

Directives médico-éthiques «Attitude face à la fin de vie et à la mort»

Point de presse

Mercredi 6 juin 2018, Maison des Académies, Berne

Agenda

Allocution de bienvenue

Daniel Scheidegger, Président ASSM

Directives révisées: Contexte et principales nouveautés

Prof. Christian Kind,

Président de la sous-commission responsable de l'élaboration des directives

Questions et discussion

Interviews individuels/Enregistrements

Prof. Christian Kind
Président de la sous-commission responsable de
l'élaboration des directives

Résultat de la consultation des directives «Attitude face à la fin de vie et à la mort»

118 prises de position émanant d'associations, d'institutions, d'autorités et de personnes individuelles.

Trois quarts d'avis **positifs**;
plus de 80% provenant d'organisations de la santé.

22% des avis ont rejeté la réglementation de l'assistance au suicide; la plupart du temps ressentie comme trop libérale, mais dans quelques cas également comme trop restrictive.

Modifications suite à la consultation

Meilleure prise en compte des enfants et des personnes handicapées mentales et polyhandicapées ainsi que des situations d'urgence.

Justification éthique de la réglementation sur l'assistance au suicide.

Dénominations des genres alternées d'un chapitre à l'autre.

Diverses petites clarifications et améliorations.

Objectifs des nouvelles directives

Encourager le dialogue sur la fin de vie et la mort.

Offrir un soutien face aux désirs de mourir.

Encourager la prise de décision partagée et la planification anticipée du traitement.

Définir des garde-fous pour les actes médicaux qui accélèrent la mort.

Offrir un espace protégé aux professionnels de la santé dont les convictions divergent face à des actes controversés.

Encouragement du soutien aux proches.

Assistance au suicide

Admissible lorsque le médecin est personnellement convaincu qu'il agit pour le bien de son patient et si les conditions suivantes sont remplies:

- Le désir de suicide est réfléchi et persistant et ne résulte pas d'une pression extérieure.
- La capacité de discernement a été scrupuleusement évaluée par le médecin spécialiste compétent, dans les situations où cette capacité est susceptible d'être altérée.
- Les conditions susmentionnées ont été vérifiées par une tierce personne.
- Les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles entraînent des souffrances insupportables.
- Les autres options (médicales ou non) ont échoué ou ont été rejetées comme inacceptables.
- Le désir du patient est compréhensible, compte tenu de ses antécédents et après des entretiens répétés.

Critique concernant la réglementation de l'assistance au suicide

Le critère de la **souffrance insupportable** est critiqué comme subjectif sur deux fronts:

Les défenseurs d'une solution plus restrictive privilégient le critère de la **maladie mortelle**.

Les défenseurs d'une solution plus libérale, strictement orientée sur le Code pénal, rejettent tout critère matériel, argumentant que le **désir autodéterminé** est suffisant.

Pourquoi ne pas retenir le critère de la «maladie mortelle»?

La délimitation est extrêmement difficile.

Le désir de mourir n'est pas motivé par un diagnostic médical, mais par la souffrance qui en résulte. Celle-ci diverge d'un individu à l'autre dans le même état objectif.

Chez les patients satisfaisants les critères objectifs, la question d'assistance au suicide serait alors automatiquement soulevée.

Risque d'imposer un choix qui n'est pas souhaité.

Danger de l'élargissement à des personnes incapables de discernement.

Pourquoi le souhait autodéterminé ne suffit pas à lui seul?

Tension éthique au niveau du devoir médical:
Soutien de l'autodétermination vs. protection de la vie.

L'assistance au suicide ne doit pas être une simple prestation.
Le médecin a un engagement éthique et doit être convaincu qu'il agit pour le bien du patient.

La souffrance insupportable n'est pas objectivable, mais peut être comprise dans une relation médecin-patient empathique.

Pour ce faire, il est indispensable d'avoir une relation qui permette de percevoir que le patient souffre de manière insupportable des symptômes de sa maladie et/ou des limitations fonctionnelles.

Que signifient les nouvelles directives pour le médecin pris individuellement?

Si le médecin refuse l'assistance au suicide, il doit le communiquer en tous les cas au patient dès que celui-ci aborde le sujet.

Si, dans le cas particulier, le médecin n'arrive pas à comprendre la souffrance insupportable, il doit le communiquer au patient et refuser l'assistance au suicide.

S'il est personnellement convaincu d'agir pour le bien du patient et s'il a vérifié que toutes les conditions sont remplies, l'assistance au suicide est admissible selon ces directives.

Conclusion: Une sécurité accrue pour les médecins prêts à pratiquer l'assistance au suicide.
Aucun changement pour les médecins qui refusent l'assistance au suicide.

Renoncement volontaire à l'alimentation et à l'hydratation

En phase terminale, il ne pose pas de problèmes particuliers.

En cas de démence, d'autres causes doivent être exclues.

Si demandé avant le début du processus de la mort, des clarifications minutieuses sont nécessaires. Un accompagnement par le personnel médical ne peut être exigé.

Une sédation destinée à supprimer les sensations de faim et de soif n'est pas admissible.

La nourriture et le liquide ne peuvent pas être refusés à un patient qui le demande, même en présence de déclarations contraires dans ses directives anticipées.

Sédation palliative

Pour les symptômes ne pouvant être traités autrement.

Aussi intensive et aussi longtemps que nécessaire, mais pas plus.

Uniquement provisoirement pour les souffrances non somatiques (respice sedation), si les mesures non médicales ont échoué.

Ne remplace pas l'attention bienveillante et l'assistance spirituelle.

Une sédation profonde continue jusqu'à la mort n'est admissible qu'une fois le processus de la mort enclenché.

Autrement il s'agit d'un homicide.

Pas de sédation sans compte-rendu précis des symptômes et des mesures.

Agenda

Allocution de bienvenue

Daniel Scheidegger, Président ASSM

Directives révisées: Contexte et principales nouveautés

Prof. Christian Kind,

Président de la sous-commission responsable de l'élaboration des directives

Questions et discussion

Interviews individuels/Enregistrements

Contact

Michelle Salathé, Secrétaire générale adjointe
m.salathe@samw.ch

Informations détaillées sous: assm.ch/directives-fin-de-vie