



**Service du médecin cantonal SMC**  
**Kantonsarztamt KAA**  
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne  
T +41 26 305 79 80, F +41 26 305 79 81  
[www.fr.ch/smc](http://www.fr.ch/smc)

Villars-sur-Glâne, 21 novembre 2019

## **Recommandations du Service du médecin cantonal et de l'AFIPA concernant l'assistance au suicide dans les EMS**

**Etat au 21 novembre 2019**

Ces recommandations s'adressent aux directions, au personnel soignant, aux médecins référents et aux autres professionnels des EMS du canton de Fribourg confrontés à une demande d'assistance au suicide par un/e résident/e. Ce document se fonde les directives de l'Académie Suisse des sciences médicales (ASSM) ainsi que sur les prises de position du Code civil et du Code pénal<sup>1</sup>, du Conseil de santé du canton de Fribourg et de la Commission nationale d'éthique (CNE).

### **Préambule**

L'EMS a pour mission principale d'être un lieu de vie qui favorise la qualité des relations et qui procure des soins aussi bien de nature curative, en vue d'améliorer ou de restaurer la santé, que de nature palliative, afin de soulager les souffrances et d'accompagner le/la résident/e qui ne peut plus être guéri/e. L'institution a également pour mission d'offrir un soutien psychologique lors d'un état de détresse pouvant inciter au suicide.

Quelles qu'en soient les raisons, la demande d'assistance au suicide doit être prise en considération avec autant de respect de la liberté de décision du/de la résident/e, que d'attention aux raisons qui la motivent. Ainsi, il est important d'écouter et recevoir cette demande, sans jugement ni censure, et d'aider la personne souffrante, que ce soit sur le plan physique, psychique ou moral. Dans ce processus de soin et d'accompagnement, il est important de la rassurer sur le fait que la liberté de décider d'elle-même sera, in fine, respectée.

### **Définitions**

**L'assistance au suicide** consiste à aider une personne à mettre fin à ses jours en lui prescrivant et lui remettant le produit pentobarbital sodique, tout en l'informant, la conseillant et l'accompagnant. L'assistance au suicide présuppose que la personne concernée est capable de discernement (l'acte final conduisant à la mort, à savoir l'absorption du produit mis en solution, doit être effectué par la personne souhaitant mettre fin à sa souffrance). L'assistance au suicide n'est pas punissable si l'assistant/e n'est pas poussé/e par un motif égoïste<sup>2</sup>.

### **Recommandations**

Il n'y a pas de dispositions fédérales ou cantonales spécifiques réglant l'assistance au suicide. C'est pourquoi le Service du médecin cantonal du canton de Fribourg et le Conseil d'éthique de l'AFIPA édictent les recommandations suivantes.

---

<sup>1</sup> Voir la liste de références en page 4

<sup>2</sup> Art. 115 CP

## Assistance au suicide<sup>3</sup>

Si un/e patient/e demande une assistance au suicide, il s'agit d'un désir de mourir qui doit être soigneusement évalué. Le/la patient/e doit être encouragé/e à parler de son désir de suicide avec ses proches. Le rôle du médecin face à la fin de vie et à la mort consiste à soulager les symptômes et accompagner le patient. Il n'est de son devoir ni de proposer une assistance au suicide, ni de la pratiquer. L'assistance au suicide n'est pas un acte médical auquel les patients peuvent prétendre; il s'agit toutefois d'un acte admissible du point de vue juridique, pouvant être réalisé par un/e médecin, s'il/elle a la conviction que les conditions préalables énumérées ci-dessous sont remplies :

1. Le/la patient/e est capable de discernement par rapport au suicide assisté. Le/la médecin doit documenter avec précision qu'il/elle a exclu l'incapacité de discernement. En cas de maladie psychique, de démence ou d'un autre état fréquemment associé à une incapacité de discernement, la capacité de discernement doit être évaluée par un spécialiste correspondant.
2. Le désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. En cas de suspicion d'une relation de dépendance problématique, son influence possible sur le désir de suicide doit être examinée soigneusement.
3. Les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du/de la patient/e lui causent une souffrance qu'il/elle juge insupportable.
4. Des options thérapeutiques indiquées ainsi que d'autres offres d'aide et de soutien ont été recherchées et ont échoué ou ont été jugées inacceptables par le/la patient/e capable de discernement à cet égard.
5. Compte tenu de l'histoire du/de la patient/e et après des entretiens répétés, le/la médecin considère que le souhait du/de la patient/e de ne plus vouloir vivre cette situation de souffrances insupportables est compréhensible et peut, dans ce cas concret, estimer acceptable d'apporter une aide au suicide.

## Attitude face au désir de mourir<sup>4</sup>

Lorsqu'un/e résident/e déclare qu'il souhaite mourir, l'équipe de soins doit prendre ce souhait au sérieux et en rechercher la raison. Qu'elles soient exprimées de manière implicite ou explicite, les demandes de mettre activement fin à la vie reposent sur des motivations très différentes. Les résidents sont souvent ambivalents; ils éprouvent en même temps le désir de continuer à vivre et le désir de mourir. Les désirs de mourir doivent être abordés ouvertement et sans jugement. Il importe avant tout de s'efforcer de comprendre les souffrances du/de la résident/e et, si celles-ci peuvent être atténuées, de lui proposer des possibilités correspondantes.

## Protection et soutien

Dans tous les cas, le/la médecin et les soignants prennent des mesures destinées à protéger et à soutenir la personne concernée. Ils examinent tout particulièrement les améliorations possibles au niveau de la thérapie, des soins et de l'assistance dont elle bénéficie. L'équipe soignante s'assure que les mesures palliatives, thérapeutiques et/ou psychiatriques nécessaires ont été proposées et le cas échéant introduites; par ailleurs un soutien spirituel doit être proposé et fourni s'il est souhaité.

L'assistance au suicide est pratiquée par une association externe à l'institution. La direction de l'EMS définit avec elle les modalités de son intervention et s'assure que les exigences minimales de l'ASSM soient respectées, notamment l'évaluation de la capacité de discernement par un/e autre médecin que celui/celle de l'association d'assistance au suicide. Par ailleurs, la direction de l'EMS met en place un dispositif d'accompagnement du/de la résident/e et de ses proches (famille, personnel, amis proches, autres résidents, etc.) et définit une stratégie de communication et de soutien adaptée à la situation et aux personnes.

La collaboration active de l'EMS et de son personnel à l'assistance au suicide n'est pas admise; il ne peut ni préparer, ni pratiquer l'assistance au suicide. Cependant, un membre du personnel peut être présent lors du suicide en accord avec le résident. L'EMS ne peut pas entraver l'action d'une association telle qu'Exit ou Dignitas.

Ces associations n'ont pas le droit de faire du prosélytisme au sein de l'institution; à titre d'exemple, leur personnel ne peut pas faire de visite spontanée dans un EMS s'il n'y a pas été invité par un/e résident/e.

---

<sup>3</sup> Ce paragraphe est une reprise de l'Art. 6.2.1 des Directives médico-éthiques de l'ASSM sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort.

<sup>4</sup> Ce paragraphe est une reprise du Chapitre 4 des Directives médico-éthiques de l'ASSM sur l'attitude face à la vie et à la mort.

## Lieu du suicide assisté

Le Conseil de santé estime<sup>5</sup> qu'il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les personnes vivant dans un EMS et celles résidant chez elles relativement à l'assistance au suicide. Le fait de vivre en EMS n'a pas toujours été le libre choix de la personne, mais il a été déterminé par les circonstances de la vie.

Dans les institutions de long séjour<sup>6</sup>, si un/e résident/e 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.

Tout décès intervenant après l'intervention d'une association telle qu'Exit ou Dignitas doit être annoncé sans délai à la Police cantonale<sup>7</sup> par le médecin attestant la mort d'un/e résident/e.

## Conclusion

Les demandes d'assistance au suicide en EMS restent exceptionnelles et celles qui aboutissent au décès sont encore plus rares. Le nombre de suicides assistés en Suisse augmente cependant invariablement.

Si l'entrée en EMS est un passage de vie difficile pour beaucoup, la responsabilité des professionnels du soins est de mettre en œuvre un accompagnement pour que l'institution soit et reste protectrice afin de permettre aux résidents de vivre jusqu'au bout leur vie.

Le développement des **soins palliatifs en EMS** favorisera l'acceptation de cette dernière étape de la vie en visant la meilleure qualité de vie possible jusqu'à son terme, notamment en soulageant les symptômes réfractaires s'ils se présentent. C'est donc par un travail préventif de soins et d'accompagnement, prenant en compte les multiples dimensions de la personne, que l'on évitera une demande de mort pour se libérer de souffrances ressenties comme insupportables.

Le **Conseil d'éthique de l'AFIPA** se met volontiers à disposition des institutions confrontées à une demande d'assistance au suicide pour les conseiller.

### Service du médecin cantonal



Dr Chung-Yol Lee, MPH, MPA  
Médecin cantonal  
Spécialiste en médecine interne

### Conseil d'éthique de l'AFIPA



Emmanuel Michielan, secrétaire général  
Daniel Pugin, président du Conseil d'éthique



<sup>5</sup> Prise de position du Conseil de santé du 05.07.2002, DSAS du canton de Fribourg

<sup>6</sup> CNE, Commission nationale d'éthique, prise de position no 5 /2005 sur l'assistance au suicide

<sup>7</sup> Loi cantonale de la Santé (LSan), art. 73 al. 2

## Références et autres recommandations

- **Art 115 du Code pénal : Incitation et assistance au suicide** « *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.* »

L'auteur est poussé par un motif égoïste lorsqu'il incite au suicide une personne qu'il doit entretenir ou dont il escompte l'héritage. Le mobile égoïste ne correspond pas nécessairement à la cupidité, au dessein de lucre. La haine, le désir de se venger, la méchanceté sont aussi des mobiles égoïstes, c'est-à-dire non altruistes. Par contre, l'indifférence n'entre pas en ligne de compte.

- **Art 370 du Code civil :**

1. *Toute personne capable de discernement peut déterminer dans des **directives anticipées**, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement.*
2. *Elle peut également désigner une personne physique qui sera appelée à s'entretenir avec le médecin sur les soins médicaux à lui administrer et à décider en son nom au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut donner des instructions à cette personne.*

- **Art. 16 du Code civil : Discernement** « *Toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi* »

Les critères suivants aident à déterminer la capacité de discernement :

- > la capacité de comprendre les informations relatives aux décisions à prendre ;
- > la capacité d'évaluer correctement une situation et les conséquences découlant des différentes options envisageables
- > la capacité d'évaluer rationnellement une information dans le contexte d'un système de valeur cohérent
- > la capacité de faire librement ses propres choix.

Le discernement s'apprécie par rapport à un acte déterminé (en fonction de la nature et de la complexité de cet acte). Il doit exister au moment où la décision est prise.

- **Prise de position du Conseil de santé du 05.07.2002, DSAS du Canton de Fribourg**

- **Directives médico-éthiques de l'ASSM**

- > La capacité de discernement dans la pratique médicale 2018
- > Attitude face à la fin de vie et à la mort 2018

- **Prises de position de la FMH**

Suite à la dernière révision des directives médico-éthiques de l'ASSM sur la fin de vie  
<https://bullmed.ch/fr/article/doi/bms.2018.17179/>

- **Prise de position de la CNE (Commission nationale d'éthique)**

- > Critères de diligence concernant l'assistance au suicide (prise de position no 13/2006)
- > L'assistance au suicide (prise de position no 9/2005)

- **ASI (Association Suisse des Infirmières).**

Position éthique n°1. « L'assistance au suicide ne fait pas partie des soins infirmiers ».  
[www.sbk.ch/files/Shop/publikationen\\_fr/1112/Ethische\\_Standpunkte\\_1\\_franzoesisch.pdf](http://www.sbk.ch/files/Shop/publikationen_fr/1112/Ethische_Standpunkte_1_franzoesisch.pdf)

- **CURAVIVA**

Assistance au suicide dans les établissements médico-sociaux et les institutions pour adulte avec handicap  
[www.curaviva.ch/files/AZPXQLF/Assistance-au-suicide-Documents-de-reference-de-CURAVIVA-Suisse-2013.pdf](http://www.curaviva.ch/files/AZPXQLF/Assistance-au-suicide-Documents-de-reference-de-CURAVIVA-Suisse-2013.pdf)