

# Assistance au suicide au sein des HUG

## Conseil d'Éthique Clinique (CEC)

SOMMAIRE
----------

### I. Préambule

### II. Le cadre légal et déontologique

1. Rappel et évolution des lois qui régissent l'assistance au suicide en Suisse et à Genève
2. Prise de position de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)
3. Prise de position de la Fédération des Médecins Suisses (FMH)
4. Prise de position de l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI)
5. Prise de position de la Société Suisse de Soins Palliatifs (PalliativeCH)

### III. Les enjeux éthiques

1. Valeurs et implications pratiques
2. Enjeux particuliers de la demande d'assistance au suicide en psychiatrie

### IV. L'assistance au suicide aux HUG

1. Participation au suicide assisté
2. Position de principe du CEC
3. Déroulement d'un suicide assisté aux HUG : les conditions préalables
4. Droits et devoirs concernant les soignants

### V. Guidance et encadrement requis

1. Organe de référence pour le suicide assisté aux HUG
2. Rôle du CEC
3. Compétences médico-soignantes du personnel HUG
4. Formation des membres de l'organe de référence

### VI. Conclusion

### VII. Références

## I. Préambule

Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont pour mission première et essentielle d'accueillir tous les patients de tous âges, qui nécessitent les soins que cette institution est à même de prodiguer, que ces soins soient de nature somatique ou psychiatrique, sans discrimination aucune. Cette mission s'étend à l'accompagnement en fin de vie.

L'assistance au suicide (AS) ne fait pas partie de l'offre de soins ; elle fait néanmoins partie des réalités rencontrées aux HUG et il est important qu'elle soit encadrée de telle façon qu'elle puisse se dérouler au mieux pour les patients, leurs proches et le personnel hospitalier, dans le respect des dispositions légales et déontologiques applicables. En juin 2006, un premier document sur l'AS produit par le CEC a été validé par la Direction des HUG (1). Il posait le cadre légal, déontologique et éthique de l'AS au sein des HUG de l'époque.

Depuis lors, l'augmentation des demandes de suicide assisté<sup>1</sup> (SA) aux HUG, l'évolution du débat sociétal, les modifications des recommandations déontologiques et l'émergence de lois cantonales en la matière ont rendu nécessaire la révision du document susmentionné, notamment afin de repenser le rôle des soignants<sup>2</sup>, des médecins traitants, d'associations nouvelles et des médecins hospitaliers face à une demande de SA dans l'institution.

## II. Le cadre légal et déontologique

### 1. Rappel et évolution des lois qui régissent l'assistance au suicide en Suisse et à Genève

Au niveau fédéral, l'article 115 du Code pénal suisse (CPS) traite de l'AS : « Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera puni. » *A contrario*, une AS, quand le motif est altruiste, n'est pas réprimée par la loi.

À Genève, le Conseil d'État a promulgué en juillet 2018 une modification de la loi sur la santé<sup>3</sup> (LS) pour garantir le droit au SA dans les établissements médicaux privés et publics (EMPP) et les établissements médico-sociaux (EMS) (2). Les nouvelles dispositions légales stipulent que l'AS ne peut pas être refusée en EMS ou EMPP, si les conditions suivantes sont remplies :

1. le patient (ou le résidant) est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider ; il persiste dans sa volonté de se suicider et souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident graves et incurables ;
2. des alternatives, en particulier liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec le patient (ou le résidant).

La loi dispose cependant que le médecin responsable peut refuser que l'AS se déroule au sein de l'établissement – à moins qu'il ne s'agisse d'un établissement à mission d'hébergement médico-social – si le patient dispose d'un logement extérieur et que son retour dans ce logement est raisonnablement exigible.

Par ailleurs, la loi prévoit que les institutions peuvent mettre en place une commission interne d'évaluation pouvant être saisie par le médecin en charge du patient, en cas de doute sur les conditions énoncées ci-dessus.

La loi stipule enfin que « le personnel des établissements et les médecins (médecin directement en

---

<sup>1</sup> Dans le présent avis, les termes « assistance au suicide (AS) » et « suicide assisté (SA) » recouvrent les mêmes actes ; l'un ou l'autre terme est utilisé selon le contexte de la phrase.

<sup>2</sup> Dans le présent avis, le terme « soignant » se réfère au personnel infirmier, y compris les assistantes santé et soins communautaires (ASSC) et les aides-soignantes.

<sup>3</sup> Pour le détail, les lecteurs sont invités à retourner au texte de loi donné en référence à la fin de ce document.

charge du patient, médecin responsable hospitalier, médecin-traitant, ou médecin-répondant des résidents en EMS) ne peuvent être contraints de participer à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide ».

A noter qu'à ce jour il n'existe pas de droit en tant que tel à exiger un SA.

## **2. Prise de position de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)**

En juin 2018, l'ASSM a édicté des directives<sup>4</sup> intitulées « Attitude face à la fin de vie et à la mort » qui révisent ses directives de 2004. Ces directives traitent de l'AS dans le chapitre consacré aux actes qui accélèrent la survenance de la mort.

Selon les directives, le rôle du médecin face à la fin de vie et à la mort consiste à soulager les symptômes et à accompagner le patient. Il n'est du devoir du médecin ni de proposer une AS ni d'y participer. L'AS 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 le médecin s'il a la conviction que les cinq conditions énumérées ci-dessous sont remplies, et qu'une tierce personne indépendante confirme que les deux premières conditions sont remplies.

1. Le patient est capable de discernement par rapport au SA. Le médecin doit documenter avec précision le fait qu'il a exclu l'incapacité de discernement du patient. 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 médecin spécialiste en psychiatrie.
2. La volonté de mourir est mûrement réfléchie ; elle ne résulte pas d'une pression extérieure et elle est persistante. En cas de suspicion d'une relation de dépendance problématique, son influence possible sur la volonté de suicide doit être examinée soigneusement.
3. Les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient lui causent une souffrance qu'il juge insupportable<sup>5</sup>.
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 patient capable de discernement à cet égard.
5. Compte tenu de l'histoire du patient et après des entretiens répétés, le médecin considère que le souhait du patient de ne plus vouloir vivre cette situation de souffrance insupportable est compréhensible pour lui et, dans ce cas concret, estime acceptable d'apporter une aide au suicide.

## **3. Prise de position de la Fédération des Médecins Suisses (FMH)**

Pour la FMH<sup>6</sup>, dans le cas d'une demande d'AS, la compétence médicale peut être requise dans deux circonstances :

1. Lorsque, en cas de doute, il s'agit de se prononcer cliniquement sur la capacité de discernement d'une personne sollicitant une AS. La compétence d'évaluer la capacité de discernement appartient à tout médecin.
2. Lorsqu'il s'agit de prescrire une préparation entraînant la mort.

---

<sup>4</sup> <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Ethique-en-fin-de-vie-live/Directives-attitude-fin-de-vie-mort-live.html>

<sup>5</sup> On relève que ces directives intègrent la notion de *souffrance insupportable*. Elles élargissent donc les critères retenus par la loi genevoise modifiée sur la santé (art 39A LS), dans laquelle cette notion ne figure pas.

<sup>6</sup> [https://www.fmh.ch/files/pdf20/Prise\\_de\\_position\\_de\\_la\\_fmh\\_Directives\\_Attitude\\_face\\_a\\_la\\_fin\\_de\\_vie\\_et\\_a\\_la\\_mort.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf20/Prise_de_position_de_la_fmh_Directives_Attitude_face_a_la_fin_de_vie_et_a_la_mort.pdf)

La FMH recommande que ces deux prestations ne soient pas accomplies par le même médecin. Elle estime que le critère de la « souffrance insupportable » prévu au ch. 6.2.1 des directives révisées en 2018 de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) « Attitude face à la fin de vie et à la mort » est trop imprécis pour en garantir une application prévisible et conforme au droit. Ce critère devrait pour la FMH être remplacé par un critère clairement défini, pouvant être évalué de manière fiable par le médecin et, le cas échéant, par une commission de déontologie ou une autre instance appliquant la disposition (3).

La FMH a décidé de ne pas adopter les directives de l'ASSM susmentionnées et continue d'appliquer les anciennes recommandations de l'ASSM de 2012, selon lesquelles l'AS est autorisée si un patient est en fin de vie.

#### **4. Prise de position de l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI)**

En 2005, dans la position éthique 1 intitulé « L'Assistance au suicide », l'ASI postule que l'AS ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers. La confiance que le public place dans les professionnels des soins et la crédibilité de la profession tout entière reposent sur la mission première des infirmières, *i.e* prévenir la maladie, restaurer la santé, soulager la souffrance physique et mentale. Une ligne de conduite professionnelle clairement définie est une protection et un guide tant pour les infirmières prêtes à accéder à la demande du patient que pour celles qui ne peuvent accepter l'idée du suicide. Personne ne peut contraindre un professionnel des soins à participer à une AS (4).

En 2018, dans la position éthique 5 intitulée « Gestion de la détresse morale du personnel infirmier dans l'accompagnement de personnes en fin de vie », l'ASI réaffirme que si l'AS ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers, l'accompagnement des personnes en fin de vie est, en revanche, une responsabilité infirmière, quel que soit le choix du patient d'interférer ou non sur le processus de sa propre mort. Le personnel infirmier est particulièrement interpellé sur le plan moral et éthique lorsque les raisons invoquées par le patient qui souhaite se suicider sont la peur d'être une charge pour les proches et pour la société, la crainte de souffrir par manque de soins de qualité ou le fait de ne pas supporter sa dépendance dans une société prônant les valeurs de la jeunesse, de la beauté et de la performance (5).

#### **5. Prise de position de la Société Suisse de Soins Palliatifs (PalliativeCH)**

Selon la définition de l'OMS reprise par PalliativeCH, les soins palliatifs impliquent une attitude et un traitement qui visent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches. Pour PalliativeCH, la vie et la mort sont des « processus normaux ». La dispensation de soins palliatifs n'accélère ni ne retarde la mort (6). Conduits de façon interdisciplinaire, les soins palliatifs cherchent à soulager tous les symptômes pouvant gêner la qualité de vie, à intégrer les aspects sociaux, psychologiques et spirituels dans les soins ainsi qu'à soutenir l'entourage pendant la maladie du parent malade et après sa mort.

La société de soins palliatifs suisse ne se prononce pas spécifiquement sur la thématique de l'AS.

### **III. Les enjeux éthiques**

#### **1. Valeurs et implications pratiques**

Les enjeux éthiques qui entourent l'AS en institution ont évolué. Les recommandations institutionnelles de 2006<sup>7</sup> de même que le guide pratique décrivant la procédure autorisant un SA au

---

<sup>7</sup> [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideauxhug\\_5juillet2006.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideauxhug_5juillet2006.pdf)

sein des HUG<sup>8</sup> mettaient en lumière le contraste potentiel entre les intérêts du patient demandeur et ceux des soignants. Ils insistent tant sur l'importance de la mission de soins que sur celle, pour l'institution publique, de trouver un positionnement qui soit acceptable par la majorité des patients traités et hospitalisés. Le souhait institutionnel de préserver les collaborateurs lors d'un SA était particulièrement présent dans ces textes. Aujourd'hui les enjeux sont différents tant au niveau individuel qu'institutionnel et sociétal.

- Niveau individuel : le patient se montre de plus en plus déterminé, affirmant résolument ce qu'il souhaite et ce qu'il ne souhaite pas quant à ses traitements et à ses soins. Il n'est pas rare qu'il refuse le retrait thérapeutique couplé à des soins palliatifs, au motif qu'il souhaite mourir de la façon dont il a décidé. Le respect de l'autonomie oblige à repenser les limites acceptables pour les équipes quant à la liberté du patient de choisir la façon dont il veut mourir.

A noter que l'AS diffère de l'arrêt d'un traitement de maintien en vie car, même si dans les deux cas le patient est prêt à mourir, pour le soignant et/ou le médecin, l'AS implique une action permettant au patient de se donner la mort.

- Niveau institutionnel : les HUG sont un lieu de soins, d'enseignement et de recherche et ils ont pour mission d'accompagner les personnes malades ou blessées admises pour des raisons médicales, y compris jusqu'à la fin de leur vie. Les hôpitaux garantissent la sécurité des personnes qu'ils soignent et qu'ils hébergent en leur offrant notamment une protection contre les abus, la négligence, la maltraitance et l'abandon. Les institutions de soins ont une vocation de préservation de la santé et de la vie.

Quand ces objectifs sont impossibles à atteindre, l'action de ces institutions demeure le bien du malade qui leur est confié. S'il n'est pas possible de restaurer son état de santé, il convient de lui assurer un confort et l'accompagner jusqu'au terme de sa vie. Dans la mesure du possible les proches sont intégrés à cet accompagnement.

Selon la loi genevoise sur la santé, le principe du SA ne peut plus être refusé dans les institutions. Ainsi, il appartient à l'institution que sont les HUG d'édicter les règles d'application afin que la volonté d'un patient d'accéder au SA puisse être entendue. Or, l'institution réalise que le personnel qui la compose est également en train de changer. En effet, les résultats d'une enquête auprès de l'ensemble des collaborateurs révèlent que si une certaine disparité existe quant à « qui » devrait prodiguer l'AS, une majorité des soignants ayant répondu serait prête à y participer.

La participation<sup>9</sup> à une AS peut revêtir plusieurs formes dans l'interprétation de chacun : pour certains, il s'agira d'être simplement présent lorsque le patient s'auto-administrera la potion létale, pour d'autres ce serait de lui en faciliter l'administration en lui posant une voie-veineuse, pour d'autres enfin, il peut s'agir de prescrire la potion létale. Toutefois, quelle que soit l'interprétation individuelle, le soignant peut et doit choisir son degré d'implication.

Les soignants peuvent ainsi être partagés quant à leur participation à l'AS :

- les arguments principaux qui marquent l'opposition à la participation des soignants à l'AS sont que l'AS est contraire à leur devoir, lequel doit rester tourné vers la préservation de la vie, et que la pratique d'une telle assistance met en danger la relation soignant-soigné ;
- *a contrario*, les arguments en faveur d'une participation des soignants à cette pratique sont soutenus par ceux qui considèrent l'AS comme faisant partie intrinsèque d'une réponse humaine empreinte de compassion à la souffrance d'autrui, légitimée par le respect dû aux choix des patients.

Globalement, les soignants avec des arguments en faveur d'une participation à l'AS sont majoritaires

---

<sup>8</sup> [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/procedure\\_assistancesuicide\\_17\\_05\\_18.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/procedure_assistancesuicide_17_05_18.pdf)

<sup>9</sup> Cf également Chapitre IV. 1. Participation à un suicide assisté

par rapport à ceux qui s'y opposent. D'aucuns pensent même que cette pratique pourrait faire partie de l'offre de soins.

Dans cette perspective, pour la majorité des membres du CEC, la protection des collaborateurs consiste plutôt à respecter la liberté de choix de chacun quant à son implication dans le SA plutôt que de prôner un positionnement unique de permission ou d'interdiction. Sur ce point cependant, le CEC est divisé. Une minorité estime en effet que les collaborateurs des HUG ne devraient pas avoir la possibilité de participer eux-mêmes à une AS au sein de l'hôpital. Selon cette position, l'AS ne fait pas partie de la mission des professionnels, le risque qu'une AS ait lieu par facilité serait trop élevé, la liberté des intervenants dans un contexte hiérarchique ne pourrait pas être suffisamment garantie, la formation requise contreviendrait à la mission de soins d'un hôpital public, et la distinction entre celui qui soigne et celui qui aide à se donner la mort doit être préservée.

- Niveau sociétal : les débats portés au niveau public tant par les médias que par les sociétés savantes montrent que la question de l'AS est au cœur des interrogations sociales actuelles, notamment : qui a droit au SA ? Les malades s'ils sont incurables ? Les personnes très âgées si elles sont polymorbides ? Les patients ne tolérant plus de souffrances insupportables ? Qu'en est-il de ceux dont la souffrance existentielle est telle que la vie n'a pour eux plus de sens ?

## **2. Enjeux particuliers de la demande d'assistance au suicide en psychiatrie**

Les diagnostics de troubles psychiatriques n'impliquent pas en soi une perte de la capacité de discernement. Comme face à toute demande, une demande d'AS chez les personnes vivant avec ce type de troubles doit être évaluée et réévaluée au regard de la capacité de discernement qui peut être fluctuante dans le temps et dans l'histoire du trouble.

En prérequis, il faut s'assurer que la demande d'AS ne soit pas le symptôme d'un trouble psychiatrique en phase aiguë<sup>10</sup>.

Si tel n'est pas le cas, deux situations peuvent se présenter :

- a) Une personne vivant avec un trouble psychiatrique demande une AS en raison de souffrances insupportables en lien avec les symptômes d'une maladie et/ou de limitations fonctionnelles somatiques.

Une demande d'AS chez un patient vivant avec une maladie psychiatrique et manifestant une souffrance insupportable en raison d'un trouble somatique, doit être traitée de la même façon que toute autre demande d'AS. Étant donné qu'il faut s'assurer que la demande d'AS ne soit pas le symptôme d'un trouble psychiatrique en phase aiguë, l'évaluation complémentaire par un psychiatre peut être requise.

- b) Une personne vivant avec un trouble psychiatrique demande une AS en raison même de ce trouble psychiatrique.

Une demande d'AS motivée par une maladie psychiatrique chronique, causant des souffrances insupportables, ne doit raisonnablement pas être traitée différemment d'une demande d'AS motivée par tout autre type de maladie chronique causant une souffrance insupportable. Un refus d'emblée d'ouvrir une discussion sur ces demandes risquerait d'amener ces patients à un suicide solitaire et violent. Faire la différence entre un symptôme d'une phase aiguë ou subaiguë de la maladie et une

---

<sup>10</sup> Cf Directives ASSM 2018 :

[https://www.fmh.ch/files/pdf20/Prise\\_de\\_position\\_de\\_la\\_fmh\\_Directives\\_Attitude\\_face\\_a\\_la\\_fin\\_de\\_vie\\_et\\_a\\_la\\_mort.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf20/Prise_de_position_de_la_fmh_Directives_Attitude_face_a_la_fin_de_vie_et_a_la_mort.pdf)

souffrance existentielle profonde et durable questionnant la poursuite de sa vie, est ici particulièrement important.

On touche là un point très délicat dans la mesure où l'envie de mourir peut faire partie des symptômes d'un certain nombre de maladies psychiatriques. Ceci rend l'évaluation de ces demandes difficile.

Le propre de la maladie chronique est de se caractériser par des phases de crises et de rétablissement entraînant une fluctuation de la souffrance. L'évaluation de la demande d'AS doit donc se faire sur une durée qui tient compte des phases de crise et de rétablissement. L'avis d'un psychiatre est requis. Une écoute attentive et empathique amène souvent un apaisement de la souffrance et l'ouverture à d'autres alternatives. Être à l'écoute de l'expression de la souffrance par une demande de SA va de pair avec une réflexion sur le renforcement de l'espoir.

Dans certaines situations de demandes persistantes, un avis éthique peut prendre tout son sens.

## **IV. L'assistance au suicide aux HUG**

### **1. Participation au suicide assisté**

Si prescrire la potion létale constitue clairement une AS, les limites externes de ce qui fait partie ou ne fait pas partie de l'assistance au suicide (par exemple poser une voie veineuse, être simplement présent lors du geste) font l'objet de divergences. Le présent avis n'a pas vocation à déterminer exactement ce que « participer au SA » signifie concrètement pour chaque membre de l'équipe médico-soignante *dans chaque cas d'espèce* ; il appartient à chaque équipe de le déterminer à la lumière des circonstances de chaque cas particulier, ainsi que ce qui est acceptable pour elle et les limites qu'elle ne souhaite pas dépasser dans la situation singulière. Il sera extrêmement important que cette limite soit rendue explicite.

Pour la bonne compréhension du présent avis, il est précisé que le terme « participer à un SA » inclut ici, au sens large, tous les actes qui, d'une façon ou d'une autre, concourent à la réalisation du SA.

### **2. Position de principe du CEC**

L'hôpital se doit d'accueillir toutes les formes de souffrance d'un patient, d'administrer les soins nécessaires en vue d'une amélioration de l'état de santé du patient et de l'accompagner jusqu'à la fin de la vie lorsqu'il n'y a pas de guérison possible.

Le SA demandé par un patient capable de discernement et exprimant des souffrances insupportables en lien avec les symptômes de sa maladie et/ou ses limitations fonctionnelles, est autorisé par les HUG. Les conditions sont que le patient persiste dans son désir de mourir de manière réfléchie et libre de toute pression extérieure malgré les alternatives proposées – qu'elles aient été mises en place ou pas car jugées inacceptables et/ou insuffisantes par le patient.

La demande de SA doit être reçue avec bienveillance, ouverture et empathie. Elle est examinée avec diligence et sans précipitation par l'équipe médico-soignante en charge du patient afin de bien comprendre le souhait de ce dernier. Le personnel médico-soignant informe le patient et discute avec lui des alternatives thérapeutiques à disposition pour soulager sa souffrance. L'expérience montre que le souhait d'un SA exprimé par le patient peut évoluer au cours de cette phase de dialogue.

Chaque demande de SA est unique et requiert une réponse individualisée de la part de l'équipe médico-soignante. Le lieu et les modalités du SA sont également discutées. Si, de la discussion, il émerge un accord sur le fait que le SA pourrait avoir lieu à l'hôpital, le SA peut alors se dérouler au sein du service où est hospitalisé le patient, avec la participation des médecins et soignants des HUG

désireux d'y prendre part. L'AS s'inscrivant dans une relation basée sur la confiance, le patient ne peut être transféré, dans ce but, dans un autre service des HUG ne le connaissant pas,. De même, une demande d'admission d'un patient à l'hôpital dans l'unique perspective d'accéder à une AS n'est pas acceptable.

Pour la majorité des membres du CEC, soit l'équipe en charge participe à l'AS, soit le patient fait appel à son médecin traitant ou à un organisme externe. Une minorité estime quant à elle que toute participation à l'AS devrait rester réservée à des intervenants externes à l'institution des HUG.

Dans la mesure du possible, et avec l'accord du patient, l'équipe médico-soignante implique les proches dans ce processus d'AS.

L'AS correspond aux besoins du patient dont l'unité a la charge. Toutefois, l'équipe portera une attention particulière au respect des besoins des autres patients de l'unité, voire du service et adaptera la possibilité raisonnable d'organiser un SA dans les locaux du même service.

Enfin, un organe de référence<sup>11</sup>, par délégation du Directeur Médical (DM), peut refuser que l'AS se déroule au sein des HUG si le patient dispose d'un logement extérieur et que son retour dans ce logement est raisonnablement exigible. Un retour du patient à son logement n'est pas raisonnablement exigible, notamment, lorsque le patient est gravement atteint dans sa santé et nécessite des soins lourds et/ou des mesures de maintien en vie sur le trajet entre l'hôpital et le domicile.

### **3. Déroulement d'un suicide assisté aux HUG : les conditions préalables**

Le médecin chef du service concerné doit informer le DM de l'ouverture d'un processus de SA aux HUG. Parallèlement, l'équipe médico-soignante en charge vérifie que les conditions suivantes sont remplies :

1. le patient est capable de discernement ;
2. le patient ne subit aucune pression quant à sa volonté d'un SA ;
3. la demande de SA est constante et persiste de façon répétée ;
4. toutes les alternatives thérapeutiques ont été proposées, notamment les soins palliatifs, ainsi que l'abstention ou le retrait des thérapeutiques en cours ;
5. le patient souffre d'une maladie et/ou de séquelles d'accidents graves et incurables et/ou de limitations fonctionnelles, entraînant une souffrance qu'il juge insupportable.

Le cas échéant, le patient propose la personne ou les personnes chargées de participer aux différentes étapes du processus du SA. Cette proposition est discutée avec l'équipe en charge.

La prescription est obligatoirement établie par un médecin, interne ou externe aux HUG. La potion létale peut être apportée au patient par un membre de l'équipe médico-soignante des HUG ou par un médecin externe ou un membre d'une association externe d'AS.

Dans tous les cas, seul le patient peut accomplir le dernier geste pour se suicider (par voie orale, par sonde ou par voie intraveineuse).

---

<sup>11</sup> cf Chapitre V.1.

#### **4. Droits et devoirs concernant les soignants**

Le problème de conscience que les soignants peuvent vivre en lien avec l'AS ne peut être ignoré. À cet égard, il incombe aux HUG d'assurer que la liberté personnelle et l'intégrité des soignants soient respectées et qu'aucune pression indue ne leur soit imposée.

Lors d'une demande d'AS, il convient cependant de rappeler que l'accompagnement du patient et les soins, y compris les entretiens nécessaires à la clarification de la demande, font partie de la mission des soignants et sont exigibles de chacun d'entre eux. Un soignant qui s'opposerait à l'AS devrait être en mesure de participer à de tels entretiens, car ils permettent de prendre en compte la souffrance exprimée par le patient et font donc partie du devoir de soins et d'assistance.

La participation ou non à une AS étant un choix personnel, elle ne doit faire l'objet d'aucune pression hiérarchique. Conformément à la loi genevoise sur la santé, le professionnel de la santé ne peut être tenu de fournir, directement ou indirectement, des soins incompatibles avec ses convictions éthiques ou religieuses. Les questionnements autour de l'exercice du droit à l'objection de conscience ont fait l'objet d'un avis du Conseil d'éthique clinique auquel il est renvoyé<sup>12</sup>.

Enfin, s'agissant d'une situation pouvant soulever des questions importantes au sein d'une équipe, un encadrement et un accompagnement de toute l'équipe en charge, incluant une approche appropriée, devrait être instaurée par l'organe de référence.

### **V. Guidance et encadrement requis**

#### **1. Organe de référence pour le suicide assisté aux HUG**

Lorsque l'équipe médico-soignante a évalué une demande de SA et l'a estimée recevable selon les critères des HUG, le médecin en charge fait appel à l'organe de référence.

Cet organe est composé de médecins et d'infirmiers cadres, de tous autres professionnels de la filière administrative des HUG portant un intérêt particulier à la problématique du SA et de citoyens.

Une délégation de cet organe rencontre l'équipe médico-soignante ainsi que le patient et vérifie, avec l'aide d'un canevas établi à cet effet (cf annexe 1), que les conditions sont remplies. En outre, l'organe vérifie la liberté de l'équipe en charge quant à sa participation et son degré d'implication pour ce SA.

Si la délégation confirme le respect des conditions, le SA peut alors avoir lieu au sein de l'unité, selon les modalités discutées entre le patient et l'équipe de soins.

La délégation constitue une ressource pour l'équipe qu'elle accompagne durant tout le processus du SA. Elle veille à ce que ce processus se déroule de manière conforme et sereine, grâce à la collaboration fluide de toutes les personnes impliquées. Elle vérifie que le DM a bien été informé du SA dans le service. Il est à noter que le processus va au-delà du décès du patient. Lorsque le patient est décédé, c'est un constat de décès qu'il faut établir et non un certificat de décès. Il est ensuite important de veiller au vécu des personnes qui y ont participé.

Enfin, les proches sont soutenus comme lors de tout décès aux HUG. Ils sont associés à tout le processus dans la mesure du possible et en fonction du souhait du patient.

---

<sup>12</sup> Objection de conscience dans la pratique clinique, 2012 : [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/objection\\_conscience.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/objection_conscience.pdf)

## 2. Rôle du CEC

Lorsque la délégation de l'organe de référence juge que toutes les conditions sont remplies afin que le patient puisse accéder au SA, il n'y a pas lieu d'en référer au CEC. Toutefois, si la situation paraît complexe, que l'organe de référence a des doutes quant au bien-fondé de l'acte demandé et/ou si l'équipe en charge montre des réticences ou autres préoccupations, le CEC peut être interpellé pour venir en aide à la réflexion de la situation singulière.

## 3. Compétences médico-soignantes du personnel HUG

Accompagner un patient dans sa volonté de mourir par SA requiert un certain nombre de compétences médicales et soignantes, nécessaires à sa mise en place concrète aux HUG.

D'une part, le médecin qui accepte de participer à un SA doit :

- connaître la nature et la dose de la médication à ingérer par le patient ou à intégrer dans la perfusion ou toute autre voie ;
- savoir où cette médication peut être obtenue et avec quel délai

D'autre part, l'équipe médico-soignante s'assure que le patient a été mis dans les conditions optimales pour accomplir le geste, à savoir :

- que le patient dispose d'une chambre appropriée ;
- que quelques personnes de l'entourage proche puissent être présentes si le patient le souhaite ;
- que les membres du personnel soignant concerné puissent être présents si le patient le souhaite et si ces membres le souhaitent (pour rappel, aucun soignant ne peut être obligé d'être présent lors de l'AS) ;
- qu'un moyen nécessaire pour ingérer la potion létale est à disposition du patient ou, le cas échéant, qu'une voie veineuse perméable est présente ou mise en place ou que toute autre voie d'auto-administration est à disposition ;
- que le patient est en mesure d'accomplir le dernier geste pour se suicider, *i.e.* qu'il est capable d'ingérer la potion par lui-même, soit par la bouche soit par une sonde, ou le cas échéant qu'il est capable d'actionner le système de la perfusion afin que le liquide puisse couler par son intervention personnelle.

## 4. Formation des membres de l'organe de référence

Les membres de l'organe de référence pourront accompagner et informer le personnel médico-soignant acceptant de participer à une AS aux HUG. Ils devraient dès lors être formés. La formation devrait porter tant sur les gestes relevant de l'AS que sur les mesures qui relèvent de l'accompagnement du patient et de ses proches. Les points suivants devraient être abordés:

- la présentation du cadre légal, déontologique et éthique de l'AS incluant les enjeux du retour dans un logement extérieur aux HUG
- les compétences spécifiques liées aux gestes nécessaires à la mise en œuvre du SA, notamment celles qui touchent la question de la prescription et de l'installation de l'équipement nécessaire (par ex. perfusion) ;
- les compétences nécessaires relevant de l'accompagnement du patient et de ses proches. A cet effet, les représentations et les valeurs des soignants et des proches doivent être prises en compte ;
- le déroulé de la pratique d'un SA aux HUG depuis la demande du patient jusqu'à la levée du corps.

Parallèlement à la fonction de porteur de connaissances, les membres de l'organe de référence assureront un espace de réflexion permettant aux professionnels d'aller au-delà des propositions opérationnelles portant, par exemple, sur les points suivants :

- comment concilier le respect de l'autodétermination et la mission de soins ;
- dépasser la position legaliste de l'autodétermination, et entrer dans l'activation et l'organisation des compétences utiles à une équipe pour accompagner le patient et ses proches avant, pendant et après le SA ;
- aborder la question de la limite de la responsabilité sociale et individuelle.

## VI. Conclusion

Compte tenu de l'évolution du débat sociétal, des modifications des recommandations déontologiques et de l'évolution du cadre légal, le Conseil d'éthique clinique estime qu'il y a lieu de reconsidérer le cadre de l'AS aux HUG.

Les principales positions de principe exprimées dans le présent avis sont les suivantes :

1. Le SA demandé par un patient capable de discernement et exprimant des souffrances insupportables en lien avec les symptômes de sa maladie et/ou ses limitations fonctionnelles, est autorisé par les HUG. Les conditions sont que le patient persiste dans son désir de mourir de manière réfléchi et libre de toute pression extérieure malgré les alternatives proposées.
2. Le SA doit être considéré comme étant une démarche à laquelle des médecins et soignants des HUG peuvent participer.
3. Un organe de référence s'avère nécessaire pour encadrer ce processus ; il aura pour mission de déterminer, dans chaque cas particulier, si le suicide assisté peut avoir lieu aux HUG et de s'assurer qu'il soit pratiqué en conformité avec les règles applicables. Les membres de cet organe devraient recevoir une formation ad hoc afin de pouvoir assurer un encadrement et un accompagnement des équipes soignantes, sollicitées pour des demandes de SA.

Par respect pour l'ensemble des membres du CEC, nous tenons à préciser que si la participation des médecins et/ou infirmières des HUG ne fait pas l'unanimité, une grande majorité y est cependant favorable.

Enfin, le CEC n'interviendrait plus que dans les situations individuelles particulières où une réflexion éthique consultative s'avère nécessaire.

## VII. Références

- (1) Autorisation/Interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG, Conseil d'Éthique Clinique, 30 juin 2006 : [Autorisation / Interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG - 2006](#)
- (2) Art 39A de la loi genevoise sur la santé (LS), K 1 03  
[https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg\\_K1\\_03.html](https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_K1_03.html)
- (3) Bulletin des médecins suisses, Barnikol M. Bull Med Suisses. 2018;99(41):1392-1396
- (4) Position Ethique 1 L'assistance au suicide ne fait pas partie de la mission des soins infirmiers –ASI- Association Suisse des Infirmières -2005
- (5) Position éthique 5 de l'ASI janvier 2018 Gestion de la détresse morale du personnel infirmier dans l'accompagnement de personnes en fin de vie
- (6) Consultation du 24 avril 2019 : <https://www.palliative.ch/fr/soins-palliatifs/en-quoi-consistent-les-soins-palliatifs>

**Groupe de travail – Suicide assisté**

Rita Annoni Manghi

Catherine Bollondi

Béatrice Faidutti Lueber

Myriam Nicolazzi

Monika Reuille-Brandle

Bara Ricou

Stéphanie Studer Scherl

Alexandre Wenger



Professeure Bara Ricou

Présidente

Au nom du Conseil d'éthique clinique des HUG