

## L'assistance au suicide en Suisse : l'émergence d'un « modèle d'inconduite »

Marc-Antoine Berthod\*, Alexandre Pillonel\* et Dolores Angela Castelli Dransart\*\*

*Résumé* : Cet article analyse la singularité du dispositif helvétique de l'assistance au suicide. Il postule que ce n'est pas l'acte même du suicide qui est accepté par la collectivité, mais le fait de prêter assistance à une mort encore formellement qualifiée de « mort violente ». Le dispositif de régulation et de mise en œuvre de l'assistance au suicide apparaît dès lors comme un « modèle d'inconduite », ce qui permet de comprendre l'un des enjeux sociaux liés aux modalités contemporaines de fin de vie sous un angle original et pragmatique.

*Mots-clés* : Assistance au suicide, Suisse, collectivité, critères d'acceptabilité, modèle d'inconduite

### Assisted Suicide in Switzerland: the Advent of a "Pattern for Misconduct"

*Abstract*: This article analyses the peculiarity of the assisted dying's model in Switzerland. It postulates that the collectivity does not accept the act of suicide in itself; it rather accepts the fact of providing assistance for a death that is up to this day formally categorized as a "violent death". Consequently, the framing of assisted dying and its implementation can be construed as a "pattern for misconduct", which opens an original and pragmatic angle to understand one of the social issues in relation with the contemporary ways to end one's life.

*Keywords*: Assisted dying, Switzerland, collectivity, acceptability criteria, pattern for misconduct

### Beihilfe zum Suizid in der Schweiz: das Aufkommen eines «Musters für Fehlverhalten»

*Zusammenfassung*: Dieser Artikel analysiert die Besonderheit der schweizerischen Suizidhilfesystems. Er postuliert, dass der Suizidakt an sich von der Gemeinschaft grundsätzlich nicht akzeptiert wird, sondern die Tatsache der Beihilfe zu einem Tod, der formal noch als «gewaltsamer Tod» qualifiziert wird. Das System zur Regelung und Umsetzung der Suizidhilfe scheint daher ein «Muster für Fehlverhalten» zu sein, welches es ermöglicht, eine der gesellschaftlichen Fragen in Bezug auf die heutigen Möglichkeiten, sein Leben zu beenden, aus einem originellen und pragmatischen Blickwinkel zu verstehen.

*Schlüsselwörter*: Beihilfe zum Suizid, Schweiz, Gemeinschaft, Akzeptabilitätskriterien, Muster für Fehlverhalten

---

\* Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL, HES-SO), CH-1010 Lausanne, marc-antoine.berthod@hetsl.ch, alexandre.pillonel@hetsl.ch

\*\* Haute école de travail social Fribourg (HETS-FR, HES-SO), CH-1700 Fribourg, angela.castelli@hefr.ch

## 1 Introduction : un débat contemporain

En Suisse, l'assistance au suicide est pratiquée de manière épisodique et confidentielle depuis le début des années 1980 puis avec un peu plus de récurrence dès le tournant du XXI<sup>e</sup> siècle. Bien qu'elle ne concerne en chiffres absolus qu'une minorité des décès – environ le 1.8%, soit 1176 cas durant l'année 2018<sup>1</sup> – cette pratique est encore régulièrement mise en débat et parfois contestée. Le récent procès ayant débouché sur la condamnation d'un médecin accompagnateur d'une association pour le droit de mourir dans la dignité est un indicateur parmi de nombreux autres de cet état de fait<sup>2</sup>. C'est que les circonstances et les modalités de la mise en œuvre d'une telle pratique sont sujettes à de constantes interprétations, ces dernières pouvant relever de prises de position diverses pour ne pas dire opposées sur les plans cliniques, déontologiques ou moraux. Est-il toutefois possible de proposer une explication qui n'est pas focalisée sur les dilemmes éthiques caractéristiques de l'assistance au suicide pour rendre compte de la place que celle-ci occupe dans la société helvétique contemporaine?

Nous formulons dans cet article une ébauche de réponse à cette question, en prenant appui sur une recherche<sup>3</sup>, auprès de personnes ayant sollicité une telle assistance jusqu'à la réalisation du suicide et à la levée de corps. Pour ce faire, nous rappelons tout d'abord l'enjeu social que constitue la mort volontaire dans les situations de fin de vie avant de présenter quelques matériaux empiriques et considérations historiques. Nous discutons ensuite la notion de « modèle d'inconduite » – évoquée il y a près d'un siècle par l'anthropologue Ralph Linton (1936) puis reprise par l'ethnopsychiatre Georges Devereux (1970 [1956]) – pour suggérer une compréhension générale du contexte dans lequel l'assistance au suicide prend place. Nous illustrons cette notion en prenant non seulement appui sur ce qui se passe en amont du décès, lors de la mise en place du dispositif d'assistance, mais aussi en aval de celui-là, lors de la procédure de levée de corps. Ce faisant, nous mettons en perspective le mode de régulation sociale qui prévaut en Suisse pour en interpréter la singularité.

- 1 Office fédéral de la statistique [<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.15084043.html>] et Observatoire suisse de la santé [<https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>], pages consultées le 6 janvier 2021.
- 2 Ce médecin a été traduit en justice pour avoir prescrit du pentobarbital de sodium à la conjointe de 86 ans d'un couple qui avait souhaité se donner la mort ensemble, après 65 ans de vie commune. Dans ce contexte particulier, il a accepté de prescrire la substance létale pour les deux membres du couple, alors que seul le mari souffrait d'une maladie, en évoquant le fait que cette femme avait par ailleurs menacé de se suicider si une assistance au suicide devait lui être refusée. Voir notamment l'article du quotidien *Le Temps*, publié par Fati Mansour le 17 octobre 2019 et intitulé « A Genève, le médecin d'Exit coupable d'avoir repoussé les limites du suicide assisté » (<https://www.letemps.ch/suisse/geneve-medicin-dexit-coupable-davoir-repousse-limites-suicide-assiste>, page consultée le 15 juin 2020).
- 3 Financée par le Fonds national suisse, cette recherche (n° 16936, septembre 2017–octobre 2020) a été réalisée par les trois auteurs de cet article ainsi qu'Anthony Stavrianakis. Elle s'intitule *La mort appréciée. Ethnographie du suicide assisté en Suisse* (<http://p3.snf.ch/project-169367>, page consultée le 10 septembre 2020).

## 2 Situer l'enjeu social que représente la mort volontaire

Depuis environ trois décennies, de nombreux travaux en sciences sociales mettent en exergue les transformations des cadres normatifs conditionnant les rapports que les individus entretiennent avec la fin de vie et la mort dans les sociétés contemporaines (Walter 1994; Kaufman 2006; Clavandier 2009; Walter 2017). D'une part, l'expérience de la mort serait désormais vécue sur un mode intime et subjectif, libérée en quelque sorte des discours savants et experts à son propos (Déchaux 2000); la régulation de cette expérience, d'autre part, ne serait plus portée par des scripts institutionnels explicites, mais déterminée par des rapports intersubjectifs sous-tendus par les valeurs d'autonomie et d'autodétermination inhérentes à chaque personne (Roudaut 2012).

Dès le milieu des années 1980, de nouveaux dispositifs et acteurs sont ainsi apparus dans le traitement social de la mort (Magalhães de Almeida et Berthod 2020). L'émergence des soins palliatifs et leur développement ont permis de redéfinir l'encadrement des fins de vie et de qualifier sous un nouveau jour les principes de la « bonne mort » (Castra 2003; Pennec 2005); les professionnels du champ socio-sanitaire au sens large ont pour leur part joué un rôle de plus en plus significatif dans la prise en charge du corps mort et dans le deuil des proches; en innovant dans leurs pratiques, ces professionnels ont contribué à la redéfinition de la notion de personne face au décès – en particulier concernant la mort périnatale – et des rapports à entretenir avec les défunts (Memmi 2011; 2014). Le rôle de l'État et le pouvoir que ce dernier exerçait sur le « faire mourir » se seraient par ailleurs progressivement déplacés vers la gouvernance du « laisser mourir » (Memmi 2003; Memmi et Taïeb 2009); pour commenter ce déplacement, les théories de Michel Foucault relatives au biopouvoir et à ses modalités de délégation sont souvent mentionnées dans la littérature scientifique (Kubiak 2015; Agamben 2016).

Dans ce contexte de transformation normative des registres de la finitude et de la mort, une pratique sociale singulière a émergé, dans quelques pays du moins: l'assistance au suicide. Si elle reste statistiquement marginale, une telle pratique attise la curiosité et reste largement débattue, car sa mise en œuvre questionne les limites de l'auto-détermination individuelle et celles de la responsabilité collective: quelle place occupe dès lors l'assistance au suicide dans les processus normatifs évoqués ci-dessus? Les réponses apportées à cette question sont, à notre sens, trop souvent dépendantes de réflexions visant à saisir ce qui motive ou détermine le suicide et, plus largement, une demande d'aide à mourir.

Cas échéant, ces réflexions tendent à établir ou simplement commenter un distinguo entre suicide dû à la maladie mentale et suicide assisté « acceptable »<sup>4</sup>: en

4 Ce que souligne par exemple le psychanalyste jungien Daniel Bordeleau: « ce n'est pas le suicide qu'il faut prévenir, c'est le suicide insensé, celui dont le sens demeure inconscient. En dehors du suicide impulsif qui est, par définition, impossible à anticiper, il faut prévenir le suicide qui n'est pas le résultat d'un choix éclairé. Cela implique l'acceptation qu'il existe des suicides

spécifiant – pour ne pas dire justifier – les contours de ce dernier, il deviendrait possible de définir les conditions de son acceptation, voire de son accompagnement sinon de son institutionnalisation. Dans cette perspective, la capacité de discernement apparaît comme la condition *ex ante*, absolue sans être unique, à partir de laquelle un cadre normatif peut être réfléchi, mis en place et évalué. L'enjeu social de l'assistance au suicide tiendrait par conséquent dans la capacité collective à définir *a priori* les situations acceptables pour lesquelles un accompagnement de la mort volontaire serait légitime; dans ce cas de figure, les efforts de compréhension de cette dernière se dirigent vers la personne concernée avant tout.

Pour notre part, nous souhaitons explorer le potentiel heuristique d'une posture interprétative inverse. Durant notre travail d'analyse de nos matériaux de terrain et après avoir consulté un ensemble de documents historiques<sup>5</sup>, notre attention a été attirée vers l'importance de clarifier non pas et en priorité la catégorisation entre suicide socialement acceptable et suicide non acceptable pour saisir les tenants et aboutissants d'une telle pratique, mais plutôt la façon dont une collectivité accepte – et à quel degré – qu'une assistance au suicide soit fournie.

Selon ce point de vue, l'acte de suicide représente toujours potentiellement une transgression d'une norme sociale, quelle que soit la motivation ou la détermination qui le sous-tend. De ce fait, un suicide dit libre et réfléchi n'apparaît plus comme la clef de voûte faisant tenir le dispositif normatif de son assistance, mais peut être conçu comme l'une des conditions centrales qui valide, *a posteriori*, le processus ayant débouché sur une telle assistance. Si ces deux postures ne sont pas contradictoires, celle que nous adoptons situe l'enjeu de l'assistance au suicide moins dans la capacité d'une société à accepter une forme spécifique de suicide – et à légitimer corollairement une forme de suicide au détriment d'une autre – que dans sa capacité à accepter d'assister le geste qui résulte en une mort volontaire; que dans sa capacité, au fond, à construire les conditions qui permettent d'identifier en pratique un suicide comme étant libre et réfléchi.

### 3 Une approche ethnographique de l'assistance au suicide

Pour soutenir et illustrer cet argument, nous prenons appui sur une étude conduite en Suisse depuis septembre 2017. Celle-ci consiste en une ethnographie ciblée sur les personnes ayant concrètement sollicité une telle assistance auprès d'une association

---

éclairés» (1998, 124). Il est intéressant de noter que, depuis 2009, la Suisse distingue dans ses statistiques les suicides des suicides assistés; cette distinction n'est pas sans suggérer l'idée selon laquelle ces derniers peuvent résulter d'une décision «libre et déterminée» (voir en particulier le rapport du Conseil fédéral de 2011, *Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide* [<https://www.bj.admin.ch/bj/ft/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe.html>], page consultée le 15 juin 2020).

5 En particulier les documents relatifs à l'élaboration du Code pénal suisse unifié, entre 1853 et 1918.

d'aide à mourir, dont la réalisation survient dans la grande majorité des cas à domicile, plus rarement en milieu institutionnel (en hôpital, en établissement médico-social pour personnes âgées ou en maison de soins palliatifs). Ayant observé une dizaine de situations depuis la demande jusqu'à la réalisation du suicide et suivi vingt levées de corps à la suite d'un suicide assisté, nous disposons d'un matériau inédit permettant d'analyser les mécanismes de la mise en œuvre d'une telle pratique.

Nous avons également mené, de manière répétée parfois avec les mêmes acteurs, plus de quatre-vingts entretiens approfondis – bien souvent en lien avec les observations que nous avons effectuées – avec la diversité d'acteurs impliqués : les personnes sollicitant l'aide au suicide, les accompagnateurs d'associations d'aide à mourir, les proches, les professionnels de la santé et du social, les policiers, les pharmaciens, les procureurs, les médecins légistes ou encore les pompes funèbres. Ce travail de terrain sur le long terme offre une opportunité unique de décrire et comprendre la façon dont l'ensemble de ces acteurs aménagent et interprètent l'espace normatif dans lequel vient s'inscrire une assistance au suicide ; il permet de sortir d'une lecture bioéthique de cet acte qui n'est pas considéré comme illégal dès lors qu'il respecte un certain nombre de critères, au profit d'une lecture basée sur le point de vue et l'expérience des individus impliqués dans sa mise en œuvre, par choix ou en fonction de leur rôle professionnel.

En Suisse en effet, l'assistance au suicide n'est pas un droit régi au niveau fédéral<sup>6</sup>. Cette pratique n'est simplement pas punissable pénalement si et seulement si la personne accomplit le geste ultime elle-même et qu'elle dispose de sa capacité de discernement. Par ailleurs, l'assistance – prodiguée la plupart du temps par des associations de droit privé – ne doit pas ressortir d'un mobile égoïste, un intérêt financier notamment. Si l'un de ces critères n'est pas respecté, l'article 115 du Code pénal prévoit que la personne ayant prêté assistance « sera, si le suicide est consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».

Il convient de relever par ailleurs que le monde biomédical n'encadre que partiellement l'assistance au suicide. N'importe quel individu peut, d'une part, devenir membre d'une association d'aide au suicide et demander à pouvoir s'y engager comme bénévole – selon les critères et procédures propres aux associations actives en la matière (Graber 2012) – pour accompagner une personne dans sa mort d'autre part. Sur ce dernier point, la principale association active en Suisse romande dispose par exemple d'une liste d'une trentaine d'accompagnateurs bénévoles en 2020, dont la plupart sont actifs ou ont été professionnellement formés dans le domaine de la santé en général (médecins, infirmiers, aides-soignants, assistants médicaux, ambulanciers ou encore assistants en pharmacie) ; pour le reste, ces bénévoles pro-

6 Plusieurs cantons romands ont néanmoins légiféré en la matière (notamment Vaud, Neuchâtel et Genève), non pas pour garantir un droit à l'assistance au suicide mais pour déterminer les conditions d'accès à une telle assistance dans les établissements subventionnés par les pouvoirs publics.

viennent d'un autre environnement professionnel mais ils ont généralement eu une expérience de l'accompagnement de fin de vie avant de s'engager pour EXIT. Le champ socio-sanitaire n'est donc pas complètement extérieur aux associations d'aide au suicide (Delbeke 2011) et à ce modèle de l'aide à mourir<sup>7</sup>. En outre, le corps médical intervient dans le processus pour : 1. Etablir un rapport médical, sur la base duquel une décision d'accompagner la personne dans son geste ultime sera prise par l'association ; 2. Evaluer la capacité de discernement et l'attester ; 3. Prescrire la solution de pentobarbital, qui sera absorbée par voie orale ou intraveineuse. Des recommandations ont été édictées par les diverses corporations professionnelles ou sociétés académiques médicales afin de définir – non sans controverses – les « bonnes pratiques » en la matière<sup>8</sup>.

De manière schématique, lorsqu'une personne sollicite une assistance au suicide, elle s'adresse à l'association dont elle est membre ou dont elle requiert la prestation. Deux enjeux se présentent alors aux personnes impliquées et tout particulièrement à l'accompagnateur. Premièrement, veiller à ce que la mise en œuvre de l'assistance au suicide n'enfreigne pas les critères légaux. Respecter, deuxièmement, les critères établis par sa propre association ainsi que la décision de la personne tout en incluant ses proches, dans la mesure du possible, durant la procédure. Fournir une assistance au suicide combine par conséquent une conformité aux « bonnes pratiques » et une pédagogie de l'accompagnement. C'est dans la combinaison de ces deux éléments que se laissent observer une série de normes, inscrites en creux de cette démarche faiblement régulée d'un point de vue légal.

Il importe encore de mentionner que tout suicide en Suisse reste catégorisé en tant que « mort violente ». Une procédure pénale est donc systématiquement ouverte. C'est pourquoi l'accompagnateur – une fois le suicide accompli – appelle la police qui, à son tour, sollicite la médecine légale pour effectuer la levée de corps.

7 Si l'autorité médicale occupe une place particulière dans la pratique de l'assistance au suicide en Suisse, cette dernière n'est pas sans transformer, d'une part, le rôle que jouent les médecins et en particulier les médecins en soins palliatifs dans l'accompagnement de fin de vie comme l'ont montré Gamondi et ses collègues (2019) et, d'autre part, les dynamiques des équipes soignantes lorsqu'une assistance au suicide est réalisée en contexte institutionnel (Castelli Dransart et al. 2015 ; Pillonel et al. 2019).

8 Les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales de 2004 (ASSM), intégrées au code déontologique de la Fédération suisse des médecins (FMH), stipulent que le suicide assisté ne fait pas partie de l'activité médicale, mais un médecin peut y consentir par « décision morale personnelle » pour autant que : « 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 et 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. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin. Il faut notamment exclure que le désir de suicide soit le symptôme d'une maladie psychique » (ASSM, Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, 2004). Les modifications de directives adoptées par l'ASSM en mai 2018 ont été rejetées par la FMH en octobre de la même année. Elles remplacent le critère « fin de vie proche » par « souffrance insupportable », et n'associent plus l'assistance au suicide à un acte par principe contraire aux objectifs de la médecine.

Les représentants de l'autorité, une fois sur place (à domicile dans la grande majorité des situations), vérifient la conformité des actes réalisés. L'accompagnateur leur remet le protocole détaillé – interne à son association d'aide à mourir – décrivant le déroulement de l'assistance au suicide avec les heures et minutes précises des différents moments de l'accompagnement (arrivée à domicile ou prise de la substance par exemple), ainsi que le dossier complet de la personne ayant réalisé le suicide. En plus de ces documents, le médecin légiste examine le corps. Il s'assure de l'absence de marques de contrainte, observe l'état externe du défunt par rapport aux indications médicales et vérifie l'heure du décès; il prend quelques photographies. Il pose également quelques questions aux policiers présents ainsi qu'à l'accompagnateur pour voir si tout est cohérent et en règle avec ses observations.

Parallèlement, les agents de police auditionnent à minima l'accompagnateur de l'association. En concertation avec les agents, le médecin légiste appelle ensuite le procureur qui ouvre formellement une procédure et, sur la base des indications fournies, décide ou non de « libérer le corps ». S'il n'y a pas de suspicion ni d'indice d'infraction, la procédure *in situ* prend fin et les pompes funèbres sont appelées par la famille ou l'accompagnateur pour venir chercher le corps du défunt « libéré » et préparer les funérailles. Dans de très rares cas, des compléments d'information ou une comparution peuvent être requis par le parquet ultérieurement, à la suite d'une dénonciation par exemple. C'est pour prévenir ce risque que chaque acteur impliqué dans la réalisation du suicide assisté documente précisément ses faits et gestes. Au terme de chaque procédure, l'accompagnement prodigué devrait pouvoir être ainsi considéré comme exempt de toute suspicion d'illégalité.

#### 4 La dimension transgressive de la mort volontaire

Notre objectif n'est pas de décrire ici les gestes, propos et interactions qui incarnent ce dispositif formel de l'assistance au suicide en Suisse, ce que nous avons fait ailleurs (Pillonel et al. à paraître 2021); l'ouvrage de Stavrianakis (2020) en fournit également un récit approfondi. Pour notre argument, la présentation succincte de ce dispositif fait apparaître que la Suisse semble avoir tranché – pour l'instant du moins – une question de fond, et cela depuis plus d'un siècle. Vu que le suicide assisté reste catégorisé comme une mort « violente », il n'est pas nécessaire d'identifier *a priori* les critères permettant de définir *in abstracto* les suicides assistés acceptables, ce qui – cas échéant – pourrait induire la légitimité de l'acte, voire un droit à en bénéficier.

Nous constatons de ce fait que tout suicide, y compris donc un suicide assisté, ne transgresse pas une norme juridique mais éventuellement une norme sociale, ce qui suppose d'entreprendre une action de régulation. Les formes prises par cette régulation reflètent les rapports de force entre personnes concernées, associations, institutions et autorités. Ces régulations mobilisent des pratiques sociales qui, au

fil des siècles, ont fait référence à des représentations ou à des compréhensions du suicide différentes.

Depuis l'antiquité grecque jusqu'à la fin du bas Moyen-Âge, les considérations théologiques ou philosophiques sont plutôt défavorables au suicide; les autorités morales ou ecclésiastiques ont joué un rôle prépondérant en le réprimant. Au début de la Renaissance, des littéraires comme Montaigne, Shakespeare ou Donne contestent cette condamnation. S'ouvre alors un débat sur le suicide qui s'éloigne progressivement des injonctions théologiques et le terme « suicide », selon Minois (1995), remplace les expressions « meurtre par soi-même », ou « biothanatos » utilisée auparavant par les Grecs. Ce changement n'est pas que sémantique; il signale une nouvelle approche de la question, qui se discute désormais au cœur de la sphère publique. Et certains commencent à revendiquer le suicide comme un acte de liberté (Schwab 2010).

Au 18<sup>e</sup> siècle, sous l'influence de courants humanistes et de la philosophie des Lumières, la criminalisation du suicide est remise en cause. En France, le Code pénal de 1791 ne le considère plus comme tel. Mais parallèlement aux revendications des Lumières émerge une compréhension médicale voire psychiatrique du suicidaire: ce dernier devient un aliéné, un malade mental qu'il convient notamment de protéger, voire de soigner (Yampolsky, 2017). Depuis lors, les deux courants – libertaire et médical – coexistent et sont susceptibles d'expliquer en partie les oppositions entre les pour et les contre à l'assistance au suicide.

Sur un plan juridique, la Suisse a également adopté cette nouvelle sensibilité à propos de la mort volontaire. Dès l'élaboration du premier Code pénal fédéral (Stoos 1893), la non-punissabilité du suicidaire est attestée. La publication en 1896 de l'*Avant-projet de Code pénal suisse*, modifié d'après les décisions de la Commission d'experts comporte deux articles successifs qui reflètent cet état de fait. Le premier condamne le geste euthanasique et le second, l'incitation et l'assistance au suicide<sup>9</sup>. Or une incohérence juridique devait être corrigée dans le deuxième article – alors article 54 – dans la mesure où il n'eût pas été pertinent de sanctionner une participation à une action que ne constituait formellement plus un délit. Cette incohérence a été résolue dans les versions ultérieures de cet avant-projet, au tournant du 20<sup>e</sup> siècle, tout d'abord par l'introduction de la notion d'« intérêt personnel » dans l'incitation ou l'aide au suicide, puis celle de « mobile égoïste ». C'est ce dernier terme – tel que cela ressort notamment des procès-verbaux des commissions d'experts chargés de l'élaboration de ce Code pénal – qui a été retenu dans la version quasi stabilisée publiée en 1916, finalement acceptée en 1937 et entrée en vigueur en 1942.

9 Article 53: « celui qui, cédant à des mobiles honorables, aura donné la mort à une personne sur sa demande insistante et sérieuse sera puni de l'emprisonnement de 1 mois à 5 ans »; article 54: « celui qui aura décidé une personne au suicide ou lui aura prêté assistance dans ce but sera puni de l'emprisonnement pour 3 mois au moins ou de la réclusion jusqu'à 5 ans, pourvu que le suicide ait été consommé ou tenté » (1896, 49).

Pour notre argument, nous souhaitons faire ressortir l'un des principes fondamentaux qui sous-tendent l'élaboration de ce Code pénal. L'exposé des motifs de la version de l'avant-projet de 1908 stipule le point suivant : « la vie humaine, dès sa première apparition jusqu'à son extinction totale, est la base de notre civilisation. C'est donc à raison, que le projet a donné la première place aux dispositions qui protègent la vie en punissant l'homicide » (Zürcher 1914, 116). Il importe de mettre en regard cette conception de l'homicide – et tout particulièrement de l'homicide sur demande auquel se réfère notamment ce principe fondamental – avec celle de l'assistance au suicide, ces deux objets ayant été traités simultanément par les experts.

Ces derniers ont en effet reconnu la nécessité d'atténuer la peine si la demande de mourir est insistante, en particulier pour les « fatigués de la vie » – terme déjà utilisé à l'époque dans la presse – ou les malades incurables. La spécificité de certaines situations, celles de fin de vie notamment, étaient donc déjà prises en considération au tournant du 20<sup>e</sup> siècle, mais elles l'étaient avant tout en lien avec l'éventualité d'une euthanasie<sup>10</sup>. La tolérance était marquée pour les individus dont les actions « dérivent [...] d'une intense compassion pour celui qui souffre, ou d'un profond attachement pour un compagnon d'infortune. Sans doute, la règle qui défend d'attenter à la vie humaine défend d'aller jusqu'à l'impunité complète; mais ces gens-là sont dignes d'une large clémence » (Zürcher 1914, 122).

A la même époque, cet argument a aussi été avancé par le pénaliste Ernst Hafter, comme le relève une étude de la Commission nationale d'éthique publiée en 2005, pour justifier la limitation de la peine aux actions relevant d'un mobile égoïste à propos de l'incitation et de l'assistance au suicide. Il importe de souligner cependant que la conception de cette dernière ne se limitait pas à la condition médicale des individus mais s'étendait avant tout à d'autres motifs, une infraction au code de l'honneur notamment. Ces éléments témoignent par conséquent du degré d'acceptation des gestes qui soutiennent ou aboutissent à un événement qui reste – ce point est déterminant – non souhaité même s'il n'est plus considéré comme un délit. C'est en ce sens que nous estimons que l'enjeu social de la mort volontaire semble avoir été tranché au début du 20<sup>e</sup> siècle en Suisse, sans avoir été modifié jusqu'à ce jour<sup>11</sup>.

10 Il convient à ce propos de situer les discussions des experts en lien avec les débats similaires qui ont cours dans les pays voisins de la Suisse, et les connaissances – voire les affinités – que certains parmi ces experts avaient des conceptions eugéniques débattues dans l'espace public (Schäfer 2013). La Gazette de Lausanne du 5 septembre 1912 s'est par exemple fait l'écho de la première demande formelle d'aide médicale à mourir : « Mrs Sarah Harris, âgée de trente-trois ans paralytique incurable, vient en effet de faire appel à la législature de l'Etat de New-York pour lui demander d'autoriser son médecin à mettre fin aux douleurs terribles qu'elle endure depuis quatre ans, et qu'elle est condamnée à supporter jusqu'à ce que la mort vienne la délivrer. C'est la première fois que semblable appel est adressé à une assemblée législative » (cf. [http://www.letempsarchives.ch/page/GDL\\_1912\\_09\\_05/2/article/1422056/incurable%20suicide](http://www.letempsarchives.ch/page/GDL_1912_09_05/2/article/1422056/incurable%20suicide) (page consultée le 15 juin 2020)).

11 Ce point a bien été mis en évidence par le médecin cantonal vaudois, lors d'un séminaire de recherche qui s'est tenu le 11 décembre 2019 au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).

Il a par contre fallu attendre une centaine d'années pour voir émerger une forme d'assistance organisée qui, sans être illégale et sans recourir au geste euthanasique, cible les situations de fin de vie définies par diverses problématiques médicales; cette émergence s'inscrit dans les mouvements promouvant l'autodétermination des patients de manière générale et la possibilité de choisir la forme de sa propre mort en particulier (Stark 2018). Dès les premiers cas recensés (vers le milieu des années 1980) jusqu'à ce jour, la Suisse a cherché à réguler de manière pragmatique les modalités d'assistance dans la réalisation d'un suicide, effectuée à l'initiative de quelques personnes et associations sur la base de la zone grise juridique exposée précédemment; cela explique d'ailleurs en partie sa singularité<sup>12</sup>. Les instances concernées se concertent ou s'opposent pour délimiter le degré d'acceptabilité d'une assistance prodiguée relativement à un geste qui demeure socialement controversé. Ce point ressort clairement des propos de Jean Martin, médecin cantonal vaudois entre 1986 et 2003: «j'ai personnellement une attitude d'ouverture, mais il me paraît que l'assistance au suicide doit garder, au plan de la collectivité, une dimension de transgression. Etant admis que cette transgression est compréhensible dans certaines situations considérées chacune dans ses caractéristiques spécifiques» (2010, 58).

## 5 L'assistance comme « modèle d'inconduite »

L'émergence d'une forme spécifique d'assistance au suicide pour les situations de fin de vie survient dans ce contexte juridique et social. Elle est concomitante aux transformations normatives contemporaines des prises en charge des situations de fin de vie, marquées par leur institutionnalisation et professionnalisation, voire leur médicalisation. Cette émergence est due en premier lieu à l'action de personnalités militant pour le droit de mourir dans la dignité et à la mise en place d'associations auxquelles chacun peut adhérer.

La particularité helvétique de l'assistance au suicide tient par conséquent dans l'implication d'acteurs provenant de domaines différents – tant biomédical que civique – et souvent dans le cadre d'associations. Cette particularité tient aussi

---

Dans la discussion qui a suivi la présentation de deux études réalisées en contexte hospitalier – l'une à Lausanne, l'autre à Genève – sur la perception des professionnels de la santé à l'égard de l'assistance au suicide, ce médecin s'est étonné du fait que les questions posées dans le cadre de ces études n'abordaient pas les « sujets qui fâchent », notamment la question de l'euthanasie ou celle du type de mort volontaire qui pourrait être acceptable. Cet échange reflète au fond les deux manières différentes, évoquées précédemment, d'interpréter l'enjeu social que représente l'assistance au suicide.

12 Sachant de surcroît que les critères d'accessibilité adoptés par les associations peuvent être modifiés. En 2014, EXIT Suisse romande a par exemple formellement élargi ses critères à la notion de « polypathologies invalidantes liées à l'âge » (cf. Bulletin d'EXIT no 61, septembre 2014, <https://exit-romandie.ch/pdf/bul61.pdf>, page consultée le 15 juin 2020). En pratique et dans les années précédentes, cette notion était néanmoins déjà régulièrement utilisée pour répertorier les motifs de demandes d'assistance au suicide par EXIT.

dans le fait que l'accompagnement réalisé par ces associations d'aide à mourir ne constitue qu'une partie d'un mode de régulation collective (Pott et al. 2015), où une variété d'acteurs s'assure du fait que la démarche entreprise ne comporte pas d'élément susceptible de constituer une infraction pénale tout au long de sa mise en œuvre. Durant ce processus et selon les situations, les actions de chacun de ces acteurs se font parfois en parallèle, parfois de manière articulée; ce qui est susceptible d'engendrer des controverses, voire des dilemmes éthiques. Cela se produit surtout lorsqu'une demande d'assistance au suicide est formulée en contexte hospitalier ou en établissement médico-social.

Au-delà de ces éventuelles oppositions, dilemmes et controverses, nous pensons que l'objectif reste malgré tout et encore à ce jour déterminé par un même enjeu social partagé: situer collectivement les limites dans lesquelles il est acceptable d'accompagner un suicide, quel que soit finalement le point de vue personnel de ces différents acteurs concernant le fait même de se suicider. En d'autres termes, nous soutenons l'hypothèse selon laquelle un « modèle d'inconduite » s'est mis en place depuis une vingtaine d'années en Suisse relativement aux personnes qui demandent à se suicider avec le soutien d'autrui. L'expression de « modèle d'inconduite » est empruntée à l'anthropologue Ralph Linton et se résume dans l'expression suivante: « ne fais pas cela, mais si tu le fais, fais-le de cette manière » (1936, 433 [notre trad. de l'anglais]). Les propos de Linton, développés déjà dans la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle, relèvent d'une approche visant à comprendre la façon dont la culture influence la personnalité des individus. La notion de « modèle d'inconduite » sert à expliquer les réactions collectives et sociales face aux comportements définis à cette période et, chez cet auteur du moins, comme « déviants » voire « aberrants ».

Si cette approche « culturaliste » est désormais critiquée et dépassée dans la mesure où elle associe trop facilement le concept de culture à un tout homogène, il est intéressant de considérer pour notre propos la façon dont, à la suite de Linton, Georges Devereux a repris et retravaillé cette notion dans les années 1950. Dans son article « Normal et anormal », publié en 1956 dans un ouvrage intitulé *Essais d'ethno-psychiatrie générale* (1970 [1956]), celui-ci ambitionne de distinguer le « normal » de l'« anormal » – ce qui constitue à ses yeux le problème central de la psychiatrie – et d'articuler cette distinction avec le concept anthropologique de « culture ».

Pour notre argument, nous ne cherchons pas à entrer en discussion de manière critique avec ces éléments théoriques, mais à mettre en évidence le point suivant. Devereux situe toujours les comportements susceptibles de relever de la psychiatrie en fonction du contexte culturel dans lequel ceux-ci se présentent. Il note qu'en cas de discordance – de « désordre ethnique » pour reprendre ses termes – une forme de régulation est nécessairement mise en place: « dans la plupart des cas le groupe a des théories explicites quant à la nature et aux causes de ces désordres et des idées précises sur leurs symptômes, leur évolution et leur pronostic. Lorsqu'un désordre de ce genre revêt des formes particulièrement dramatiques, ou risque de provoquer

une crise publique, ou simplement lorsqu'il stimule l'imagination du groupe, il acquiert une « masse sociale » [...] si considérable que des mesures spéciales peuvent être prises pour le contrôler et, éventuellement, pour l'exploiter au profit du groupe » (Devereux 1970 [1956], 33).

Il en tire le constat suivant : « [...] l'ethnopsychiatrie nous apprend que, singulièrement dans les situations de stress, *la culture fournit elle-même à l'individu des indications sur les 'modes d'emploi abusif'* » (1970 [1956], 34). C'est ici que Devereux se réfère à la notion de « modèle d'inconduite », empruntée à Linton. Cette notion dénote la prise en compte par la collectivité d'un comportement qu'elle préférerait ne pas avoir à traiter ou à gérer ; son existence est ainsi attestée, reconnue et finalement traitée. En d'autres termes, la prise en compte d'un comportement non souhaité, susceptible de défier une collectivité, n'est pas laissée sans régulation ni cadrage.

Notre référence à la théorie de Devereux en matière de mort volontaire ne signifie pas que le suicide relève nécessairement d'une question relevant de la psychiatrie. Au contraire, elle laisse ouverte cette question, qui intervient en cours de procédure, par exemple lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité de discernement de la personne qui sollicite une assistance en matière de suicide. Le « modèle d'inconduite » ne désigne donc pas un modèle qui objectiverait un type de suicide si différent des autres qu'il pourrait bénéficier d'un cadre normatif spécifique et distinct. Il offre plutôt une compréhension du fait qu'il est acceptable d'assister une mort volontaire sous certaines conditions, dont celle qui consiste à dire que la personne doit être au bénéfice de sa capacité de discernement.

## 6 En amont et en aval d'un suicide assisté, un agencement normatif « ad hoc »

Pour rendre compte de la façon dont un tel « modèle d'inconduite » s'incarne dans la pratique, nous illustrons deux moments distincts : le premier concerne la mise en place de l'assistance. Durant celle-ci, une pluralité d'acteurs – chacun à son niveau – cherchent à respecter une série de conditions. Le deuxième est la levée de corps, qui implique un nouvel ensemble d'acteurs. Ces derniers documentent et vérifient qu'une assistance au suicide n'enfreint pas l'article 115 du Code pénal, et que les recommandations et principes en vigueur ont été respectés. Ces deux moments – comme en miroir l'un de l'autre – concrétisent cette normativité caractérisée par l'agencement « ad hoc » d'une variété de critères.

En amont d'une assistance au suicide tout d'abord, nous pouvons évoquer le travail effectué par le secrétariat de l'association EXIT A.D.M.D Suisse romande, dont le siège est à Genève. L'une des employées, qui y travaille à temps partiel depuis plus de dix ans, réalise les suivis des dossiers de demande d'assistance et vérifie que les éléments sont complets, qu'ils comportent en particulier une lettre manuscrite ou notariée justifiant la requête, un rapport médical ainsi qu'une attestation de la

capacité de discernement de la personne. En explicitant la procédure, elle relève être « fière parce qu'on ne fait pas n'importe quoi. Et c'est ce qu'on dit aux membres: « on est contrôlé par la police. On est contrôlé par le médecin légiste ». Donc, oui, on doit fournir à ces personnes des documents. Ce n'est pas EXIT qui arrive avec le flacon de Pentobarbital. Je veux dire, ce n'est pas aussi facile, car il y a des gens qui disent: « voilà, je suis membre depuis trois mois, je vous appelle, vous venez? ».

Cette femme souligne l'importance d'avoir des garde-fous à cette pratique, un point de vue partagé par les médecins-conseil de cette association; au nombre de trois, ceux-ci se répartissent la validation des dossiers couvrant la Suisse romande. L'une d'entre eux exprime en ces termes l'importance de la condition médicale des personnes qui souhaitent une assistance: « on a tout à fait le droit de se suicider, mais ce n'est pas à nous de suicider les gens qui n'ont rien. S'ils n'ont rien, ils peuvent aller se suicider. Je ne trouve pas que c'est à nous de suicider les gens qui n'ont rien. On le fait parce que les gens souffrent. Moi, je ne suis pas encore prête, disons, à aller jusque-là. »

Pour leur part, les bénévoles d'associations peuvent aussi refuser d'accompagner une personne. La première rencontre – indépendamment de la validation préalable d'un dossier par un médecin-conseil – s'avère ainsi déterminante. Une accompagnatrice indique par exemple observer au-delà de l'objectivité d'un dossier la situation personnelle et familiale de la personne qu'elle rencontre, pour s'assurer du fait que celle-ci est bien déterminée et n'attend pas de sa part un avis sur la décision à prendre: « parfois la personne attend de nous qu'on lui dise « oui, c'est juste, c'est une bonne décision que vous êtes en train de prendre », chose que nous, on ne dira jamais. C'est à la personne que cela revient de me dire: « oui, c'est une bonne décision! » [...] Si je me dis « je ne suis pas convaincue », moi, je n'y vais pas ».

Il est à noter encore que l'appréciation d'une situation ne dépend pas que de ces acteurs impliqués dans une association d'aide à mourir. En amont d'un suicide assisté en effet, et sans parler des proches ici, la personne demande en principe à son médecin traitant d'établir un certificat médical, d'attester de sa capacité de discernement et de prescrire la substance létale, ce que bon nombre de médecins ne souhaitent toutefois pas faire. A défaut, ce sont les médecins-conseil d'EXIT ou d'autres membres de l'association habilités à le faire qui s'en chargent. Mais ceci n'est en principe pas souhaité par l'association compte tenu de la procédure pénale ouverte à la suite de toute assistance au suicide, l'attention des individus en charge du contrôle post-mortem pouvant être attirée sur ce point, comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises; cela provient en particulier d'une recommandation médico-éthique stipulant *a minima* l'intervention d'une tierce personne dans l'examen de la capacité de discernement, et de la persistance du désir de mourir en dehors de toute influence externe.

Sur ce deuxième aspect justement, peu après le décès, l'accompagnateur appelle la police qui – du moins dans le canton de Vaud où nous avons effectué une vingtaine

de « levées de corps EXIT » – contacte à son tour le centre de médecine légale. Les policiers, souvent à deux, et le légiste, parfois accompagné d'un stagiaire, arrivent sur le lieu du décès chacun de leur côté, généralement dans l'heure qui suit. Pour leur part, les policiers identifient les personnes présentes, compilent les documents utiles et auditionnent l'accompagnateur et – selon les cantons – un proche qui a été présent durant le suicide, ceci afin de « s'assurer qu'on reste dans le cadre » comme le relève l'un d'eux. La procédure est néanmoins perçue comme plus simple qu'en cas d'intervention sur d'autres scènes d'homicides, non préparées : « Les situations d'EXIT sont plus détendues ; les gens sont prêts, les personnes qui meurent étaient souffrantes » ajoute un autre policier. Au fond, les agents de police essaient d'interférer le moins possible sur l'ambiance de deuil qui prévaut juste après le suicide mais restent vigilants sur la procédure à mettre en œuvre.

Les médecins légistes effectuent quant à eux un examen du corps. Ils vérifient qu'aucune marque de contention ne soit présente et que l'heure de la mort corresponde bien à ce qui est indiqué dans le protocole d'EXIT. Durant ce moment, l'interprétation de la condition médicale de la personne par le légiste – qui se fait surtout sur la base du rapport médical fourni – peut faire l'objet d'une demande d'informations complémentaires en situation, ce qui demeure plutôt rare. Indépendamment de leur point de vue personnel sur l'assistance au suicide, les légistes ne cherchent pas à juger la pertinence de l'acte mais sont tenus de « donner – comme le note l'un d'eux – les indications au procureur qui se détermine sur la situation ». Leur rôle se limite à un contrôle « des bonnes pratiques » et du « respect des règles de l'art » en matière d'assistance : « on est là pour vérifier si les associations n'ont pas interféré avec l'autonomie de la personne de choisir sa propre mort ». Au fond, « le médecin légiste représente sur la levée de corps les yeux du ministère public ».

Les entretiens que nous avons encore eus avec plusieurs procureurs en lien avec ces levées de corps témoignent de la façon dont l'appréciation des critères sont agencés à ce niveau. Un procureur donne son point de vue : « pour moi, si le légiste n'a pas de souci, plus que la police je dirais, c'est vraiment en celui que j'ai le plus confiance. C'est vraiment le spécialiste de la procédure, plus qu'un gendarme qui intervient sur les lieux. Et si le légiste me dit que c'est tout bon, on y va comme cela ». Un autre procureur abonde dans ce sens et précise : « je crois que ce qui est important, c'est de pouvoir dire à l'association EXIT : 'attention, il y a quand même quelqu'un qui vous surveille !' Et puis il faut que la procédure soit régulière ».

Ces extraits – bien que succincts – fournissent une indication de la façon dont l'assistance au suicide s'apparente à un « modèle d'inconduite ». Celui-ci se concrétise par interprétations et agencements successifs de critères observés par une diversité d'acteurs, tant en amont qu'en aval du suicide. Dans la perspective de Devereux évoquée auparavant, la collectivité parvient ainsi à définir socialement la façon dont un acte idéalement non souhaité peut néanmoins être accompagné.

## 7 Conclusion : entre acceptation et participation

Recourir à cette notion de « modèle d'inconduite » permet d'explicitier la régulation en vigueur de la dimension transgressive sinon contradictoire d'un comportement – en l'occurrence le fait de se suicider – lorsque ce dernier est mis en œuvre. Le rapport qu'entretient toutefois la majorité acceptant le principe d'assistance avec les quelques personnes qui transforment cette acceptation en une expérience d'accompagnement effectif du suicide peut aisément devenir ambigu, car un tel accompagnement rend cette acceptation réelle.

En Suisse, cette ambiguïté est en grande partie levée avec la mise en place d'associations dont font partie les accompagnateurs, qui agissent sur une base volontaire et la plupart du temps au domicile des personnes qui sollicitent cette assistance. L'hypothèse du « modèle d'inconduite » permet finalement de comprendre pourquoi le débat public porte essentiellement sur les limites de sa mise en œuvre ou, en d'autres termes, sur les négociations autour des situations et des conditions d'acceptabilité d'un suicide, qui pourrait s'étendre aux personnes âgées ayant des polyopathologies, voire aux individus présentant des troubles psychiques.

La mise en œuvre de ce modèle helvétique est toutefois plus délicate en contexte hospitalier et en établissement médico-social (Castelli Dransart et al. 2015). Contrairement au domicile, ces espaces n'impliquent pas le même rapport entre ceux qui acceptent le principe d'une assistance et ceux qui traduisent ce principe dans un engagement effectif. Ils présupposent aussi des régulations et des normativités différentes, susceptibles de colorer de manière spécifique l'« inconduite » que peut représenter un suicide avec assistance. Il n'est pas étonnant dès lors que des procédures institutionnelles se mettent en place, de manière parfois complexe et restrictive. Le « modèle d'inconduite » est ici fortement balisé; cela peut se comprendre dans la mesure où la transformation d'un principe d'acceptation en une expérience subjective effective ne va pas de soi, en particulier pour les professionnels qui y travaillent et qui ne le font pas sur une base volontaire. L'un des médecins-conseil d'EXIT a d'ailleurs très bien relevé ce point en entretien, à propos de la faible participation concrète des médecins traitants dans l'accompagnement même du suicide de leurs patients qui sollicitent une assistance: « ils [les médecins traitants] disent avec une certaine logique: il y a des gens pour soigner et puis, il y a des gens pour aider à mourir ». C'est peut-être mieux de ne pas mélanger ».

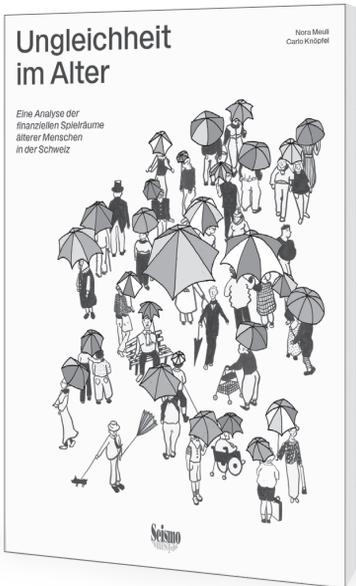
Le « modèle d'inconduite » helvétique de l'assistance au suicide semble ainsi cohérent; il est emblématique d'une singularité nationale dans la mesure où il combine à la fois un contexte historique spécifique et le développement d'actions associatives promouvant le droit de mourir dans la dignité. Un tel modèle contraste avec l'exemple québécois, où la pratique de l'euthanasie est désormais licite et même considérée comme un soin. Dans ce cas de figure, il n'est plus vraiment possible de parler en termes d'« inconduite ». La mort volontaire ouvre à un droit et permet ensuite de

mettre en place un dispositif normatif en phase avec cette acceptation. Pas sûr pour autant que la question de l'écart que l'approche de Devereux permet d'interpréter entre une acceptation de principe et une concrétisation de cette acceptation dans un engagement d'aide à mourir soit résolu pour autant. La situation helvétique offre à cet égard une perspective pragmatique, qui mérite d'être appréciée en fonction de l'enjeu social qu'elle représente. En l'occurrence, l'acceptation d'accompagner un geste qui demeure controversé et idéalement non souhaité.

## 8 Références bibliographiques

- Agamben, Giorgio. 2016. *Homo Sacer, L'intégrale 1997-2005*. Paris : Seuil.
- Avant-projet de Code pénal suisse, modifié d'après les décisions de la Commission d'experts*. 1896. Bern : Buchdruckerei Stämpfli.
- Bordeleau, Daniel. 1998. *L'expérience suicidaire. Choix de vie ou de mort. Perspective archétypale*. Paris : ESF.
- Castelli Dransart, Dolores Angela, Sabine Voélin et Elena Scozzari. 2015. Comment la marge peut-elle déplacer le centre en matière d'accompagnement de fin de vie? L'exemple de l'assistance au suicide au sein d'établissements médico-sociaux (EMS) en Suisse. *Nouvelles Pratiques sociales* 27(2), 129–144, DOI : 10.7202/1037683ar.
- Castra, Michel. 2003. *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : PUF.
- Clavandier, Gaëlle. 2009. *Sociologie de la mort. Vivre et mourir dans la société contemporaine*. Paris : Armand Colin.
- Déchaux, Jean-Hughes. 2000. L'intimisation de la mort. *Ethnologie française* 30(1) : 153–162.
- Delbeke, Evelien. 2011. The Way Assisted Suicide Is Legalised : Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. *European Journal of Health Law* 18 : 142–162.
- Devereux, Georges. 1970 [1956]. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- Gamondi, Claudia, Gian Domenico Borasio, Pam Oliver, Nancy Preston and Sheila Payne. 2019. Responses to Assisted Suicide Requests: An Interview Study With Swiss Palliative Care Physicians. *BMJ Supportive & Palliative Care* 9 : e7.
- Graber, Nils. 2012. *Gérer l'ambivalence face à la mort volontaire. Economie morale de l'accompagnement au suicide*. Mémoire de Master 2, ENS et EHESS, France.
- Kaufman, Sharon. 2006. *... And a Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life*. Chicago : University of Chicago Press.
- Kubiak, Anna. 2015. Assisted Dying in the Context of Biopower. *Anthropological Notebooks*, 21(1) : 23–35.
- Linton, Ralph. 1936. *The Study of Man. An Introduction*. New York : Appleton Century Crofts. Published on-line: <https://archive.org/details/studyofman031904mbp/page/n9> (10.01.2020).
- Magalhães de Almeida António et Marc-Antoine Berthod (dir.). 2020. L'accompagnement social et la mort. Lausanne : HETSL ([https://www.hetsl.ch/fileadmin/user\\_upload/rad/editions/55-AccompagnementSocialMort.pdf](https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/rad/editions/55-AccompagnementSocialMort.pdf)).
- Martin, Jean. 2010. Les enjeux de l'assistance au suicide aux plans médical, éthique et légal. Pp. 35–78 in *Il n'y a pas de mort naturelle... Etat des lieux sur le suicide assisté*, édité par Denis-Olivier Maillefer. Sainte-Croix : Editions Mon Village.
- Memmi, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte.
- Memmi, Dominique. 2011. *La seconde vie des bébés morts*. Paris : EHESS.
- Memmi, Dominique. 2014. *La revanche de la chair*. Paris : Seuil.

- Memmi, Dominique et Emmanuel Taïeb. 2009. Les recompositions du « faire mourir » : vers une biopolitique d'institution. *Sociétés contemporaines* 75(3) : 5–15.
- Minois, Georges. 1995. *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*. Paris: Fayard.
- Pennec, Simone (dir.). 2005. *Des vivants et des morts. Des constructions de la « bonne mort »*. Brest: UBO.
- Pillonel, Alexandre, Marc-Antoine Berthod et Dolores Angela Castelli Dransart. 2019. Le temps de mourir : réflexions sur les usages de la notion d'accélération en lien avec l'assistance au suicide. *Revue suisse de travail social* 25(19) : 122–138.
- Pillonel, Alexandre, Marc-Antoine Berthod, Dolores Angela Castelli Dransart et Anthony Stavrianakis. À paraître 2021. *La mort appréciée. L'assistance au suicide en Suisse*. Lausanne: Antipodes.
- Pott, Murielle, Laetitia Stauffer et Claudia Gamondi. 2015. Quand accompagnement de fin de vie rime avec assistance au suicide: l'expérience des proches en Suisse latine. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 10, mis en ligne le 22 mai 2015. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1704> (10.01.2020); DOI: 10.4000/anthropologiesante.1704.
- Roudaut, Karine. 2012. *Ceux qui restent, une sociologie du deuil*. Rennes: PUR.
- Schäfer, Frank. 2013. Carl Stoos (1849-1934) – Eine Geschichte der Starfrechtskodifikation in drei Staaten. *Jahrbuch der Juristischen Zeitgeschichte* 14(1) : 312–352. DOI : <https://doi.org/10.1515/jzg-b.2013.14.1.312>
- Schwab, Claude. 2010. Nous me suicidons. Pp. 15–34 in *Il n'y a pas de mort naturelle... Etat des lieux sur le suicide assisté*, édité par Daniel-Olivier Maillefer. Sainte-Croix: Editions Mon Village.
- Stark, Jared. 2018. *A Death of One's Own: Literature, Law, and the Right to Die*. Evanston: Northwestern University Press.
- Stavrianakis, Anthony. 2020. *Leaving. A Narrative of Assisted Suicide*. Berkeley: University of California Press.
- Stooss, Carl. 1893. Partie générale, rédigée par mission du Conseil fédéral par Carl Stooss. Traduit par mission du Département fédéral de justice et police par Alfred Gautier. Bâle et Genève: Georg & Cie.
- Walter, Tony. 1994. *The Revival of Death*. London: Routledge.
- Walter, Tony. 2017. *What Death Means Now. Thinking Critically about Dying and Grieving*. Bristol: Policy Press.
- Yampolsky, Eva. 2017. La perversion du suicide, entre la pathologie et la morale. *Criminocorpus* [Online], Sujets déviants, sujets pervers. Pathologie mentale, sexualité et expérience de l'autre, Communications, paru en ligne le 15 mai 2017 (10.01.2020). URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/348>).
- Zürcher, Emil. 1914. *Exposé des motifs de l'avant-projet d'avril 1908*. Rédigé par mission du Département fédéral de Justice et Police par E. Zürcher, professeur à Zurich. Traduit par mission du dit Département par Alfred Gauthier. Berne: Imprimerie Staempfli & Cie.



Nora Meuli und  
Carlo Knöpfel

## Ungleichheit im Alter

Eine Analyse  
der finanziellen  
Spielräume älterer  
Menschen in  
der Schweiz

ISBN 978-3-03777-250-8  
224 Seiten, 15,5 x 22,5 cm  
Fr. 38.– / Euro 33.–

### Immer mehr Menschen werden immer älter

Diese demographische Veränderung löst viele Diskussionen über die Finanzierung der Altersvorsorge und die Gesundheitsversorgung in der Schweiz aus. Also darüber, wie hoch die Kosten sind, welche die Rentner\*innen «verursachen», und wie diese von der gesamten Gesellschaft getragen werden müssen. Dieses Buch wechselt die Perspektive und stellt die älteren Menschen und ihre finanzielle Situation ins Zentrum: Wie hoch sind die Einkommen und Vermögen im Alter? Welche Kosten für die Betreuung und Pflege tragen die älteren Menschen selbst und wie unterstützt sie das System der sozialen Sicherheit dabei, diese Ausgaben zu finanzieren?

Die Untersuchung zeigt Ungleichheiten im Alter auf: Zwischen reichen und armen Rentnerhaushalten, zwischen älteren Frauen und Männern und zwischen agilen und fragilen Rentner\*innen. Viele ältere Menschen sind von Altersarmut betroffen, während andere über sehr viel Vermögen verfügen. Weil die Altersvorsorge Ungleichheiten aus dem Erwerbsalter reproduziert, sind die Renten von Frauen noch immer niedriger als jene der Männer. Und fragile Mittelschichtsangehörige müssen tiefer als alle anderen in die Tasche greifen, um ihre Gesundheitskosten zu decken – wie tief hängt vor allem von ihrem Wohnort ab.

Am Ende stellt sich die Frage, wie viel Ungleichheit im Alter gesellschaftspolitisch akzeptiert wird. Die gescheiterten Versuche der letzten zwanzig Jahre, die Altersvorsorge und die Krankenversicherung zu Lasten der älteren Menschen zu reformieren, zeigen, dass eine Grenze erreicht ist. Ein Altwerden in Würde für alle ist in der Schweiz mit dem heutigen Sozial- und Gesundheitswesen nicht gewährleistet.

**Nora Meuli** ist Ökonomin und Sozialwissenschaftlerin und forscht am Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW).

**Carlo Knöpfel** ist Sozialwissenschaftler. Nach langjähriger Tätigkeit bei Caritas nimmt er heute eine Professur für Sozialpolitik und Soziale Arbeit am Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) wahr.