

Zeitschrift: Curaviva : revue spécialisée
Herausgeber: Curaviva - Association des homes et institutions sociales suisses
Band: 7 (2015)
Heft: 4: Vieillir ici et ailleurs : petit tour du monde des enjeux et des solutions

Artikel: L'évolution de l'assistance au suicide en Suisse : les cas augmentent, les raisons varient
Autor: Stoppe, Gabriela
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-813777>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'évolution de l'assistance au suicide en Suisse

Les cas augmentent, les raisons varient

En Suisse, l'aide au suicide est autorisée. Depuis quelques années, les cas se multiplient considérablement, avant tout chez les femmes et les personnes âgées. Les questions de dignité et d'autodétermination sont largement débattues et jouent un rôle essentiel. Jusqu'à la fin, écrit l'auteure.

Gabriela Stoppe*

En 2014 et 2015, des chercheurs ont examiné les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur la mortalité entre 1991 et 2008. Durant cette période, 24'842 suicides ont été commis au total, dont 71,3% par des hommes. Il faut noter que les chiffres effectifs sont plus élevés de 10 à 30%. En effet, l'OFS n'enregistre les cas de suicide assisté que depuis 1998, et les organisations Exit de Suisse romande et Suisse allemande ainsi que Dignitas ne communiquent leurs données que depuis 2003. Parallèlement à cette analyse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a développé une stratégie nationale en matière de prévention du suicide.

Durant la période entre 1991 et 2008, le taux de suicides en Suisse a significativement baissé, passant de 38,3 à 29,9 sui-

cides pour 100'000 habitants par année. Tandis que les suicides par arme à feu, saut dans le vide ou précipitation sous le train ont diminué, principalement dans le groupe des personnes âgées, le suicide par empoisonnement a doublé chez les hommes et triplé chez les femmes, aussi et surtout dans le groupe d'âge des 65 à 94 ans. Le nombre de suicides par empoisonnement a grimpé de 5,1 à 17,2 pour 100'000 habitants par année. Environ 80% de ces suicides sont des suicides assistés. Durant la décennie entre 1998 et 2008, 2'211 cas ont eu lieu, pour lesquels les autorités ont supposé qu'il s'agissait de suicides assistés. Entre 2003 et 2008, les trois organisations précédemment citées ont déclaré 1'275 cas d'assistance au suicide. On peut donc en déduire que les chiffres pour la période entre 1998 et 2008 sont le juste reflet de la situation effective. Différentes études ont montré que le suicide est surtout le fait des hommes, et le suicide assisté apparemment celui des femmes âgées.

Les données d'Exit illustrent bien, elles aussi, cette augmentation de l'assistance au suicide. Alors que l'organisation annonçait 305 accompagnements vers la mort en 2011, ce chiffre a grimpé à

459 en 2013 et même à 583 en 2014. Le nombre d'accompagnements de personnes souffrant de troubles psychiques a également augmenté, de trois en 2011 à dix en 2013. Pour ce groupe de personnes, l'assistance au suicide est d'ailleurs particulièrement controversée (mais elle n'est pas le sujet de cet article). Depuis l'année dernière, l'organisation Exit compte parmi ses membres un autre groupe de personnes qu'elle peut accompagner au suicide, en l'occurrence les personnes âgées fatiguées de la vie, mais qui ne souffrent pas d'une maladie mortelle.

Le suicide est surtout le fait des hommes, le suicide assisté celui des femmes.



* **Gabriela Stoppe** est médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, plus particulièrement en psychiatrie et psychothérapie de l'âge, à Bâle (www.mentage.ch).



La potion létale: le suicide par empoisonnement a doublé chez les hommes, triplé chez les femmes.

En résumé, les cas d'assistance au suicide ont augmenté au cours des dernières années, et les indications se sont étendues. A ce jour, il n'y a pas de prescriptions légales à ce propos. La Confédération s'est davantage prononcée en faveur d'un renforcement des soins palliatifs. Cependant, sous réserve de développements futurs, on peut déjà dire que «l'espoir» nourri par nombre de personnes n'a pas été satisfait et que la recommandation médicale, respectivement nationale, n'a pas réussi à briser la vague des suicides.

Actuellement, il existe peu d'études scientifiques portant sur les motivations du suicide assisté. Une recherche zurichoise, datant d'une dizaine d'années, a examiné les cas de suicide pour lesquels elle disposait d'une lettre d'adieu et du dossier médical établi par le médecin respectif. L'étude a établi que les personnes qui ont mis fin à leurs jours avaient discuté avec leur médecin, à diverses reprises selon les cas, des principales motivations qui les poussaient à agir. Naturellement, il n'est pas exclu que des discussions aient eu lieu sans qu'elles soient expressément documentées dans le dossier. Parmi les éléments abordés en cabinet médical, reviennent régulièrement les réflexions sur la vulnérabilité et la dépendance et le sentiment de perte de dignité qui s'ensuit.

Le lien entre aide au suicide et grand âge se confirme dans les pays qui ont une législation libérale.

Les facteurs de risque

Alors que divers chercheurs se sont penchés sur les facteurs de risques du suicide, il n'existe à ce jour quasiment aucune étude publiée sur le sujet concernant le suicide assisté. On sait qu'une formation de niveau tertiaire diminue le risque de suicide et augmente celui de suicide assisté, et que le divorce et le

fait de vivre seul augmentent le risque pour les deux formes de suicide. Tandis que la plupart des suicides relèvent de troubles et maladies psychiques, l'assistance au suicide est davantage liée à des maladies physiques graves, comme le cancer ou les maladies neuropsychiatriques invalidantes. Le lien entre l'aide au suicide et le grand âge se confirme également, notamment dans tous les pays

dont la législation est dite libérale en la matière, où l'on observe une augmentation du suicide assisté surtout chez les personnes âgées.

Outre la présence de maladies psychiques, les travaux de recherche sur le suicide évaluent toute une série de paramètres d'influence comme la personnalité, les événements traumatisants passés, les problèmes familiaux et les facteurs biologiques. Autant dire que l'on ne sait rien à ce propos dans les cas de suicide assisté. Et il est urgent de combler cette lacune

>>

de la recherche. Faute de données fiables, la spéculation va en effet bon train quant à savoir si et dans quelle mesure on peut parler de libre arbitre en matière de suicide assisté. On ne sait pas non plus si ni combien de personnes renonceraient au suicide (soi-disant naturel) s'il n'y avait pas la possibilité d'un suicide assisté.

Trois problèmes sont principalement débattus au sein de l'opinion publique et régulièrement évoqués dans les prises de positions: la relativisation de la notion de dignité, le désir d'autonomie et d'autodétermination et la méfiance à l'égard de la fin de vie dans les conditions que propose la médecine moderne.

La relativisation de la notion de dignité

L'inaliénabilité de la dignité humaine est un principe fondamental reconnu, notamment, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme. Cette notion a une longue tradition. Emmanuel Kant déjà défendait une approche fondamentale de la notion de dignité humaine. Et selon l'article 7 de la Constitution fédérale suisse, l'Etat lui aussi doit respecter et protéger la dignité humaine.

Certains attribuent au néolibéralisme et à l'économisation le fait que la notion de dignité ainsi que les valeurs immatérielles en général sont aujourd'hui souvent relativisées et soumises à certaines conditions, par exemple l'autodétermination, l'indépendance ou l'utilité. D'aucuns considèrent qu'il ne peut pas y avoir de dignité à vivre avec une démence.

Il y a danger lorsque ce n'est plus l'individu lui-même mais la société qui définit la dignité et qui décide par consensus que la démence fait perdre toute dignité ou que le séjour en établissement médico-social est déjà en soi indigne. Je peine à comprendre – et d'autres avec moi – en quoi justement le suicide assisté maintiendrait la dignité et constituerait une alternative positive à une «poursuite de la vie sans dignité».

Autonomie et autodétermination

Dans le débat public sur ce thème, ce sont exactement ces mêmes notions d'autonomie et d'autodétermination qui sont toujours évoquées pour justifier l'assistance au suicide. Pour certains, il s'agit de pouvoir décider librement jusqu'à la fin et il ne peut y avoir de dignité sans autodétermination. L'idée de s'en remettre aux mains de la médecine moderne, dans une unité de soins intensifs, leur est particulièrement insupportable. Parmi les différentes pathologies qui peuvent se manifester, la démence est sans aucun doute la plus redoutée. Ce sont là aussi des arguments invoqués par l'organisation Exit. Ces réflexions occupent notre société qui est pour la première fois confrontée à un vieillissement d'une ampleur jamais connue à ce jour. Tout le monde ne considère pas cette évolution comme une chance et certains ont peur du «sur-vieillessement» – un vilain mot à mon avis. Il me paraît plus approprié et pertinent de parler ici de «sous-enfantement». Les méthodes anti-âge et les tendances au jeunisme favorisent le dénigrement

de l'âge, avec pour effet que tout le monde veut vieillir, mais personne ne veut être vieux. Et ce n'est pas uniquement un dilemme éthique.

L'écho médiatique

S'il y a une forme de consensus sur le fait qu'il ne faut pas trop écrire d'articles sur le suicide pour ne pas donner des idées, un tel souci n'existe pas concernant le suicide assisté. Au contraire: on a l'impression d'assister à un véritable surenchère des comptes-rendus sur le sujet. L'organisation Exit apparaît régulièrement dans les médias. On peut imaginer l'impact de cet écho médiatique sur la multiplication des suicides assistés.

Le rôle des médecins

Le serment d'Hippocrate interdit aux médecins d'accompagner un suicide assisté. Il est évident qu'aucun médecin ne peut être contraint de prescrire la potion létale. Ce n'est pas une tâche du médecin. Cependant, de nombreuses personnes attendent de leur médecin qu'il les aide à mourir. Des études ont montré que les professionnels de santé ont plutôt une mauvaise image

de la vieillesse, en tout cas plus mauvaise que celle perçue dans d'autres métiers. Les raisons avancées seraient les expériences professionnelles du personnel de santé en lien avec la multimorbidité et la vulnérabilité. Parallèlement, les médecins eux-mêmes, et en particulier les femmes, présentent un taux de suicide notablement plus élevé que pour le reste de la

population. Dès lors, on peut s'interroger: sans une sensibilisation et une formation adéquates, les médecins sont-ils les meilleurs conseillers pour des personnes âgées qui demandent une aide au suicide?

Outre la prescription du produit létal, les médecins évaluent également la capacité de discernement de leurs patients. Il est encore et toujours fréquent qu'un médecin qui accompagne un suicide assisté est le même qui a évalué la capacité de discernement de son patient qui souhaite mourir. Ne serait-il pas judicieux, dans ces situations, d'exiger une séparation des fonctions, comme le demande par exemple la FMH?

Législation et contrôle de qualité

Il est étonnant qu'une affaire touchant à la vie et à la mort ne soit pas soumise à un contrôle de qualité (scientifiquement fondé). Tout aussi étonnant, le fait qu'un acte si important et définitif que donner la mort soit laissé à des organisations privées qui ne cessent d'affirmer publiquement qu'ils agissent avec beaucoup de soin et de bienveillance et que leurs quelque trente accompagnateurs sont bien formés. La formation des médecins – et celle d'autres professions aussi – est transparente et sous le contrôle de l'Etat. Leur activité professionnelle est ensuite régulièrement évaluée. Les cas particulièrement sensibles sont souvent discutés en interdisciplinarité. Certaines situations sont soumises à autorisation ou à l'obligation d'annoncer. Ces procédés ont fait leurs preuves et pourraient aussi bien s'appliquer à la pratique de l'assistance au suicide. Les experts et l'OMS réclament l'introduction d'une obligation de communiquer ainsi que la création d'un registre des suicides et des suicides assistés. Cela permettrait de clarifier la pratique du suicide assisté et de peser le pour et le contre en connaissance de cause. ●

En quoi le suicide assisté constituerait-il une alternative positive?

Texte traduit de l'allemand