



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de justice et police DFJP

Rapport complétant le rapport « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? »

Berne, juillet 2007

1. Contexte et mandat

Le 31 mai 2006, le Conseil fédéral a pris acte du rapport du DFJP du 24 avril 2006 « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? » et donné au Parlement trois recommandations en vue du traitement de la motion de la Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats (CAJ-E) 03.3180 « Euthanasie et médecine palliative » :

- renoncer à édicter de nouvelles dispositions législatives ou à compléter les dispositions existantes en matière d'euthanasie active indirecte et d'euthanasie passive ;
- renoncer à modifier l'art. 115 du code pénal suisse (Incitation et assistance au suicide) ;
- renoncer à une législation fédérale sur l'autorisation et la surveillance des organisations pratiquant l'assistance au suicide et sur le phénomène dit du « tourisme de la mort ». ¹

Au cours de la même séance, il a chargé le DFJP de préparer avec le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et de lui soumettre avant la fin de 2006 une note de discussion qui :

- expose les mesures visant à prévenir les abus de l'assistance au suicide et examine des propositions concernant des restrictions de la prescription et de la remise d'une dose létale du stupéfiant nommé natrium pentobarbital ou NAP (modification de la loi sur les stupéfiants) et
- expose les mesures prises ou prévues pour promouvoir la médecine et les soins palliatifs. ²

Le DFJP a examiné ces questions en étroite collaboration avec le DFI et présente le résultat de cette étude dans le présent rapport complémentaire.

La question d'une modification de la législation en matière de stupéfiants est traitée au ch. 2 ci-dessous. Le ch. 3 est consacré aux mesures prises ou prévues pour promouvoir la médecine palliative.

2. Prévention des abus de l'assistance au suicide par des restrictions de la prescription et de la remise d'une dose létale de NAP (modification de la législation sur les stupéfiants)

2.1 Contexte

Le rapport « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? » concluait qu'il n'était pas nécessaire, au niveau de la Confédération, de prendre des mesures législatives. En revanche, il indiquait que l'application rigoureuse, au niveau communal et cantonal, du droit en vigueur permettrait de parer à certains abus : on pense notamment à l'influence des autorités de poursuite pénale sur le respect des dispositions du code pénal (CP ; RS 311.0) visant à protéger la vie (art. 111 ss) et à celle des autorités

¹ Décision du CF du 31 mai 2006 concernant la motion CAJ-E 03.3180 et le rapport du DFJP « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? », suite des opérations, ch. 4. La motion Stadler 07.3163 du 22 mars 2007 charge le Conseil fédéral de créer une base légale pour la surveillance des organisations d'aide au suicide; le Conseil des Etats a l'acceptée le 21 juin 2007, bien que le Conseil fédéral ait proposé de la rejeter.

² Décision du CF du 31 mai 2006 (v. n. 1), ch. 5

chargées de la surveillance des membres des professions médicales quant au respect des législations cantonales et fédérale en matière de santé publique.³

Le rapport expose par ailleurs qu'*une révision de la législation sur les stupéfiants mérite d'être envisagée car elle permettrait d'approcher directement la réalité actuelle des suicides assistés par les organisations d'assistance au suicide* – qu'il s'agisse de personnes ayant leur domicile en Suisse ou à l'étranger⁴. La réalité actuelle est, succinctement, la suivante : un médecin-conseil de l'organisation d'assistance au suicide, après avoir examiné la personne désireuse de s'ôter la vie, lui prescrit une dose létale de NAP. Cette personne prend le NAP (parfois en présence d'un membre de l'organisation). Quinze grammes de ce stupéfiant font effet en deux à cinq minutes, provoquant un coma profond puis la paralysie des fonctions respiratoires et enfin la mort⁵.

Dans les chapitres qui suivent, nous exposerons la situation juridique actuelle en ce qui concerne la prescription et la remise de NAP, puis nous examinerons les options qui s'offrent au législateur.

2.2 Situation juridique actuelle

2.2.1 Législation fédérale

Le NAP est un psychotrope de la famille des barbituriques, qui entraîne une dépendance. Il est donc soumis à la législation fédérale sur les stupéfiants (v. art. 1, al. 3, let. c, de la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants, LStup ; RS 812.121) et mentionné dans la liste des stupéfiants⁶. Cette classification se fonde sur le Tableau III de la convention du 21 février 1971 sur les substances psychotropes⁷. Selon l'art. 9, ch. 1, de cette convention, les substances de ce tableau peuvent être prescrites, mais elles ne peuvent être fournies ou dispensées que sur ordonnance médicale. La substance active peut donc être utilisée comme médicament, si bien qu'elle est également soumise à la législation sur les produits thérapeutiques (art. 2, al. 1^{bis}, LStup et art. 2, al. 1, let. b, de la loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques, LPT^h ; RS 812.21⁸).

Toute opération liée à des stupéfiants est en principe soumise à l'autorisation du canton ou de la Confédération, en vertu de la LStup. Seuls en sont dispensés les membres des professions médicales, qui peuvent se procurer, détenir, utiliser et dispenser des stupéfiants dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profession (art. 9 LStup). La prescription par un médecin est obligatoire (art. 10 LStup). L'art. 11 LStup précise que celui-ci ne doit employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science. De plus, il ne peut les prescrire qu'à des personnes qu'il a examinées lui-même, en vertu de l'art. 43, al. 1, de l'ordonnance du 29 mai 1996 sur les stupéfiants (OStup ; RS 812.121.1).

Son ordonnance doit normalement contenir certaines informations, entre autres le nom exact du stupéfiant, sa présentation exacte et son dosage, la quantité prescrite et le mode d'emploi (art. 43, al. 2, OStup). Mais comme le NAP est un stupéfiant partiellement exempté du contrôle, en vertu de l'annexe b de l'OStup-Swissmedic, cette règle ne s'applique pas (art. 4,

³ V. rapport « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? » du 24 avril 2006 (ci-après « rapport 2006 »), ch. 6.3 et 6.5.2.

⁴ V. rapport 2006, ch. 6.4.3 et 6.5.3.

⁵ V. rapport 2006, ch. 6.1.2.

⁶ Cf. annexes a et b de l'ordonnance de Swissmedic du 12 décembre 1996 sur les stupéfiants (OStup-Swissmedic ; RS 812.121.2)

⁷ RS 0.812.121.02 ; en vigueur pour la Suisse depuis le 21 juillet 1996.

⁸ Selon l'art. 2, al. 1^{bis}, LStup, les dispositions de la LStup sont applicables si la LPT^h ne prévoit pas de réglementation ou que sa réglementation est moins étendue.

al. 1, let. c, OStup). D'une manière générale, au vu des nombreux cas de figure qui surviennent dans la pratique thérapeutique et des constants progrès de la science médicale, la LStup ne règle pas de manière détaillée la remise et la prescription des substances par les médecins. La LPTh suit une conception identique (art. 24 et 26).

Lorsqu'il remet le stupéfiant, le pharmacien doit, s'il subodore un abus, procéder aux investigations nécessaires, le cas échéant avec le concours du médecin prescripteur ou de l'autorité cantonale compétente (art. 45, al. 5, LPTh).

Aujourd'hui, l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic) n'autorise pas de médicament à usage humain contenant le NAP comme principe actif⁹. Le médecin peut toutefois prescrire des médicaments (ou des stupéfiants, cf. art. 2, al. 1, LPTh) non autorisés au titre de sa liberté thérapeutique (c'est ce que l'on appelle la formule magistrale) en vertu de l'art. 9, al. 2, let. a, LPTh¹⁰. La loi définit les médicaments comme des produits d'origine chimique ou biologique destinés à agir médicalement sur l'organisme humain ou animal, ou présentés comme tels, et servant notamment à diagnostiquer, à prévenir ou à traiter des maladies, des blessures et des handicaps (art. 4, al. 1, let. a, LPTTh). Le fait que le NAP ne soit pas utilisé pour remplir un de ces trois objectifs mais soit administré en dose létale à des fins de suicide n'ôte rien à sa qualité de médicament et ne s'oppose donc pas à l'application de la formule magistrale¹¹.

Les autorités de surveillance cantonales compétentes veillent à ce que les médecins praticiens respectent les dispositions légales d'une part et les règles reconnues des sciences médicales et pharmaceutiques d'autre part (cf. ch. 2.2.2). S'ils enfreignent leurs obligations, par exemple en prescrivant et remettant du NAP, l'autorité de surveillance doit intervenir. Elle peut aller jusqu'à leur retirer totalement ou en partie l'autorisation d'exercer¹². Si l'on soupçonne que le médecin a commis un acte punissable, c'est aux autorités de poursuite pénale cantonales de prendre les mesures nécessaires.

2.2.2 Règles déontologiques

L'interprétation des règles reconnues des sciences médicales repose principalement sur les règles de déontologie (par ex. le code de déontologie de la FMH¹³ et les directives de l'Académie suisse des sciences médicales [ASSM]) et sur leur appréciation dans la jurisprudence des autorités et des tribunaux.

Le problème de la prescription du NAP se pose en relation avec l'assistance au suicide et le rôle du médecin dans ce contexte. Le code de déontologie de la FMH règle seulement, à l'art. 17, l'euthanasie active (qu'il interdit) et l'euthanasie passive (qu'il autorise à certaines conditions). Concernant l'assistance au suicide, il renvoie aux directives de l'ASSM sur la

⁹ Le principe actif pentobarbital ou natrium pentobarbital n'est autorisé par Swissmedic, dans le domaine thérapeutique, que comme médicament vétérinaire (à des fins d'anesthésie ou d'euthanasie).

¹⁰ Cette disposition dispense de l'autorisation les médicaments qui sont préparés sur ordonnance médicale par une officine publique ou une pharmacie d'hôpital ou, sur mandat de celles-ci, par un autre établissement titulaire d'une autorisation de fabrication, et qui sont destinés à une personne ou à un cercle de personnes déterminés ou à un animal ou à un cheptel déterminé.

¹¹ Cf. le message du 1^{er} mars 1999 concernant la loi sur les produits thérapeutiques, qui souligne le caractère exemplatif de l'énumération et cite les moyens de régulation de la conception comme exemple concret des produits se trouvant en dehors de ces domaines d'application (FF 1999 3151)

¹² Cf. les art. 38, 41 et 43 de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (RS 811.11 ; FF 2006 5481), qui entrera en vigueur le 1^{er} septembre 2007 (décision du Conseil fédéral du 28 juin 2007).

¹³ Il peut être consulté sur le site de la FMH (Fédération des médecins suisses) : <http://www.fmh.ch>.

prise en charge de patients en fin de vie (2004), citées à l'annexe 1¹⁴. D'après le ch. 4.1 de ces directives, le médecin se trouve placé devant le dilemme suivant face à un patient qui persiste dans son désir de mourir : « D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine. D'autre part, le respect de la volonté du patient est fondamental dans la relation médecin-patient. Un tel dilemme exige une décision morale personnelle du médecin qui doit être respectée en tant que telle. » Les directives fixent trois conditions auxquelles l'assistance au suicide est admise par le droit professionnel : (1) la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche ; (2) des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre ; (3) le patient est capable de discernement, son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant, enfin cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.

Comme le Tribunal fédéral l'a constaté dans son ATF 133 I 58 ss., un médecin peut prescrire la remise d'une dose létale de NAP, dans les limites des règles professionnelles reconnues de la médecine, si ces conditions sont remplies en l'espèce¹⁵.

Un point des directives crée une incertitude : la proposition « l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale » pourrait laisser penser que le médecin n'agit pas, en cas d'assistance au suicide, dans le cadre de sa profession mais en tant que particulier, ce qui s'opposerait à sa compétence de prescrire des médicaments et des stupéfiants. Une telle interprétation serait cependant erronée : le passage cité signifie que l'assistance au suicide, même si toutes les conditions sont réunies, n'est pas une activité à laquelle le médecin est tenu par les règles déontologiques¹⁶, mais une activité relevant du libre arbitre du médecin¹⁷.

2.2.3 *Résumé de la situation juridique*

La prescription et la remise d'une dose létale de NAP sont admises par les dispositions exposées ci-dessus de la législation en matière de stupéfiants et de produits thérapeutiques et par les règles déontologiques des sciences médicales et pharmaceutiques. Il faut notamment que le NAP ait fait l'objet d'une ordonnance médicale, que le médecin ait en personne examiné soigneusement le patient, qu'il existe une indication médicale et que les autres conditions prévues par les règles déontologiques soient remplies. Les autorités cantonales compétentes en matière de santé publique sont chargées de veiller au respect de ces obligations dans les cas d'espèce, au titre de leur activité de surveillance de l'exercice des professions médicales.

2.3 Examen des restrictions de la prescription et de la remise de NAP

Le rapport « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? » cite les risques d'abus suivants :

- la personne désireuse de se suicider est incapable de discernement
- elle prend sa décision et l'exprime après avoir subi des pressions

¹⁴ Elles peuvent être consultées à l'adresse

http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/f_RL_Lebensende.pdf. Elles ont été intégrées à l'annexe du code de déontologie de la FMH le 4 septembre 2005.

¹⁵ ATF 133 I 58, consid. 6.3.4 et références

¹⁶ La Commission nationale d'éthique a elle aussi opéré cette distinction et précisé que l'assistance au suicide ne s'inscrivait pas dans le contexte de l'activité médicale (cf. sa prise de position 9/2005 « L'assistance au suicide », qui peut être consultée à l'adresse : <http://www.nek-cne.ch>).

¹⁷ Le médecin a un droit fondamental de refuser de prescrire une substance entraînant la mort. Cf. rapport 2006, p. 39, note de bas de page 81.

- la personne l'aidant à se suicider a un mobile égoïste

- la personne désirant se suicider n'a pas eu la maîtrise de l'acte (homicide et non suicide)

Sur cette base, nous allons évaluer différentes options et examiner si la prescription et la remise d'une dose létale de NAP doit être soumise à des conditions plus sévères ou à des restrictions, par le biais d'une modification de la législation sur les stupéfiants, afin d'éviter les abus mentionnés.

2.3.1 Obligation légale du médecin de procéder à des investigations approfondies ou de faire appel à un deuxième expert

Il s'agit d'obliger les médecins de par la loi, et non plus seulement en vertu de règles déontologiques, à examiner de manière approfondie ou à plusieurs reprises, par exemple, l'état de santé de la personne concernée ou son désir de mourir, éventuellement en exigeant qu'un deuxième expert ou un tiers n'appartenant pas au corps médical soit associé à cet examen.

Cependant, une telle disposition légale dérogerait à la conception exposée plus haut selon laquelle la loi ne doit pas régler dans le détail la prescription et la remise de médicaments et de stupéfiants, qui doivent obéir simplement aux règles reconnues des sciences médicales. On notera que pour ce qui est de l'examen approfondi précédant la prescription, la loi actuelle prévoit que le médecin doit examiner lui-même le patient ; il est évident qu'il doit le faire soigneusement et dans les règles de l'art. Par ailleurs, les règles déontologiques exigent déjà explicitement le recours à un tiers indépendant¹⁸. De plus, comme nous l'avons souligné, il appartient aux cantons de surveiller les médecins dans l'exercice de leur profession. Cela implique en fin de compte un contrôle de l'Etat sur les règles reconnues de la médecine. En cas d'abus lié à la prescription et à la remise de NAP, l'autorité cantonale doit agir. Il faut enfin se demander si une obligation légale de procéder à un examen approfondi ou de demander un deuxième avis avant de prescrire une dose létale de NAP ou de tout autre stupéfiant ou médicament ne donnerait pas naissance à de nouveaux cas de figure, tout aussi sensibles qu'aujourd'hui (par ex. dans le domaine de l'euthanasie active indirecte). Il apparaît donc, à y regarder de plus près, qu'il n'y a pas lieu d'inscrire une telle disposition dans la loi.

2.3.2 Remise de NAP aux organisations d'assistance au suicide

Certains demandent que le NAP ne puisse être remis qu'aux organisations d'assistance au suicide. Deux types de réglementation seraient possibles.

Premièrement, la loi prévoirait qu'une fois la substance prescrite, le médecin ou le pharmacien devrait la remettre directement à une organisation d'assistance au suicide, l'idée étant que ces organisations sont à même d'empêcher les abus liés au NAP (utilisation du stupéfiant pour une autre personne que celle désirant se suicider, utilisation d'une éventuelle dose restante, etc.). Il faut d'emblée écarter cette solution, car rien ne garantit que des organisations d'assistance au suicide, organisées selon le droit privé et exemptes de tout contrôle des autorités publiques, assument réellement et correctement la fonction qu'elles seraient censées accomplir. Il serait en outre problématique d'obliger une personne à avoir recours à une association de droit privé pour se faire remettre une dose létale de stupéfiant.

Deuxièmement, le Conseil fédéral pourrait se fonder sur l'art. 14a LStup pour autoriser les organisations d'assistance au suicide à se procurer, à prescrire et à dispenser du NAP dans

¹⁸ V. ch. 2.2.2 ; la Commission nationale d'éthique recommande elle aussi dans sa prise de position 9/2005 de demander un deuxième avis indépendant concernant l'examen des personnes désireuses de se suicider (*op. cit.*, n. 16, ch. 4.7 et 4.8).

les limites de leur activité sans recourir à un médecin. Or l'art. 14a LStup a pour but exclusif de permettre aux organisations humanitaires nationales et internationales d'utiliser des stupéfiants dans le cadre de leur activité d'assistance dans des régions touchées par des crises ou des catastrophes. Il ne devrait pas porter atteinte aux dispositions concernant les opérations liées aux stupéfiants (et en particulier la remise de stupéfiants) en Suisse. Le Conseil fédéral n'a jamais autorisé, sur la base de cette disposition, que l'acquisition et la remise de stupéfiants dans le cadre d'activités d'assistance à l'étranger¹⁹. De plus, le législateur visait, en édictant l'art. 14a LStup, l'activité humanitaire ; l'assistance au suicide ne peut être considérée comme telle. L'octroi d'une autorisation similaire aux organisations d'assistance au suicide est donc clairement contraire à l'objectif de cet article et ne peut se fonder sur lui. En outre, la remise de NAP en vertu de cette disposition ne serait pas soumise à la prescription médicale obligatoire, qui, selon la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral, sert précisément à protéger l'individu des décisions irréflechies, à sauvegarder de manière plus générale la santé et la sécurité de la population et, en particulier dans le cas de l'assistance au suicide, à empêcher des infractions ou à prévenir les abus²⁰.

Au vu de ces faits et de ces considérations, il apparaît que la remise directe de NAP aux organisations d'assistance au suicide est une solution à rejeter.

2.3.3 Nouvelle classification du NAP dans l'OStup-Swissmedic

Comme nous l'avons relevé au ch. 2.2.1, le NAP en tant que principe actif figure à l'annexe b de l'OStup-Swissmedic, sur la base d'une convention internationale, si bien qu'il n'est pas soumis à toutes les mesures de contrôle prévues par la législation sur les stupéfiants²¹. Modifier cette classification pour intégrer le NAP (ou d'autres principes actifs appropriés au suicide) dans la liste des stupéfiants soumis à toutes les mesures de contrôle (annexe a) ne changerait cependant rien au principe de la prescription obligatoire. Il s'ensuivrait uniquement une obligation de déclarer les livraisons, à des fins de contrôle a posteriori. L'objectif – prévenir les abus – ne serait pas atteint, en conséquence de quoi l'option d'une nouvelle classification est à rejeter.

2.3.4 Surveillance de la prise du NAP par le médecin prescripteur

Une autre option pour prévenir des abus après la prescription consiste à inscrire dans la loi une obligation de prendre le NAP en présence ou sous la surveillance du médecin prescripteur. Le médecin offrira alors la garantie que la personne désireuse de se suicider est toujours capable de discernement pour ce qui est de sa volonté de mourir et qu'il n'y a pas de vice du consentement (tel que l'influence d'un tiers), que la dose prise est juste et que la personne en question a effectivement la maîtrise de l'acte.

Dans la pratique actuelle, l'accompagnement par le médecin lors de l'utilisation d'un stupéfiant ou d'un médicament, ou bien la prise de la substance sous surveillance médicale n'est indiquée que lorsque c'est techniquement nécessaire. Prendre le NAP, après que le médecin a expliqué le dosage etc., ne requiert pas de connaissances techniques particulières. Il est ingéré dissous dans de l'eau ou, pour les personnes qui ne peuvent plus boire, par exemple certains patients atteints d'un cancer, pris par sonde stomacale ou par perfusion. Dans ces derniers cas, la sonde ou le matériel de perfusion ont déjà été mis en

¹⁹ Cf. l'arrêté du Conseil fédéral du 5 juillet 1963 concernant les stupéfiants nécessaires à la Croix-Rouge suisse (RS **812.127**) et le message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale du 20 mars 1968 concernant le projet d'une loi fédérale modifiant la loi fédérale sur les stupéfiants (FF 1968 I 765, 776).

²⁰ ATF 133 I 58, consid. 6.3.2 ; le Tribunal fédéral ajoute explicitement que la prescription obligatoire est un moyen de contrôle adapté et qu'elle garantit que la décision de se suicider correspond réellement à la volonté, libre et mûrement réfléchie, de la personne concernée.

²¹ Cf. ATF 133 I 58, consid. 4.2.4.

place par du personnel médical dans le cadre du traitement antérieur, si bien qu'aucune connaissance spécialisée n'est nécessaire ici non plus.

Le droit actuel n'impose pas au médecin d'assister à la prise du NAP ou de la surveiller. Instaurer cette obligation ne paraît pas indiqué pour plusieurs raisons. D'abord, ce serait déléguer au médecin des tâches de nature policière, s'il devait surveiller la maîtrise de l'acte, la capacité de discernement et le défaut de vice du consentement. Cela ne correspond pas à sa fonction ni à sa formation, sans compter qu'il ne dispose pas des moyens nécessaires (par ex. des moyens policiers pour assurer la maîtrise de l'acte lors de la prise du stupéfiant). On créerait en outre une règle spéciale, constituant un cas singulier dans la législation sur les stupéfiants et les produits thérapeutiques, alors que la prise du NAP ne présente pas de difficulté technique. Il faut donc écarter cette option.

2.4 Résumé de la question de la modification de la législation sur les stupéfiants

On peut conclure que les dispositions actuelles de la législation sur les stupéfiants régissant la prescription et la remise d'une dose létale de NAP sont suffisantes. Il n'y a pas lieu d'instaurer des restrictions dans ce domaine pour prévenir les abus en matière d'assistance au suicide.

3. Mesures prises et prévues visant à promouvoir la médecine et les soins palliatifs

Les mesures énumérées ci-après et visant à promouvoir les soins palliatifs en Suisse se fondent sur le rapport « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? », qui fournit un premier aperçu de la formation, du perfectionnement, du financement et des activités de recherche dans le domaine des soins palliatifs²².

3.1 Formation et perfectionnement

La formation et le perfectionnement en soins palliatifs se sont améliorés ces dernières années. Ils vont aujourd'hui d'une introduction de quelques heures au diplôme postgrade et au master.

3.1.1 Professions médicales universitaires

Mesures prises

Les soins palliatifs ont trouvé droit de cité dans la nouvelle loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales²³. L'art. 6 de cette loi exige en effet qu'à la fin de leur formation universitaire, les personnes qui suivent une filière d'études possèdent les bases scientifiques nécessaires pour prendre des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation. En conséquence, des objectifs d'apprentissage concrets en médecine palliative doivent être intégrés aux cursus des facultés de médecine. L'art. 17, al. 2, let. c, LPMed exige en outre, pour ce qui est de la formation postgrade, que les personnes diplômées soient aptes à accompagner les patients en fin de vie.

Etant inscrits dans la LPMed, les soins palliatifs font aussi l'objet de l'assurance de la qualité fondée sur l'accréditation des filières d'études et d'études postgrade.

²² V. rapport 2006, ch. 5.

²³ La LPMed entrera en vigueur le 1^{er} septembre 2007 (v. note 12).

Mesures prévues

Aucune mesure supplémentaire n'est nécessaire pour promouvoir les soins palliatifs dans le domaine des professions médicales universitaires.

3.1.2 Professions de la santé au niveau des HES

Mesures prises

Les filières d'études en matière de santé, de travail social et de culture relèvent de la responsabilité de la Confédération (Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie) depuis l'entrée en vigueur de la révision de la loi fédérale du 6 octobre 1995 sur les hautes écoles spécialisées (RS 414.71), soit depuis le 5 octobre 2005. La Confédération prévoit de conclure un accord avec les cantons concernant l'organisation de l'offre de filières et les directives aux HES en matière d'accréditation.

Mesures prévues

Comme dans la loi sur les professions médicales, la Confédération pourrait influencer le contenu des formations pour encourager l'étude des soins palliatifs dans le domaine des professions de la santé au niveau des HES.

3.1.3 Professions de la santé non universitaires

Mesures prises

La Confédération (Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie) a la compétence de régler les formations non universitaires dans le domaine de la santé depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle (RS 412.10), soit depuis le 1^{er} janvier 2004.

Mesures prévues

La forme et le contenu des filières d'études professionnelles dans le domaine de la santé relèvent de la responsabilité de l'Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé. La Confédération n'a pas de marge de manœuvre.

3.2 Financement des soins palliatifs par la loi sur l'assurance-maladie

3.2.1 Situation

La notion de soins palliatifs ou de médecine palliative ne figure pas dans la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Les prestations et le financement en la matière ne sont donc pas réglés spécifiquement. Les prestations relevant des soins palliatifs sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) lorsqu'il s'agit de prestations obligatoires au sens de la LAMal. Deux domaines sont particulièrement pertinents à cet égard : les traitements hospitaliers et les traitements de longue durée (soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social).

3.2.2 Mesures prises

Le financement des soins palliatifs par l'AOS se présente comme suit :

- Les soins palliatifs dispensés sur indication médicale peuvent être fournis dans le cadre d'un traitement hospitalier. Le remboursement d'un traitement hospitalier par l'AOS se fait sous forme de forfait (forfait journalier ou forfait par cas).

- Les soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social pris en charge par l'AOS sont énumérés à l'art. 7, al. 2, de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS ; RS 832.112.31). Les soins palliatifs remboursés sont ceux qui entrent dans ces catégories. Il faut en outre qu'ils aient été dispensés par un fournisseur de prestations reconnu par la LAMal, sur ordre d'un médecin. Les prestations d'assistance domestique et de soutien social ou psychosocial, par contre, ne sont pas prises en charge.

3.2.3 Mesures prévues

La nouvelle réglementation prévue du financement des hôpitaux, notamment le financement orienté sur les prestations, qui prévoit des forfaits par cas (système DRG), ne devrait pas avoir de conséquences notables sur la fourniture et le financement de prestations de médecine palliative à l'hôpital. Il faudra cependant veiller, lors de la mise en œuvre du nouveau droit, à ce que la qualité de l'offre de soins palliatifs dans les hôpitaux ne se détériore pas.

Quant au projet du Conseil fédéral en matière de nouvelle réglementation du financement des soins, il ne porte pas non plus préjudice à la prise en charge des soins palliatifs par l'assurance obligatoire.

Il faudra examiner et peut-être préciser les définitions actuelles des prestations de soins lors de la mise en œuvre de ce projet à l'échelon de l'ordonnance²⁴, en tenant compte des besoins des personnes tributaires de soins dans des situations particulières (par ex. les soins palliatifs ou les soins aux personnes atteintes d'une maladie démentielle).

3.3 Promotion de la recherche

3.3.1 Situation

La recherche sur les soins palliatifs est en plein essor. Elle utilise les possibilités individuelles d'encouragement, le soutien de projets et les mises en réseau internationales²⁵. Mais la

²⁴ Dans l'OPAS (RS 832.112.31)

²⁵ Projets de recherche achevés :

- « *EURELD – Medical end-of-life decisions in 6 European countries* », partie suisse de l'étude MELS. Projet de recherche sur l'euthanasie passive. Office fédéral de l'éducation et de la science, Académie suisse des sciences médicales (ASSM). Durée 2000-2003.

- *Swiss Palliative Care Research Initiative (Swiss-PCRI)* : cette étude analyse la recherche multidisciplinaire actuelle dans le domaine des soins palliatifs en Suisse. Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP), Office fédéral de la santé publique, ASSM. Durée 2003-2004.

- *Survey. The needs of severely ill and dying persons and their cares in Switzerland* : élaboration d'un instrument de sondage visant à recenser les besoins des patients en phase terminale, de leurs proches et du personnel soignant et accompagnant. Office fédéral de la santé publique, Durée 2003-2004.

- « Assistance en fin de vie et médecine palliative ». Ce projet a donné lieu à deux recommandations de l'ASSM : « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie (2004) » et « Soins palliatifs ; directives médico-éthiques de l'ASSM (2006) »

Projets de recherche en cours :

- *Between Over-Treatment and Under-Treatment - Ethical Problems of Micro-Allocation Taking Intensive and Geriatric Care as Examples*. Fonds national suisse de la recherche scientifique. Durée 1.12.2006 - 30.11.2008.

- *E-MOSAIC : A multicenter randomized controlled phase III study of longitudinal electronic monitoring of symptoms and syndromes associated with advanced cancer in patients treated with chemotherapy in palliative intention* (un relevé électronique des symptômes des patients cancéreux lors de la visite quotidienne peut-il améliorer la qualité de vie, la communication et le contrôle des symptômes ?). Groupe suisse de recherche clinique contre le cancer (SAKK). Durée deux ans, début février 2007.

Confédération n'encourage pas de manière systématique la recherche en soins palliatifs à l'heure actuelle.

3.3.2 Mesures prévues

Le DFI présentera au Conseil fédéral, en temps voulu, des propositions dans ce domaine, soit sous la forme d'un programme national de recherche (PNR), soit sous la forme d'autres mesures d'encouragement appropriées.

● *The European Palliative Care Research Collaborative*, LSH-2005-2.2.0-4. Ce projet de recherche de l'UE porte sur la variabilité interindividuelle entre la douleur et la cachexie et vise à développer une évaluation assistée par ordinateur et un système de classification ainsi que des instructions concernant la douleur, la dépression et la cachexie chez les malades cancéreux. Début novembre 2006, durée trois ans.