

# **Le suicide assisté : Quand le débat persiste**

Sous la direction de Mme Isabelle Moroni



Sophie Nanchen

Filière Education Sociale, HES 05

Mars 2010

Image tirée du site :

[http://www.impact-sante.fr/Medecine/Actualites/Une\\_allocation\\_pour\\_accompagner\\_un\\_parent\\_en\\_fin\\_de\\_vie/1/3947](http://www.impact-sante.fr/Medecine/Actualites/Une_allocation_pour_accompagner_un_parent_en_fin_de_vie/1/3947)

« N'est-ce pas avoir assez vécu que  
de mourir sans regret ? »

Marcel JOUHANDEAU, « Réflexions sur la vieillesse et la mort »

« Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure »

# Résumé

---

Cette recherche a pour thème l'assistance au décès, et plus précisément le débat que cette pratique suscite aujourd'hui. Le but de cette recherche a été de comprendre comment cet enjeu est problématisé dans l'espace public.

Différents acteurs appartenant aux champs sociaux, politiques, éthiques et médiatiques se sont positionnés sur l'assistance au suicide.

A travers une analyse des discours des principaux acteurs du débat, cette recherche interroge les diverses catégories mobilisées qui donnent sens à la pluralité des arguments. Les questions de l'autonomie individuelle, de la dignité du mourant, de la souffrance sont tour à tour investies de sens contradictoires qui rendent difficile une vision convergente sur la pratique.

Vecteurs important dans la construction des opinions, les discours des médias ont été pris en compte. L'analyse d'un corpus d'articles de presse a permis de vérifier un traitement relativement équitable et objectif de la question de l'assistance au suicide.

## **Mots-clés :**

Assistance au suicide – Fin de vie – Question sensible – Médias – Rôle de la médecine

# Remerciements

---

Ce travail de mémoire n'aurait été possible sans le soutien de toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à son élaboration :

Un merci particulier à Mme Isabelle Moroni, ma directrice de mémoire, qui m'a patiemment guidée, mais qui m'a surtout soutenue et encouragée bien au-delà du mandat qui lui était confié.

Mille mercis à mes parents, pour les nombreuses heures de relecture, mais aussi et surtout pour leurs encouragements et leur confiance inconditionnelle. Au final, c'est bien plus qu'une autre bonne excuse ...

Plus que tout, merci à Micaël, sans qui cette aventure, du premier stage à ce travail de recherche, n'aurait pas la même saveur.

A Damaris, pour les nombreux torticolis et les heures passées au téléphone, pour m'avoir maintes fois confrontée à mes questionnements et à mes limites, mais aussi pour toutes les bonnes énergies qu'elle m'a transmises tout au long de ma démarche.

A Emi, pour avoir toujours été là, simplement.

A ma famille et mes amis, pour avoir supporté mes humeurs et pour leur patience.

# Table des matières

---

1.	Objet de recherche .....	6
1.1.	Introduction .....	6
1.2.	Cadre légal .....	7
1.3.	Inscription du problème sur l'agenda politique .....	7
1.4.	Question de recherche .....	9
1.5.	Objectifs de la recherche .....	9
2.	Les acteurs du débat .....	10
2.1.	Champ social .....	10
2.1.1.	Les associations d'aide au suicide en Suisse .....	10
2.1.1.1.	Exit A.D.M.D Suisse Romande.....	11
2.1.2.	Les institutions religieuses.....	12
2.1.3.	Les institutions médicales.....	12
2.1.3.1.	L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).....	13
2.1.3.2.	La Fédération des Médecins Suisses (FMH) .....	13
2.1.3.3.	L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP).....	13
2.2.	Champ politique.....	14
2.3.	Champ éthique .....	14
2.3.1.	La Commission Nationale d'Ethique (CNE) .....	14
2.4.	Champ médiatique .....	15
3.	Concepts théoriques.....	16
3.1.	Définitions .....	16
3.2.	La bonne mort.....	17
3.2.1.	Le suicide.....	19
3.3.	Le corps en question .....	20
3.3.1.	La gouvernance des corps .....	23
3.4.	L'opinion publique.....	23
3.4.1.	Définitions .....	24
3.4.2.	Processus de formation de l'opinion publique .....	24
3.5.	L'espace public .....	25
3.5.1.	Processus de politisation .....	26
3.6.	Le travail quotidien des médias : l'exemple du Nouvelliste .....	27
4.	Hypothèses de recherche.....	29
5.	Méthodologie .....	30
5.1.	Présentation du terrain d'enquête .....	30
5.2.	Présentation de l'échantillon.....	30
5.2.1.	Première analyse.....	30
5.2.2.	Deuxième analyse .....	32

5.3.	Pour une méthode quantitative et qualitative .....	32
5.4.	Outils et étapes de récolte des données .....	33
5.4.1.	Construction des grilles d'analyses .....	33
5.4.2.	Evaluation du dispositif .....	35
6.	Résultats de la recherche .....	35
6.1.	Première analyse : Le discours des différents acteurs du débat .....	35
6.1.1.	Résultat 1 : L'autonomie .....	36
6.1.2.	Résultat 2 : La dignité .....	37
6.1.3.	Résultat 3 : La souffrance .....	38
6.1.4.	Résultat 4 : Le rôle de la médecine .....	40
6.1.5.	Première synthèse .....	41
6.2.	Deuxième analyse : Les articles de presse .....	45
6.2.1.	Résultat 1 : Type d'article .....	45
6.2.2.	Résultat 2 : Cause de l'article .....	46
6.2.3.	Résultat 3 : Problématiques abordées par l'article .....	47
6.2.4.	Résultat 4 : Visibilité des acteurs .....	47
6.2.5.	Résultat 5 : position émergente .....	48
6.2.6.	Deuxième synthèse .....	49
7.	Vérification des hypothèses .....	52
7.1.	Hypothèse 1 : Autonomie, dignité et souffrance .....	52
7.2.	Hypothèse 2 : Le rôle de la médecine .....	52
7.3.	Hypothèse 3 : L'espace public .....	52
8.	Limites de la recherche et biais méthodologiques .....	53
9.	Conclusion .....	54
9.1.	Discussion, perspectives et pistes d'actions .....	54
9.2.	Nouveaux questionnements .....	55
9.3.	Bilan professionnel et personnel .....	55
10.	Bibliographie .....	57
11.	Annexes .....	63

# 1. Objet de recherche

---

## 1.1. Introduction

---

J'ai été interpellée par la pratique de l'assistance au décès lors de la diffusion, en mars 2005, de l'émission de Temps Présent intitulée « Le Choix de Jean ». Ce reportage m'a dans un premier temps touchée émotionnellement, puis à soulevé en moi un certain nombre de questions personnelles. Dans un deuxième temps, je me suis interrogée sur la pratique de l'association Exit, et me suis vite aperçue que je n'étais pas capable de me positionner à ce sujet. J'ai donc régulièrement suivi, à travers les médias, l'évolution de ce débat et les différents points de vue émis par les acteurs touchés par cette pratique.

Pourtant, lorsque fut venu le temps de choisir un thème pour mon mémoire de fin d'étude, je me suis tout d'abord intéressée aux médias. En effet, au cours de ma formation, j'ai pu m'apercevoir que ceux-ci semblent avoir une place déterminante dans la construction de l'opinion publique. J'étais donc intéressée à comprendre la place et le rôle qu'ils occupaient, et me suis vite remémorée mes nombreuses réflexions sur l'assistance au décès. Mon envie de départ était donc de voir quelle incidence les médias pouvaient avoir sur l'opinion publique par rapport au débat actuel autour des associations d'aide au suicide.

Toutefois, en effectuant mes premières recherches dans le but d'identifier le contexte autour de ce thème de l'assistance au décès, de nouvelles interrogations sont apparues. Mon intérêt s'est alors décentré de l'influence, ou non, des médias, en faveur de l'assistance au décès, en priorité.

Le thème général de « l'aide au suicide » soulève en Suisse plusieurs problématiques. Tout d'abord, la pratique elle-même est questionnée, notamment sur la nécessité de mieux la réglementer, en modifiant la loi. Ensuite, la requête des associations d'aide au suicide d'être systématiquement autorisées à intervenir dans des structures de soins tels les EMS et les hôpitaux à relancé le débat autour de la gestion de la fin de vie. Enfin, l'organisme Dignitas permet à des étrangers de franchir les frontières afin de venir mourir en Suisse.

Ce mémoire ne peut prétendre répondre à chacune de ces problématiques, c'est pourquoi j'ai choisi de me centrer sur la pratique générale de l'assistance au décès, dans le but de comprendre pourquoi le débat persiste depuis plusieurs années. Pour cela, je vais dans un premier temps présenter le cadre légal actuel ainsi que l'historique lié à l'évolution de cette pratique, puis les différents acteurs du débat et leurs positionnements. Grâce à cela, je pourrai identifier les arguments mis en avant et les enjeux auxquels ils répondent.

## 1.2. Cadre légal

---

En Suisse, l'euthanasie et l'assistance au suicide sont deux choses distinctes.

La première est régie par l'article 114 du Code Pénal Suisse<sup>1</sup> et spécifie que donner la mort au patient, bien que celui-ci soit consentant et que la mort semble le dernier recours pour soulager ses souffrances, est assimilée à un meurtre. Il s'agit d'euthanasie active directe et cette pratique est illégale.

Toutefois, on la distingue de l'euthanasie active indirecte, pouvant être admise par des faits justificatifs et en dernière extrémité. Cette pratique consiste en la prescription de substances permettant de soulager les douleurs du patient mais susceptibles de réduire sa durée de vie. Elle est admissible.

Enfin, l'euthanasie passive, c'est-à-dire renoncer à des mesures susceptibles de prolonger la vie (p. ex. respiration artificielle) est également admissible sous certaines conditions.

L'assistance au suicide est elle réglementée par l'article 115 du Code Pénal Suisse<sup>2</sup>. Pour que cette pratique soit légale, la personne prêtant assistance ne doit pas être motivée par un mobile égoïste, ce qui est le cas des associations. De plus, leur rôle est uniquement de fournir aux patients qui le désirent le produit nécessaire pour mettre fin à leur vie. Elles n'interviennent pas dans la prise de la substance, cette pratique ne pouvant alors être assimilée à l'euthanasie.

L'offre des associations d'aide au suicide est donc tout à fait légale, mais le seul critère défini par la loi étant le mobile égoïste a motivé différents acteurs à soulever le débat, depuis les années 1970.

## 1.3. Inscription du problème sur l'agenda politique<sup>3</sup>

---

Dans les années 1970, les avancées médicales ont permis l'élaboration de nouveaux traitements et prises en charge. Toutefois, les mêmes soins, en terme de durée, ont été proposés aux patients gravement malades et aux patients en phase terminale. Cette pratique a conduit à un sentiment d'acharnement thérapeutique, et la capacité du corps médical à se positionner sur la légitimité de poursuivre ou non les traitements a été remise en question.

---

<sup>1</sup> « **Art. 114** : Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni de l'emprisonnement.

<sup>2</sup> **Art. 115** : Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement. »

<sup>3</sup> L'agenda politique est « L'ensemble des problèmes perçus comme appelant un débat public voire l'intervention des autorités publiques légitimes » (J.G. PADIOLEAU, « L'Etat au concret », Paris : PUF, 1982)



Pour la première fois, en 1976, l'Académie Suisse des Sciences Médicales rédige ses directives concernant l'assistance au suicide<sup>4</sup>, lesquelles peuvent avoir force de loi. Plusieurs fois révisées, elles sont complémentaires aux articles du Code Pénal et précisent leurs applications.

En 1994, une première motion<sup>5</sup> est déposée dans le but de favoriser l'aide au suicide par l'ajout d'un article 115bis au CP. Cela aboutit à la création d'un groupe de travail mandaté par le Département de Justice et Police et, en 1999, à un rapport intitulé « *Assistance au décès*<sup>6</sup> ». Le Conseil Fédéral, dans sa réponse à ce rapport en été 2000, note qu'il faut effectivement réglementer l'euthanasie et envisage la formation d'un nouveau groupe d'experts.

En 2003, suite à l'acceptation du Conseil des Etats d'une motion intitulée « *Euthanasie et médecine palliative* », le Conseil Fédéral doit d'une part soumettre des propositions concernant la réglementation de l'euthanasie active indirecte et de l'euthanasie passive, et d'autre part prendre des mesures pour promouvoir la médecine palliative.

Quelques semaines plus tard, le Département Fédéral de Justice et Police mandate la Commission Nationale d'Ethique pour l'élaboration d'un rapport traitant de l'assistance au suicide d'un point de vue éthique et juridique, et d'un projet de réglementation. Les recommandations de la CNE paraîtront en 2005.

En février 2006, un avant-projet intitulé « *Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ?* » est mis en consultation par l'Office Fédéral de la Justice. Le Conseil Fédéral en prend acte quelques mois plus tard. Il recommande alors au Parlement de renoncer à entreprendre une révision du Code Pénal mais, en revanche, d'adopter une loi sur l'admission et la surveillance des organisations d'assistance au suicide.

En août 2007, le Conseil Fédéral prend acte du rapport complémentaire sur l'assistance au décès.

En juillet 2008, le Conseil Fédéral charge le Département Fédéral de Justice et Police d'examiner la nécessité d'élaborer une législation spécifique en matière d'assistance au suicide organisée et de soumettre un rapport en 2009.

En juin 2009, deux options sont mises à l'étude : l'interdiction des organisations et une restriction législative. Mais les avis étant partagés au sein du collège gouvernemental, le Conseil Fédéral est

---

<sup>4</sup> ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES. *SAMW/Directives archivées* [en ligne]. Mise à jour mensuelle.

Adresse URL : <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/Archive.html> (consultée le 19 juin 2009)

<sup>5</sup> LE PARLEMENT SUISSE. 94.3370 – Assistance au décès. Adjonction au Code pénal suisse – Curia Vista – Objets parlement [en ligne]. 2009.

Adresse URL : [http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch\\_id=19943370](http://www.parlament.ch/F/Suche/Pages/geschaefte.aspx?gesch_id=19943370) (consultée le 19 juin 2009)

<sup>6</sup> GROUPE DE TRAVAIL ASSISTANCE AU DECES. *Assistance au décès*. In : Département fédéral de justice et police. « *Accueil DFJP* » [en ligne]. 2009. Adresse URL : <http://www.ejpd.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0002.File.tmp/b-bericht-f.pdf> (consultée le 19 juin 2009)

amené à préparer un projet. Celui-ci a été envoyé en octobre 2009 en consultation, jusqu'à mars 2010.

#### 1.4. Question de recherche

---

En éclaircissant le contexte historique et politique, j'ai pu constater que le débat en Suisse n'est pas récent et que, malgré tout, la controverse persiste. De plus, bien que le nombre de requêtes et de positionnements proposés par les différents acteurs impliqués soit important, aucune réponse claire et surtout commune n'a pu être donnée à ce jour.

Ce constat m'a amené à poser la question de recherche suivante :

**« Comment le débat sur l'aide au suicide prend-il forme dans l'espace public ? »**

#### 1.5. Objectifs de la recherche

---

Définir le positionnement des différents acteurs du débat ainsi que les arguments mis en avant.

⇒ Faire une analyse du discours de ces acteurs

Comprendre les raisons pouvant amener un débat tel que celui de l'assistance au suicide à perdurer ainsi dans le temps.

⇒ Identifier et mettre en évidence les enjeux liés à une telle pratique (économiques, médicaux, éthiques, politiques, juridiques,...)

⇒ Lecture et synthèse des concepts théoriques en lien avec la problématique

⇒ Mettre en relation les enjeux et les concepts identifiés

Développer mon sens critique et être capable de prendre en compte les positionnements des différents acteurs d'une situation. ⇒ Etre objective

Me positionner personnellement et professionnellement, notamment par rapport aux problématiques (de politique sociale) fortement représentées à travers les médias ainsi que dans ma réflexion professionnelle.

## 2. Les acteurs du débat

---

La pratique de l'assistance au décès a amené différents acteurs à émettre un positionnement en lien avec le débat qu'elle suscite : les associations d'aide au suicide et le corps médical, qui sont acteurs à la fois de la pratique et du débat ; les institutions religieuses et éthiques, concernées par les questions morales liées à gestion de la fin de vie ; le Conseil Fédéral, représentant le gouvernement est donc sollicité pour apporter une réponse définitive et claire aux questionnements soulevés par la législation actuelle ; les médias, qui par leur rôle d'informateur, rendent le débat accessible à la population et jouent un rôle dans la formation de l'opinion publique.

Tous appartiennent au champ social, politique, éthique ou médiatique. Ils en sont les acteurs principaux, puisque les plus actifs et les plus visibles.

### 2.1. Champ social

---

#### 2.1.1. Les associations d'aide au suicide en Suisse

Deux associations proposant le suicide médicalement assisté ont particulièrement été visibles dans l'espace public ces dernières années, à savoir Exit et Dignitas. Leur fonctionnement, voire leur déontologie, étant différent, il est essentiel, afin de ne pas faire d'amalgame, de distinguer les spécificités et différences significatives de chacune.

Tout d'abord, l'approche fondamentale diffère, puisqu'Exit propose une affiliation, par un système de cotisations annuelles. Elle offre ainsi la possibilité à ses membres de rencontrer des personnes ressources, comme un médecin, et de s'entretenir avec elles, d'être informés sur leurs possibilités et les différents choix qui s'offrent à eux selon les situations de fin de vie qu'ils pourraient rencontrer. De plus, un membre peut quitter l'association à tout moment : rien n'est irrévocable ou définitif, jusqu'à la demande précise d'accompagnement au décès. Dans le cas de Dignitas, le prix de l'accompagnement est très élevé, ce qui soulève certaines polémiques quand au financement de l'association.

D'autre part, Dignitas n'a pas établi de limites territoriales pour les usagers, permettant à des personnes venues de l'étranger de mourir en Suisse. L'offre n'est donc pas la même que pour les

deux associations Exit, principalement en ce qui concerne les contacts avec les personnes demandant un suicide assisté. En effet, il n'y a souvent pas de rencontre entre les parties avant le jour-même de l'accompagnement.

Souhaitant axer mes recherches sur la pratique elle-même et non sur les autres problématiques liées à l'assistance au suicide, je ne m'intéresserai pas à Dignitas, plus directement concernée par les questions liées à son financement ainsi qu'au tourisme de la mort. De plus, j'ai décidé de me centrer sur la Suisse romande, où Exit A.D.M.D est la seule à être active. C'est pourquoi il est important d'être plus précisément informée sur cette association.

#### **2.1.1.1. Exit A.D.M.D Suisse Romande<sup>7</sup>**

Exit est un mouvement né en 1935 en Angleterre. Il est petit à petit devenu international, en s'étendant à d'autres pays tels que l'Australie, la Belgique, le Canada, la Colombie, le Japon,... C'est aujourd'hui un mouvement mondial, puisqu'il compte 34 associations, réparties sur tous les continents.

En Suisse, le mouvement est présent à travers 2 associations distinctes et indépendantes l'une de l'autre : Exit, située à Zürich – Exit A.D.M.D Suisse Romande, située à Genève.

L'association Exit A.D.M.D Suisse Romande a été fondée en 1982 par une dizaine de personnes, et compte aujourd'hui plus de 11'000 membres.

A.D.M.D est le principe du mouvement et signifie « Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité ».

Son objectif principal est de permettre à chaque patient une mort digne et humaine, selon les volontés émises quand à la fin de sa vie et/ou de sa maladie.

Par son action, l'association souhaite d'une part informer le patient sur ses droits, notamment sur le droit de refuser l'acharnement thérapeutique en particulier si le maintien de la vie engendre des conditions indignes ou une douleur supplémentaire sachant que la mort surviendra tôt ou tard.

D'autre part, pour que ces droits puissent être appliqués, Exit ADMD propose par sa pratique, aux personnes qui le souhaitent, un accompagnement au suicide.

Afin de garantir ce droit à l'autodétermination dans de bonnes conditions, l'association est ouverte à « toute personne, domiciliée en Suisse, sans distinction de nationalité ou de confession, âgée de 20 ans révolus et jouissant de l'exercice des droits civils.<sup>8</sup> »

---

<sup>7</sup> Pour une simplification du texte, j'utiliserai l'abréviation Exit ADMD pour désigner Exit A.D.M.D Suisse romande.

<sup>8</sup> EXIT A.D.M.D SUISSE ROMANDE. *Testament biologique* [en ligne]. 16.09.2009.

Adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/But2menu.htm> (consultée le 29 octobre 2009)

Ces conditions d'admission établissent un premier cadre pour l'entrée en matière de l'association. Tout d'abord, la personne doit être domiciliée en Suisse, le « tourisme de la mort » étant ainsi évité. Ensuite, les membres doivent être âgés de plus de 20 ans, garantissant ainsi une certaine maturité de la personne face à une décision aussi capitale. Pour terminer, en demandant que chaque membre jouisse de l'exercice des droits civils, Exit ADMD s'assure que ces derniers soient capables de discernement, majeurs et non interdits.

Chaque membre reçoit un document intitulé « *directives anticipées* ». Celui-ci précise la volonté du patient en cas d'accident ou de maladie et sert également de carte de membre.

En plus de ces critères d'admission, l'aide au suicide est soumise à des conditions très strictes. L'association entre en matière si le patient remplit les conditions suivantes

- Capacité de discernement
- Maladie organique incurable avec pronostic fatal
- Souffrances intolérables
- Invalidité complète
- Demandes répétées

### **2.1.2. Les institutions religieuses**

Trois religions sont essentiellement représentées en Suisse : le catholicisme, le protestantisme et l'islam. Pour chacune d'entre-elles, la vie est un Don de Dieu, et Lui-seul peut en disposer.

Par rapport au débat actuel, l'Eglise catholique, pour des raisons théologiques, se positionne contre l'assistance au suicide et ses pratiques, et contre l'acharnement thérapeutique. Elle est par contre en faveur des soins palliatifs.

L'Eglise protestante, au travers de la Fédération des Eglises Protestantes de Suisse (FEPS), a un positionnement plus mesuré, ni en faveur ni contre l'assistance au décès. Elle encourage le Conseil Fédéral dans sa décision de définir un cadre juridique plus strict afin d'éviter les débordements ainsi que le développement des soins palliatifs.

Enfin, dans la religion islamique, le suicide et l'euthanasie sont interdits. Toutefois, l'euthanasie passive pourrait être acceptée, à condition que la vie du patient dépende d'un acharnement thérapeutique.

### **2.1.3. Les institutions médicales**

Comme indiqué ci-dessus, l'Académie Suisse des Sciences Médicales est la première à se positionner sur la question de l'euthanasie. Depuis, d'autres organismes liés directement à la médecine et à sa pratique ont émis leur point de vue au travers de différents rapports, dans le but de représenter la position des médecins suisses.

#### **2.1.3.1. L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)**

L'Académie est fondée en 1943 par les facultés de médecine, les facultés de médecins vétérinaires et la Fédération des Médecins Suisses (FMH) dans le but de promouvoir la recherche et la relève.

L'Académie se divise en différentes commissions, dont la Commission Centrale d'Ethique. Cette dernière, en se fondant sur le développement national et international, ainsi qu'en favorisant l'échange et la coopération avec les institutions, tente d'anticiper et de discuter des problèmes éthiques pouvant être posés par la médecine.

Enfin, dans le but de favoriser les relations internationales, l'Académie prend largement en compte le développement des autres pays, notamment en participant à divers congrès à l'étranger.

D'un point de vue médical, des réserves concernant l'aide au suicide sont émises, en privilégiant notamment les médecines palliatives et en argumentant que la crainte d'être confronté, à la fin de la vie, à des douleurs insupportables, peut ne pas se réaliser.

#### **2.1.3.2. La Fédération des Médecins Suisses (FMH)**

La Fédération est née de la fusion entre les différentes sociétés cantonales de médecine, en 1901. Elle est aujourd'hui l'association professionnelle du corps médical suisse.

Elle s'engage notamment pour la prévention et la promotion de la santé, édicte un code de déontologie de l'activité médicale et informe des questions et évolutions actuelles de la politique professionnelle et de la santé.

Enfin, au travers de prises de position, la FMH participe activement aux processus politiques et législatifs.

Dans le cadre de l'assistance au décès, elle se positionne tout d'abord conformément à la Constitution et à la Convention Européenne des Droits de l'Homme, laquelle spécifie que chacun peut décider librement de sa propre mort, à condition d'être capable de discernement.

D'un point de vue professionnel, elle applique les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales en ce qui concerne la prise en charge des personnes en fin de vie. Cependant, pour l'assistance au suicide, elle renvoie le médecin à sa liberté individuelle, hors du champ médical, bien qu'il fasse appel à ses compétences professionnelles, mais recommande fortement de s'abstenir dans les cas de personnes souffrant de troubles mentaux.

#### **2.1.3.3. L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)**

L'Office Fédéral de la Santé Publique est chargé de mettre en œuvre la politique sanitaire nationale. Il ne se positionne pas directement sur la question de l'assistance au suicide, mais insiste sur l'autodétermination du patient concernant l'application des soins palliatifs.

Le rôle de ces différentes associations est primordial, puisqu'il définit les champs d'applications médicaux et le cadre déontologique dans lequel ils s'inscrivent. En effet, le rôle du médecin est remis en question, et par leurs positionnements, ces associations permettent aux praticiens de se positionner à leur tour, professionnellement et personnellement, sur l'accompagnement au décès de leurs patients. De plus, il ne faut pas oublier que pour se procurer la substance permettant leur accompagnement au suicide, les associations d'aide au suicide ont besoin d'une ordonnance médicale.

## 2.2. Champ politique

---

Le Conseil Fédéral a été amené à plusieurs reprises à se prononcer sur un durcissement de la loi par rapport au suicide assisté. Pourtant, en consultant le site internet de l'administration<sup>9</sup>, j'ai constaté que les différentes initiatives et motions n'ont à ce jour, pour la plupart, pas abouti. Bien que le Conseil Fédéral ait prit acte des différents rapports et interventions parlementaires, aucune mesure n'a été prise actuellement.

## 2.3. Champ éthique

---

### 2.3.1. La Commission Nationale d'Ethique (CNE)

La CNE a été instaurée par le Conseil Fédéral en juillet 2001. Il s'agit d'une commission indépendante, extraparlamentaire et consultative dont le rôle est de prendre position d'un point de vue éthique sur les questions sociales, juridiques et scientifiques liées au domaine de la santé et de la maladie.

Elle doit en particulier<sup>10</sup> :

- « informer le public sur des questions importantes;
- encourager le dialogue public sur des questions éthiques;
- élaborer des recommandations en matière de pratique médicale;
- signaler les lacunes et les problèmes d'application de la législation ou soumettre des propositions de révision;
- conseiller, à la demande, le Parlement, le Conseil fédéral et les cantons. »

Par rapport à l'assistance au décès, la commission se positionne en faveur d'un complément de l'article 115 du Code Pénal, afin que la loi définisse clairement les critères et conditions pour accéder

---

<sup>9</sup> DEPARTEMENT FEDERAL DE JUSTICE ET POLICE. *Assistance au décès* [en ligne]. 28.10.2009.  
Adresse URL : [http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home/themen/gesellschaft/ref\\_gesetzgebung/ref\\_sterbehilfe.html](http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home/themen/gesellschaft/ref_gesetzgebung/ref_sterbehilfe.html)  
(consultée le 29 octobre 2009)

<sup>10</sup> OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE. *Office fédéral de la santé publique – Tâches* [en ligne]. 2008.  
Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04236/04238/index.html?lang=fr> (consultée le 12 novembre 2009)

à une demande. De plus, elle est pour la création d'un organisme extérieur ayant pour tâche de contrôler les associations privées actuelles.

## 2.4. Champ médiatique

---

De nos jours, l'information est diffusée par quatre canaux principaux : la télévision, la presse écrite, la radio et internet. Depuis quelques années, de nombreuses émissions diffusées sur la Télévision Suisse Romande ont été consacrées à la thématique du suicide assisté.

La pratique elle-même est questionnée pour la première fois le 2 mars 2000 dans le cadre de Temps Présent qui diffuse « *La mort sur ordonnance* ». L'association Exit ADMD présente ainsi au public les différentes étapes nécessaires à un accompagnement. Cependant, on parle déjà de dépénalisation de l'euthanasie active ou encore de certaines dérives, comme l'accompagnement de personnes souffrant de problèmes psychiques.

Le 10 mars 2005, Temps Présent franchit un nouveau pas en diffusant l'émission « *Le choix de Jean* », montrant le parcours d'un patient suite à son choix de faire appel à Exit ADMD. Un débat dans Infrarouge intitulé « *Aide au suicide : peut-on choisir son heure ?* », s'en suit le 23 mars 2005. Il s'ouvre cependant également sur de nouvelles dérives, comme le tourisme de la mort. Toutefois, en plus de la pratique elle-même, la médecine palliative est mise en parallèle. Ce thème sera d'ailleurs repris en octobre 2005 dans le cadre d'une nouvelle émission d'Infrarouge.

En mai 2007, le tourisme de la mort en Suisse occupe l'actualité dans la presse écrite internationale, amenant Infrarouge à y consacrer une nouvelle émission plus spécifique sur cette problématique directement liée à la pratique des associations d'aide au suicide.

Finalement, les dernières émissions de Temps Présent et d'Infrarouge liées à l'aide au suicide remontent à octobre 2008, suite à l'entrée d'Exit ADMD dans les EMS.

De son côté, la presse écrite réagit d'une part à l'actualité politique, et d'autre part aux problématiques liées à l'application de cette pratique, pouvant toucher aussi bien à la presse internationale lorsqu'il est traité du tourisme de la mort, ou aux soins palliatifs.



# 3. Concepts théoriques

---

Ce chapitre aborde les principaux concepts théoriques liés à la question de recherche. Dans un premier temps, il est utile d'introduire la notion d'assistance au décès et les définitions qui lui sont liées, nécessaires à la compréhension de ce travail. Deuxièmement, il s'agit d'aborder le concept de la fin de vie, et plus précisément de la mort et la manière dont elle est perçue, puis la notion de suicide et suicide assisté. Ensuite, j'aborderai différentes questions liées au corps, sa perception à travers l'histoire et l'évolution de la médecine, pour enfin amener quelques éléments sur ce que Dominique Memmi, notamment, appelle la gouvernance des corps. Pour terminer, je tenterai de définir les notions d'espace public et d'opinion publique, ainsi que leurs rôles notamment dans les processus de politisation.

## 3.1. Définitions

---

Définir les notions suivantes permet de distinguer les termes « *assistance au décès/suicide* », « *autodélivrance* » et « *euthanasie* ».

Le suicide : « *n.m. (lat. *sui*, de soi, et *caedere*, tuer). 1. Action de se donner soi-même la mort.*<sup>11</sup> »

« *On parle de suicide quand une personne, malade ou non, décide volontairement de mettre elle-même un terme à sa propre vie, de quelque manière que ce soit.*<sup>12</sup> »

« *Action de se donner soi-même la mort, volontairement, le plus souvent pour se libérer d'une situation devenue intolérable.*<sup>13</sup> »

L'assistance : « *n.f. Action d'assister (qqn), de lui venir en aide, de le seconder. Prêter assistance à qqn.*<sup>14</sup> »

Assistance au décès : « *Si une autre personne, par un acte ou une omission, l'aide [la personne décidant de se suicider] délibérément dans son dessein, on peut parler de suicide assisté. En français, on utilise généralement cette dernière expression dans une acception plus restreinte, qui se réfère spécifiquement au suicide médicalement assisté. Un suicide médicalement assisté a lieu quand un médecin aide un patient – en lui fournissant par exemple une solution létale – dans sa volonté de se donner la mort. Pour*

---

<sup>11</sup> LAROUSSE, 1995. P. 970

<sup>12</sup> BONDOLFI, A. HALDEMAN, F. MAILLARD, N. « *La mort assistée en arguments* ». Suisse : Chêne-Bourg, 2007. P. 17

<sup>13</sup> SILLAMY, N. « *Dictionnaire de la psychologie* ». Canada, 1991. Ed. Larousse. P. 512

<sup>14</sup> LAROUSSE, 1995. P. 96

*qu'on puisse parler de suicide assisté – et non d'euthanasie – il faut que la personne soit elle-même l'agent, ou la cause efficiente, de son décès.<sup>15</sup> »*

*« EXIT A.D.M.D. Suisse romande pense que tout adulte lucide, qui après avoir tout essayé, estime que la vie lui est devenue absolument insupportable, a le droit de prendre en charge sa mort et d'y être aidé. Il s'agit de ne pas prolonger l'agonie et la souffrance, jugées intolérables par la personne concernée et lui permettre de mourir dignement et sereinement. C'est pourquoi EXIT A.D.M.D. Suisse romande préfère ne pas parler de suicide, mais 'd'autodélivrance'.<sup>16</sup> »*

Euthanasie :

*« n.f. (gr.eu, bien, et thanatos, mort). Ensemble des méthodes qui procurent une mort sans souffrance, afin d'abrégier une longue agonie ou une maladie très douloureuse à l'issue fatale. (On distingue cette forme d'euthanasie « active », illégale dans la plupart des pays, de l'euthanasie « passive », qui consiste à laisser venir la mort sans acharnement thérapeutique.)<sup>17</sup> »*

*« Euthanasie est un terme grec qui signifie « bonne mort ». Selon une définition reprise à T.L. Beauchamp, « une mort sera considérée comme une euthanasie, quel qu'en soit le type, si, et seulement si, les conditions suivantes sont satisfaites : a) cette mort est visée par au moins une autre personne, laquelle contribue, par son action, à la causer ; b) la personne est soit affligée de souffrances intenses, soit plongée dans un coma irréversible (ou le sera bientôt) et cette condition, à elle seule, constitue la raison première qui fait que la mort est visée. c) les procédures choisies pour provoquer la mort doivent être aussi peu douloureuses que possible, ou bien alors il faut qu'il existe une raison moralement justifiée de choisir une méthode plus douloureuse.<sup>18</sup> »*

### 3.2. La bonne mort

---

Fondamentalement, la question du suicide assisté est directement liée à la mort, sa perception et la manière dont on la vit ou on la redoute.

De tout temps, l'Etre Humain s'est interrogé aussi bien sur l'origine de la vie que sur la mort. Il est intéressant de constater que « c'est à partir de l'idée qu'il se fait de la vie que l'homme forge l'idée

---

<sup>15</sup> BONDOLFI, A. HALDEMANN, F. MAILLARD, N. *La mort assistée en arguments*. Suisse : Chêne-Bourg, 2007. P. 17

<sup>16</sup> EXIT A.D.M.D SUISSE ROMANDE. « *Suicide ou autodélivrance EXIT A.D.M.D Suisse romande* » [en ligne]. Adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/Buts5A.htm> (consultée le 03 janvier 2010)

<sup>17</sup> LAROUSSE, 1995. P. 414

<sup>18</sup> BONDOLFI, A. HALDEMANN, F. MAILLARD, N. « *La mort assistée en arguments* ». Suisse : Chêne-Bourg, 2007. P. 17

*qu'il se fait de la mort.*<sup>19</sup> » Cela nous montre que la mort est perçue et vécue différemment à travers le temps, les civilisations et les cultures. Les rites de passages découlant de la mort ont toujours existé, certains sous forme d'adieux, d'autres en tant que préparation du mort pour sa prochaine vie ou l'au-delà, dans la tristesse ou dans la joie.

La mort fut pendant longtemps une fatalité. Mais aujourd'hui, l'évolution médicale fait que cette fatalité est de plus en plus rare. L'Homme cherche sans cesse à repousser la mort, à déjouer le destin. La notion de responsabilité individuelle apparaît alors dans la gestion de la fin de vie.

*« En l'espace de quelques décennies, les rapports collectifs à la mort et à la fin de vie ont été le théâtre de changements significatifs, traduisant l'émergence de préoccupations nouvelles et une évolution manifeste des pratiques sociales. D'autres façons de faire face à la mort semblent se dessiner tant dans le domaine de la prise en charge des patients en fin de vie, que dans celui de l'après-mort.*<sup>20</sup> ».

C'est à partir des années 1970 que les questions liées à la fin de vie, et notamment à l'euthanasie, apparaissent. Le débat politique autour des soins en phase terminale amène un changement significatif dans la perception de l'autonomie avec des visions plus individualistes et le droit de chacun de disposer de sa vie et d'être maître de ses décisions. Les soins palliatifs se sont développés dès 1975, avec comme objectif le concept du « bien mourir ».

Dans l'ouvrage de Michel Castra<sup>21</sup>, la « bonne mort » est définie selon différentes situations :

Dans la première, *« les patients sont conscients de l'imminence de leur mort et ont cheminé vers une totale acceptation de celle-ci. [...] La « bonne mort » est ici une mort préparée, maîtrisée, à laquelle les candidats participent sans jamais perturber l'ordre des vivants*<sup>22</sup> ».

Dans le deuxième cas de figure, le mourant a pu, durant son séjour dans une unité de soins palliatifs, résoudre certains aspects de sa vie ; *« Dénuee de toute dimension tragique, l'approche de la mort apparaît dans cette perspective le lieu d'épanouissement de l'individu et de la recherche d'une expérience intense.*<sup>23</sup> »

Chacun a sa propre définition du « bien mourir », comme le fait de partir « vite », « sans souffrance ». Michel Castra l'explique ainsi : *« Même si la mort reste toujours un événement traumatisant, un désordre, une rupture, on s'efforce, à travers les représentations idéalisées de la fin de vie, d'en neutraliser la portée et de composer avec cette violence irréductible.*<sup>24</sup> »

---

<sup>19</sup> DEUZEUNE, Charles Emmanuel. « La mort et ses rites ». Paris : Le plein des Sens, 2003, page 184 .

<sup>20</sup> CASTRA, Michel. « Bien mourir – Sociologie des soins palliatifs ». Presses universitaires de France : Paris, mai 2003, page 1

<sup>21</sup> Ibid, p. 331

<sup>22</sup> Ibid, p. 333

<sup>23</sup> CASTRA, Michel. Op.cit., p. 334

<sup>24</sup> Ibid, p. 335

De leur côté, les associations d'aide au suicide apportent une réponse différente que les unités de soins palliatifs, mais semblent aspirer au même désir : une mort dans la dignité.

### 3.2.1. Le suicide

L'assistance au décès renvoie à la notion de suicide. Certains psychologues s'accordent sur le fait que se suicider n'est pas choisir sa mort, mais être dans une impasse et n'avoir d'autres solutions que la mort pour mettre fin à une souffrance. Dans le cadre du suicide assisté, la souffrance est alors généralement physique, puisqu'elle découle d'une maladie.

Ensuite, il peut être intéressant d'apporter un regard historique à cette pratique. Dans l'ouvrage<sup>25</sup> « Le suicide – Liberté ou impasse ? », Mme Violaine Gelly propose quelques périodes clés de la perception du suicide :

Entre 400 et 300 av. J.-C., les avis sont très tranchés. Pour Platon, l'Homme atteint de maladie incurable pouvait décider de mourir avant son heure, alors que pour Aristote, se suicider était signe de lâcheté.

Plus tard, cette pratique fut totalement condamnée, car la vie de l'Homme appartenait à Dieu, ou au Roi, ou au pays,... Ainsi, la loi punissait le suicide, considéré comme un crime contre la société. Il n'y avait pas de cérémonie religieuse et les corps étaient enterrés en dehors des cimetières. C'était une humiliation pour la famille.

A l'époque du Siècle des Lumières, on a commencé à s'intéresser aux Droits de l'Homme. Le suicide était alors synonyme de liberté individuelle.

Au XIXe –XXe siècle sont nés la psychanalyse et la sociologie. De manière générale, le suicide était qualifié d'acte désespéré. Pour Freud, il s'agissait de l'agressivité qu'un individu retournait contre lui-même. Jean Baechler lui donna une explication génétique : chacun a plus ou moins de capacité à résister aux épreuves de la vie. Pour Durkheim, la réalité sociale (guerre, crise,...) a une influence certaine.

Enfin, les autorités religieuses se sont également positionnées face à la mort par suicide. De manière générale, le suicide est refusé par les religions monothéistes, sauf s'il est bénéfique à la communauté.

Pour la bible, malgré les diverses références héroïques au suicide, celui-ci n'est pas reconnu car la vie est un don de Dieu, et nous devons la supporter. Pour les protestants, le suicide est inspiré par le Diable et pour les catholiques, bien que le suicide soit toujours condamné, l'individu qui a attenté à sa vie a aujourd'hui droit à des funérailles.

---

<sup>25</sup> GELLY, Violaine. « *Le suicide – Liberté ou impasse ?* ». Belgique : Les compacts de l'info – Casterman, 1998. P. 10

Le Coran condamne le suicide. Cependant, il est toléré s'il est bénéfique pour la communauté, ce qui est le cas notamment de certains attentats suicides...

La perception religieuse du suicide est donc paradoxale, puisqu'il peut être considéré soit comme un geste faible, soit comme un acte héroïque.

### 3.3. Le corps en question

---

Choisir de mettre fin à ses jours, qui plus est par une intervention de tiers, renvoie à diverses questions liées à notre corps : Quelle place lui donne-t-on ? A-t-on le droit d'intervenir ainsi ? Nous appartient-il ? Pour tenter mieux comprendre quelle est la perception du corps à notre époque, il est nécessaire de s'intéresser de plus près à l'histoire du corps.

Un premier constat essentiel est que le corps, et ces usages, est en grande partie défini par les normes et valeurs de la société dans laquelle il évolue.

#### **Par rapport au christianisme**

« *Parce qu'il est au cœur du mystère chrétien, le corps est une référence permanente pour les hommes des siècles modernes.*<sup>26</sup> » La religion a de tout temps eu une influence sur cette perception, puisque le corps fait partie intégrante de l'histoire chrétienne. Dieu a envoyé le corps de son Fils pour sauver les hommes, et ce même corps a souffert, cloué sur la croix. Parallèlement, l'homme risque de se perdre par son corps. En effet, pendant longtemps, le corps n'était pas source de plaisir, mais seul outil de la procréation, et le contraire était considéré comme un péché. Le corps peut donc accueillir le mal, si l'homme cède à l'un des péchés tel la gourmandise ou la luxure. Mais il peut aussi être choisi par le bien, et être touché par un miracle.

Dans la perspective chrétienne, le corps n'appartient pas à l'individu ; il est un don de Dieu et sa volonté doit être respectée, en s'en remettant à Lui.

Dès le XVI<sup>e</sup> siècle, le mouvement scientifique prend de l'importance et les mentalités évoluent. L'Eglise est confrontée à une modification de la conscience de la vie et de la vision du monde. Pour s'adapter à ces changements, elle tente de contrôler les pratiques de la population. Mais en cherchant à comprendre comment notre corps fonctionne, l'Homme se soucie de lui-même et le corps devient une source d'épanouissement. De plus, il prend conscience de la nécessité de se préserver et d'être en bonne santé.

La croyance qui prévalait jusqu'alors et définissait le corps comme un don de Dieu est dépassée par l'individualisation et la responsabilisation de l'Homme qui, petit à petit, s'approprie son corps.

---

<sup>26</sup>GELIS, Jacques. « Le corps, l'Eglise et le sacré ». In : VIGARELLO, Georges. « *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* ». Paris : Editions du Seuil, janvier 2005, pages 17 à 107.

## Par rapport à la médecine

La médecine occupe également une place primordiale dans cette évolution de la perception du corps. Au moyen-âge, les cadavres sont disséqués afin d'étudier l'anatomie. Dès 1750, l'observation des symptômes en cas de maladie permet de grands progrès et devient un outil essentiel. C'est également à cette période que l'étude des différents éléments du corps humain évolue. Puis les autopsies et dissections refont leur apparition. Vers 1800, les médecins tentent de découvrir ce qui se passe pendant la maladie, et non plus à la mort du patient. Apparaissent alors de nouveaux instruments permettant cette exploration.

Ces différentes étapes ont permis une telle évolution qu'au XXe siècle, la maladie devient de moins en moins foudroyante, laissant une place à l'espoir. D'autres découvertes amènent le don du sang et les transplantations. Les corps sont alors partagés.

Durant les deux Guerres Mondiales, des exploits chirurgicaux ont permis à de nombreux soldats de rentrer du front en vie, malgré de lourds handicaps. Ont alors suivi de nouvelles expérimentations, particulièrement dans le but d'atténuer la douleur. La découverte de substances anesthésiantes a permis un essor chirurgical important, faisant des praticiens quasi des surhommes.

Toutefois, lorsque le SIDA fait son apparition, la médecine est remise en question : elle ne peut guérir toutes les maladies infectieuses. De plus, cette maladie est visible. Tout d'abord sur le corps, par des symptômes et signes physiques, mais également par un large public, puisque de nombreuses personnes, dont des célébrités, sont touchées. La prise en charge des malades évolue alors : à la place d'une mise en quarantaine, et ce malgré l'angoisse qui grandit, la prévention est mise en avant, rendant ainsi chaque individu responsable.

Cet historique, tiré de l'ouvrage « L'histoire du Corps<sup>27</sup> », met en évidence trois changements essentiels auxquels l'évolution de la médecine a contribué :

Tout d'abord, le taux de mortalité n'a cessé de diminuer depuis la fin de la deuxième Guerre Mondiale, de même que l'espérance de vie a nettement augmenté. De ce fait, la mort survient « quand on est vieux » et paraît donc être un phénomène lointain. De plus, les causes de la mort ne sont plus les mêmes. Aujourd'hui, il s'agit principalement de maladies chroniques de longue durée. Le corps est donc atteint et se dégrade petit à petit. « [...] désormais, mourir prend du temps<sup>28</sup> ». Toutefois, comme le souligne Martin Bungener<sup>29</sup>, l'augmentation de personnes dépendantes a amené un transfert des soins professionnels à la charge du malade ou de sa famille. Cela a deux effets : premièrement, chacun est confronté au vieillissement de l'un de ses proches, voire interagit dans les soins qui lui sont nécessaires. De ce fait, la vision de sa propre vieillesse en est chamboulée.

---

<sup>27</sup> CORBIN, Alain. COURTINE, Jean-Jacques. VIGARELLO, Georges. « *Histoire du corps* ». Tome 1 et 3. Paris : Editions du Seuil, janvier 2005-2006.

<sup>28</sup> CASTRA, Michel. Op.cit., p. 24

<sup>29</sup> BUNGENER, Martin. « Une gestion des corps malades et vieillissants ». In : FASSIN, Didier. MEMMI, Dominique. « *Le Gouvernement des corps* ». Paris : Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 2004, pages 109 à 134

Deuxièmement, le développement des soins apportés par les familles tend à permettre de mourir à domicile.

Ensuite, la convalescence est raccourcie au maximum, ne laissant plus de temps à ce processus pourtant essentiel. Nous n'écoutons plus notre corps, notre organisme. Soudain, lorsque le diagnostic ne peut être posé ou que la maladie est inconnue ou considérée comme grave, nous sommes confrontés à une peur que nous ne connaissons pas. Nous n'avons plus aucune emprise sur notre corps.

Enfin, la population est de plus en plus médicalisée. Des maux comme la migraine, les infections urinaires, les coupures nécessitant 1 ou 2 points de suture... sont banalisés et souvent traité en automédication. La plupart des maladies sont devenues « publiques » : infarctus, diabète, cancer,... tout le monde en connaît quelques symptômes, ainsi que les causes et souvent même une partie du traitement.

Face à ces évolutions, la médecine s'est développée et divisée en de nombreuses spécialisations, afin de répondre au mieux aux maladies émergentes. Cependant, cela a eu comme effet que la médecine tende à traiter une partie spécifique du corps plutôt que le malade lui-même, entraînant alors certains risques tels que l'acharnement thérapeutique. Puis cette tendance s'est à nouveau inversée, le patient étant alors remis au centre : Michel Castra, tout comme Dominique Memmi, parle d'individualisation, par « la reconnaissance et la valorisation de la subjectivité du malade mourant », souhaitant que celui-ci s'exprime et partage ce qu'il vit et ressent.

### **Par rapport aux avancées technologiques et scientifiques**

Enfin, le développement et l'apparition d'un confort toujours plus élaboré joue également sur cette perception que l'on peut avoir du corps. Tout d'abord, l'accès à l'hygiène se généralise et inscrit par là même de nouvelles normes.

Aujourd'hui, nous devons prendre soin de notre corps, par l'application de cosmétiques, les séances de massages, le sport,... C'est également devenu une véritable source de plaisir.

La société a ainsi recherché à s'approprier le corps, à l'individualiser. En même temps, on a voulu tout libérer, dont la sexualité. Les normes de pudeur ont changé et les corps sont exposés.

Toutefois, il semblerait qu'une partie de cette société veuille y remettre des limites, les questions survenant ne touchant plus seulement à l'apparence, mais à l'intégrité même du corps. Certaines normes ne nous apparaissent plus clairement et nous pouvons nous sentir déstabilisé par cela. Des questions de choix de la vie, et de fin de vie, résonnent sans trouver vraiment de compromis.

### 3.3.1. La gouvernance des corps

Dans deux de ses ouvrages<sup>30</sup>, Dominique Memmi associe l'évolution de la perception du corps et des questions liées à la fin de vie avec l'Etat et l'évolution de son rôle. Elle parle alors de « gouvernance des corps ».

Par la régulation de la contraception, de l'avortement ou encore de la procréation assistée, l'Etat a profondément transformé la gestion publique des décisions individuelles concernant le début et la fin de la vie. Alors qu'il interdisait et punissait, il change radicalement de casquette et de rôle : aujourd'hui, il surveille, régule les excès, et délègue à chacun le contrôle de ses propres conduites. Chaque décision nécessite un échange de parole, qui permet la surveillance et le contrôle du motif et des motivations. De plus, le système économique peut également exercer une influence sur la gestion individuelle des corps, avec par exemple un système de remboursement qui, par ses critères, va avoir un effet de régulation. « [...] on peut aujourd'hui faire beaucoup de choses de son propre corps quand il s'agit du début ou de la fin de vie. A une condition, toujours la même : se présenter devant un médecin. [...] Il vous demande de vous asseoir et de parler de votre état, de votre demande et, souvent, de ses raisons. [...] un certain mode de gouvernement des conduites sociales, un gouvernement par la parole. Il s'agit, apparemment, d'énoncer à la demande du praticien quelques bonnes « raisons » de la pratique, de produire de manière consensuelle des argumentaires sur lesquels on peut s'accorder.<sup>31</sup> ». Toutefois, c'est le médecin qui a le pouvoir de décision final.

Concernant plus spécifiquement la fin de vie et l'assistance au décès, l'auteur souligne qu'on attend aujourd'hui du patient qu'il puisse prendre du recul, peser le pour et le contre, alors qu'il s'agit de questions dont dépend sa survie. « C'est un sujet autocontrôlé et capable de rationalisation au sens de capacité à faire prévaloir « les projets à long terme sur les réactions affectives immédiates » dans des circonstances où sa chair, voire sa survie, sont en cause<sup>32</sup> ». Les associations ont alors pour but de tenir compte de la vision du patient de ce qu'est une bonne mort.

## 3.4. L'opinion publique

---

La pratique de l'assistance au suicide étant fortement médiatisée, la population est amenée à s'interroger sur cette problématique. Pour percevoir les enjeux autour de ce débat, il est nécessaire de se familiariser avec la notion d'opinion publique et de mieux comprendre d'une part comment elle se construit et d'autre part quel est son rôle en termes de politisation d'un problème social.

---

<sup>30</sup> FASSIN, Didier. MEMMI, Dominique. « *Le gouvernement des corps* ». Op.cit.

Et « Faire vivre et laisser mourir – le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort ».

<sup>31</sup> Ibid, p. 8

<sup>32</sup> MEMMI, Dominique. « Administrer une malade sensible – Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort ». In : « *Le gouvernement des corps* ». Op.cit., page 141



### 3.4.1. Définitions

L'ensemble des auteurs consultés s'accorde sur le fait qu'il est difficile de donner une définition unanime de ce qu'est l'opinion publique. En voici quelques-unes :

Opinion : « *n.f. (lat. opinio). 1. Jugement, avis émis sur un sujet. Se forger une opinion après un débat.*<sup>33</sup> »

Public : « *adj. (lat. publicus). 1. Qui concerne la collectivité dans son ensemble ou qui en émane. Opinion publique.*<sup>34</sup> »

Opinion publique : « *la manière de penser la plus répandue dans une société, celle de la majorité du corps social ; cette majorité.*<sup>35</sup> »

« *résultat de l'interaction entre les individus et leur environnement social.*<sup>36</sup> »

« *opinion qui peut être exprimée en public sans risque de sanctions, et sur laquelle peut s'appuyer l'action menée en public.*<sup>37</sup> »

Dans l'ouvrage « L'opinion publique », Nicole d'Almeida donne trois sens à l'adjectif « public » :

« *Le caractère public de l'opinion renvoie à la publicisation des opinions qui ne sont plus l'affaire du seul for intérieur, qui ne circulent plus sous le manteau mais se mettent en circulation, en visibilité et en confrontation grâce à un système de presse dont la croissance est alors exponentielle. Le caractère public de l'opinion signifie en un second sens une volonté de rompre avec le secret des décisions et des affaires du monde, par suite une volonté de les comprendre et d'intervenir sur leur cours. Enfin, le troisième sens de l'adjectif public nous renvoie à une communauté réelle ou supposée, à une opinion en commun : exposée, reçue, discutée, disputés. Le monde devient jugeable par tout un chacun, liberté est donnée à chacun d'exercer sa raison et d'exprimer son opinion.*<sup>38</sup> »

### 3.4.2. Processus de formation de l'opinion publique

La notion d'opinion publique fait son apparition au XVIII<sup>e</sup> siècle. Elle est l'instance du jugement social et va conduire à la démocratie.

Elisabeth Noëlle-Neumann<sup>39</sup> explique que ce sont les conventions sociales, les coutumes et les normes, ainsi que les questions politiques qui sont susceptibles d'amener des prises de position

---

<sup>33</sup> LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ. 2005. P. 757

<sup>34</sup> Ibid, p. 877

<sup>35</sup> Ibid, p. 757

<sup>36</sup> NOELLE-NEUMANN, Elisabeth. « L'opinion publique entre apathie et mobilisation : la spirale du silence ». p. 91 à 102. In : ALMEIDA, Nicole D'. « *L'opinion publique* ». Paris : CNRS Editions, 2009. P.91

<sup>37</sup> Ibid, p. 94

<sup>38</sup> D'ALMEIDA, Nicole. Op.cit., p. 8

<sup>39</sup> NOELLE-NEUMANN, Elisabeth. « L'opinion publique entre apathie et mobilisation : la spirale du silence ». Op.cit.

publiques. Lorsque plusieurs opinions différentes, sur un même sujet, sont exprimées, c'est l'opinion la plus partagée qui, généralement s'affirme le plus, les autres devenant peu à peu moins visibles. L'individu, par peur de l'isolement, va adapter ces convictions en conséquence. Cependant, il n'est pas possible d'affirmer que les médias ont une influence sur l'opinion, bien que ce soit par leur intermédiaire que l'individu va s'informer sur son environnement.

Toutefois, comme le relève notamment Benjamin Ginsberg, « *la volonté du peuple est devenue la norme suprême d'évaluation de l'action des gouvernements contemporains*<sup>40</sup> ». Pour cela, des techniques afin de connaître au mieux l'opinion publique sont apparues, dont principalement les sondages. Il est important de noter que ces derniers ont acquis une grande valeur, de par leur caractère scientifique. Pourtant, la méthode de mesures influe directement sur l'opinion, laquelle sera alors forcément modifiée. De plus, le sondage ayant aujourd'hui un intérêt commercial certain, les priorités du public et celles émises par les sondages peuvent varier fortement. En effet, les questions, et surtout les alternatives proposées, sont définies d'avance par l'institut chargé de l'enquête. Cela a comme effet de réduire, au regard du public, les possibilités, notamment politiques, pourtant réalisables. Ainsi, l'agenda public de l'opinion, tout comme l'agenda politique, peut s'en trouver modifié. « *Avant tout, les sondages disent aux gouvernements – et aux autres commanditaires – ce qu'ils aimeraient connaître sur les opinions des citoyens, davantage qu'ils n'offrent aux gouvernements les opinions que les citoyens voudraient leur voir connaître.*<sup>41</sup> »

### 3.5. L'espace public

---

Dans l'ouvrage « l'espace public », M. Eric Dacheux s'inspire des travaux d'Habermas, d'Arendt et de Sennett pour définir l'espace public comme :

1. « **Le lieu de légitimation du politique.** C'est par l'espace public que les citoyens ont accès aux informations politiques, qu'ils peuvent débattre et se forger une opinion et qu'ils choisissent les personnes qui exerceront le pouvoir politique. C'est par l'espace public que les citoyens se sentent non seulement destinataires du droit, mais aussi auteurs de ce droit.
2. **Le fondement de la communauté politique.** L'espace public est un espace symbolique qui permet de relier entre eux des individus appartenant à des communautés ethniques ou religieuses diverses afin de former une communauté politique commune.
3. **Une scène d'apparition du politique.** C'est sur l'espace public que les acteurs politiques se mettent en scène et où les problèmes publics deviennent visibles et sensibles.<sup>42</sup> »

Dans le cadre du débat sur l'assistance au suicide, un consensus sur les questions pratiques et politiques semble difficile. En effet, les questions politiques discutées dans l'espace public doivent

---

<sup>40</sup> GINSBERG, Benjamin. « La transformation de l'opinion publique par les sondages ». In : ALMEIDA, Nicole D'. « *L'opinion publique* ». Paris : CNRS Editions, 2009, p.69

<sup>41</sup> Ibid, p. 87

<sup>42</sup> DACHEUX, Eric. « Présentation générale – L'espace public : un concept clef de la démocratie ». In : « *L'espace public* ». Paris : CNRS Editions, 2008, p. 19

déboucher sur une proposition répondant aux intérêts des différentes personnes concernées, ce qui n'est pas le cas actuellement dans ce débat-ci.

Pour que l'opinion publique puisse se former, il est nécessaire qu'un consensus des discussions publiques puisse être trouvé. Or, actuellement, l'espace public est avant tout occupé par différents arguments individuels mis côte à côte.

Ainsi, l'espace public ne peut remplir son rôle de médiateur entre l'Etat et la société.

### **3.5.1. Processus de politisation**

Le débat lié à l'assistance au décès semble, au vu des éléments théoriques ci-dessus, être un sujet sensible et personnel. Le fait qu'il soit traité régulièrement au travers des médias peut amener la population à s'interroger sur ces pratiques et à attendre une réponse, notamment de l'Etat. Ce concept permet de mieux comprendre le processus de politisation d'un problème social.

Une question sensible répond à trois critères : la sensibilité sociale, qui touche à des intérêts sociaux, la sensibilité collective, qui touche un large public et la sensibilité construite, qui touche à la visibilité et l'activation de la problématique existante par des acteurs sociaux.

La question sensible naît soit d'une situation de menace, de risque, de péril ou d'incertitude, soit parce qu'elle touche à des biens tels que la vie, la santé,..., ou des valeurs, considérés comme essentielles. La société actuelle cherche à être protégée de tout, ce qui explique l'évolution de la sensibilité sociale.

Jacques Chevallier explique le processus de politisation par la sensibilité des questions et enjeux sociaux et politiques. En effet, une demande sociale envers l'Etat découle d'un différend entre les besoins et les désirs de la société, lié à un problème social existant. Les autorités politiques sont alors sollicitées pour répondre à cette insatisfaction.

La question sensible deviendra un enjeu social par la mobilisation des acteurs sociaux qui, par leurs actions, vont problématiser cette question afin qu'elle soit traitée politiquement. Toutefois, pour que cet enjeu s'inscrive dans l'agenda politique, il doit répondre à la logique et s'inscrire dans le champ du débat et des controverses politiques.

L'auteur relève différents effets liés à cette logique :

- « effet de censure (exclusion des questions considérées comme ne relevant pas du ressort des autorités politiques) ;
- effet de refoulement (élimination des problèmes jugés trop coûteux ou peu rentables politiquement) ;
- effet de décantation (sélection et hiérarchisation des priorités) ;
- effet d'activation (mobilisation des groupes d'intérêt) ;
- effet de torsion (modification de la consistance de la demande sociale). »

L'importance du problème, pour différents secteurs de la société, aura un impact direct sur sa politisation. De plus, le débat se déroule sous le regard de l'opinion par l'intermédiaire des médias, et amène parfois la constitution de mouvements sociaux, tels que des associations.

Autrement dit, c'est la sensibilité sociale qui déterminera en partie l'inscription sur agenda politique d'un problème social. Les partis politiques, acteurs essentiels dans la politisation de problèmes sociaux, vont alors s'intéresser au problème et proposer leur solution. Toutefois, ils peuvent aussi choisir de « dépolitiser » la question sensible si celle-ci paraît trop délicate pour devenir un enjeu politique. La problématique n'est pas censurée pour autant et sera inscrite dans l'agenda politique, mais pas sous la forme d'enjeu, limitant alors le débat.

A l'inverse, certains partis s'en saisiront afin de marquer leur différence.

### 3.6. Le travail quotidien des médias : l'exemple du Nouvelliste

---

Le suicide assisté a régulièrement été traité par les médias romands ces dernières années et le débat semble ainsi avoir pris place dans l'espace public.

Souhaitant travailler en partie sur la base d'articles de presse, il est essentiel de comprendre comment fonctionne un journal et le contexte dans lequel sont écrits ces articles, ainsi que les enjeux et contraintes auxquels le journaliste est confronté. Après quelques lectures théoriques, je me suis rendue au Nouvelliste, quotidien valaisan, afin d'y passer une journée et assister à la construction de la prochaine édition.

Les médias ont toujours eu le rôle d'informer, et de manière de plus en plus abondante avec le développement des nouvelles technologies. Ces dernières ont toutefois amené un bouleversement essentiel dans la transmission des informations et la manière de les traiter. Trois éléments essentiels sont à relever :

- L'évolution de la communication et principalement l'arrivée d'internet et du satellite permet aujourd'hui à la population d'être informée en temps réel, comme par exemple lors des attentats du 11 septembre 2001.
- L'utilisation systématique de l'image en appelle directement aux émotions ; qu'il s'agisse de photographies dans la presse écrite ou de reportages télévisuels, le regard du lecteur est automatiquement attiré par l'image.
- L'apparition de journaux gratuits montre également un tournant dans le travail journalistique effectué : ceux-ci donnent un maximum d'informations, mais sous forme très brève, relatant généralement le fait à l'état brut, sans le situer dans un contexte.

Le Nouvelliste étant un journal cantonal, il a pour objectif de couvrir les événements du canton et pour rôle d'informer d'un fait, et non de mener une enquête. Un article sera rarement spontané, mais

découlera de l'actualité ou répondra à une sollicitation. Les sources pour le choix et la rédaction des articles sont donc principalement les conférences de presse, données par les organisateurs d'une manifestation, d'un événement, les partis politiques et les communiqués de la police. De plus, chaque journaliste a son réseau et les acteurs du canton vont les solliciter car ils savent qui couvre tel ou tel sujet. En effet, en plus des rédactions locales, les articles sont répartis selon la spécialisation du journaliste, par exemple la politique.

Un critère essentiel pour le choix d'un article est l'intérêt du lecteur. Il est important de pouvoir nommer le problème et amener une conclusion, ainsi que d'être en mesure de donner des chiffres. Il est nécessaire de trouver quel angle va être intéressant pour la majorité du lectorat. Le deuxième critère est le lien avec le Valais. Dans le cadre de l'assistance au suicide, le Nouvelliste abordera cette question en fonction de l'enjeu politique. De plus, le journal travaille beaucoup avec l'interview et il est difficile dans le contexte de la santé et du social, de rendre une information sans jugement.

D'autre part, il est important de préciser que le journaliste d'un quotidien ne dispose généralement que de quelques heures pour rédiger un article, ce qui laisse peu de temps pour des recherches ou pour contacter un interlocuteur susceptible d'apporter des compléments d'informations.

M. Vincent Pellegrini, rédacteur en chef adjoint, explique également que le lectorat a beaucoup évolué. Ainsi, les sujets trop longs, ou philosophiques, ont perdu leur intérêt. Selon lui, il n'y a plus de vrai débat, remplacé par l'émotionnel.

Finalement, il est important de relever qu'il existe une charte intitulée « La déclaration des devoirs et des droits du/de la journaliste » qui a été établie par la Fondation Conseil Suisse de la Presse. Elle a été adoptée par les éditeurs, est admise par la profession et représente le minimum éthique pour la convention collective en Suisse Romande. Ce document doit être approuvé pour obtenir une carte de presse. D'autre part, le Nouvelliste répond à une charte chrétienne interne.

## 4. Hypothèses de recherche

---

Les concepts théoriques développés ci-dessus m'ont permis de définir trois hypothèses principales, touchant directement le corps, le rôle de la médecine et enfin le rôle de la presse écrite.

### H1

Les différents acteurs abordent principalement la problématique sous l'angle de trois catégories : l'autonomie, la dignité et la souffrance.

- a) Leur position diverge, empêchant une vision partagée de l'autonomie et de la dignité.
- b) Tous les discours convergent pour reconnaître l'immoralité de la souffrance.

### H2

Le débat sur l'assistance au décès questionne le rôle de la médecine.

- a) Les associations critiquent le pouvoir de la médecine sur la gestion de la fin de vie.
- b) Les discours médicaux relèvent la difficulté de la médecine à assumer ce pouvoir de donner la mort.

### H3

L'espace public, ici espace médiatique de la presse écrite, est dominé par le discours des associations

- a) Les témoignages sont privilégiés.
- b) Les discours complexes sont écartés.

# 5. Méthodologie

---

## 5.1. Présentation du terrain d'enquête

---

Comprendre comment le débat lié à l'aide au suicide se construit et prend forme dans l'espace public n'est pas chose facile. En effet, comme le montrent les différents concepts présentés, la question est sensible et ouverte à différentes interprétations. De plus, comme souligné dès le début de ce travail de recherche, la problématique générale posée par l'aide au suicide actuellement en Suisse débouche également sur d'autres pratiques controversées et de nouveaux débats, comme par exemple le tourisme de la mort. C'est pour cette raison que j'ai avant toute chose prit le parti de ne pas aborder les autres problématiques, mais effectivement de me centrer, dans mon analyse, sur le débat plus général et le questionnement de la pratique elle-même.

Différents acteurs, présentés en première partie, aussi bien des champs sociaux et politiques, sont directement ou indirectement impliqués dans ce débat ; soit par leur rôle et fonction, tels les associations ou les médecins ; soit par les différents aspects liés à cette pratique, c'est-à-dire les questions liées au corps, à la mort, à l'éthique..., tels que les représentants des différentes religions ou la commission nationale d'éthique.

Chacun a, de différentes manières, exprimé une prise de position concernant l'assistance au décès. Afin de tenter de répondre en partie à la question de recherche, et de vérifier les hypothèses 1 et 2, ce travail propose d'analyser le discours de ces différents acteurs. Dans un deuxième temps, et dans l'optique d'une part de comprendre plus précisément comment ce débat s'est installé dans l'espace public et, d'autre part, de vérifier la troisième hypothèse émise dans ce travail, l'analyse portera sur différents articles de presse traitant cette problématique.

## 5.2. Présentation de l'échantillon

---

### 5.2.1. Première analyse<sup>43</sup>

Positionnement et arguments de l'association Exit A.D.M.D Suisse Romande

Sur son site internet<sup>44</sup>, l'association a publié à l'occasion de ses 25 ans d'existence, une brochure intitulée « 1982-2007 – 25 ans d'engagement pour le droit de mourir dans la dignité<sup>45</sup> ». Mme Elke M.

---

<sup>43</sup>En tant qu'éditrice d'un code de déontologie de l'activité médicale, la Fédération des Médecins Suisses s'est évidemment positionnée sur la question de l'assistance au décès. Cependant, elle se réfère principalement à l'art. 17 de son code de déontologie ainsi qu'aux directives de l'ASSM. C'est pourquoi je n'analyserai aucun positionnement émanant directement de la FMH.

De même, l'OFSP ne se positionne pas directement sur la question de l'assistance au suicide.

<sup>45</sup> EXIT A.D.M.D SUISSE ROMANDE. « 1982-2007 – 25 ans d'engagement pour le droit de mourir dans la dignité ». Bulletin Edition spéciale. Genève : Février 2007.

Baezner-Sailer, Présidente de la Fédération européenne des associations pour le droit de mourir dans la dignité, y a rédigé un article, « Fin de vie et droit à l'autodétermination : un mouvement international. »

#### Positionnement de l'Eglise Protestante

La Fédération des Eglises Protestantes de Suisse a émit en 2007 un positionnement, du fait que « de graves décisions doivent être prises en fin de vie » et que « la mort fait partie de la vie ». Ainsi, elle souhaite inviter le lecteur à s'interroger sur ces questions, en proposant notamment de confronter l'idée de libérer un malade de ses souffrances ou celle de répondre au devoir de protection de la vie et d'assistance. L'analyse portera sur le chapitre 4 « Eléments d'orientation et d'appréciation théologico-éthiques<sup>46</sup> ».

#### Positionnement de l'Association Suisse des Sciences Médicales

La Commission Centrale d'Ethique a émit un document intitulé « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie<sup>47</sup> » dans lequel elle définit le droit à l'auto-détermination mais surtout les limites de l'activité médicale.

#### Positionnement du Conseil Fédéral

Aucun positionnement concernant la pratique elle-même de l'assistance au décès n'a été émis. Tous sont directement liés au risque d'abus qu'offre la loi actuelle. C'est pourquoi j'ai pris le parti de ne pas faire d'analyse dans ce sens. Toutefois, un rapport<sup>48</sup> est paru en mai 2009 concernant la nécessité d'une nouvelle réglementation fédérale et il est essentiel que j'en tienne compte dans ce travail, principalement dans la synthèse des résultats.

#### Positionnement de la Commission Nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine

En 2005, la CNE a publié un important rapport intitulé « L'assistance au suicide<sup>49</sup> ». Celui-ci traite de la situation juridique actuelle, offre une perspective générale du suicide et relate le débat autour de l'article 115 du Code Pénal Suisse. Cependant, il s'agira d'analyser le positionnement de la CNE elle-même, c'est-à-dire les recommandations émises suite à la réflexion menée par la Commission, en excluant les cas particuliers et en me centrant uniquement sur la pratique générale de l'assistance au décès, soit les pages 64 et 65.

---

<sup>46</sup> FEDERATION DES EGLISES PROTESTANTES DE SUISSE FEPS. « Eléments d'orientation et d'appréciation théologico-éthiques. » In : « *Vivre la mort – Un regard protestant sur les décisions en fin de vie* ». Position 9 : Uetendorf, 2007, p. 20-24

<sup>47</sup> ASSOCIATION SUISSE DES SCIENCES MEDICALES. « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie – Directives médico-éthiques de l'ASSM ». Bâle, 2004

<sup>49</sup> COMMISSION NATIONALE D'ETHIQUE. « *L'assistance au suicide* ». Berne, 2005.



Le corpus présenté ci-dessus est principalement constitué de documents conséquents, à travers lesquels les acteurs ont utilisé une démarche réflexive qui tient compte d'un historique, de contextes, de questionnements éthiques, ...

C'est pourquoi il a fallu dans un premier temps réduire le cadre d'analyse, en me centrant uniquement sur le positionnement de chacun, sachant qu'il tient compte de cette démarche contextuelle. De plus, j'ai choisi de ne retenir que les arguments liés aux catégories définies par la construction des hypothèses.

### 5.2.2. Deuxième analyse

Comme démontré dans les concepts précédemment approfondis, les médias jouent un rôle important aussi bien pour la création d'espace public que pour l'inscription sur l'agenda politique de certaines problématiques sociales. Pour cette raison, j'ai choisi d'analyser des articles de presse, dans le but de répondre à l'objet de recherche et de vérifier la troisième hypothèse.

L'émission de Temps Présent intitulée « Le Choix de Jean » et diffusée en mars 2005 sur la Télévision Suisse Romande avait alors retenu toute mon attention. Ce reportage montrait les derniers jours de M. Jean Aebicher, qui, en raison d'une maladie incurable, avait choisi de faire appel à Exit ADMD. Cette émission avait provoqué diverses réactions, amenant notamment la TSR à ouvrir le débat à deux reprises dans le cadre de l'émission Infrarouge. Pour ces différentes raisons, j'ai donc choisi d'effectuer l'analyse d'articles de presse parus à la suite de cette émission, jusqu'à ce jour, c'est-à-dire novembre 2009.

Pour définir mon échantillon, j'ai tout d'abord établi une liste des principaux journaux suisses romands en les classant selon leur distribution géographique, les sujets proposés ainsi que leur (im)partialité ou éventuelle appartenance. De plus, la période à analyser se situant sur plus de quatre ans, j'ai décidé de ne sélectionner que trois journaux pour la constitution du corpus. Enfin, j'ai opté pour un hebdomadaire et deux quotidiens, compte tenu de la différence importante de temps dont disposent les journalistes pour rédiger un article de fond en fonction des délais de parution.

Mon premier choix s'est donc porté sur l'Hebdo, largement représenté en Suisse romande. Deuxièmement, étant valaisanne et connaissant la présence dans ce canton du Nouvelliste, quotidien conservateur, il me semblait intéressant de l'inclure. Finalement, la liste des différents journaux m'a permis de sélectionner le Temps, principal journal romand proposant des articles de fonds développés.

## 5.3. Pour une méthode quantitative et qualitative

---

Afin de pouvoir répondre à l'objet de recherche et aux hypothèses qui en découlent, il est essentiel de découper le discours des différents acteurs selon les catégories mises en évidence lors de la construction des hypothèses, c'est-à-dire les notions de dignité, de souffrance et d'autonomie.

L'approche quantitative<sup>50</sup> permet de vérifier si ces trois premières catégories sont effectivement présentes dans les discours analysés, ainsi que d'en mesurer la priorité, par le nombre de fois où elles apparaissent.

L'approche qualitative<sup>51</sup> permet quand à elle de comprendre pourquoi, alors que la même importance semble être accordée à chacune de ces notions, la vision des différents acteurs n'est pas partagée et leurs positionnements divergent. Ainsi, en mettant en évidence les différences linguistiques, je serai en mesure d'entreprendre une démarche déductive dans le but d'identifier les valeurs dominantes pour chacun.

Dans le cadre de la deuxième hypothèse, il s'agit également d'une démarche qualitative, permettant de vérifier comment l'association Exit ADMD perçoit le rôle de la médecine d'une part, et comment les discours médicaux se positionnent face au rôle qui leur incombe dans l'accompagnement au suicide d'autre part. De plus, y intégrer une démarche quantitative permettra de mettre en avant l'importance que ce questionnement peut prendre dans le débat.

Enfin, la deuxième partie de ce travail d'analyse étant basé sur des articles de presse, il s'agira de classer de manière qualitative et quantitative les discours proposés par les médias écrits.

## 5.4. Outils et étapes de récolte des données

---

### 5.4.1. Construction des grilles d'analyses<sup>52</sup>

#### *Hypothèse 1 – Les différents acteurs abordent principalement la problématique sous l'angle de trois catégories : l'autonomie, la dignité et la souffrance*

Trois catégories sont identifiées : L'autonomie, la dignité et la souffrance. Afin de répondre au mieux aux hypothèses, il paraît essentiel de mettre en évidence dans quelle mesure ces notions sont présentes dans le discours de chaque acteur. Pour cela, j'ai élaboré un tableau pour chaque catégorie, selon le même processus : en marge, les différents acteurs, au centre, la phrase et le contexte dans lesquels les notions apparaissent, puis enfin le nombre total de fois où chacune apparaît pour chaque discours.

Toutefois, les différents acteurs de ce débat utilisent divers termes qui entrent dans chaque catégorie. C'est pourquoi il a été nécessaire, dans un premier temps, d'identifier lesdites notions utilisées et définir si elles rejoignent une de ces trois catégories.

---

<sup>50</sup> CAMPENHOUDT, Luc Van. QUIVY, Raymond. « Manuel de recherche en sciences sociales. » Paris : Dunod 2009. 256p

<sup>51</sup> Op. cit.

<sup>52</sup> Annexes 11.1 – Grilles de récolte des données

## ***Hypothèse 2 – Le débat sur l’assistance au décès questionne le rôle de la médecine.***

La construction de cette seconde grille d’analyse a été établie selon la même logique que les premières. Il a en effet été nécessaire de définir préalablement quels mots seraient retenus ainsi que le cadre dans lequel ils s’inséreraient.

L’objectif étant d’analyser le discours de chacun par rapport au rôle de la médecine, j’ai dans un premier temps opté pour les différents termes se rapportant au champ médical : médecin, traitements, soins, fonctions vitales,... Toutefois, j’ai là aussi fait le choix de relever la phrase, et non uniquement le mot, afin de pouvoir définir un cadre contextuel déterminant si effectivement le terme est utilisé en regard du rôle des médecins. Cette grille a ainsi pris la même forme que les précédentes : en marge, les différents acteurs, au centre, la phrase et le contexte dans lesquels elle s’insère, puis enfin le nombre de fois où le rôle de la médecine est prit en considération dans l’extrait analysé.

## ***Hypothèse 3 - L’espace public, ici espace médiatique de la presse écrite, est dominé par le discours des associations***

Pour construire cette troisième grille d’analyse, j’ai dû définir les catégories nécessaires à la classification des messages relevés dans les articles de presse. Pour cela, j’ai établi une liste des éléments importants me permettant une analyse pertinente, compte tenu de ma question de recherche et de mes hypothèses. Ainsi, j’ai identifié les points suivants :

Type d'article	Sous quelle forme se présente-t-il ? <ul style="list-style-type: none"><li>• Interview</li><li>• Reportage</li><li>• Témoignage</li><li>• Article</li></ul>
Cause de l'article	De quoi découle-t-il ? De quel événement ? <ul style="list-style-type: none"><li>• Cas individuel</li><li>• Fait divers</li><li>• Décision de justice – Projet de loi</li><li>• Emission de télévision</li><li>• Complément d'information</li><li>• Publication d'un rapport par l'un des acteurs</li></ul>
Problématique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pratique générale</li><li>• Questions légales</li><li>• Autres dérives</li><li>• Rôle de la médecine</li></ul>
Acteur cité	Quel acteur est cité dans l'article, à quel champ appartient-il ?

Acteur interrogé	Quel acteur est interrogé, à quel champ appartient-il ?
Exemple	L'article donne-t-il des exemples concrets au lecteur ?

Les articles de presse étant de nos jours archivés sur internet, je n'ai malheureusement pu tenir compte de critères tels que la place dans le journal ou encore l'illustration ou non de l'article par une image. Ne pouvant apporter de résultats complets et fiables du point de vue de la structure de l'article, j'ai finalement choisi de ne pas en tenir compte dans le cadre de cette analyse.

#### 5.4.2. Evaluation du dispositif

Les deux premiers discours analysés ont permis de tester le dispositif. Tout d'abord, la clarté des indicateurs permet de classer chaque argument sans hésitation dans les différentes catégories. De plus, cette première étape permet l'émergence d'éléments nécessaires à l'analyse et offre des perspectives de réponse.

De la même manière, la grille établie pour l'analyse des articles de presse a constamment été mise en lien avec les hypothèses de recherche, me permettant ainsi d'affiner mes critères, et d'en laisser d'autres qui n'offrent pas de résultats pertinents de côté, tels que la taille du texte.

## 6. Résultats de la recherche

---

Afin de faciliter la lecture des résultats, cette phase d'analyse des données récoltées sera également séparée en deux parties : L'analyse de discours des différents acteurs et l'analyse des articles de presse. Les grilles de récolte de données sont d'abord analysées séparément, puis regroupées pour deux synthèses permettant le lien avec les concepts théoriques.

### 6.1. Première analyse : Le discours des différents acteurs du débat

---

L'analyse portant sur les discours des différents acteurs de ce débat a fait surgir une différence dominante dans les textes analysés, pourtant essentielle, mais invisible jusqu'à cette étape de ma recherche. Avant même la divergence de sens donné aux termes employés, c'est avant tout le mot utilisé qui diffère.

En effet, alors que, par exemple, l'association Exit ADMD utilise principalement les termes « auto-détermination » et « dignité », l'Association Suisse des Sciences Médicales emploie quasi-exclusivement les mots « volonté » et « qualité de vie ».

Afin de vérifier si effectivement, selon l'hypothèse 1A, leur position divergente ne permet pas une vision partagée de l'autonomie et de la dignité, il paraît primordial de porter à cette analyse une

importance qualitative quand au choix des mots, leur signification, et leur contexte pour chacun des acteurs.

### **6.1.1. Résultat 1 : L'autonomie**

Dans le cadre du document analysé, l'association Exit ADMD semble définir l'autodétermination selon deux critères. En donnant comme définition que « l'autodétermination, c'est le droit de l'homme à mener sa vie de façon autonome, tout en respectant scrupuleusement les limites de notre propre liberté, que nous dicte la responsabilité de nos actes par rapport aux effets sur les autres. Il n'y a pas de liberté sans responsabilité », l'auteur met en avant les notions d'autonomie et de droit. Ainsi, elle revendique le droit de chacun à se déterminer lui-même. Elle se place du point de vue du mourant. Dans son argumentation, elle ne semble pas tenir compte de la position des médecins, bien qu'elle inclue dans sa définition de l'autodétermination les notions de responsabilité, d'effets sur les autres, ...

L'Association Suisse des Sciences Médicales définit l'autonomie en soulignant l'importance de respecter au plus près la volonté du patient. Toutefois, en se plaçant du point de vue des médecins, elle donne la priorité aux valeurs morales et à la déontologie incombant au praticien. De plus, le terme volonté est directement lié aux décisions touchant la suite du traitement médical ou aux choix s'offrant au patient quand aux différents types de prise en charge qui s'ouvrent à lui, et non à la question du « comment mourir ».

L'Eglise Protestante se positionne en acteur « neutre » et met en avant l'autonomie du patient et des médecins. Le vocabulaire utilisé est beaucoup plus varié, puisque les termes liberté, contrôle, choix, décision,... sont mis en avant. L'accent est mis sur le caractère personnel de chaque situation.

Enfin, la Commission Nationale d'Ethique utilise elle aussi majoritairement le terme « autodétermination », complété par la notion de « liberté ». Là-aussi, la conclusion insiste sur l'importance de ne pas donner un caractère obligatoire à l'accompagnement au suicide, mais bien de respecter tout autant l'autonomie du patient que celle du médecin.

La première lecture de ces résultats d'analyse permet de définir trois catégories d'acteurs dans ce débat. Tout d'abord, ceux qui sont directement touchés par la pratique de l'assistance au suicide, à savoir les associations et les médecins, et qui ont une position tranchée et un vocabulaire précis lié directement à cette position. Ensuite les acteurs qui émettent un avis, en parvenant à aborder la problématique sous l'angle des différents protagonistes et en tenant compte des valeurs de chacun d'entre eux.

D'un point de vue quantitatif, si l'on tient compte de la différence dans la taille des textes analysés, on peut noter que la notion d'autonomie occupe une place quasi identique dans chacun des discours :

Acteur	Fréquence
Association Exit A.D.M.D	17
Association Suisse des Sciences Médicales	18
Eglise protestante	9
Commission Nationale d’Ethique	10

### 6.1.2. Résultat 2 : La dignité

L'Association Exit ADMD utilise principalement le terme dignité, qui, tout comme le mot autodétermination, est très présent dans le texte analysé. Ces deux notions semblent ainsi avoir beaucoup d'importance pour ce protagoniste. D'ailleurs, elles sont souvent directement liées, dans la phrase et dans le contexte. Mourir dans la dignité, c'est permettre au patient « d'abréger soi-même les fonctions vitales en l'absence de critère qui, subjectivement, déterminent la qualité de cette vie ». Dans son utilisation de cet argument, l'association semble donc penser que, pour certaines personnes, mourir à travers un suicide assisté est plus digne que de subir les dégradations aussi bien du corps que de l'esprit qui peuvent survenir lors d'une longue maladie souvent mortelle.

Pour l'Association Suisse des Sciences Médicales, les réflexions autour de la qualité de vie du patient occupent une place importante dans les décisions médicales et de prise en charge. Dans ses directives, elle ne donne pas d'avis sur l'assistance au suicide en lien avec la qualité de la vie et n'utilise pas le terme de dignité.

L'Eglise Protestante utilise le mot dignité au sens littéraire, en lien avec Dieu. Pour elle, la dignité ne peut être mesurée d'une part, et est immuable, d'autre part. Dans sa prise de position, elle fait toutefois passer la douleur et la souffrance en priorité face à la dignité.

Finalement, la Commission Nationale d’Ethique reprend les termes autodétermination et dignité.

Là encore, cette seconde grille d'analyse met en évidence, au travers de ce vocabulaire différent, la place que prend l'acteur dans son positionnement. L'association Exit ADMD considère la dignité dans le contexte d'une maladie soit elle-même dégénérative, soit dont le traitement est lourd et amoindrit les capacités physiques et/ou mentales du patient. A l'inverse, l'Association Suisse des Sciences Médicales intègre la notion de qualité de la vie dans le processus de soins, en l'occurrence la prise en charge et le traitement du malade, et non dans la perspective de l'accompagnement au décès. Dans le paragraphe consacré à cette pratique, l'ASSM met en lien l'assistance au suicide avec l'activité médicale et la volonté du patient uniquement.

L'analyse quantitative, quand à elle, donne le résultat suivant :

Acteur	Fréquence
Association Exit A.D.M.D	10
Association Suisse des Sciences Médicales	2
Eglise protestante	12
Commission Nationale d’Ethique	2

### 6.1.3. Résultat 3 : La souffrance

Cette troisième grille d’analyse a pour objectif de vérifier l’hypothèse 1B, à savoir si effectivement les différents acteurs se rejoignent pour reconnaître l’immoralité de la souffrance.

Du point de vue du vocabulaire, les termes souffrances et douleurs sont utilisés par chacun, mais semble avoir un sens différent puisqu’utilisé distinctement l’un de l’autre dans la même phrase. C’est le cas notamment pour l’Association Suisse des Sciences Médicales, dans l’exemple suivant : « Le médecin doit soulager les douleurs et souffrances, même si, dans certains cas, cela peut avoir une influence sur la durée de la vie (raccourcissement ou prolongation.<sup>53</sup> ». Avant d’aller plus loin dans l’analyse des résultats, j’ai donc tenu à comprendre quelle est la nuance entre ces deux mots.

Douleur :	« n.f. (lat. dolor). 1. Sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps. Douleur aiguë. <sup>54</sup> »
Souffrance :	« n.f. 1. Fait de souffrir ; douleur morale ou physique <sup>55</sup> . »
Souffrir :	« v.t. [23] (lat. sufferre). 1. Litt. Supporter qqch de pénible ; endurer, subir. Souffrir la faim. <sup>56</sup> »

Dans le texte analysé, l’association Exit ADMD utilise le terme souffrance uniquement dans la phrase suivante : « L’assistance au suicide autant que l’aide à mourir sans souffrances inutiles sont une façon de respecter cette dignité.<sup>57</sup> »

<sup>53</sup> ASSOCIATION SUISSE DES SCIENCES MEDICALES. « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie – Directives médico-éthiques de l’ASSM. » Bâle, 2004. p. 5

<sup>54</sup> LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ. 2005, 100<sup>e</sup> Edition. P. 379

<sup>55</sup> Ibid, p. 998

<sup>56</sup> Ibid, p. 998

<sup>57</sup> BAEZNER-SAILER, Elke M. « Fin de vie et droit à l’autodétermination : un mouvement international ». In :EXIT A.D.M.D SUISSE ROMANDE. « 1982-2007 – 25 ans d’engagement pour le droit de mourir dans la dignité. » Genève : Février 2007. p. 49

Le terme souffrance est donc ici directement lié à la notion de dignité, fortement présente dans le discours de cet acteur. Toutefois, l'adjectif « inutile » qui lui est rattaché me permet de supposer que, dans ce contexte-ci, c'est avant tout la prise en charge médicale qui est visée par cette notion de souffrance du patient, et non le patient directement. De plus, c'est le respect de la dignité qui est abordé et non la notion de dignité elle-même.

Cependant, cet extrait seul ne saurait suffire à reprendre intégralement le positionnement de l'association. Il est donc important de relever que bien que le mot « souffrance » ne soit présent qu'une fois dans le discours analysé, il n'est possible d'affirmer que cet argument ne soit pas essentiel pour Exit ADMD dans le débat sur l'assistance au décès. Ceci d'autant que la notion de dignité, soulignée précédemment dans ce texte, inclut, par des exemples précis, la souffrance comme valeur essentielle représentative de la qualité de la vie.

De son côté, l'Académie Suisse des Sciences Médicales parle constamment de « soulager les douleurs et souffrances [...] »<sup>58</sup>. Elle se positionne clairement du point de vue du devoir médical, et affirme que « La mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide. »

Je suis intriguée par ce premier constat. En effet, alors que l'analyse qualitative devait me permettre de déterminer d'une part la place accordée à la souffrance dans la réflexion des différents acteurs et, d'autre part, le sens que chacun donne à cette notion, j'ai le sentiment d'être dans la phase suivante de mon analyse et de relever les positionnements de chacun par rapport au rôle médical dans la gestion de la fin de vie.

Cela m'amène à me poser la question suivante : bien que la souffrance semble effectivement être une valeur primordiale pour chacun des acteurs, cette notion est-elle réellement intégrée du point de vue du patient ? En d'autres termes, le patient est-il réellement mis au centre de la réflexion lorsqu'il s'agit de débattre sur l'immoralité de la souffrance ? Ou n'est-il pas plutôt question, dans ce contexte, d'utiliser cet argument pour favoriser la solution prônée par chacun et critiquer celle des autres ?

Malheureusement, je ne vais pas être en mesure de répondre à cela, pour différentes raisons. Premièrement, bien que cette hypothèse puisse répondre en partie à ma question de recherche et permettre de mieux comprendre comment le débat sur l'assistance au décès se construit, il serait nécessaire pour obtenir un résultat fiable d'utiliser d'autres outils d'analyse qui, selon moi, n'entrent pas dans le cadre de cette démarche. En effet, l'échantillon défini ne peut me permettre d'intégrer l'intégralité des discours et je ne peux affirmer un quelconque résultat sur la base de ces seuls extraits. L'objectif visé ici est de mettre en évidence une tendance, en vérifiant si les catégories définies par les concepts théoriques et les hypothèses de recherche sont réellement présentes dans le débat. Deuxièmement, si j'avais fait le choix de construire une nouvelle grille d'analyse et d'élargir

---

<sup>58</sup> ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES, Op.cit.



l'échantillon, il aurait été nécessaire d'approfondir de nouveaux concepts théoriques pour être en mesure d'interpréter les résultats obtenus. Toutefois, la quatrième phase d'analyse porte sur la perception, par les principaux acteurs du débat, du rôle de la médecine dans la gestion de la fin de vie. C'est pourquoi ce résultat sera repris dans ce sens.

#### **6.1.4. Résultat 4 : Le rôle de la médecine**

Cette partie de l'analyse a pour objectif de répondre à l'hypothèse 2, c'est-à-dire de mettre en évidence comment le rôle de la médecine est pris en considération par les différents acteurs dans le débat actuel.

Dans le discours d'Exit ADMD, la médecine et le rôle des praticiens y sont clairement questionnés :

Premièrement, l'association souligne que ce sont « les habitants des pays riches, hautement industrialisés disposant d'une bonne infrastructure de soins médicaux de qualité, d'une haute densité de praticiens, de traitements et de médicaments disponibles en abondance, qui réclament le droit de disposer eux-mêmes de leur fin de vie et non la plupart des pays émergents ou du Tiers Monde, où l'espérance de vie ne dépasse souvent pas 40 ou 50 ans.<sup>59</sup> ». Intuitivement, j'interpréterai cela comme une critique envers la médecine, puisque, toujours selon le contexte de cette phrase uniquement, ce sont les personnes qui ont accès relativement facilement aux soins, et qui pourraient donc prolonger leur vie, qui feraient appel à l'assistance au décès.

Deuxièmement, l'extrait suivant affirme que « depuis un demi-siècle, dans ce vide des valeurs et suite aux succès fulgurants des sciences médicales, ce sont les médecins qui ont pris un rôle déterminant dans les décisions de fin de vie. En l'absence de lois claires, ce sont les directives des sociétés médicales, en Suisse de l'Académie des Sciences Médicales, qui se sont substituées à des lois, qui ont, dans un certain sens, même remplacé les prescriptions religieuses.<sup>60</sup> ». Le pouvoir pris au fil des années par la médecine est ici mis en évidence.

Troisièmement, ce pouvoir est questionné au paragraphe suivant, puisque les questions suivantes sont posées : « Mais faut-il vraiment rester « en vie » pour la seule raison qu'il est techniquement devenu possible de repousser les limites de nos fonctions vitales ? Suffit-il de réduire « la vie » aux seules fonctions vitales, à l'existence biologique ? Est-ce cela qu'il faut protéger à tout prix, est-ce une valeur en soi ? Peut-on imposer une obligation de protection des fonctions vitales sans égard pour les valeurs sur lesquelles se fondent nos exigences humaines ?<sup>61</sup> ». La réponse donnée par l'auteur, qui établit sa définition de la vie humaine en tenant compte de sa réflexion préalable autour des notions de dignité, d'autonomie et de respect, est « qu'il n'y a pas de raison de refuser l'aide d'une tierce

---

<sup>59</sup> BAEZNER-SAILER, Elke M. « Fin de vie et droit à l'autodétermination : un mouvement international ». Op.cit., p. 48

<sup>60</sup> Ibid, p. 50

<sup>61</sup> Ibid, p. 50

personne pour accomplir cet acte, pour autant que des exigences de transparence et de traçabilité de la procédure soient garanties<sup>62</sup>. »

Le document émis par l'Association Suisse des Sciences Médicales a pour but d'établir les directives médico-éthiques émises par l'association dans la prise en charge des patient(e)s en fin de vie. Pour cette raison, la majorité du texte analysé concerne directement le rôle du médecin dans ce contexte-là.

La première partie définit ce rôle en regard aux soins palliatifs, mettant en évidence le but même de cette approche : « soulager les souffrances et assurer la meilleure qualité de vie possible du patient.<sup>63</sup> ».

La deuxième partie quand à elle répond directement au rôle du médecin dans la pratique de l'assistance au décès. Il est dit clairement « qu'il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide.<sup>64</sup> » Toutefois, un médecin peut exceptionnellement être confronté à une demande persistante et faire le choix personnel d'y répondre. C'est pourquoi l'ASSM établit un certain nombre d'exigences nécessaires à un tel accompagnement.

D'un point de vue quantitatif, il apparaît clairement, par la taille et la fréquence des extraits traitant du rôle de la médecine, que celui-ci occupe une place importante dans le débat.

#### **6.1.5. Première synthèse**

Tout d'abord, la démarche quantitative met en évidence que les notions d'autonomie et de dignité sont fortement présentes dans le discours de chacun des acteurs, de même que les questionnements autour de la pratique médicale et du rôle du praticien. Toutefois, la première lecture des résultats a permis de constater que chacun aborde la problématique sous un angle différent. Pour permettre une lecture plus aisée, voici un rappel, sous forme de tableau, de ce premier constat :

---

<sup>62</sup> Ibid, p. 50

<sup>63</sup> ASSOCIATION SUISSE DES SCIENCES MEDICALES, Op.cit., p. 5

<sup>64</sup> Ibid, p. 6

Acteur	Approche - position			Rôle de la médecine <sup>65</sup>
	Autonomie	Dignité	Souffrance	
Association Exit ADMD	Patients	Patients	Rôle de la médecine	Est critiqué
Association Suisse des Sciences Médicales	Champ médical	Champ médical	Rôle de la médecine	Est défini
Eglise Protestante	Patients et médecins	Dieu		
Commission Nationale d'Éthique	Patients et médecins	Patients		

### **La « bonne » mort**

Comme le souligne Michel Castra, les questions plus spécifiques liées à la fin de la vie ont commencé à émerger sur le plan de la prise en charge et de l'accompagnement des mourants dans les années 1970. En tenant compte de l'historique établi sur la perception du corps et principalement de la mort dans la société, on peut donc qualifier ce questionnement comme étant relativement récent. De plus, la mort et les rituels qui y sont liés font partie des croyances et valeurs que l'être humain développe. Or, « une croyance est un état d'esprit relié à une proposition qu'une personne évalue vraie. C'est le contraire d'un doute. L'action de douter est désagréable et déséquilibrant, tandis que croire est agréable et apaisant. Tout être humain a besoin de croire pour mener une vie stable et heureuse.<sup>66</sup> »

Cela signifie premièrement que l'Homme peut être fortement déstabilisé par l'émergence de ces nouveaux questionnements : La maladie et la mort s'inscrivaient dans des processus établis et ritualisés. Aujourd'hui, le doute s'est inséré, et il est difficile de définir de nouvelles croyances personnelles et collectives sur la gestion de la fin de vie. D'autant que dorénavant, l'avancée médicale implique la responsabilisation de l'individu en regard des choix qui s'offrent à lui. Enfin, le médecin lui-même voit sa pratique évoluer, puisque les possibilités thérapeutiques ne cessent de s'élargir.

Il est intéressant de noter que cette évolution s'est construite conjointement au débat soulevé par l'assistance au décès. En effet, les questions sur l'euthanasie sont apparues en parallèle au développement des soins palliatifs. Ainsi, je peux supposer que les valeurs et croyances de chaque protagoniste se sont construites en interaction, voire de manières plus précises en opposition.

Au même moment, les normes et valeurs sont en constante évolution. Ainsi, la notion d'autonomie prend une toute autre ampleur, de même que de nouvelles définitions du bien mourir se construisent. Pour chaque patient, différentes priorités sont établies : partir vite, partir sans souffrance, partir en

<sup>65</sup> L'Eglise Protestante et la Commission nationale d'éthique envisageant la problématique en tenant compte à la fois de la position du patient et du médecin, leur discours n'a pas été pris en compte dans le questionnement du rôle de la médecine.

<sup>66</sup> TOUSIGNANT, Zoé. « *Qu'est-ce qu'une croyance ?*, par Zoé Tousignant » [en ligne]. 1997. Adresse URL : <http://www.cvm.qc.ca/encephi/contenu/vospages/zoeex08.htm> (consultée le 25 février 2010)

paix, ... Comme le souligne Michel Castra, la violence de la mort est compensée par la réalisation de ces représentations idéalisées de la mort. De plus, dans cette logique, le suicide devient un acte héroïque, et c'est grâce à son courage que le mourant conserve sa dignité.

De plus, certains cas individuels sont fortement médiatisés, comme l'affaire Humbert en France par exemple, ce qui amène l'opinion publique à être concernée par les questions de fin de vie. Ces exemples concrets renvoient l'individu à ses propres valeurs et ses propres peurs, qui ne peuvent tenir compte des positions médicales. Beaucoup se rangent alors du côté du patient, voire sont en colère après la médecine.

En effet, en parallèle à l'évolution de la médecine, c'est bien la réappropriation et l'individualisation des corps qui s'est également construite. Dominique Memmi souligne cette ambiguïté et les jeux de pouvoirs qui en découlent. En effet, la médecine prend du pouvoir par l'important développement des outils dont elle dispose, ce qui octroie au patient le nouveau pouvoir d'avoir la possibilité de choisir parmi ses traitements, cela même amenant à l'Etat un nouveau rôle de contrôle et l'établissement de nouveaux critères, lesquels limitent alors le pouvoir des patients, ... En étant en faveur de l'assistance au décès, c'est non seulement la possibilité de gérer sa fin de vie qui se joue, mais également l'affirmation face au domaine médical et à l'Etat de son autonomie.

Les associations se sont créées avec comme objectif de soutenir le mourant dans une gestion autonome de sa fin de vie. Il est donc évident que leur communication soit basée autour de cet argument. De plus, les médecins comme le Dr Sobel, qui répondent à des demandes d'accompagnement, ont longtemps été en marge de leurs collègues, et sont encore aujourd'hui, dans leur déontologie professionnelle, en dehors de la norme. En affirmant leur soutien à l'assistance au décès, ils se confrontent directement aux rôles et valeurs de leur profession, critiquant par là-même la pratique actuelle.

D'un point de vue médical, le code de déontologie de la Fédération des Médecins Suisses définit le rôle du médecin ainsi :

« Art. 2

*Le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure<sup>67</sup>. »*

Toutefois, il est essentiel de relever que, premièrement, l'assistance des mourants exclut pour l'heure l'accompagnement au suicide, selon les directives de l'Association Suisse des Sciences Médicales et que, deuxièmement, ce n'est que depuis 1970 que les questions autour de la gestion de la fin de vie ont fait leur apparition dans la prise en charge médicale. De ce fait, les soins palliatifs sont une spécialisation récente, qui nécessite encore des ajustements. Si aujourd'hui les différentes

---

<sup>67</sup> FEDERATION DES MEDECINS SUISSES. « Code de déontologie de la FMH ». Berne, 2009

associations médicales reconnaissent le risque d'acharnement thérapeutique pouvant découler des progrès de la médecine, elles ont confiance en le développement des prises en charge palliatives pour répondre aux demandes d'autonomie et de dignité des patients.

En affirmant que l'assistance au suicide implique pour le médecin le rôle de donner la mort, et que celui-ci ne peut correspondre aux aspirations et à la déontologie de la profession, les associations médicales marquent également leur refus d'assumer ce pouvoir de décision quand à la gestion de la fin de vie. Cela explique pourquoi, dans ses directives, l'Association Suisse des Sciences Médicales ne considère la volonté et la dignité du patient qu'en regard des possibilités incluses par le rôle professionnel des praticiens.

Ainsi, en argumentant leur discours par les notions d'autonomie et de dignité du patient, les associations d'aide au suicide critiquent ouvertement de le rôle de la médecine. En mettant en avant l'évolution médicale et l'évolution démographique, c'est le pouvoir médical qui est remis en cause.

Pourtant, l'assistance au suicide ne pouvant être pratiquée que par des professionnels du champ médical, l'argumentation mise en avant par Exit ADMD dans le document analysé peut paraître contradictoire. Mais cela met également en évidence un autre regard sur la problématique : en faisant constat que le patient ne peut acquérir son autonomie que par l'intervention d'un médecin, c'est directement la position des professionnels médicaux et de leur rôle qui peut permettre aux associations d'atteindre leur objectif. Mais l'ambiguïté subsiste : le pouvoir médical est critiqué, alors que le but des défenseurs de l'aide au décès est d'ajouter le pouvoir de décision de vie et de mort aux professionnels de la santé. De plus, si je fais le postulat que, d'ici quelques dizaines d'années, l'évolution des valeurs médicales impliquent l'acceptation de ce nouveau rôle, quel regard sera alors porté sur la gestion de ces décisions de fin de vie ?

Le progrès médical étant constamment associé à la notion de pouvoir, et ainsi fréquemment questionné et remis en cause, il paraît compréhensible que les associations médicales refusent aujourd'hui, au-delà du code déontologique établi, de prendre de telles décisions sur la gestion de la fin de vie.

Toutefois, bien que les positions divergent, une seule valeur se retrouve au centre de cette réflexion : la bonne mort. Les notions d'autonomie, de dignité et de souffrance permettent d'argumenter, pour chacun, en quoi sa vision de la fin de vie est la plus « juste ». Mais les résultats établis ci-dessus qui, je le rappelle, découlent des concepts théoriques définis en première partie de ce travail de recherche et de l'analyse des positionnements, laissent penser que la problématique se situe à un autre niveau que la pratique elle-même de l'assistance au décès ou des autres problématiques pouvant en découler.

Derrière des valeurs fortes, à savoir l'autonomie, la dignité et l'immoralité de la souffrance, c'est bien une question de responsabilité qui semble se jouer ici.

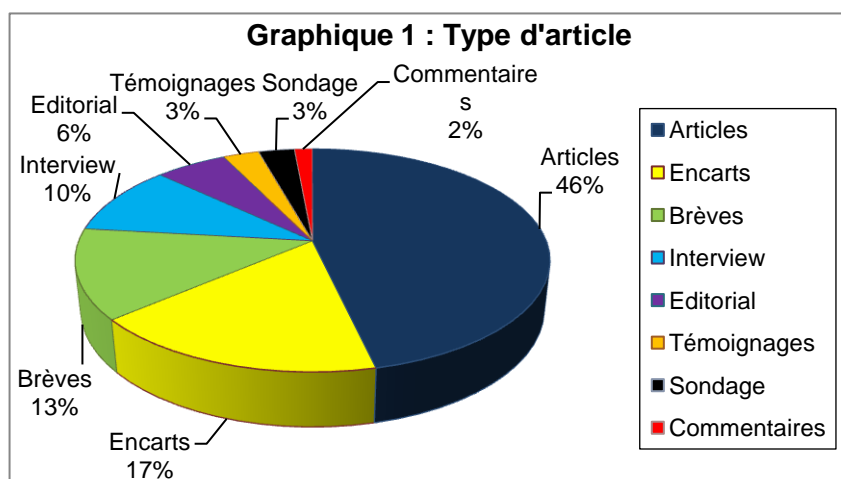
## 6.2. Deuxième analyse : Les articles de presse

L'objectif visé par cette analyse des articles de presse est de mettre en évidence le rôle joué par la presse écrite dans le déroulement du débat sur l'assistance au décès. Plus précisément, l'intérêt est d'avoir une vision des discours privilégiés par les articles analysés, et donc des acteurs et positionnements proposés au lecteur.

Pour cela, l'analyse des données sera classée selon les différents champs significatifs utilisés pour la grille de récolte de données, c'est-à-dire dans un premier temps le type d'article et l'utilisation ou non d'exemples concrets. Deuxièmement, il s'agira de mettre en évidence la fréquence des articles et de quels événements ils découlent. Troisièmement, les problématiques abordées seront identifiées, de même que les acteurs interrogés ou cités par le journaliste. Finalement, la position émergente de chaque article sur la pratique générale de l'assistance au décès sera établie.

Cette analyse portant sur près de 70 articles de presse, l'utilisation de graphiques a été choisie afin de permettre une vision plus claire des résultats obtenus et offrir ainsi une lecture aisée de la synthèse. Les pourcentages indiqués correspondent au nombre de fois où la catégorie apparaît en rapport au nombre total de catégories citées dans la totalité des articles.

### 6.2.1. Résultat 1 : Type d'article



Ce graphique démontre que les articles de fond sont privilégiés, puis les encarts permettant d'apporter des précisions à la problématique, par exemple sous forme de définitions, et enfin les brèves et les interviews.

La présence importante d'encarts démontre que le journaliste précise régulièrement le contexte ou apporte des définitions complémentaires utiles à la compréhension de la problématique. Il se contente rarement de reporter des faits bruts.

Toutefois, je suis surprise par le nombre réduit de commentaires, puisque ceux-ci permettent au journaliste de ne pas mélanger son opinion personnelle à l'article de fond. Ils apportent donc une garantie supplémentaire à l'objectivité de l'auteur. Cependant, le dernier résultat analysé permettra de mettre en évidence un éventuel parti pris pouvant être ressenti à la lecture de l'article.

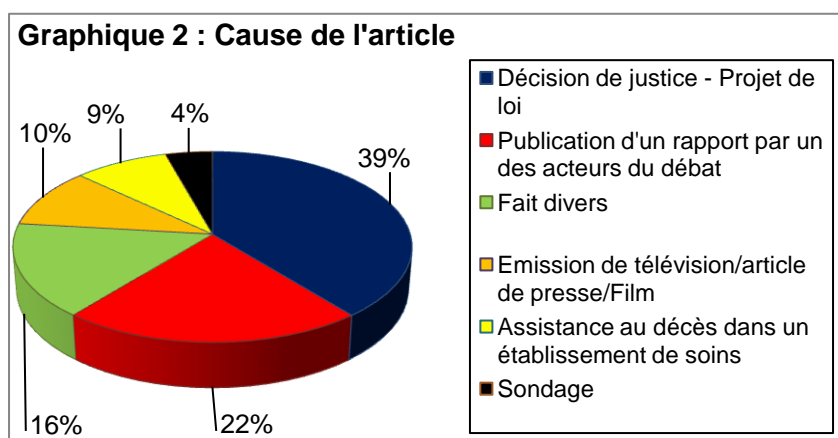
Il est important également de relever que sur 70 articles analysés, seuls 19 sont illustrés par des exemples et des situations concrètes. A priori, il semblerait donc que les témoignages et exemples ne sont pas mis en avant par les articles de presse.

Ce constat est utile, puisqu'il permettra en partie de répondre à l'hypothèse 3, plus précisément la 3a.

### 6.2.2. Résultat 2 : Cause de l'article

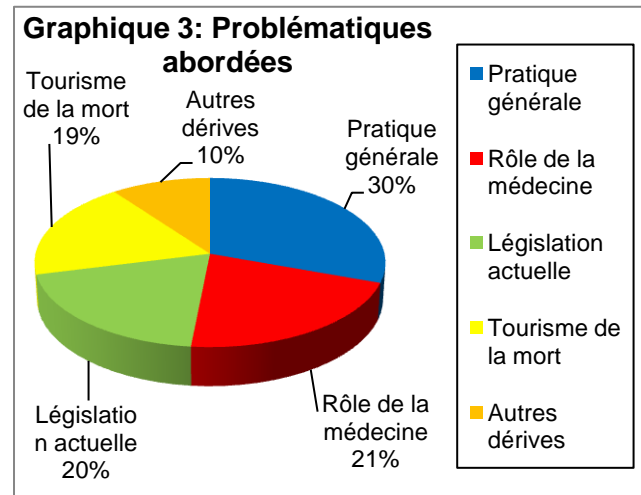
L'intérêt de cette deuxième catégorie est d'identifier quels événements impliquent la publication d'un article de presse. Ce graphique démontre que, dans la majorité des cas, une réflexion est menée autour de la législation de l'assistance au décès. Cela inclut les différentes publications émises par les principaux acteurs du débat. Les faits divers arrivent en seconde place.

La parution des articles de presse correspond à l'avancée politique du débat et aux questionnements soulevés autour de la nécessité, ou non, de légiférer sur la pratique de l'assistance au décès.



### 6.2.3. Résultat 3 : Problématiques abordées par l'article

Bien que les réflexions politiques et juridiques soient à l'origine de la majorité des articles de presse publiés, il est intéressant de constater que les problématiques abordées sont variées.



Dans la majorité des articles analysés, le journaliste aborde généralement au minimum deux aspects de la problématique.

Chaque aspect est au final abordé de manière quasi égale, la différence entre les pourcentages étant relativement faible compte tenu du nombre d'articles analysés. Ainsi, la législation actuelle, le rôle de la médecine dans les prises en charge de patients en fin de vie et les dérives rendues possibles dans la pratique actuelle sont au final bien plus questionnés que le droit à l'assistance au décès en tant que tel.

### 6.2.4. Résultat 4 : Visibilité des acteurs

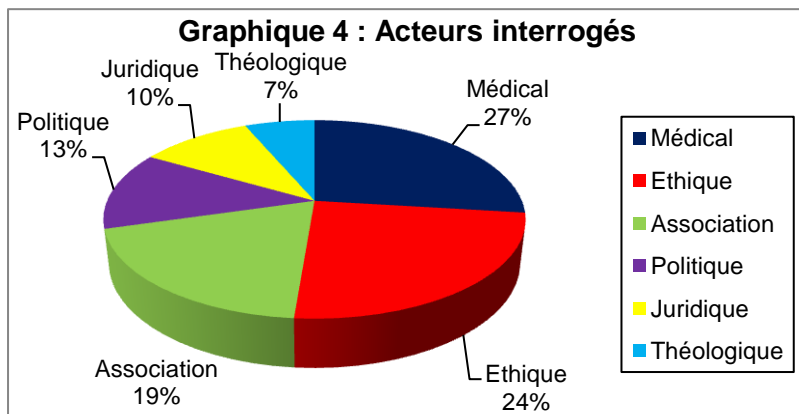
Cette analyse est scindée en deux résultats distincts. En effet, le comptage a tenu compte d'une part des acteurs interrogés, ayant donc un droit de parole en regard de l'article, et d'autre part du nombre de fois où chaque acteur est cité. L'importance de cette distinction prend particulièrement de sens grâce à l'exemple suivant :

Les associations d'assistance au suicide seront forcément citées dans la majorité des articles, puisque la pratique de l'assistance au suicide dépend actuellement de leur existence. Bien qu'elles soient ainsi visibles pour le lecteur, cela ne signifie pas forcément que l'organisation ou ses objectifs soient présentés, ni que leur positionnement soit pris en compte, comme le montre cet extrait : « *L'approche libérale de la Suisse a favorisé l'éclosion d'organisations d'aide au suicide, telles Exit,...* »<sup>68</sup>.

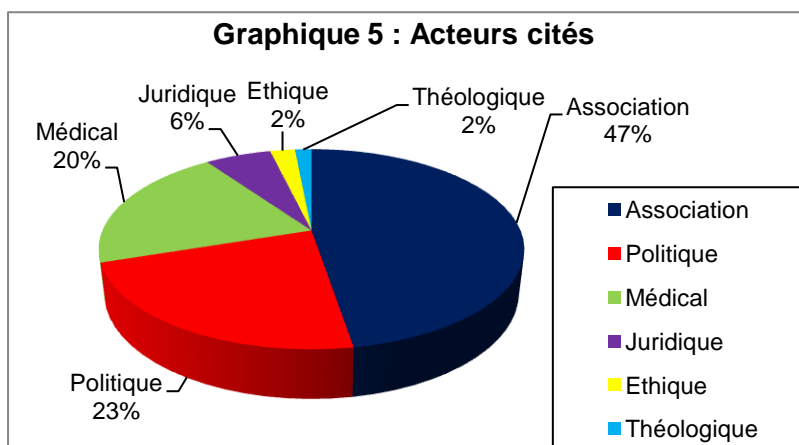
<sup>68</sup> ATS. « Le Gouvernement ne veut pas légiférer sur l'euthanasie ». Le Temps du 31 mai 2006



Ce premier graphique montre que les acteurs issus des principaux champs (Association – Médical – Ethique – Légal) sont interrogés de manière assez équitable. Toutefois, la religion est clairement minoritaire.



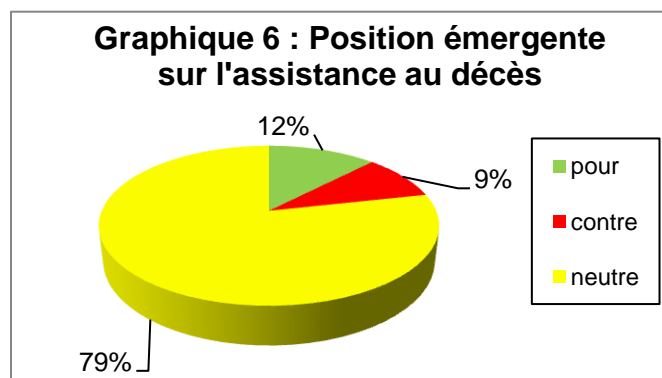
Compte tenu de l'observation ci-dessus, il apparaît clairement que l'acteur le plus souvent cité appartient au champ associatif. L'association suisse des sciences médicales ainsi que les acteurs politiques sont également très présents. En comparaison, le journaliste s'appuie rarement sur le discours des acteurs des champs théologiques et éthiques et leurs arguments.



#### 6.2.5. Résultat 5 : position émergente

Ce dernier résultat découle d'une démarche déductive, et a pour but de présenter une tendance quand à l'objectivité de l'article sur la pratique de l'assistance au décès. Il est important de préciser que ce n'est pas l'objectivité du journaliste qui est questionnée ici, puisque ces positionnements peuvent être ceux de l'acteur interrogé uniquement.

La position « pour » et « contre » ont été établis si l'article laisse paraître un positionnement clair pour le lecteur. Les articles apportant un regard croisé des différents acteurs ou retranscrivant des faits à l'état bruts ont été classés comme « neutres ».



Cet ultime graphique démontre que dans la grande majorité des articles analysés, les différents positionnements sont présentés et permettent à priori au lecteur un choix libre.

#### **6.2.6. Deuxième synthèse**

Le premier constat découlant de ces résultats est que chaque acteur, mis à part les autorités religieuses, est présent dans les articles analysés. De même, bien que les brèves permettent de relater un certain nombre de faits divers, les articles de fond, complétés régulièrement par des encarts, sont privilégiés par les journalistes. A priori, le lecteur semble donc avoir accès à l'ensemble du débat au travers de la presse écrite.

#### **L'opinion publique**

Comme l'a démontré la première phase d'analyse, la pratique de l'assistance au suicide amène des changements significatifs en termes de valeurs et de normes. Ceux-ci, d'autant qu'ils soulèvent en parallèle un débat politique, sont le fondement même du processus de formation de l'opinion publique<sup>69</sup>).

L'opinion autour de cette problématique est donc en train de se reconstruire. Comme le souligne Nicole d'Almeida<sup>70</sup> dans sa définition de l'opinion publique, les arguments permettant son élaboration se confrontent de manière visible par l'intermédiaire des médias.

Toutefois, les éventuelles dérives pouvant survenir dans le contexte existant, dont principalement le tourisme de la mort, ouvrent le débat de la suffisance, ou non, de la législation actuelle. Ainsi, 30% des problématiques abordées par les articles concernent ces dérives, pouvant amener l'opinion à se positionner en tenant compte de cet argument, qui de plus est souvent appuyé par des exemples

<sup>69</sup> NOELLE-NEUMANN, Elisabeth, Op. Cit.

<sup>70</sup> ALMEIDA, Nicole D'. Op.cit.

évaluateurs. Or, avant même ces problématiques émergentes, c'est la pratique générale qui aujourd'hui pourrait nécessiter un positionnement du gouvernement, notamment par rapport aux questionnements sur le rôle de la médecine dans l'accompagnement des personnes en fin de vie.

### **Politisation**

L'assistance au décès est clairement une question sensible, selon la définition de M. Jacques Chevallier<sup>71</sup>. Mais l'Etat se trouve confronté à un double enjeu :

Tout d'abord, les associations ont aujourd'hui le droit de pratiquer, et la population demande des réponses claires. En même temps, les partisans de l'assistance au décès, bien qu'ils soient ouverts à des précisions juridiques sur la pratique des associations, tiennent à la liberté offerte par la loi actuelle. L'Etat se trouve infligé de mandats parfois contradictoires : protéger et garantir la liberté.

Deuxièmement, les dernières propositions du Conseil Fédéral montrent qu'il existe toujours des divergences radicales d'opinions au sein même du gouvernement. De plus, la crainte que légiférer sur une telle pratique puisse être interprétée comme un cautionnement est souvent évoquée. Ethiquement, peut-on prétendre garantir la protection de l'individu et autoriser l'assistance au décès ?

Bien que le but de ce travail de recherche ne soit pas d'apporter une réponse à cette question, il est important de la soulever ici. En effet, compte tenu du fonctionnement politique de la Confédération Helvétique, c'est-à-dire la démocratie directe, le Conseil Fédéral ne peut semble-t-il pas continuer d'ignorer les demandes des partis politiques, ni celles de la population, ne serait-ce que des personnes concernées par les soins liés à la fin de vie.

C'est d'ailleurs ce constat qui est mis en avant par les articles de presse analysés, dont 39% découlent directement de projets de loi en suspens.

### **Le rôle de la presse écrite**

En situant régulièrement l'avancée du débat politique autour de l'assistance au décès, les différents journaux analysés contrent le Conseil Fédéral dans la politique d'évitement mise en place du temps de M. Christoph Blocher, qui avait fait le choix de laisser cette problématique en dehors de ses priorités, par un effet de décantation. De même, en informant le lecteur des rapports publiés par les différents acteurs, la presse a permis de relancer le débat.

Pourtant, comme l'explique M. Vincent Pellegrini, la presse écrite dépend aujourd'hui de l'audimat, et les articles sont donc triés selon les événements récents d'une part, et l'intérêt du lecteur d'autre part. Ce sujet préoccupe donc suffisamment l'opinion publique pour qu'en l'espace d'environ 4 ans ½, plus de 70 articles abordant cette problématique aient été publiés, soit une moyenne de plus de 3 articles par semaine.

---

<sup>71</sup> CHEVALLIER, Jacques. Op.cit.

De plus, malgré les contraintes de temps rencontrées par les journalistes dans le contexte actuel de la presse, il est important de relever l'impartialité des articles publiés. D'une part, chaque acteur semble avoir eu un droit de parole équitable et le positionnement de chacun est généralement proposé au lecteur dans le même article. De plus, le contexte est souvent éclairci par l'ajout d'encarts.

Ainsi, bien qu'un amalgame soit souvent fait entre la pratique générale, le rôle de la médecine, et les risques de dérives, une certaine objectivité reste garantie.

## 7. Vérification des hypothèses

---

### 7.1. Hypothèse 1 : Autonomie, dignité et souffrance

---

Cette première hypothèse, directement liée au corps, présupposait que chaque acteur aborde la problématique sous l'angle de ces trois catégories.

Chacune occupe une place importante dans les discours analysés, bien que le vocabulaire utilisé pour les désigner divergent. Toutefois, la démarche qualitative utilisée a fait émerger une différence bien plus importante : Aucun discours ne fonctionne selon la même logique.

Ainsi, l'hypothèse 1A a pu être vérifiée. En effet, l'association Exit ADMD Suisse Romande se centre sur la liberté du patient de faire appel à l'assistance au décès dans sa fin de vie et critique les solutions actuellement proposées par la médecine. De son côté, l'Association Suisse des Sciences Médicales met en avant le respect de la volonté du patient en regard des soins médicaux actuels, dont l'assistance au décès ne peut faire partie.

En portant ce regard sur l'analyse effectuée, cette hypothèse est vérifiée, puisque la position adoptée par chacun ne permet pas une vision partagée de l'autonomie et de la dignité.

Au contraire, l'hypothèse 1B ne peut être vérifiée ici, du fait que dans les discours analysés, la notion de souffrance était généralement directement liée à des questionnements autour du rôle de la médecine. Cependant, il apparaît clairement que la notion de « bonne mort », bien que différentes aux yeux de chaque acteur, soit au centre de l'argumentation de chacun.

### 7.2. Hypothèse 2 : Le rôle de la médecine

---

Ce postulat affirme que le débat sur l'assistance au décès questionne le rôle de la médecine. Les hypothèses 2A et 2B ont pu être vérifiées par la première analyse, et indirectement par la seconde, portant sur les articles de presse.

L'interprétation des données récoltées fait clairement apparaître que le rôle des médecins dans la gestion de la fin de vie est l'enjeu principal du débat.

### 7.3. Hypothèse 3 : L'espace public

---

Cette dernière hypothèse supposait que le discours des associations dominait dans la presse écrite. Suite à l'analyse effectuée, les hypothèses 3A et 3B sont infirmées.

En effet, le résultat obtenu montre clairement que chaque acteur est équitablement présent dans les articles traitant de la problématique actuelle. De plus, les témoignages sont quasi absents, mis à part dans le dossier proposé en mars 2005 par l'Hebdo.

## 8. Limites de la recherche et biais méthodologiques

---

Premièrement, la différence principale constatée dans l'analyse du discours des différents acteurs semble clairement être l'angle d'approche à partir duquel chacun construit son argumentation. Il est donc nécessaire de se poser la question suivante : Est-ce réellement le sens donné à chaque notion qui diverge, ou ne serait-ce pas plutôt le contexte dans lequel elles s'inscrivent qui ne permette pas la comparaison ? En d'autre terme, quel serait le résultat de la recherche si l'on interrogeait directement chaque acteur au lieu de baser cette analyse sur la parution d'un positionnement général ?

Pour bien comprendre mon raisonnement, quelques exemples spécifiques s'imposent. Si je fais l'hypothèse que j'interroge les associations représentant chaque acteur par des questions précises et sur les mêmes niveaux de logique, il m'importerait de savoir comment chacun définirait la notion d'autonomie selon deux perspectives. Tout d'abord du point de vue du patient qui se sait mourant et qui doit opter pour un choix décisif quand à la gestion de sa fin de vie, en incluant aussi bien les soins palliatifs que le suicide assisté ; ensuite du point de vue du médecin qui se trouve confronté à une demande persistante du patient de mettre fin à ses jours, sans tenir compte de son rôle de médecin au sens strict des directives de l'ASSM. En procédant de la même manière avec les notions de dignité et de souffrance, je pourrai obtenir un résultat comparable de la vision de chaque acteur en termes d'autonomie, de dignité et de souffrance.

Cela met en évidence qu'il n'est pas possible, avec la méthodologie choisie pour ce travail de recherche, de comparer les résultats actuels au sens strict qu'il leur est donné puisque l'angle abordé diffère totalement. L'interprétation est donc centrée principalement sur les questionnements autour du rôle de la médecine ainsi que le contexte dans lequel ils s'inscrivent.

Deuxièmement, j'ai volontairement exclu les questions liées au tourisme de la mort et aux autres dérives admissibles par la législation actuelle, du fait qu'elles entraînent un débat parallèle. Bien que le contexte de la démarche ne le permette pas, il aurait été utile de le prendre en compte car ces problématiques s'inscrivent également dans le débat public global, comme le démontre l'analyse des articles de presse. Celle-ci révèle en effet que ces deux problématiques sont citées dans 29% des textes.

Finalement, le corpus d'articles de presse se limite à deux quotidiens et un hebdomadaire. En intégrant d'autres journaux, tels « Le Courrier » - plus indépendant, ou « Le Matin » - plus populaire, les résultats pourraient varier.

## 9. Conclusion

---

### 9.1. Discussion, perspectives et pistes d'actions

---

Dès mes premières lectures théoriques, j'ai été confrontée à la complexité de ce sujet. En effet, il touche de très près les notions de liberté, d'autonomie et de corps, questionnant ainsi sur les valeurs et les normes, autant individuelles que collectives.

Le résultat même de l'analyse le confirme : il est extrêmement difficile, pour les différents acteurs, d'adopter un regard commun en vue d'élaborer un positionnement permettant une réglementation admissible pour tous.

Ensuite, la place du patient dans ce débat me questionne. La vérification des hypothèses 1 et 2 met clairement en évidence que, dans les discours pris en considération, le patient n'est pas réellement mis au centre de l'argumentation. Deuxièmement, bien qu'acteur principal dans la gestion de sa fin de vie, l'individu n'est pas directement présent dans le débat actuel. Seul un sondage publié par l'Hebdo indique que la majorité des Suisses seraient favorables à l'aide au suicide. Or, la législation le permet déjà. Enfin, l'hypothèse 3 démontre que le lecteur a, au travers des articles de presse sélectionnés, accès à la quasi-totalité des positionnements, étant ainsi en mesure d'intégrer de nombreux points de vue à son raisonnement.

Comment, dans ce contexte, l'individu peut-il se définir ? Car bien qu'il soit moins visible dans cette démarche analytique, il s'agit bien au final de permettre à l'Homme de se déterminer sur les questions liées à sa fin de vie. Comment rendre cette liberté possible, tout en continuant de respecter celle d'autrui ? De plus, est-il important pour l'individu de questionner le rôle de la médecine, du moment qu'il peut s'autodéterminer ?

En démarrant ce travail de recherche, je pensais qu'il était difficile pour la population de se positionner. Ce postulat pouvait expliquer en partie l'existence de ce débat et la nécessité d'y apporter une réponse politique. Finalement, je constate que le débat de l'assistance au décès est soulevé par les questionnements entourant le rôle de la médecine et les risques d'abus permis aujourd'hui par la loi.

Ainsi, je me demande si l'assistance au décès n'est pas un problème social du fait des autres dérives possibles, et non pour sa pratique générale ?

Pour répondre à la question de recherche, je serai tentée de dire que le débat actuel consiste en l'échelonnage de diverses problématiques liées à la pratique de l'aide au suicide, rendant l'enjeu peu clair. De plus, les arguments et positionnements sont repris et mis côte à côte, ne permettant qu'ils se confrontent ou se rejoignent. Les problématiques sont identifiées, mais aucune définition ni priorité n'est établie.

Le fait que le débat persiste peut être expliqué par la nécessité de différencier ces problématiques, et non de les faire évoluer conjointement comme c'est le cas actuellement.

## 9.2. Nouveaux questionnements

---

La famille occupe une place essentielle dans l'accompagnement de la fin de vie, quelle que soit la démarche choisie par le patient. Selon les informations recueillies, les soins palliatifs assurent également un suivi pour l'entourage, mais qu'en est-il dans le cadre de l'assistance au décès ? J'aurai été très intéressée à mener une recherche dans ce sens : comment vit-on l'annonce d'un proche nous informant qu'il fait appel à l'aide au suicide ? Quelle culpabilité ressent-on, alors qu'on pensait apporter tout notre soutien ? Comment se fait le deuil ? A l'inverse, quelle culpabilité ressent-on si l'on se dit qu'un parent serait mieux « là-haut », sachant qu'aujourd'hui il pourrait réaliser cette demande ?

Ensuite, bien que ce mémoire soit centré sur la pratique générale, les autres problématiques identifiées m'interpellent. Pourquoi le rôle de la médecine est-il ainsi remis en question ? Qu'est-ce qui se joue réellement dans ce débat ? Et surtout, n'est-ce pas normal que les médecins soient critiqués ? N'est-ce pas une manière de garder un certain contrôle, alors que l'on n'a d'autre choix, étant malades, que de s'en remettre entièrement au corps médical ?

De même, est-ce que ces autres dérives sont réellement problématiques ? A quelles peurs nous renvoient-elles ? S'agit-il de risques réels ?

Il est évident que ce travail aurait pu prendre bien d'autres directions, tant le sujet est riche en questionnements. Toutefois, les questionnements autour du rôle de la famille dans la gestion de la fin de vie mériteraient selon moi que l'on s'y attarde un peu plus, alors que cette problématique n'est jamais ressortie dans les discours analysés.

## 9.3. Bilan professionnel et personnel

---

Ce travail de recherche m'a permis de développer mes compétences, mais également de prendre conscience de mes ressources et limites.

Tout d'abord, le choix du sujet était délicat. Je savais que je voulais faire une recherche en lien avec les médias, mais la problématique n'a été définie que par la suite. En choisissant l'assistance au décès, quelques craintes sont apparues.

La première concernait le lien entre cette recherche et le champ du travail social, qui n'est pas évident puisque le sujet touche à priori le domaine de la santé. Mais ce champ touche directement celui du social, notamment dans les prises en charge de personnes en situation de handicap, qui sont généralement entourées d'équipes pluridisciplinaires. Toutefois, c'est avant tout la démarche elle-même qui m'a attiré, en termes de compétences professionnelles. Etre en mesure de prendre du



recul ; s'informer et s'investir dans les questions de politiques sociales ; mettre en place une prise en charge pluri-disciplinaire ; considérer l'usager au centre des raisonnements entourant son suivi et nos prestations ; communiquer, informer et rassurer ;... ce sont autant de compétences directes nécessaires dans le travail social et l'élaboration de ce mémoire m'a permis de les approfondir. En effet, grâce à l'analyse de ce débat, je dispose aujourd'hui de pistes concrètes pouvant permettre de débloquer une situation professionnelle problématique, par exemple dans le cadre de rencontre de réseau ou collaboration inter-professionnelle. Surtout, mes valeurs professionnelles ont évolué tout au long de ce travail de recherche : Mettre l'usager au centre, et envisager la prise en charge en fonction de ses besoins, me semble aujourd'hui plus que capital. De même, être capable d'admettre les limites professionnelles de chacun et les respecter est essentiel.

Une deuxième crainte était l'ampleur du sujet et les nombreuses possibilités d'analyses qu'il permet. J'ai du souvent me recentrer, faire des choix, laisser certaines lectures pourtant passionnantes de côté...

Ce fut d'ailleurs l'une de mes plus grandes difficultés : être capable de dire stop, de fixer des priorités, de délimiter le sujet. J'ai dû gérer la frustration de ne pouvoir développer certains aspects, tels l'accompagnement des familles, et me contenter de soulever quelques questions à ce sujet en toute fin de recherche.

Au final, ce travail m'a appris une chose essentielle : on ne peut aller nulle part côte à côte, il est nécessaire de faire le chemin ensemble. Peu importe la justesse et la valeur de mes arguments, si je ne peux me confronter et prendre en considération ceux d'autrui ; ce que je vois ne peut être la vérité sans l'apport de l'autre. « Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite.<sup>72</sup> »

En soit, la gestion de la fin de vie n'a pas fini de faire couler beaucoup d'encre. Mais j'ai l'espoir que ce travail de recherche sera utile, aussi bien aux professionnels du travail social, qui trouveront quelques pistes, parfois en lisant entre les lignes ; qu'aux professionnels de la santé, qui seront en mesure d'adopter une vision au plus juste de celle de leur patient. Et surtout, permettre individuellement de réfléchir différemment à sa propre détermination.

---

<sup>72</sup> FORD, Henry

# 10. Bibliographie

---

## Monographies

ALMEIDA, Nicole D'. « *L'opinion publique* ». Paris : CNRS Editions, 2009. 157 p.

BONDOLFI, Alberto. « Suisse – L'accompagnement à la mort ». In : « *L'euthanasie – volume II – Perspectives nationales et européennes* ». Allemagne : Editions du conseil de l'Europe, janvier 2004, pages 89 à 98

BONDOLFI, A. HALDEMANN, F. MAILLARD, N. « *La mort assistée en arguments* ». Chêne-Bourg : Editions Médecine & Hygiène, 2007. 419 p.

BONVILLE, Jean De. « *L'analyse de contenu des médias – De la problématique au traitement statistique* ». Bruxelles : Editions De Boeck Université, 2006. 451 p.

CAMPENHOUDT, Luc Van. QUIVY, Raymond. « *Manuel de recherche en sciences sociales.* » Paris : Dunod 2009. 256p

CASTRA, Michel. « *Bien mourir – Sociologie des soins palliatifs* ». Paris : Presses Universitaires de France, 2003. 363 p.

CHEVALLIER, Jacques. « Qu'est-ce qu'une question sensible ». In : KOUBI, Geneviève [et al.]. « *Questions sensibles* ». Paris : Presses Universitaires de France, 1998, pages 11 à 16

CORBIN, Alain. COURTINE, Jean-Jacques. VIGARELLO, Georges. « Préface à l'histoire du corps ». In : VIGARELLO, Georges. « *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* ». Paris : Editions du Seuil, janvier 2005, pages 7 à 12. Collection l'univers historique.

DACHEUX, Eric. « *L'espace public* ». Paris : CNRS Editions, 2008. 153 p.

DEUZEUNE, Charles Emmanuel. « *La mort et ses rites* ». Paris : Le plein des Sens, 2003.

FASSIN, Didier. MEMMI, Dominique. « *Le gouvernement des corps* ». Paris : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2004. 269 p.

FEDERATION DES MEDECINS SUISSES. « *Code de déontologie de la FMH* ». Berne, 2009

GELIS, Jacques. « Le corps, l'Eglise et le sacré ». In : VIGARELLO, Georges. « *Histoire du corps. 1. De la Renaissance aux Lumières* ». Paris : Editions du Seuil, janvier 2005, pages 17 à 107. Collection l'univers historique.

GELLY, Violaine. « *Le suicide – Liberté ou impasse ?* ». Belgique : Les compacts de l'info – Casterman, 1998.

GINSBERG, Benjamin. « La transformation de l'opinion publique par les sondages ». In : ALMEIDA, Nicole D'. « *L'opinion publique* ». Paris : CNRS Editions, 2009, pages 69 à 90

MEMMI, Dominique. « *Faire vivre et laisser mourir – Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort* ». Paris : Editions La Découverte, 2003. 309 p.

MOULIN, Anne Marie. « Le corps face à la médecine. » In : COURTINE, Jean-Jacques. « *Histoire du corps 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle* ». Paris : Editions du Seuil, janvier 2006, pages 15 à 70.

NOELLE-NEUMANN, Elisabeth. « L'opinion publique entre apathie et mobilisation : la spirale du silence ». In : ALMEIDA, Nicole D'. « *L'opinion publique* ». Paris : CNRS Editions, 2009, p. 91 à 102.

ORY, Pascal. « Le corps ordinaire ». COURTINE, Jean-Jacques. « *Histoire du corps 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle* ». Paris : Editions du Seuil, janvier 2006, pages 129 à 162.

SOHN, Anne-Marie. « Le corps sexué ». In : COURTINE, Jean-Jacques. « *Histoire du corps 3. Les mutations du regard. Le XXe siècle* ». Paris : Editions du Seuil, janvier 2006, pages 93 à 128.

### Documents électroniques

ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES. « *SAMW/News* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.samw.ch/fr/Actualites/News.html> (consultée le 12 janvier 2010)

CONFEDERATION SUISSE. « *Accueil DFJP* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/fr/home.html> (consultée le 12 janvier 2010)

CONFEDERATION SUISSE. « *Office fédéral de la santé publique – Santé en Suisse* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr> (consultée le 12 janvier 2010)

DIGNITAS. « *DIGNITAS* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.dignitas.ch/> (consultée le 12 janvier 2010)

EXIT. « *www.exit.ch - Herzlich Willkommen bei EXIT-Deutsche Schweiz* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.exit.ch/wDeutsch/> (consultée le 12 janvier 2010)

EXIT A.D.M.D SUISSE ROMANDE. « *Association EXIT ADMD Suisse romande – Dr Jérôme Sobel Droit de Mourir dans la Dignité* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/> (consultée le 12 janvier 2010)

FEDERATION DES MEDECINS SUISSES. « *FMH Swiss Medical Association* » [en ligne]. 2009. Adresse URL : <http://www.fmh.ch/fr/index.html#> (consultée le 12 janvier 2010)

GROUPE DE TRAVAIL ASSISTANCE AU DECES. *Assistance au décès*. In : Département fédéral de justice et police. « *Accueil DFJP* » [en ligne]. 2009. Adresse URL :

<http://www.ejpd.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0002.File.tmp/b-bericht-f.pdf> (consultée le 19 juin 2009)

L'HEBDO. « *L'Hebdo* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.hebdo.ch/> (consultée le 10 janvier 2010)

LE NOUVELLISTE. « *Le Nouvelliste On-line* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.lenouvelliste.ch/fr/index.php> (consultée le 12 janvier 2010)

LE PARLEMENT SUISSE. « *L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse* » [en ligne]. 2009. Adresse URL : <http://www.parlament.ch/F/Pages/default.aspx> (consultée le 19 juin 2009)

LE TEMPS. « *LeTemps.ch/Actualité* » [en ligne]. 2010. Adresse URL : <http://www.letemps.ch/> (Consultée le 10 janvier 2010)

### Corpus de texte<sup>73</sup> :

#### Discours analysés :

ACADEMIE SUISSE DES SCIENCES MEDICALES. « Directives ». In : « *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie* ». Muttenz : Association suisse des sciences médicales, novembre 2004, pages 3 à 6

BAEZNER-SAILER, Elke M. « Fin de vie et droit à l'autodétermination : un mouvement international ». In : EXIT A.D.M.D SUISSE ROMANDE. « *1982-2007 – 25 ans d'engagement pour le droit de mourir dans la dignité* ». Genève : Février 2007, pages 47 à 51

COMMISSION NATIONALE D'ETHIQUE POUR LA MEDECINE HUMAINE. « Deux pôles ». In : « *L'assistance au suicide* ». Berne : Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine NEK-CNE, juillet 2005, page 64

FEDERATION DES EGLISES PROTESTANTES DE SUISSE FEPS. « Eléments d'orientation et d'appréciation théologico-éthiques ». In : « *Vivre la mort – Un regard protestant sur les décisions en fin de vie* ». Uetendorf : Editions Fédération des Eglises protestantes de Suisse FEPS, 2007, pages 20 à 24

#### Articles « Le Temps »

JOBIN, Thierry. « *Jean n'est pas parti* ». 19 mars 2005

ARSEVER, Sylvie. « *La médecine doit se résoudre à notre statut de mortels* ». 22 mars 2005

CAMPIOTTI, Alain. « *Vive la mort ?* ». 29 mars 2005

---

<sup>73</sup> Afin d'accéder facilement aux articles analysés, ceux-ci sont répertoriés par date de parution.

ARSEVER, Sylvie. « *Un groupe de travail de l'Office de la justice propose de réglementer le suicide assisté* ». 30 mars 2005

ARSEVER, Sylvie. « *Ne pas confondre* ». 30 mars 2005

ARSEVER, Sylvie. « *Des garde-fous pour le suicide assisté* ». 2 juillet 2005

ARSEVER, Sylvie. « *Les professionnels de la santé au cœur du débat* ». 12 juillet 2005

ARSEVER, Sylvie. « *Suicide assisté : les politiques peuvent reprendre la main* ». 12 juillet 2005

MULLER, Denis. VANOTTI, Marco. « *La grande imposture d'Exit* ». 7 décembre 2005

GERMANIER, Stéphanie. « *Un projet en panne depuis six ans* ». 7 janvier 2006

GERMANIER, Stéphanie. « *L'euthanasie est en passe d'être réglementée* ». 7 janvier 2006

ARSEVER, Sylvie. « *Pas de nouvelle loi en vue sur l'aide au suicide, l'euthanasie et les soins palliatifs* ». 7 février 2006

MODOUX, François. « *Les conditions de l'aide au suicide* ». 7 février 2006

MASMEJAN, Denis. « *Clarté exigée dans les hôpitaux* ». 7 février 2006

ATS. « *Le gouvernement ne veut pas légiférer sur l'euthanasie* ». 31 mai 2006

ATS. « *Statu quo en matière d'euthanasie : les réactions des partis* ». 31 mai 2006

GERMANIER, Stéphanie. « *Le Conseil fédéral renonce à réglementer l'aide au suicide : retour au parlement* ». 1 juin 2006

GERMANIER, Stéphanie. « *L'assistance au décès en Suisse* ». 1 juin 2006

ROUILLER, Claude. « *Le droit de mourir en ayant soi-même une opinion définitive sur sa propre mort* ». 6 juin 2006

PETIT-PIERRE, Marie-Christine. « *Aide au suicide aux HUG* ». 15 septembre 2006

ARSEVER, Sylvie. « *Une marche à suivre pour les associations d'aide au suicide* ». 28 octobre 2006

ARSEVER, Sylvie. « *Les patients psychiques ont droit à l'aide au suicide. Par un médecin* ». 3 février 2007

MARTIN, Jean. REHMANN-SUTTER, Christoph. « *Les organisations d'assistance au suicide doivent être surveillées* ». 14 juin 2007

LE TEMPS. « *Les Suisses réticents au « tourisme de la mort »* ». 8 octobre 2007

KIEFER, Bertrand. « *En Suisse, la moitié déjà des morts impliquent une décision* ». 9 octobre 2007

FOURNIER, Anne. « *Il serait judicieux que l'aide au suicide fasse partie du cursus de formation médicale* ». 12 octobre 2007

ARSEVER, Sylvie. « *La polémique soulevée par Dignitas relance le débat sur la fin de vie* ». 23 novembre 2007

ATS. « *La Conférence des évêques suisses critique l'aide au suicide* ». 6 décembre 2007

ARSEVER, Sylvie. « *Le suicide ne doit pas être le seul moyen de mourir dans la dignité* ». 19 décembre 2007

FOURNIER, Anne. « *Suicides à l'hélium, la méthode qui choque* ». 19 mars 2008

PETIT-PIERRE, Marie-Christine. « *Euthanasie directe ? Oui dans certains cas* ». 7 mai 2008

PETIT-PIERRE, Marie-Christine. « *Définitions* ». 7 mai 2008

DUBUIS, Etienne. « *L'euthanasie active constitue un meurtre* ». 5 août 2008

PETIT-PIERRE, Marie-Christine. « *Exit lance une initiative pour intervenir en EMS* ». 4 octobre 2008

COSSY, Catherine. « *Le suicide assisté ne cesse de progresser* ». 5 novembre 2008

KIEFER, Bertrand. « *Silence, on se suicide* ». 25 novembre 2008

COSSY, Catherine. « *Exit-Suisse romande peu intéressée à une charte* ». 30 juin 2009

COSSY, Catherine. « *Règles de bonne conduite pour le suicide assisté* ». 30 juin 2009

ARSEVER, Sylvie. « *On assistait à une banalisation dangereuse* ». 29 octobre 2009

ARSEVER, Sylvie. « *Tour de vis en vue pour le suicide assisté* ». 29 octobre 2009

#### **Articles « Le Nouvelliste »**

GIGON BORMANN, Ariane. « *Exit veut recruter de nouveaux membres* ». 19 juillet 2005

NUSSBAUM, François. « *Pas de loi sur l'euthanasie* ». 1 juin 2006

ATS. « *Assistance au suicide sans abus* ». 28 octobre 2006

PUTALLAZ, François-Xavier. « *Suicide, mode d'emploi* ». 23 novembre 2006

PELLEGRINI, Vincent. « *Le passage de la mort* ». 6 octobre 2007

AP. « *Assistance au suicide – Les Suisses y sont favorables* ». 8 octobre 2007

IMSAND, Christiane. « *Bientôt une décision du Parlement sur Dignitas* ». 9 octobre 2007

AP. « *Opérer sur sol allemand* ». 19 novembre 2007

LE NOUVELLISTE. « *Aide au suicide – Le Conseil fédéral refuse toujours d'intervenir* ». 1 décembre 2007

ATS. « *Suicide assisté – Vers une solution zurichoise* ». 3 mai 2008

IMSAND, Christiane. « *Pas de formation pour l'aide au suicide* ». 6 juin 2008

LE NOUVELLISTE. « *Une étude révélatrice* ». 5 novembre 2008

ATS. « *Assistance au suicide en EMS – Initiative déposée* ». 24 février 2009

ATS. « *Assistance au suicide – Zurich s'entend avec Exit* ». 29 juin 2009

IMSAND, Christiane. « *Berne veut endiguer le « tourisme de la mort »* ». 29 octobre 2009

#### **Articles « L'Hebdo »**

AUDETAT, Michel. FELLE, Eric. GORDON, Elisabeth. PIROLT, Sabine. « *Ces Suisses qui veulent mourir dans la dignité...* ». 17 mars 2005

STAUFFER, Pierre-Alain. « *Suicide : L'Eglise vous accompagne mais ne vous approuve pas* ». 21 juillet 2005

DUPLAN, Antoine. « *Regarder la mort en face* ». 1 septembre 2005

ZAUGG, Julie. « *La mort assistée entre à l'hôpital* ». 5 juin 2008

ZAUGG, Julie. « *Un délai pour les candidats au suicide* ». 17 juillet 2008

ZAUGG, Julie. « *Vaud veut encadrer le suicide en EMS* ». 14 août 2008

PERRET, Florence. « *75% des Suisses disent oui* ». 9 avril 2009

ATS. « *La Confédération veut réglementer l'aide au suicide* ». 28 octobre 2009

PIROLT, Sabine. « *Suicide assisté : l'Etat pourrait s'en mêler* ». 4 novembre 2009

# 11. Annexes

## 11.1. Grilles de récolte des données

### 11.1.1. Tableau 1 : L'Autonomie

Acteur	Phrase – Contexte	Nombre
Exit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus de 400'000 personnes... pour lutter ensemble pour le droit à <u>l'autodétermination</u></li> <li>• ...ce sont surtout des habitants des pays riches...qui réclament le droit de <u>disposer eux-mêmes</u> de leur fin de vie...</li> <li>• Titre =&gt; Droit à <u>l'autodétermination</u> et dignité humaine</li> <li>• ... nous avons, dans nos sociétés...toute <u>liberté</u> d'organiser nos vies en fonction de nos convictions, toutes les options concernant notre vie active sont laissées à <u>notre seule initiative</u> – sauf une : <u>le libre choix, l'autodétermination</u> par rapport à notre façon de mourir.</li> <li>• <u>L'autodétermination</u>, c'est le droit de l'homme à mener sa vie d'une façon <u>autonome</u>,...</li> <li>• <u>L'autodétermination</u> fait partie intégrante de la dignité de l'homme.</li> <li>• Celui qui refuse à l'être humain son droit à <u>l'autodétermination</u> refuse par là-même son droit à la dignité.</li> <li>• Le droit de <u>disposer de sa propre vie</u>, et par conséquent de sa fin de vie, fait partie intégrante de cette dignité.</li> <li>• Les plus grands philosophes, les représentants des églises, les juristes, les politiciens, depuis l'antiquité à nos jours, ... se sont penchés sur la question de savoir si l'homme avait le droit de <u>disposer de sa propre vie</u> – sans jamais trouver de consensus entre les positions extrêmes...</li> <li>• Si on admet que la vie dépasse la simple existence biologique, physique, qu'elle doit répondre à des critères de qualité, telle <u>l'expression de sa volonté</u>, la capacité de réflexion, de jugement, de <u>possibilité de gérer sa vie individuellement</u>, la réponse est claire : le droit à la vie dans ce sens implique logiquement le droit à <u>abrégé soi-même</u> les fonctions vitales en l'absence de critères qui, subjectivement, déterminent la qualité de cette vie.</li> <li>• Par conséquent : si l'on admet le droit à l'autodélivrance par respect de <u>l'autodétermination</u> de l'individu, il n'y a pas de raison de refuser l'aide d'une tierce personne pour accomplir cet acte, pour autant que des exigences de transparence et de traçabilité de la procédure soient garanties.</li> </ul>	17
ASSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Titre =&gt; Droit à <u>l'autodétermination</u></li> <li>• Chaque patient a le droit de <u>disposer librement de sa personne</u>.</li> <li>• L'information du patient ou de son représentant sur la situation médicale doit être précoce, complète et compréhensible, afin de permettre un <u>choix</u> éclairé.</li> <li>• Le respect de la <u>volonté</u> des patients capables de discernement est fondamental dans l'action médicale.</li> <li>• C'est pourquoi, un traitement médical contre la <u>volonté</u> exprimée du patient capable de discernement est inadmissible.</li> <li>• Cela vaut également lorsque, du point de vue des tiers, cette <u>volonté</u> semble aller à l'encontre des intérêts bien compris du patient.</li> <li>• Titre =&gt; Recherche de la <u>volonté</u> présumée</li> <li>• Si le patient n'est plus en état d'exprimer sa <u>volonté</u>, sa <u>volonté</u> présumée doit être recherchée.</li> <li>• ... a exprimé sa <u>volonté</u> à ses proches.</li> </ul>	18



	<ul style="list-style-type: none"> <li>La <u>volonté</u> du patient doit être respectée dans la mesure où <u>elle</u> est pertinente pour la situation concrète et pour autant qu'il n'existe pas d'indices permettant de penser qu'<u>elle</u> puisse s'être modifiée entre-temps ( = % directives anticipées ).</li> <li>Toutefois, il est parfois impossible de trouver des indices concernant la <u>volonté</u> présumée...</li> <li>En situation d'urgence, lorsque le temps pour ces étapes fait défaut, on peut introduire une mesure même contre la <u>volonté</u> du représentant.</li> <li><u>Les souhaits personnels</u> concernant le déroulement de la dernière phase de la vie doivent être respectés.</li> <li>Le respect de la <u>volonté</u> du patient atteint ses limites quand un patient réclame des mesures qui sont inefficaces ou inappropriées ou qui sont incompatibles avec les valeurs morales personnelles du médecin, la déontologie ou le droit en vigueur.</li> <li>D'autre part, le respect de la <u>volonté</u> du patient est fondamental dans la relation médecin-patient.</li> </ul>	
FEPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Titre =&gt; Vivre entre dépendance et <u>liberté</u>.</li> <li>La vie humaine connaît de nombreuses expériences situées dans l'espace séparant dépendance et <u>liberté</u>.</li> <li>La souffrance, la vulnérabilité, l'invalidité et l'impuissance sont l'écharde dans la chair de l'être humain actif, souple, qui doit toujours pouvoir <u>contrôler sa vie</u>.</li> <li>Lorsque ce <u>contrôle</u> s'atténue parce que les mains et la tension du corps perdent de leur force, lorsque la vie se met à s'écouler entre les doigts, lorsqu'on ne peut plus s'accrocher à rien, lorsque l'esprit, le corps et l'âme sont saisis d'une sourde et lourde fatigue, c'est là que l'on voit apparaître « l'autre » réalité de la vie humaine.</li> <li>Ce qui ne veut pas dire que la Parole s'adresse à l'indifférence, mais bien au courage de prendre ses <u>responsabilités</u>, d'assumer ses <u>décisions</u> et ses actes et de ne pas désespérer à cause de leur caractère provisoire.</li> <li>Il faut intégrer la souffrance dans notre conception de l'homme – marquée par la notion d'<u>autonomie</u>.</li> <li>Un désir de mourir n'est pas seulement l'expression d'une <u>décision autonome</u> passant à l'acte, mais, en tant que mort anticipée, c'est un <u>choix assumé</u> au seuil d'un état de perte de souveraineté.</li> </ul>	9
CNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les questions éthiques que pose l'assistance au suicide résultent d'un conflit d'exigences morales entre le devoir d'assistance aux personnes tentés par le suicide, d'une part, et le respect dû à l'<u>autodétermination</u> de la personne désirant mettre fin à ses jours d'autre part.</li> <li>D'un autre côté, il y a le respect de l'<u>autodétermination</u> d'autrui, en particulier le respect de son désir de mourir dans la dignité. Ce respect correspond à une conception fondamentale de la <u>liberté</u> qui jouit en Suisse d'une forte tradition.</li> <li>La plupart des gens accordent de l'importance au fait de pouvoir <u>se déterminer eux-mêmes</u>, en ce qui concerne la maladie et la mort, sur la question de savoir ce qu'il doit leur advenir.</li> <li>Néanmoins, il ne découle pas de ce respect de l'<u>autodétermination</u> d'une personne résolue à se suicider l'obligation de l'aider dans l'accomplissement de son geste. Pour que l'on en vienne à l'assister, un autre motif que le respect de l'<u>autodétermination</u> doit intervenir : Ce peut être de ne pas abandonner une personne suicidaire et de l'accompagner dans sa démarche.</li> <li>Aussi faut-il respecter l'<u>autodétermination</u> tant du suicidant que de l'assistant.</li> <li>...la pratique du suicide et de l'assistance au suicide ne doit pas limiter la <u>liberté</u> de décision d'autres personnes.</li> <li>La revendication à la dignité et à l'<u>autonomie</u>, et par voie de conséquence à la <u>liberté de décision</u> et aux droits humains, est garantie sans limites à chaque individu, indépendamment de ses qualités et de ses capacités.</li> </ul>	10

### 11.1.2. Tableau 2 : La dignité

Acteur	Phrase – Contexte	Nombre
Exit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plus de 400'000 personnes... pour lutter ensemble pour le droit à l'autodétermination, et, par conséquent, en ce qui concerne leurs conceptions de fin de vie, pour le droit de mourir dans la <u>dignité</u>.</li> <li>Un profond malaise règne donc, dont des associations comme EXIT ne sont que l'expression tangible. Les refuser, les diaboliser, interdire leurs activités dans lesquelles de plus en plus de personnes voient une sorte d'assurance de <u>bonne mort</u>, toujours préférable à une survie artificielle dans un environnement artificiel, n'est pas la bonne réponse.</li> <li>L'autodétermination fait partie intégrante de la <u>dignité</u> de l'homme. Celui qui refuse à l'être humain son droit à l'autodétermination refuse par là-même son droit à la <u>dignité</u>. Le droit de disposer de sa propre vie, et par conséquent de sa fin de vie, fait partie intégrante de cette <u>dignité</u>. L'assistance au suicide autant que l'aide à mourir sans souffrances inutiles sont une façon de respecter cette <u>dignité</u>.</li> <li>Titre =&gt; Valeurs et <u>qualité de la vie</u></li> <li>Peut-on imposer une obligation de protection des fonctions vitales sans égard pour les valeurs sur lesquelles se fondent nos <u>exigences d'humanité</u> ?</li> <li>Si on admet que la vie dépasse la simple existence biologique, physique, qu'elle doit répondre à des critères de <u>qualité</u>, telle l'expression de sa volonté, la capacité de réflexion, de jugement, de possibilité de gérer sa vie individuellement, la réponse est claire : le droit à la vie dans ce sens implique logiquement le droit à abréger soi-même les fonctions vitales en l'absence de critères qui, subjectivement, déterminent la <u>qualité de cette vie</u>.</li> </ul>	10
ASSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients dans la dernière phase de leur vie ont droit à une prise en charge palliative. Celle-ci comprend l'ensemble des traitements médicaux et des soins, ainsi qu'un appui psychique, social et spirituel aux patients et à leurs proches, le but étant de soulager les souffrances et d'assurer la meilleure <u>qualité de vie</u> possible du patient.</li> <li>Dana la prise de décision, des critères comme le pronostic, les bénéfices thérapeutiques prévisibles en termes de <u>qualité de vie</u>, ainsi que les contraintes liées à la thérapie proposée, jouent un rôle.</li> </ul>	2
FEPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans une perspective chrétienne, la vie est un don de Dieu. C'est ce qui en fait la <u>dignité</u> inconditionnelle ainsi que l'obligation de la respecter et de la protéger.</li> <li>Il s'agit de mieux prendre en compte la <u>dignité</u> de l'être humain qui demeure, indépendamment de toutes ses capacités réelles, de son état actuel et de ses possibilités futures.</li> <li>Respecter la <u>dignité</u>, la reconnaître, la prendre au sérieux et la protéger, dans la douleur, la souffrance et le désespoir, c'est s'abstenir de toute solution de principe lors des décisions existentielles de la fin de vie.</li> <li>Un désir de mourir n'est pas seulement l'expression d'une décision autonome passant à l'acte, mais, en tant que mort anticipée, c'est un choix assumé au seuil d'un état de <u>perte de souveraineté</u>.</li> <li>Le délabrement du corps et de l'esprit, le désordre de l'âme sont vécus comme une <u>humiliation</u>, mais : y a-t-il encore des lieux où se plaindre ?</li> <li>Concevoir la vie comme un cadeau interdit que l'on se contente de l'évaluer et de l'exploiter. C'est ce sur quoi repose la notion de <u>dignité</u> indéfectible (= <i>qui ne peut cesser d'être, qui dure toujours ; immuable, éternel</i>) de l'être humain qui voit dans les droits de l'homme une valeur universelle. L'image de l'être humain dans le christianisme réfute toute tentative de mesurer la <u>dignité</u> humaine à l'aune du « valable » ou du « sans valeur ». La question de savoir s'il est (encore) possible de tenter une intervention chez une patiente, ou si ce n'est plus la peine, n'a rien à voir avec la valeur ou la <u>dignité</u> de cette personne. La <u>dignité</u> de l'être humain se reflète jusque dans une existence devenue un poids insupportable ou une souffrance apparemment interminable – indépendamment du fait que, sur le plan subjectif, on puisse trouver un sens à cette vie. La vie humaine – au double sens du terme – a en soi infiniment de valeur parce qu'elle est chargée de <u>dignité</u>. Les valeurs s'appliquent aux jugements que les humains portent dans la vie, la <u>dignité</u> de la vie humaine échappe à toute évaluation.</li> </ul>	12

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ainsi, ce que l'on peut constater et pronostiquer de la <u>qualité de la vie</u> pour décider de l'attribution d'organes pour une transplantation joue un rôle important.</li> </ul>	
CNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un autre côté, il y a le respect de l'autodétermination d'autrui, en particulier le respect de son désir de mourir dans la <u>dignité</u>.</li> <li>• La revendication à la <u>dignité</u> et à l'autonomie, et par voie de conséquence à la liberté de décision et aux droits humains, est garantie sans limites à chaque individu, indépendamment de ses qualités et de ses capacités.</li> </ul>	2

### 11.1.3. Tableau 3 : La souffrance

Acteur	Phrase – Contexte	Nombre
Exit	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'assistance au suicide autant que l'aide à mourir sans <u>souffrances</u> inutiles sont une façon de respecter cette dignité.</li> </ul>	1
ASSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients dans la dernière phase de leur vie ont droit à une prise en charge palliative. Celle-ci comprend l'ensemble des traitements médicaux et des soins, ainsi qu'un appui psychique, social et spirituel aux patients et à leurs proches, le but étant de soulager <u>les souffrances</u> et d'assurer la meilleure qualité de vie possible du patient.</li> <li>Le médecin doit soulager les <u>douleurs</u> et <u>souffrances</u>, même si, dans certains cas, cela peut avoir une influence sur la durée de la vie (raccourcissement ou prolongation).</li> <li>La mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager <u>les souffrances</u> qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide.</li> </ul>	4
FEPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mort est l'expression de l'existence terrestre de l'être humain, l'expression d'une vie heureuse et incertaine, réussie et fragile, rayonnante et remplie de peines ou de <u>douleur</u>, comblée et injuste, protégée et solitaire, riche et pitoyable, florissante et humiliée, forte et brisée (cf. Yo 3.19-21).</li> <li>Le bonheur va et vient, tout comme menace l'échec et grandit l'espérance, comme survient la <u>douleur</u> et se perd le sens jusqu'à ce que la vie s'y brise. La Bible connaît l'histoire de beaucoup de vies de ce genre. Aucune <u>douleur</u>, aucun désespoir ne lui est étranger. En même temps, les biographies ne s'achèvent pas là, de même que l'histoire de Jésus-Christ ne se termine pas le jour du Vendredi-Saint, mais qu'elle aboutit à la victoire sur la mort, à Pâques.</li> <li>La <u>souffrance</u>, la vulnérabilité, l'invalidité et l'impuissance sont l'écharde dans la chair de l'être humain actif, souple, qui doit toujours pouvoir contrôler sa vie.</li> <li>C'est précisément dans une perspective chrétienne que l'on peut et que l'on doit faire place aux ambivalences existentielles entre action et <u>souffrance</u>, activité et passivité.</li> <li>Si l'on entreprend une réflexion réaliste et humaine sur le mourir dans notre société, on n'évitera pas la notion de <u>souffrance</u>. Il faut intégrer la <u>souffrance</u> dans notre conception de l'homme – marquée par la notion d'autonomie. ... Il s'agit de mieux prendre en compte la dignité de l'être humain qui demeure, indépendamment de toutes ses capacités réelles, de son état actuel et de ses possibilités futures.</li> <li>Respecter la dignité, la reconnaître, la prendre au sérieux et la protéger, dans la <u>douleur</u>, la <u>souffrance</u> et le désespoir, c'est s'abstenir de toute solution de principe lors des décisions existentielles de la fin de vie.</li> <li>La dignité de l'être humain se reflète jusque dans une existence devenue un poids insupportable ou une <u>souffrance</u> apparemment interminable – indépendamment du fait que, sur le plan subjectif, on puisse trouver un sens à cette vie.</li> </ul>	10
CNE		0

### 11.1.4. Tableau 4 : La médecine

Acteur	Phrase – Contexte	Nombre
Exit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans vouloir entrer dans les détails, force est de constater que ce sont surtout les habitants des pays riches, hautement industrialisés disposant d'une bonne infrastructure de soins médicaux de qualité, d'une haute densité de praticiens, de traitements et de médicaments disponibles en abondance, qui réclament le droit de disposer eux-mêmes de leur fin de vie et non la plupart des pays émergents ou du Tiers Monde, où l'espérance de vie ne dépasse souvent pas 40 ou 50 ans.</li> <li>• Depuis un demi-siècle, dans ce vide des valeurs et suite aux succès fulgurants des sciences médicales, ce sont les médecins qui ont pris un rôle déterminant dans les décisions de fin de vie. En l'absence de lois claires, ce sont les directives des sociétés médicales, en Suisse de l'Académie des Sciences Médicales, qui se sont substituées à des lois, qui ont, dans un certain sens, même remplacé les prescriptions religieuses.</li> <li>• Mais faut-il vraiment rester « en vie » pour la seule raison qu'il est techniquement devenu possible de repousser les limites de nos fonctions vitales ? Suffit-il de réduire « la vie » aux seules fonctions vitales, à l'existence biologique ? Est-ce cela qu'il faut protéger à tout prix, est-ce une valeur en soi ? Peut-on imposer une obligation de protection des fonctions vitales sans égard pour les valeurs sur lesquelles se fondent nos exigences humaines ?</li> </ul>	
ASSM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tâche principale de l'équipe responsable de la prise en charge du patient est le traitement efficace des symptômes, y compris la gestion de la détresse ainsi que la disponibilité et l'accompagnement du patient et de ses proches. Toutes les ressources techniques et humaines potentiellement utiles (par ex. professionnels de l'accompagnement psychologique, social et spirituel) doivent être sollicitées en cas de besoin. La prise en charge palliative doit être proposée suffisamment tôt et là où se trouve le patient (à l'hôpital, dans une institution ou à domicile). Le médecin doit soulager les douleurs et souffrances, même si, dans certains cas, cela peut avoir une influence sur la durée de la vie (raccourcissement ou prolongation). Face à des symptômes résistant aux traitements, une sédation palliative peut parfois se révéler nécessaire. A cet égard, il s'agit de veiller à ce que la sédation ne dépasse pas le niveau nécessaire au soulagement des symptômes. Les décisions concernant le traitement et la prise en charge doivent, dans toute la mesure du possible, être soutenues par l'équipe responsable de la prise en charge du patient et de ses proches. Il est important d'associer les proches, en reconnaissant leur double rôle de personnes accompagnantes et accompagnées. Les souhaits personnels concernant le déroulement de la dernière phase de vie doivent être respectés. La prise en charge doit aussi inclure un accompagnement des proches, qui, dans certains cas, peut se prolonger au-delà de la mort du patient. Il faut veiller à traiter un défunt avec respect et accorder, dans la mesure du possible, l'espace nécessaire aux rituels culturels et religieux de la famille.</li> <li>• Une fois que le processus de la mort est engagé, le renoncement à des mesures destinée à préserver la vie ou la suspension de telles mesures peut être justifié, voire même indiqué. Dans la prise de décision, des critères comme le pronostic, les bénéfices thérapeutiques prévisibles en termes de qualité de vie, ainsi que les contraintes liées à la thérapie proposée, jouent un rôle.</li> <li>• La mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide. Toutefois, un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir. Dans ce genre de situation aux confins de la vie et de la mort, le médecin peut se retrouver face à un conflit difficile à gérer. 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. Le médecin a, dans tous les cas, le droit de refuser d'apporter une aide au suicide. Si toutefois, dans des situations exceptionnelles, il</li> </ul>	

	<p>accepte d'apporter une aide au suicide à un patient, il lui incombe la responsabilité de vérifier si les exigences minimales suivantes sont réunies :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de vie est proche.</li> <li>- Des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même.</p>	
--	---	--

### 11.1.5. Tableau 5 : Articles de presse – Le Nouvelliste

Article	Type	De quoi découle l'article	Problématique	Acteurs interrogés	Champ	Acteurs cités	Champ	Exemples concrets	Position émergente sur l'assistance au décès
Mardi 19.07.05	Article	Pratique générale Publication d'Exit Suisse Alémanique	Pratique générale Rôle de la médecine Tourisme de la mort	Exit Suisse Alémanique Exit	Associations	Associations Acteurs politiques	Associations Politique	non	neutre
Jeudi 01.06.06	Article	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Rôle de la médecine Pratique générale	CF	Politique	ASSM Exit Dignitas	Médical Association Association	non	neutre
Jeudi 01.06.06	Commentaire	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Tourisme de la mort Pratique générale			CF Médecins Exit Dignitas	Politique Médical Association Association	non	neutre
Samedi 28.10.06	Article	Publication de la CNE	Pratique générale Autres dérives			Exit Dignitas CNE M. Jean Martin, ancien médecin cantonal ASSM	Association Association Ethique Médical  Médical	non	neutre
Jeudi 23.11.06	Encart	Publication de la CNE	Pratique générale	Rédigé par M. François-Xavier Putallaz, philosophe				non	contre
Samedi 06.10.07	Editorial	Décision de justice – Projet de loi	Pratique générale	Rédigé par M. Vincent Pelligrini, Rédacteur en chef adjoint				non	contre

Lundi 08.10.07	Brève	Publication d'un sondage	Pratique générale Tourisme de la mort			Dignitas	Association	non	neutre
Mardi 09.10.07	Article	Décision de justice – Projet de loi	Tourisme de la mort Autres dérives			Partis politiques CF ASSM Dignitas Exit	Politique  Politique Médical Association Association	non	neutre
Lundi 19.11.07	Brève	Fait divers	Tourisme de la mort			Dignitas	Association	non	neutre
Samedi 01.12.07	Brève	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Pratique générale Tourisme de la mort			Exit Dignitas Acteurs politiques	Association Association Politique	non	neutre
Samedi 03.05.08	Brève	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle			CF CNE	Politique Ethique	non	neutre
Vendredi 06.06.08	Article	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Rôle de la médecine Tourisme de la mort			Dignitas Parti politique	Association Politique	non	neutre
Mercredi 05.11.08	Article	Publication d'une étude	Pratique générale			Exit Dignitas	Association Association	non	neutre
Mardi 24.02.09	Brève	Décision de justice- Projet de loi Assistance au décès dans des établissements de soins – EMS	Pratique générale Rôle de la médecine			Exit EMS Acteurs politiques	Association Médical Politique	non	neutre
Lundi 29.06.09	Brève	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle			Exit Canton de Zürich	Association Juridique Politique	non	neutre
Jeudi 29.10.09	Article	Décision de justice – Projet de loi	Pratique générale Législation actuelle Tourisme de la mort	CF	Politique	Exit Dignitas Partis politiques	Association Association Politique	non	neutre



### 11.1.6. Tableau 6 : Articles de presse – L’Hebdo

Article	Type	De quoi découle l'article	Problématique	Acteurs interrogés	Champ	Acteurs cités	Champ	Exemples concrets	Position émergente sur l'assistance au décès
17.03.05	Dossier : 1. Article 2. Encart 3. Témoignages 4. Encart 5. Témoignage 6. Article	Emission de télévision Article de presse	Pratique générale Rôle de la médecine Autres dérives Législation actuelle	M. Jérôme Sobel Acteurs politiques Médecins	Association Politique Médical	Exit ASSM	Association Médical	oui	pour
21.07.05	Interview	Publication du rapport de la CNE	Pratique générale Autres dérives	Mgr Genoud	Eglise catholique	Exit	Association	oui	neutre
01.09.05	Article	Film « Exit »	Pratique générale Rôle de la médecine	Fernand Melgar, cinéaste M. Jérôme Sobel Bénévoles	Association Association	Exit	Association	oui	pour
05.06.08	Article	Décision de justice – Projet de loi Faits divers	Pratique générale Tourisme de la mort Rôle de la médecine	CF M. Pierre Théraulaz, chef de l'Association suisse des infirmier(e)s M. Pierre-François Leyvraz, CHUV M. Jérôme Sobel Partis politiques	Politique Médical  Médical  Association Politique	DFJP Exit Dignitas ASSM	Juridique Association Association Médical	non	neutre
17.07.08	Brève	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Pratique générale Rôle de la médecine	CF	Politique			non	neutre
14.08.08	Article	Assistance au décès dans des	Législation actuelle Rôle de la médecine	M. Christian Weiler, membre du comité de l'Association VD	Médical	M. Jérôme Sobel – Exit	Association Ethique	oui	neutre

		établissements de soins – EMS Décision de justice – Projet de loi		d'établissements médicosociaux M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat M. Tristan Gratier, secrétaire général de L'Avdems	Politique  Médical	CNE			
09.04.09	Editorial	Fait divers Article de presse	Tourisme de la mort Pratique générale Rôle de la médecine			Dignitas CF Exit ASSM	Association Politique Association Médical	non	neutre
09.04.09	Sondage	Sondage	Pratique générale Autres dérives Tourisme de la mort Législation actuelle Rôle de la médecine	Dr Georg Bosshard, membre de la CNE M. Bertrand Kiefer, médecin et théologien M. Jean Martin, ex-médecin cantonal VD, membre de la CNE Alberto Bondolfi M. Jérôme Sobel – Exit M. Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat Me Gilles Antonowicz, avocat Jean-Marc Zufferey, directeur d'un EMS M. Ludwig A. Minelli, fondateur de Dignitas	Médical Ethique  Médical Théologique  Médical Ethique  Ethique Association  Politique  Juridique  Médical  Association	Exit Dignitas EMS CF DFJP	Association Association Médical Politique Juridique	oui	pour
28.10.09	Brève	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Autres dérives	CF Dignitas	Politique Association	Exit	Association	non	neutre

### 11.1.7. Tableau 7 : Articles de presse – Le Temps

Article	Type	De quoi découle l'article	Problématique	Acteurs interrogés	Champ	Acteurs cités	Champ	Exemples concrets	Position émergente sur l'assistance au décès
Samedi 19.03.05	Article	Emission de télévision	Pratique générale			Exit	Association	oui	pour
Mardi 22.03.05	Interview	Cas individuel	Rôle de la médecine => Prise en charge thérapeutique - limites	M. Carlo Foppa, philosophe et éthicien clinique au CHUV depuis 1997, membre de la CNE	Ethique	ASSM – directives sur le traitement et la prise en charge des patientes souffrant d'atteintes cérébrales de longue durée	Médical	oui	neutre
Mardi 29.03.05	Editorial	Cas individuel	Pratique générale Rôle de la médecine => progrès, acharnement			Eglise catholique Médecins	Religieux Médical	oui	neutre
Mercredi 30.03.05	Article	Décision e justice -Rapport de l'OFJ	Le tourisme de la mort	M. Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois et membre de la CNE	Ethique	OFJ CF Dignitas CNE	Politique Politique Association Ethique	non	neutre
Mercredi 30.03.05	Encart	Complément d'information de l'article précédant	Législation actuelle Pratique générale			Exit Dignitas ASSM	Association Association Médical	oui	neutre

			Rôle de la médecine			Médecin – soins palliatifs	Médical		
Mardi 12.07.05	Article	Publication du rapport de la CNE	Tourisme de la mort Pratique générale	CNE Association Exit, via M. Sobel	Ethique Médical	CNE Exit Acteurs politiques	Ethique Médical Politique	non	neutre
Mardi 12.07.05	Encart	Eléments clés du rapport de la CNE	Rôle de la médecine Autres dérives			CNE	Ethique	non	neutre
Mardi 12.07.05	Editorial	Publication du rapport de la CNE	Rôle de la médecine Tourisme de la mort			CNE Médecins EMS Exit Dignitas Acteurs politiques	Ethique Médical Médical Association Association Politique	non	neutre
Mercredi 07.12.05	Article	Diffusion du film EXIT de Fernand Melgar	Pratique générale	Rédigé par M. Denis Muller, théologien et éthicien, et M. Marco Vanotti, médecin psychiatre à l'UNI de Lausanne	Religieux Ethique Médical	Exit	Association	non	contre
Samedi 07.01.06	Article	Décision de justice – Projet de loi	Pratique générale			Acteurs politiques	Politique	oui	neutre
Samedi 07.01.06	Encart	Décision de justice – projet de loi	Historique politique			Acteurs politiques CNE	Politique  Ethique	non	neutre
Mardi 07.02.06	Article	Publication du rapport du DFJP	Pratique générale	Acteurs politiques CNE	Politique  Ethique	ASSM Exit	Médical Association	non	neutre
Mardi 07.02.06	Encart	Publication du rapport du DFJP	Pratique générale			DFJP CNE	Juridique Ethique	non	neutre
Mardi 07.02.06	Encart	Publication du rapport du DFJP	Pratique générale			ASSM	Médical	non	neutre
Mercredi 31.05.06	Brève	Décision de justice – projet de loi	Rôle de la médecine Tourisme de la mort			ASSM Dignitas Exit	Médical Association Association	non	neutre
Mercredi 31.05.06	Encart	Décision de justice – projet de loi	Tourisme de la mort Pratique générale			Les principaux partis suisses	Politique	non	neutre

Jeudi 01.06.06	Article	Décision de justice – Projet de loi	Pratique générale Rôle de la médecine			Acteurs politiques DFJP ASSM Exit Dignitas	Politique  Juridique Médical Association Association	non	neutre
Jeudi 01.06.06	Encart	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Pratique générale						neutre
Mardi 06.06.06	Article	Décision de justice – Projet de loi	Tourisme de la mort Législation actuelle	Rédigé par Pr. Claude Rouiller, ancien président du TF	Juridique	DFJP CF ASSM CNE Associations	Juridique Politique Médical Ethique Association	non	neutre
Vendredi 15.09.06	Article	Assistance au décès dans des établissements de soins - HUG	Rôle de la médecine	Jean-Claude Chevrolet, président du CA des HUG	Médical	ASSM CNE Exit	Médical Ethique Association	non	neutre
Samedi 28.10.06	Article	Publication d'un nouveau rapport de la CNE	Législation actuelle Autres dérives	M. Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois et membre de la CNE M. Jérôme Sobel – Exit	Médical Ethique  Association	CNE	Ethique	non	neutre
Samedi 03.02.07	Encart	Cas individuel Décision de justice – Projet de loi - Arrêt du TF	Autres dérives Rôle de la médecine			ASSM CNE	Médical Ethique	oui	neutre
Jeudi 14.06.07	Article	Rapport du DFJP	Législation actuelle Autres dérives	Rédigé par M. Jean Martin et M. Christoph Rehmann-Sutter, membre et président de la CNE	Ethique			non	neutre
Lundi 08.10.07	Sondage	Article de presse - Publication d'un sondage du journal « Le Matin »	Pratique générale Tourisme de la mort			L'Etat Dignitas	Politique Association	oui	neutre
Mardi	Article	Fait divers	Pratique générale	Rédigé par M.	Médical	Dignitas	Association	non	neutre

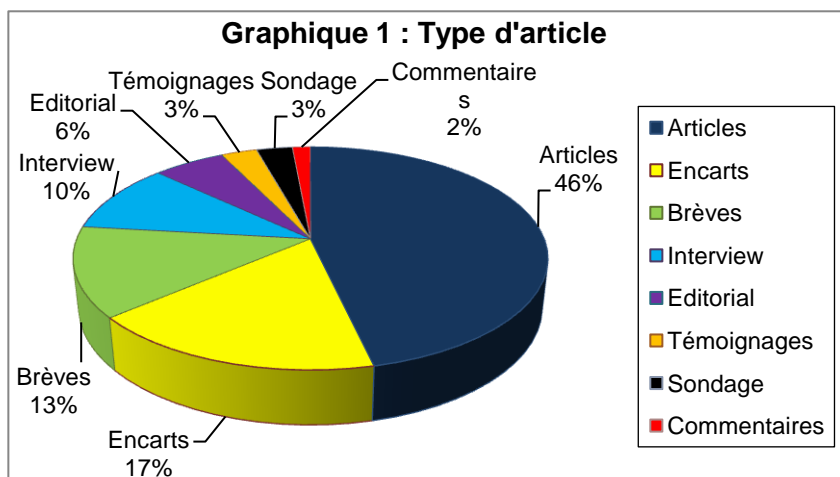
09.10.07			Autres dérives Législation actuelle	Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue Médicale Suisse		CF DFJP CNE Exit	Politique Juridique Ethique Association		
Vendredi 12.10.07	Interview	Fait divers	Tourisme de la mort Rôle de la médecine	M. Jérôme Sobel – Exit	Association			non	pour
Vendredi 23.11.07	Article	Fait divers	Tourisme de la mort			Dignitas Acteurs politiques Exit	Association Politique  Association	oui	neutre
Jeudi 06.12.07	Article	Publication de la Conférence des Evêques Suisses	Pratique générale Tourisme de la mort	Mgr Koch	Eglise catholique	Acteurs politiques Dignitas FEPS	Politique  Association Eglise protestante	oui	contre
Mercredi 19.12.07	Article	Articles de presse	Pratique générale Rôle de la médecine	Société de médecine et de soins palliatifs Dr Stefen Eychmüller, médecin-chef de l'unité de soins palliatifs de l'hôpital cantonal de St-Gall	Médical  Médical			oui	contre
Mercredi 19.03.08	Article	Fait divers	Autres dérives Tourisme de la mort Législation actuelle	M. Jürg Vollenweider, adjoint du procureur zurichois	Juridique	Dignitas Suizidhilfe Exit	Association Association Association	oui	neutre
Mercredi 07.05.08	Interview	Assistance au décès dans des établissements de soins - EMS	Législation actuelle Rôle de la médecine Pratique générale	M. Jérôme Sobel - Exit	Association	Société Suisse des Soins Palliatifs ASSM Acteurs politiques DFJP Dignitas	Médical  Médical Politique  Juridique Association	oui	pour
Mercredi 07.05.08	Encart	Assistance au décès dans des établissements de	Législation actuelle					non	neutre

		soins - EMS							
Mardi 05.08.08	Interview	Cas individuel	Pratique générale Rôle de la médecine	M. Jean Martin, médecin et spécialiste de l'éthique	Médical Ethique	Personnel de soins Exit	Médical Association	oui	pour
Samedi 04.10.08	Article	Assistance au décès dans des établissements de soins - EMS	Rôle de la médecine	M. Jérôme Sobel – Exit M. Pierre Rochat, président exécutif de l'Association Vaudoise d'établissements médico-sociaux	Association  Médical				neutre
Mercredi 05.11.08	Article	Publication d'une étude de l'ASSM et du Fonds national de la recherche	Autres dérives Tourisme de la mort			Dignitas Exit Suisse Alémanique	Association Association	oui	contre
Mardi 25.11.08	Article	Publication d'une étude de l'ASSM et du Fonds national de la recherche	Autres dérives Législation actuelle Rôle de la médecine	Rédigé par M. Bertrand Kiefer, membre de la CNE	Ethique	Dignitas Exit Suisse Alémanique Acteurs politiques	Association Association  Politique	oui	neutre
Mardi 30.06.2009	Interview	Décision de justice – Projet de loi	Pratique générale Législation actuelle	M. Jérôme Sobel – Exit	Association			non	pour
Mardi 30.06.2009	Article	Décision de justice – Projet de loi		Département zurichois de la justice	Juridique	Exit Suisse Alémanique Dignitas CF	Association  Association Politique	non	neutre
Jeudi 29.10.2009	Interview	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Pratique générale Rôle de la médecine	M. Bertrand Kiefer, membre de la CNE et rédacteur en chef de la Revue Médicale	Ethique Médical			non	neutre
Jeudi 29.10.2009	Article	Décision de justice – Projet de loi	Législation actuelle Tourisme de la mort	M. Jérôme Sobel –Exit	Association	CF Associations	Politique Association	non	neutre

## 11.2. Graphiques

### 11.2.1. Graphique 1 : Type d'article

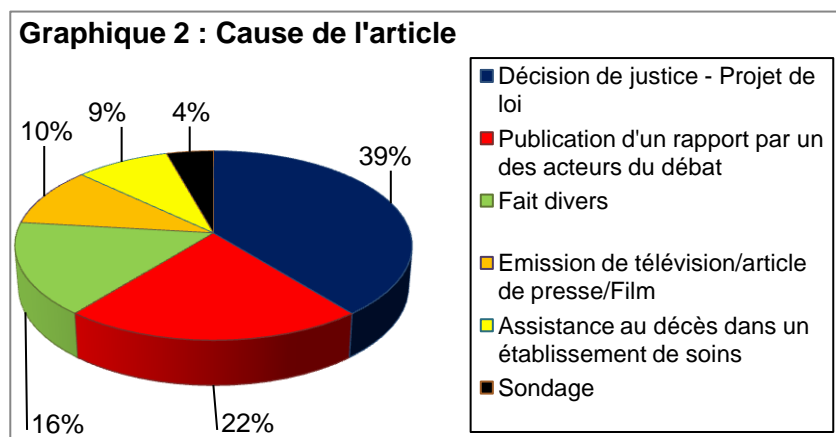
Articles	32
Encarts	12
Brèves	9
Interview	7
Editorial	4
Témoignages	2
Sondage	2
Commentaires	1





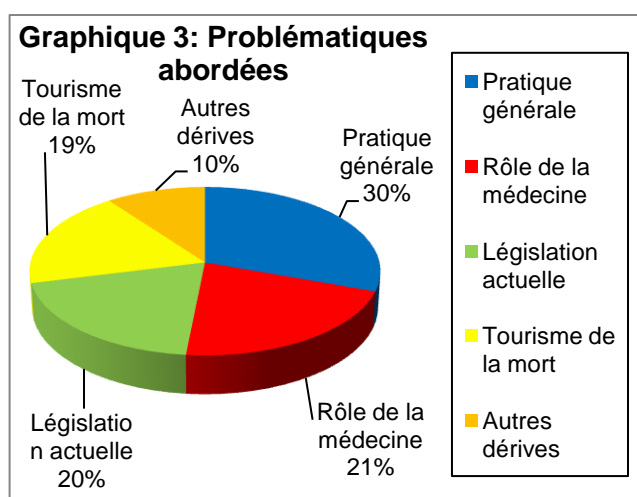
### 11.2.2. Graphique 2 : Cause de l'article

Décision de justice - Projet de loi	27
Publication d'un rapport par un des acteurs du débat	15
Fait divers	11
Emission de télévision/article de presse/Film	7
Assistance au décès dans un établissement de soins	6
Sondage	3



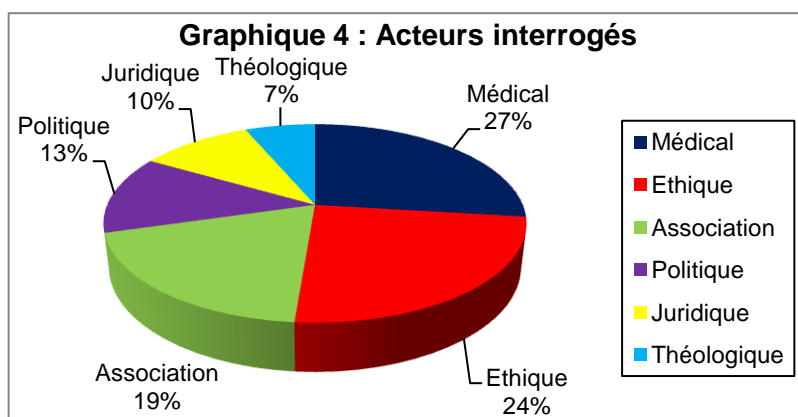
### 11.2.3. Graphique 3 : Problématiques abordées

Pratique générale	39
Rôle de la médecine	27
Législation actuelle	25
Tourisme de la mort	24
Autres dérives	13



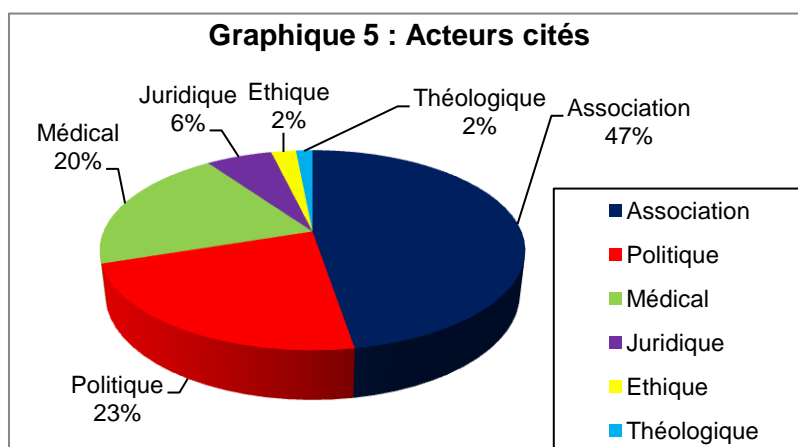
#### 11.2.4. Graphique 4 : Acteurs interrogés

Médical	21
Ethique	19
Association	15
Politique	10
Juridique	8
Théologique	5



#### 11.2.5. Graphique 5 : Acteurs cités

Association	63
Politique	30
Médical	27
Juridique	8
Ethique	3
Théologique	2



#### 11.2.6. Graphique 6 : Position émergente sur l'assistance au décès

pour	8
contre	6
neutre	51

