

Total colonic aganglionosis (with or without ileal involvement): A review of 27 cases. Journal of Pediatric Surgery 1986; 21(3):251–254.

Abraham JL. Everyday practice at the end of life. Penn Bioethics 1998; 5(1):1–4.

Anderson JG, Caddell DP. Attitudes of medical professionals toward euthanasia. Soc Sci Med 1993; 37(1):105–114.

Asch DA, DeKay ML. Euthanasia among US critical care nurses. Practices, attitudes, and social and professional correlates. Med Care 1997; 35(9):890–900.

Avery D. Assisted suicide seekers turn to Switzerland. Bull World Health Organ 2003; 81(4):310.

Bachman JG, Alcer KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. N Engl J Med 1996; 334(5):303–309.

Baertschi B. Il faut libéraliser l'euthanasie. La Recherche 1996; 284:101–103.

Bannink M, Van Gool AR, van der Heide A, van der Maas PJ. Psychiatric consultation and quality of decision making in euthanasia. Lancet 2000; 356(9247):2067–2068.

Barrelet L, Cassani U, Mauron A, Roulin D. Assistance au suicide: Des balises nécessaires aux médecins / Le point de vue de la pénaliste / La médecine et les dilemmes mémoriaux de la mort volontaire / Quelle attitude doit adopter le médecin traitant du patient face à cette demande d'assistance au suicide. Médecine et Hygiène 1997; 55:614–621.

Bascom PB, Tolle SW. Responding to requests for physician-assisted suicide: «These are uncharted waters for both of us...». JAMA 2002; 288(1):91–98.

Bayard C. La relation médecin-malade dans la fin de vie. 1999.

Ref Type: Unpublished Work

Bayard C. Propos sur l'euthanasie. UNKNOWN 1998;20–21.

Bayard C, Venetz AM. Un centre de soins palliatifs et d'approche de la mort en Valais: L'antenne François-Xavier Bagnoud. Revue Médicale de la Suisse Romande 1997; 117:255–260.

Berner D. Position de la Commission cantonale d'éthique par rapport à l'assistance au suicide. Revue Médicale de la Suisse Romande 2002; 122(4):209–210.

Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F. «Euthanasia»: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. Support Care Cancer 2002; 10(4):265–271.

Blackhall LJ, Murphy ST, et al. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995; 274(10):820–825.

Bleiberg H. Considérations éthiques chez les patients présentant un cancer avancé. Médecine et Hygiène 2001; 59(2352):1400–1402.

Boisseau N. Euthanasie et soins palliatifs aux Pays-Bas. Presse Med 2004; 33(6):368–372.

Bondolfi A. Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme. Ethik Med 12 (2000): 262-268.

Bosshard G, Wettstein A, Bar W. [How stable is the attitude of aged people towards life-extending measures? Results of a 3-year follow-up in nursing home residents]. Z Gerontol Geriatr 2003; 36(2):124–129.

Bosshard G, Ulrich E, Bär W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. Swiss Med Wkly 2003; 133(21–22):310–317.

Bosshard G, Jermini D, Eisenhart D, Bär W. Assisted suicide bordering on active euthanasia. Int J Legal Med 2003; 117(2):106–108.

Bosshard G, Fischer S, Bär W. Open regulation and practice in assisted dying. Swiss Med Wkly 2002; 132(37–38):527–534.

Bozzetti F. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. Nutrition 1996; 12(3):163–167.

Brody H. Kevorkian and assisted death in the United States [editorial]. B M J 1999; 318:953–954.

Cassani U. Euthanasie et droit pénal. Médecine et Hygiène 1994.

Cassani U. Le droit pénal suisse face à l'assistance au décès. Médecine et Hygiène; 1999.

Chan HM. Sharing death and dying: advance directives, autonomy and the family. Bioethics 2004; 18(2):87–103.

Charlson ME, Sax FL, MacKenzie CR, Fields SD, Braham RL, Douglas RG, Jr. Resuscitation: how do we decide? A prospective study of physicians' preferences and the clinical course of hospitalized patients. JAMA 1986; 255(10):1316–1322.

Chevrolet J-C, Ricou B. Mourir aux soins intensifs. Médecine et Hygiène 2002; 60(2398):1818–1822.

Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the first year's experience. N Engl J Med 1999; 340(7):557–583.

Chochinov HM. The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations. Can J Psychiatry 1995; 40:593–602.

Cook D. Patient autonomy versus parentalism. Crit Care Med 2001; 29(2 Suppl):N24–N25.

Cook DJ, Guyatt G, Jaeschke R, Reeve J, Spanier A, King D et al. Journal of American Medical Association Determinants in canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. JAMA 1995; 273:703–708.

Curtis JR, Rubenfeld GD. Aggressive care at the end of life Does capitated reimbursement encourage the right care for the wrong reason ? JAMA 1999; 278:1025–1026.

Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, Hansen G, De Leeuw R, Lenoir S et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. EURONIC Study Group. Lancet 2000; 355(9221):2112–2118.

de Stoutz ND, Beyeler Y, Porchet F, Zliatev-Scocard N. Assistance au décès: rapport du groupe de travail fédéral Le point de vue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP). Médecine et Hygiène 1999;1930–1941.

Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander SR, Vanoverloop J et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. Lancet 2000; 356(9244):1806–1811.

Deliens L, van der Wal G. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. Lancet 2003; 362(9391):1239–1240.

Di Mola G, Borsellino P, Brunelli C, Gallucci M, Gamba A, Lusignani M et al. Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative Care. Ann Oncol 1996; 7(9):907–911

Donatsch A. Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, in: Mettner M (Hg.): Wie menschenwürdig sterben?: zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbegleitung. Zürich: NZN-Buchverlag 2000, S. 126–131

Doyal L.. Why active euthanasia and physician assisted suicide should be legalised. BMJ 2001; 323(7321):1079–1080.

DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. J Gen Intern Med 2004; 19(3):251–258.

Dyer C. High Court throws out «suicide aid» case. BMJ 2001; 323(7319):953.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. JAMA 2000; 284(19):2460–2468.

Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, Blum D., Bruera E, Penley WCh et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. Annals of Internal Medicine 2000; 133:527–531.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. Lancet 1996; 347(9018):1805–1810.

Emanuel EJ. Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States. Arch Intern Med 2002; 162(2):142–152.

Emanuel EJ, Battin MP. What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? N Engl J Med 1998; 339(3):167–172.

Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, Clarridge BR. The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States: Adherence to Proposed Safeguards and Effects on Physicians JAMA, Aug 1998; 280: 507 - 513. N Engl J Med. 2003 Jul 24;349(4):359-65. (Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death.)

Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? Support Care Cancer 1997; 5(205):211.

Faisst K, Fischer S, Bosshard G, Zellweger U, Bar W, Gutzwiller F. Décisions médicales en fin de vie dans six pays européens: Premiers résultats. Bulletin des médecins suisses 2003; 84(34):1730–1732.

Ferrand E. Le limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation 2002; 11:442–449.

Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet 2001; 357(9249):9–14.

Fleischman AR. Caring for gravely ill children. Pediatrics 1994; 94(433):439.

Forde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia-attitudes and practice among Norwegian physicians. Soc Sci Med 1997; 45(6):887–892.

Fort N. Ethical issues in death and dying. 1998. 32–37.

Fraser SI, Walters JW. Death – whose decision? Euthanasia and the terminally ill. J Med Ethics 2000; 26(2):121–125.

Frei A, Schenker TA, Finzen A, Krauchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U. Assisted suicide as conducted by a «Right-to-Die»-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. Swiss Med Wkly 2001; 131(25–26):375–380.

Ganzini L, Block S. Physician-assisted death: a last resort? N Engl J Med 2002; 346(21):1663–1665.

Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. N Engl J Med 2000; 342(8):557–563.

Ganzini L, Lee MA. Psychiatry and assisted suicide in the United States. *N Engl J Med* 1997; 336(25):1824–1826.

Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA, Emanuel EJ; Fairclough DL, Emanuel L. Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers *JAMA*, Nov 2000; 284: 2460 - 2468. *Psychosom Med.* 2000 Mar-Apr;62(2):271-9. (Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers.)

Gastmans C, Van NF, Schotsmans P. Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. *J Med Ethics* 2004; 30(2):212–217.

Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med* 2003; 29(11):1902–1910.

Godfrey K. BMA continues to oppose assisted suicide and euthanasia. *BMJ* 2004; 329(7473):997.

Goold SD, Williams B, Arnold RM. Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. *JAMA* 2000; 283(7):909–914.

Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *N Engl J Med* 2000; 342(8):551–556.

Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *N Engl J Med* 1997; 336(25):1795–1801.

Grosbuis S, Nicolas F, Rameix S, Pourrat O, Kossman-Michon F, Ravaud Y et al. Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte. *Réanimation urgences* 2000;(9):11–25.

Halcomb E, Daly J, Jackson D, Davidson P. An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20(4):214–222.

Herbst H, Lynn J, Mermann AC, Bayard C. Les souhaits et besoins des patients mourants. *Patient Care* 1998;27–37.

Hilden HM, Louhiala P, Palo J. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics* 2004; 30(4):362–365.

Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med* 2004; 350(17):1752–1762.

Hofman JC, Wenger NS, et al. Patient preference for communication with physicians about end-of-life decisions. *Annals of Internal Medicine* 1997; 127(1):1–10.

Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003; 326(7383):271–273.

If M. Euthanasie: la Suisse, pays modèle. *Médecine et Hygiène* 1998;2055.

Jaccard R, Thévoz M. Ethique et prêt-à-porter. Manifeste pour une mort douce. Paris: Grasset; 1992. 42–47.

Jaccard R, Thévoz M. Vivre et mourir dans la dignité. *Accompagner et soigner* 2000; 41/42:96–106.

Jeanneret O. La question de l'euthanasie. *Médecine et Hygiène* 1998;2394–2397.

Jochemsen H, Keown J. Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from The Netherlands. *J Med Ethics* 1999; 25(1):16–21.

Jonas H. The right to die. *Hastings Center Report* 1978; 8(4):31–36.

Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: «You got to go where he lives». *JAMA* 2001; 286(23):2993–3001.

Kaplan KJ, Schwartz MB. Watching over patient life and death: Kevorkian, Hippocrates and Maimonides. *Ethics and Medicine* 1998;49–53.

Kaplan RM, Schneiderman LJ. Healthcare resource consumption in terminal care. *Pharmacoeconomics* 1997; 11(1):2–12.

Kelly BD, McLoughlin DM. Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181:278–279.

Kessler S, Cassani U. Assistance au décès. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 1999;84–86.

Kitchener BA. Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. *J Adv Nurs* 1998; 28(1):70–76.

Kompanje EJ. End-of-life practices in European intensive care units. *JAMA* 2003; 290(22):2938–2939.

Kuczewski M. From informed consent to substituted judgement: decision-making at the end-of-life. *HEC Forum* 2004; 16(1):27–37.

La Marne P. Les soins palliatifs comme humanisme transcendant. *Ethiques de la fin de vie: acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs.* Paris: Ellipses; 1999. 1–10.

Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. *Am Fam Physician* 2004; 70(4):719–723.

Lee DE. Physician-assisted suicide: a conservative critique of intervention. *Hastings Cent Rep* 2003; 33(1):17–19.

Legros B. Sur l'opportunité d'instituer une exception d'euthanasie en droit français. *Médecine et Droit* 2001;(46):7–16.

Lemaire F. Limitations et arrêts de traitements actifs en réanimation: un autre point de vue. *Réanimation urgences* 2000;(9):3–7.

Léger JM. Un consensus international. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 1997; 7:70–71.

Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *Journal of Palliative Care* 1990; 6:7–15.

Lo B, Ruston D, Kates LW, Arnold RM, Cohen CB, Faber-Langendoen K et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA* 2002; 287(6):749–754.

Luttrell S. Withdrawing or withholding life prolonging treatment. *B M J* 1999; 318:1709–1710.

Manaï D. Quels droits pour la vieillesse en Suisse face aux enjeux médicaux ? *Intern Jal of Bioeth = Jal Inter Bioéth* 1996; 7:272–280.

Mantz JM. Abandon et acharnement thérapeutique en réanimation. *Réanimation urgences* 1995; 4(1):1–2.

Martin J. A propos de la poursuite de la santé et de la longévité, dans notre vie quotidienne et par la recherche. *Médecine et Hygiène* 1998;2102–2104.

Martin J. Assistance au suicide et dispositions éthiques / déontologiques. Une présentation résumée des enjeux. *Médecine et Hygiène* 2004; 2647:258–260.

Martin J. Le médecin face à la mort volontaire. *Médecine et Hygiène* 2002; 60(2386):712–716.

Martin J. Législation, interruption de grossesse et fin de vie. Les affirmations simplistes sur des enjeux éthiques difficiles ne sont pas utiles. *Médecine et Hygiène* 2004;(2490):1498–1500.

Martin J. Santé, droit et éthique au seuil des années 1990 (III–fin)

London 89 – The International Conference on Health Law and Ethics. *Médecine et Hygiène* 1989;2873–2882.

Martin J. Venir mourir à l'hôpital. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1999; 119:847–851.

Mauron A. La sédation complète et ses enjeux éthiques. *Infokara* 1996;(43):41–49f.

Mazzocato C. Demande de suicide médicalement assisté ou d'euthanasie: que peut-elle cacher?: regard d'un médecin travaillant en soins palliatifs. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 2001; 121(5):407–411.

McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361(9369):1603–1607.

Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998; 338(17):1193–1201.

Mélot C. Le non acharnement thérapeutique et l'euthanasie en réanimation à l'aube du troisième millénaire. *Réanimation urgences* 2000;(9):9–10.

Moskowitz E. Books review: The consensus on assisted suicide: The case against assisted suicide: for the right to end-of-life care / Assisted suicide: finding common ground). *Hastings Center Report* 2003;46–47.

Mottu F. Suicide d'un patient: le médecin doit-il y participer? – Réflexions sur le suicide médicalement assisté. *PrimaryCare* 2002; 5:132–135.

Muller MT, Kimsma GK, van der Wal G. Euthanasia and assisted suicide: facts, figures and fancies with special regard to old age. *Drugs Aging* 1998; 13(3):185–191.

Nau JY. Les graves carences de l'accompagnement des malades en fin de vie. *Le Monde* 1999.

Nau JY. Les premiers morts par suicide «médicalement assisté» de l'Oregon. *Médecine et Hygiène* 1999;534.

Nau JY. Trois leçons sur la mort. *Médecine et Hygiène* 1998.

Neuenschwander H, Bittel N, Stiefel F. Mots-clés «Euthanasie»: qu'en pensent les membres de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP) ?, 1ère partie. *Infokara* 2001; 2.

Norup M. Limits of neonatal treatment: a survey of attitudes in the Danish population. *J Med Ethics* 1998; 24(3):200–206.

O'Neill C, Feenan D, Hughes C, McAlister DA. Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. *Soc Sci Med* 2003; 57(4):721–731.

Onwuteaka-Philipsen BD, van der HA, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JA, Rurup ML et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet* 2003; 362(9381):395–399.

Parment S, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Suicide in older persons. *JAMA* 2004; 291(9):1158.

Peillon D, Salord F, Waked L, Riche H, Jenoudet MT, Chacornac R. Abandon ou acharnement thérapeutiques en réanimation: évaluation des pratiques médicales. *Réanimation urgences* 1995; 4(1):3–8.

Penson RT, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ Jr. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist.* 2000;5(5):425–34

Pentz RD, Flamm AL, Pasqualini R, Logothetis CJ, Arap W. Revisiting ethical guidelines for research with terminal wean and brain-dead participants. *Hastings Center Report* 2003; 33(1):20–26.

Pochard F, Grassin M. L'arrêt thérapeutique comme soins en réanimation. *Ethique et Santé* 2004; 1(2):95–99.

Porchet F. *Revue de presse Affaire Mantes-la-joie.* 22-8-1998.

Ref Type: Report

Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158(4):1163–1167.

Pronovost P, Angus DC. Economics of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2001; 29(2 Suppl):N46–N51.

Quill TE, Brody RV. «You promised me I wouldn't die like this!» A bad death as a medical emergency. *Arch Intern Med* 1995; 155(12):1250–1254.

Quill TE. Dying and decision making – evolution of end-of-life options. *N Engl J Med* 2004; 350(20):2029–2032.

Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997; 278(23):2099–2104.

Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect – a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337(24):1768–1771.

Rabkin JG, Wagner GJ, Del Bene M., O'Shea EM, Lintz KC, Penson RT, Seiden MV, Chabner BA, Lynch TJ. A staff dialogue on caring for a cancer patient who commits suicide: psychosocial issues faced by patients, their families, and caregivers. *Oncologist.* 1999;4(2):122-7.

Rapin CH. Alimentation des personnes âgées en fin de vie. *European Journal of Palliative Care* 1994; 1(2):84–87.

Rees E, Hardy J. Novel consent process for research in dying patients unable to give consent. *BMJ* 2003; 327(7408):198.

Reiter-Theil S. The ethics of end-of-life decisions in the elderly: deliberations from the ECOPE study. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2003; 17(2):273–287.

Rentchik P. Rationnement de la médecine et euthanasie. *Médecine et Hygiène* 1992;624–625.

Révelet E. «Faire dormir» les malades, une autre réponse face aux morts «difficiles» ? Point de vue d'un anesthésiste. *Ethica Clinica* 1998;11–20.

Ricou B. Qu'est ce que le rôle agonique en terme anatomo-clinique? *Bioethica forum* 2004; 40:10–12.

Ripamonti C. Obstruction intestinale maligne en phase avancée ou terminale d'une maladie cancéreuse. *European Journal of Palliative Care* 1994; 1:16–19.

Rosenfeld B. Assisted suicide, depression, and the right to die. *Psychol Public Policy Law* 2000; 6(2):467–488.

Rosset F, Rosset-Capt M. L'agonie: un retour aux sources. *Infokara* 2003; 18(3):149–153.

Schoevers RA, Asmus FP, Van Tilburg W. Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in The Netherlands. *Psychiatr Serv* 1998; 49(11):1475–1480.

Schubarth, M. *Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht*, Berne 1982

Seale C, Addington-Hall J. Euthanasia: the role of good care. *Soc Sci Med* 1995; 40(5):581–587.

Seidlitz L, Duberstein PR, Cox C, Conwell Y. Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: an analysis of Gallup Poll findings. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(9):993–998.

Shah N, Warner J, Blizard B, King M. National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. *Lancet* 1998; 352(9137):1360.

Sicard D. Problèmes éthiques posés par la mort des vieillards. *Actualité et dossier en santé publique* 1999;(28):57–58.

Silveira MJ. When is deactivation of artificial pacing and AICD illegal, immoral, and unethical? *Am J Geriatr Cardiol* 2003; 12(4):275–276.

Simeone I. Quando si perde il gusto della vita. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 1997;74–77.

Sklansky M. Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability. *J Med Ethics* 2001; 27(1):5–11.

Snyder L, Sulmasy DP. Physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 2001; 135(3):209–216.

Sobel J. Assistance au décès. *Médecine et Hygiène* 1999;(2260):1338–1341.

Sobel J. La «bonne mort», un idéal à notre portée. *Médecine et Hygiène* 2003;(2442):1331.

Solignac M. La médecine et la fin de la vie. *Presse Med* 2004; 33(6):419–423.

Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290(6):790–797.

Stauch M. Causal authorship and the equality principle: a defence of the acts/omissions distinction in euthanasia. *J Med Ethics* 2000; 26(4):237–241.

Stiefel F, Neuenschwander H. Euthanasie: La position de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 2001;(10):68–69.

Stratenwerth G. / Jenny G. *Schweizerisches Strafrecht*, 6e éd., Berne 2003

Street K, Henderson J. The distinction between withdrawing life sustaining treatment under the influence of paralysing agents and euthanasia: ethical debate. *B M J* 2001; 323(7309):388–391.

Sukol RB. Building on a tradition of ethical consideration of the dead. *Human Pathology* 1995; 26(7):700–705.

Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 1998–2000. *N Engl J Med* 2001; 344(8):605–607.

Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004; 291(1):88–93.

Terrenoire G. Vivre et mourir aujourd’hui, Mieux mourir aujourd’hui, Des situations aux limites: l’euthanasie en débat, engagement solidaire et exception d’euthanasie. 2000.

Tur RH. Just how unlawful is «euthanasia»? *J Appl Philos* 2002; 19(3):219–232.

Vallotton M, Stauffacher W. Développement des «soins palliatifs»: direction claire et limites pour l’assistance médicale au suicide. *Bulletin des médecins suisses* 2004; 85(6):254.

van Delden JJ. Slippery slopes in flat countries – a response. *J Med Ethics* 1999; 25(1):22–24.

van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362(9381):345–350.

van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995. *N Engl J Med* 1996; 335(22):1699–1705.

Veldink JH, Wokke JH, van der Wal G, Vianney de Jong JM, van den Berg LH. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med* 2002; 346(21):1638–1644.

Vervoort S, Taks J, van den Heuvel I, Vos B. Euthanasie: quel rôle pour les soignants? *Krankenpflege = Soins infirmiers* 2001;(10):64–69.

Viallard ML. Tuer n’est pas soigner: euthanasie, assistance au suicide, comment sortir de l’excès de verbalité informative pour entrer dans une vérité humaine? *Médecine palliative* 2003;(2):51–53.

Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med* 2001; 29(2 Suppl):N52–N55.

Vincent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med Wkly* 2004; 134:65–68.

Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Med* 1990; 16(4):256–264.

Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27(8):1626–1633.

Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2000; 160(16):2454–2460.

Winter B, Cohen S. Withdrawal of treatment. *B M J* 1999; 319:306–308.

Wittwer H. Über Kants Verbot der Selbsttötung. *Kant-Studien* 2001; 92(2):180–209.

Zimmermann-Acklin M. Tâches, possibilités et limites de la prise en charge des patients en fin de vie. *Bulletin des médecins suisses* 2004; 85(6):292–293.

Zinn C. Australian doctors renew battle over euthanasia. *BMJ* 1996; 312(7044):1437.

Zürcher E. Bibliographie und kritische Materialien zu den Entwürfen eines schweizerischen Strafgesetzbuches, Bern 192 ???

Livres

Ackermann JB (Hg.), *Strafrecht als Herausforderung*, Zurich 1999

Ankermann E. *Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens*. München: Reinhardt 2004.

Von Aquin T. *Summa theologiae, IIa-IIæ, Q. 64, A. 5* (édition française: *Somme théologique*, Paris: Ed. du Cerf 1984)

Aristoteles: *Nikomachische Ethik*. Dt.: Aristoteles: *Werke*, Bd 6. Grumach E (Hg.), übers. v. Dirlmeier F. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1956

Arnim (von) (Hg.), *J. Stoicorum Veterum Fragmenta*, vol. III, Stuttgart: Teubner Verlag 1978

Augustinus: *De Civitate Dei*; Dt.: *Gottesstaat* (Bibliothek der Kirchenväter). Kempten – München: Kösel 1911

Battin, M. (Hg.) *The least Worst Death*, Oxford: Oxford University Press 1994

Baumann-Hölzle R et al. (Hg.): *Lebenserhaltung um jeden Preis. Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin*. Bern: Lang 2005

Birnbacher D. *Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht*, in: Leist A. (Hg.): *Um Leben und Tod*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1990, S. 395 – 422.

Brock, D.W. (Hg.) *Life and death. Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge: Cambridge University Press 1993

Brudermüller G. / Marx W. / Schüttauf K., *Suizid und Sterbehilfe*, Würzburg: Königshausen & Neumann, 2003

Charlesworth M. *Leben und sterben lassen: Bioethik in der liberalen Gesellschaft*. Hamburg: Rotbuch 1997

Clerc F. *Cours élémentaires sur le code pénal suisse, Partie spéciale*, 2 vol., Lausanne: Roth F (Hg.) 1943–1945

Doucet H. *Les promesses du crépuscule*, Genève: Labor et Fides 1998

Dworkin R. *Die Grenzen des Lebens: Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit*. Reinbeck b. Hamburg 1994

Dworkin G, Frey R.G., Bok S. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press 1998

Durkheim E. *Le suicide: étude de sociologie*. Les Presses universitaires de France, Paris, 1991

Guillod O. *Le consentement éclairé du patient*. Neuenburg: Idées et Calendes 1986

Haftner E. *Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil, Première Partie*, Berlin: Springer 1937

Heusser P, Riggenbach B. *Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Euthanasie. Die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht*. Bern etc.: Haupt 2003

Holderegger, A. (Hg.), *Das medizinisch assistierte Sterben, Freiburg i. Üe./Freiburg i. Br.*: Universitätsverlag/Herder Verlag 1999

Holderegger A. (Hg.) *Suizid – Leben und Tod im Widerstreit, Freiburg i.Üe.*: Paulusverlag 2000

van Hooff A.J.L. *From Autothanasia to suicide: self-killing in Classical Antiquity*. London/New York: Routledge 1990

Hume D. *Über Selbstmord*, in: ders.: *Die Naturgeschichte der Religion* (Philosophische Bibliothek 341). Kreimendahl L (Hg.), Hamburg: Meiner 1984

Kant I : *Die Metaphysik der Sitten. Werkausgabe Bd. VIII* . Hg. Wilhelm Weischedel, Frankfurt a.M. 1991

Kass L.R. *Toward a More Natural Science*, New York: The free Press 1985

Laufs A. / Uhlenbruck W. (Hg.), *Handbuch des Arztrechts*, 2e éd., Munich 1999

Logoz P. *Commentaire du Code pénal suisse, partie spéciale, tome 1*, Neuchâtel/Paris: Délachaux et Niestlé 1955

Marra R. *Suicidio, diritto e anomia: immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale*. Napoli: Edizioni Scientifiche italiane 1987

Mettner M. (Hg.), *Wie menschenwürdig sterben?*, Zürich: NZZ Buchverlag 2000

Mettner M et al. (Hg.): *Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Beiträge zur Debatte um die Sterbehilfe und Suizidbeihilfe*. Zürich: NZZ Buchverlag, 2003

Minois G. *Geschichte des Selbstmords*. Düsseldorf/Zürich: Artemis & Winkler 1996

De Montaigne M. *Essais*. 1. Buch, 20. Kapitel. Übers. v. Stilett H., Frankfurt a. M.1998

De Montaigne M. *Die Essais und das Reisetagebuch*. Leipzig 1934

Moreno J D. (Hg.), *Arguing Euthanasia*, New York: Touchstone 1995

Nussbaum A. *Right to die: Die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland*, Berlin: Duncker & Humblot 2000

Pellegrino E.D. *Humanism and the Physician*, Knoxville Ten.: The University of Tennessee Press 1979

Peter H-B./Mösl P (Hg.): *Suizid ...? Aus dem Schatten eines Tabus*. Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2003

Petermann F.T. *Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention*. Aktuelle Juristische Praxis AJP/PJA 9 (2004): 1111-1138.

Platon. *Phaidon*; Dt.: *Platon: Sämtliche Werke*, Bd. 3. Eingel. v. Gigon O. Zürich – München: Artemis 1974

Platon. *Die Gesetze*; Dt: *Platon: Sämtliche Werke*, Bd. 7. Eingel. v. Gigon O. Zürich – München: Artemis 1974

Rehberg, J. / Schmid, N. / Donatsch, A. *Strafrecht III*, 8e éd., Zurich: Schulthess 2003

Reichlin, M. *L’etica della buona morte*, Torino: Ed. di Comunità 2000

Schwank A, Spöndlin R (Hg.). *Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz*. Zürich : Edition 8, 2001

Seneca, L. A. *Philosophische Schriften*, Bd. 3 und 4. An Lucilius. Briefe über Ethik. Rosenbach M (Hg). Lateinisch und Deutsch. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1974 und 1984

Singer P. *Rethinking Life and Death*, Oxford: Oxford University Press 1995

Stooss C. *Schweizerisches Strafgesetzbuch: Vorentwurf mit Motiven*. Bern: Stämpfli 1894

Taupitz J. (Hg.), *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation/Regulations of civil law to safeguard the autonomy of patients at the end of their life: an international documentation*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer 2000

Wiesing U. *Ethik in der Medizin*, 2000

Wils J.P. *Sterben. Zur Ethik der Euthanasie*. Paderborn: Schöningh 1999

Wittwer C.H. *Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids*. Paderborn: Mentis 2003

Zimmermann-Acklin M. *Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung*. Freiburg/Freiburg: Universitätsverlag/Herder 2. Aufl. 2002.

Contact:

Georg Amstutz, secrétaire scientifique CNE-NEK
c/o Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne
Tél. +41 31 324 93 65
Fax +41 31 322 62 33
georg.amstutz@bag.admin.ch
www.nek-cne.ch