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

Le temps de mourir : réflexions sur les usages de la notion d'accélération en lien avec l'assistance au suicide

Résumé

À partir d'une étude ethnographique conduite depuis 2017, cet article décrit et questionne les divers usages de la notion d'accélération associés à l'assistance au suicide en Suisse. Ces associations relèvent de registres distincts (médico-légal, éthico-moral, organisationnel et expérientiel) et débouchent sur des catégorisations contrastées. L'article met en perspective le sens et la pertinence de ces catégorisations, ainsi que le rapport au temps que celles-ci sous-tendent. L'assistance au suicide peut être ainsi considérée autant comme une réponse à un sentiment d'urgence que comme une autre manière de prendre son temps pour mourir.

Mots-clés: accélération, suicide assisté, mourir

Summary

Based on an ethnographic study conducted since 2017, this article describes and questions the various uses of the notion of acceleration associated with assisted suicide in Switzerland. These associations index distinct registers (forensic, ethical-moral, organizational and experiential) and lead to contrasting categorizations. The article puts into perspective the meaning and relevance of these categorizations, as well as the relation with time they convey. Accordingly, assisted suicide may appear at the same time as a response to a sense of urgency and as an alternative way to take time to die.

Keywords: Acceleration, assisted suicide, dying

La thématique du 4^e Congrès international de la Société suisse de travail social, qui s'est tenu à Lausanne les 12 et 13 septembre 2018, avait pour thème *Le travail social et les parcours de vie sous le signe de l'accélération*. Il s'agissait de questionner «les transformations du travail social dans une société marquée par l'accélération sociale et technologique liée à la concurrence débridée caractéristique du capitalisme contemporain» (appel à

Encadré 1: À propos de la recherche

Projet de recherche N° 169367, réalisé par les trois auteur·e·s de cet article, ainsi qu'Anthony Stavrianakis. Intitulée *La mort appréciée. Ethnographie du suicide assisté en Suisse*, cette recherche vise à documenter par observations et entretiens une série de requêtes d'assistance au suicide jusqu'à leur complétion et à la levée de corps; pour chaque situation, nous tâchons de rencontrer le plus grand nombre de personnes – les représentant·e·s des associations d'aide à mourir, les professionnel·le·s et les garant·e·s du cadre médico-légal, les proches et membres de la famille – de manière répétée et approfondie. Nous avons, entre septembre 2017 et mai 2019, suivi et suivons encore une dizaine d'assistances au suicide (dont six ont été accomplis) et leurs principales et principaux protagonistes sur une durée variant d'une semaine à plusieurs mois; observé vingt levées de corps et mené une soixantaine d'entretiens (avec notamment des accompagnateurs et accompagnatrices d'associations d'aide à mourir; des soignant·e·s; des policières et policiers; des pharmaciens·ne·s; des femmes et hommes médecins légistes; des procureur·e·s; des proches et membres de la famille). Pour plus de détails, voir: <http://p3.snf.ch/project-169367> [page consultée le 6 mai 2019].

contribution), en référence notamment aux travaux du sociologue et philosophe allemand Hartmut Rosa (2015). Cette notion d'accélération, généralement associée aux sciences de la physique, n'est pourtant pas très courante dans le champ des sciences sociales.

Dans le cadre de notre recherche sur l'assistance au suicide, initiée en septembre 2017 pour une durée de trois ans et financée par le Fonds national suisse de la recherche (Encadré 1), nous avons identifié à diverses reprises, dans nos matériaux empiriques, dans la littérature et autres rapports, l'emploi de ce terme *accélération* ainsi que d'autres relevant de son champ lexical – à l'instar de *vite*, *rapide*, *précipité* – pour décrire, commenter ou qualifier une telle pratique. Les emplois de la notion même d'accélération ne font pourtant jamais l'objet d'une véritable analyse ni d'une argumentation détaillée en tant que telle. La question qui pouvait dès lors se poser en réfléchissant à cette association entre accélération et assistance au suicide était la suivante: un recours au suicide assisté ne résulterait-il

Encadré 2: L'assistance au suicide en Suisse

En Suisse, l'assistance au suicide est généralement prodiguée par des associations de droit privé, statutairement apolitiques et areligieuses. En Suisse romande, l'association la plus importante est *EXIT A.D.M.D.* Suisse romande en regard du nombre de membres. Y recourir n'est toutefois pas une obligation puisqu'un·e médecin traitant peut également, à titre individuel, réaliser une telle assistance. La particularité helvétique du suicide assisté, au contraire de l'euthanasie active directe qui demeure illégale en doctrine, tient dans le fait que sa pratique n'est pas punissable pénalement si et seulement si la personne accomplit le geste ultime elle-même et qu'elle dispose de sa capacité de discernement; la personne ou l'organisation qui prête assistance ne doit en outre pas être mue par un motif égoïste, un intérêt financier notamment. Si l'un de ces critères n'est pas respecté, l'article 115 du Code pénal prévoit que la personne ayant prêté assistance «sera, si le suicide est consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire». Pour plus de détails sur les cadres de sa mise en œuvre, voir Hamarat et al. (soumis); Gamondi et al. (2018); Pott et al. (2013); Stavrianakis (2017).

pas de rapports de force entre individus et/ou collectifs, comme si nous ne prendrions même plus le temps de mourir?

Après un peu plus d'une année de travail sur le terrain, nous avons saisi l'opportunité de ce congrès pour explorer et mettre en perspective les usages différenciés de cette notion en rapport avec l'assistance au suicide. L'objectif du présent article consiste par conséquent à en situer les usages; il s'agit par ailleurs de distinguer les registres que ces usages indexent afin de contribuer de manière critique à la façon de concevoir le temps dans la mise en œuvre d'une mort volontaire.

À ce stade, nous avons identifié quatre usages pouvant être répartis en deux niveaux. Le premier est d'ordre juridico-politique et moral; il résulte avant tout des textes et discours sur l'aide à mourir, pour étayer un point de vue ou une prise de position. Le cas échéant, le suicide assisté correspond à une *accélération de la fin de vie*, ou est associé à une augmentation du nombre de décès qui relève de cette pratique. Le second niveau est plutôt d'ordre physiologique et subjectif, dans la mesure où l'usage de la notion d'accélération est adossé à l'expérience même de la mort et aux

sentiments que l'assistance au suicide produit auprès des personnes qui y participent. Dans cette perspective, la mise en œuvre d'un suicide peut, d'une part, être perçue comme précipitée si elle engendre le sentiment que toutes les options n'auraient à priori pas pu être suffisamment explorées ; ou le décès, à la suite de l'ingestion de la substance létale, survient de manière si rapide que cela étonne les personnes présentes et peut ouvrir à des questionnements existentiels. Nous allons donc décrire et commenter ces quatre usages différenciés de la notion d'accélération, avant de suggérer quelques réflexions sur les rapports au temps qu'entretiennent les individus et les milieux institutionnels ou professionnels avec l'assistance au suicide telle qu'elle est pratiquée en Suisse (Encadré 2).

Le suicide assisté : la mort anticipée

Au regard de la thématique de la fin de vie, la notion d'accélération dénote tout d'abord l'avènement d'une mort anticipée. Le cas échéant, elle est associée à toute action (ou à son omission) délibérée ou non, directe ou indirecte, qui provoquerait l'arrêt des fonctions vitales. Inspiré par les codes de lois, un rapport produit par l'Office fédéral de la justice et police (2006) en vue d'une future réglementation législative de l'euthanasie et de la promotion de la médecine palliative recourt par exemple à cette notion pour en souligner la spécificité. Il rapporte la citation d'une étude de Trechsel et de ses collègues (2004), stipulant que « tout homicide peut être considéré comme l'accélération d'un résultat qui doit avec certitude se produire, mais plus tard »¹. Dans l'esprit de la loi et selon ce point de vue, les pratiques d'euthanasie active indirecte – l'administration d'une substance dans le but d'alléger les souffrances mais susceptible d'abrégier la vie – relèvent donc bien d'un homicide². C'est en suivant le même raisonnement que l'assistance au suicide peut être associée à une manière d'*accélérer* la mort, au même titre que tout homicide, puisqu'elle implique l'ingestion d'une substance raccourcissant la durée d'une vie.

C'est d'ailleurs pour cette raison que, sur un plan administratif, les suicides assistés sont catégorisés en tant que « morts violentes » et qu'ils font systématiquement l'objet d'une investigation judiciaire³. Cette dernière nécessite l'intervention de différents acteurs – corps de police, médecins légistes, procureur.e.s – sur chaque scène de suicide assisté pour en vérifier le caractère licite. En amont de ce contrôle, les accompagnateurs et les accompagnatrices d'associations d'aide à mourir s'assurent par conséquent que les critères édictés par ces mêmes associations ou que les recommandations émises par d'autres instances (la Fédération des médecins suisse

(FMH) ou l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) (par exemple, cf. *infra*) soient respectés. Le principe d'une accélération physiologique de la mort produit donc une conséquence avant tout procédurale et judiciaire.

Ce premier usage de la notion d'accélération – qui sert à caractériser un processus biologique et à désigner un type de décès – semble relever d'une définition axiologiquement neutre. Il apparaît ainsi à onze reprises dans le document de trente-six pages produit en mai 2018 par l'ASSM et intitulé *Attitudes face à la fin de vie et à la mort*, en particulier pour situer les actes médicaux susceptibles de déboucher sur un décès. Il est intéressant de noter toutefois que ce terme d'accélération ne fait pas l'objet d'une attention particulière, ni d'une définition précise dans ce texte. Ce constat vaut d'ailleurs pour la littérature dans son ensemble, en particulier celle des soins palliatifs et la plupart des documents commentant les pratiques soignantes relatives aux fins de vie; dans tous ces textes, le terme d'accélération, lorsqu'il est mentionné, n'est jamais défini ni déconstruit. Nous estimons pourtant que son usage n'est pas sans induire parfois des jugements de valeur ou orienter une prise de position à l'égard de la pratique du suicide assisté.

Les médecins Anne-Sorya Ly et Régis Aubry (2015) recourent à cette notion d'accélération dans leur recherche pilote pour étudier la fréquence et la nature des demandes d'euthanasie et de suicide assisté en milieu hospitalier en France; ces auteur.e.s en font une catégorie d'analyse qui n'est pas questionnée, ce qui leur permet de mettre en perspective l'importance de l'un des principes des soins palliatifs, celui qui consiste justement à ne pas *hâter la mort*. L'enjeu, en particulier pour une bonne partie du corps médical, consiste en effet à démontrer que les pratiques de sédations palliatives⁴ n'entraînent pas intentionnellement une accélération de la fin de vie; celles-ci pourraient au contraire la prolonger (Borasio 2017). Cet argument vise non seulement à souligner la légalité mais aussi la légitimité du recours à la sédation dans les fins de vie contemporaines.

Par contraste, les diverses formes d'euthanasie tout comme la pratique du suicide assisté requièrent une action extérieure visant à terminer la vie d'un individu et se rapprocheraient par conséquent – plus que la sédation – de pratiques légalement condamnables. Lorsqu'il réfère au processus biologique conduisant vers la mort et sur ses causes, cet usage sous-tend donc avant tout la mise en œuvre d'une procédure de contrôle médico-légale à la suite d'un suicide assisté; il couvre par ailleurs un champ lexical relativement large et suffisamment flottant pour tendre vers un registre potentiellement moral. Ce registre transparaît parfois dans les justifica-

tions servant à délimiter sédation palliative, suicide assisté ou encore euthanasie et, corollairement, à souligner l'importance de ne pas *hâter la mort*.

Filer sur une pente glissante

La pratique du suicide assisté repose sur des arguments qui mobilisent des principes philosophiques et éthiques divers, marquant souvent des positions contrastées. Schématiquement, la polarisation la plus explicite, qui transparaît bien souvent lors de débats publics, peut être résumée de la façon suivante: pour les partisan-ne-s, choisir le moment de sa mort serait gage d'une mort digne – car faisant l'impasse sur une longue agonie jugée dégradante – en lien avec une liberté, voire un droit à revendiquer. Pour reprendre la terminologie de Giorgio Agamben, la qualité de vie – la «bios», autrement dit «la forme ou la façon de vivre propre à un individu ou à un groupe» (Agamben 2016, p. 11) – serait ici à privilégier sur la «zoé», à savoir le caractère «sacré» de la vie. Pour une partie des opposant-e-s, c'est au contraire ce dernier principe qui devrait prévaloir. C'est avant tout dans les arguments soutenant cette seconde position que nous retrouvons un ensemble de références à la notion d'accélération et à son champ lexical, non seulement pour souligner les risques liés au développement de cette pratique, mais également pour dénoncer un manque d'attention et de moyens pour prendre en charge adéquatement les situations de fin de vie (Wacker 2016).

Pour les tenant-e-s de cette position en effet, nos sociétés contemporaines seraient entrées dans une phase de *normalisation* voire de *banalisation* de l'assistance au suicide, ce qui est régulièrement dénoncé. Jean-Marie Lovey, évêque du diocèse de Sion, a par exemple soutenu – lors d'une conférence de presse en février 2019 proposée en amont de débats parlementaires valaisans en vue de légiférer en la matière⁵ –, que «le risque, vraiment, c'est de l'intégrer comme un geste normal et comme quelque chose de tout à fait banal»⁶. Nous observons que ces énoncés relatifs à la *normalisation* et à la *banalisation* sont souvent associés – en particulier par les journalistes qui commentent ces prises de position, en l'occurrence celle de Mgr Lovey – à l'augmentation du nombre de suicides assistés et à la vitesse avec laquelle cette pratique s'étendrait au sein de la collectivité. Transparaît ici une représentation de la notion d'accélération qui renvoie moins à la temporalité du mourir qu'au périmètre d'une pratique, qui ne concerne pourtant qu'une très faible proportion du nombre des décès en Suisse même si, durant la dernière décennie, une augmentation de la pré-

valence a été observée, passant de 0.32% en 2005 à 1.43% en 2015 selon l'Office fédéral des statistiques⁷.

Les commentaires relatifs à l'augmentation du nombre de suicides assistés, se cristallisent à l'occasion dans l'arène publique⁸ sous la notion de « pente glissante » : selon cet argument, l'augmentation serait imputable à un effet d'imitation, voire à une croissante acceptabilité sociale de ce type de décès, ou encore à l'élargissement progressif des critères d'accès à des populations considérées comme vulnérables. Dès lors, la pratique de l'assistance au suicide se développerait (trop) *rapidement*. L'argument se base sur les constats établis durant ces vingt dernières années (Stack 2015) d'une augmentation de nombre absolu de décès qui en résultent. Frei et al. (2003) ont ainsi montré l'augmentation du nombre de suicides assistés de couples dans les deux ans qui ont suivi celui d'un couple de notables dans la région de Bâle. Ces éléments exposeraient tout particulièrement les personnes défavorisées sur un plan socio-économique et / ou âgées, dans la mesure où ces dernières pourraient être influencées voire poussées vers la décision d'une mort volontaire.

Deux motifs sont avancés pour étayer cette position : premièrement, par mesure d'optimisation ou de restriction économique – en restreignant notamment l'accès aux soins ou en cherchant à en limiter les coûts – les personnes malades ou vivant précairement pourraient plus facilement opter pour le suicide assisté ; deuxièmement, par loyauté affective, il est redouté que les personnes concernées ne s'y résolvent. Une étude allemande réalisée à l'Université de Munich au centre des soins palliatifs (Fegg 2005) semble d'ailleurs confirmer cette crainte, en soulignant que les personnes gravement malades défendent moins leur intérêt personnel qu'une norme générale d'altruisme.

Ces quelques réflexions et exemples tirés de la littérature scientifique et des rapports ou prises de positions relayées notamment par les médias, semblent fonder – en particulier chez les personnes qui émettent des réserves à l'encontre d'une pratique faiblement régulée de l'assistance au suicide – la crainte d'une accélération. Celle-ci serait reliée à une éventuelle influence d'un ensemble de forces sociales sur la décision de recourir à une assistance au suicide, perçue alors comme une manière de ne plus pouvoir prendre le temps de mourir ou pire d'être poussé·e vers la mort. Sans développer la discussion visant à attester ou non ces tendances (Steck et al. 2016 ; 2018), nous souhaitons simplement souligner que la notion d'accélération n'est pas sans nourrir les débats philosophiques et éthiques relatifs à cette pratique.

Rythmer le jeu des acteurs

Le troisième usage de la notion d'accélération que nous souhaitons mettre en évidence relève d'une tension pouvant s'exprimer entre une demande de mourir à l'instant souhaité et le rythme institutionnel lié à la mise en œuvre d'une telle demande, du moins tel que cela est perçu par les personnels des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux⁹. Ce troisième usage se repère donc principalement chez les professionnel·le·s soignant·e·s, notamment dans le champ des soins palliatifs, et dans une bien moindre mesure auprès des accompagnateurs et accompagnatrices bénévoles des associations d'aide à mourir.

En somme, nous nous référons ici à l'« accélération des démarches » mise en évidence par Murielle Pott et ses collègues (2015), ce qui se traduit par une intensification des négociations entre la personne concernée, ses proches, les membres de la famille, les membres du personnel médical et les représentant·e·s des institutions. Dans un hôpital régional, nous avons par exemple assisté à une séance de débriefing d'une unité de soins palliatifs, concernant deux demandes de réalisation d'un suicide assisté au sein de cette institution; nous avons également mené des entretiens approfondis avec une médecin palliativiste, et nous nous sommes entretenus avec divers·es membres du personnel de santé concernés. La thématique de l'« accélération des démarches » souligne d'abord un processus de désynchronisation des rythmes de traitement d'une demande de mort volontaire, entre le corps médical d'une part et les autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'un suicide assisté d'autre part. Cette observation est en partie congruente avec les résultats d'études antérieures. Pour les actrices et acteurs du champ médico-social, les requêtes de suicide assisté et le processus qu'elles enclenchent représentent des interpellations et des défis qui mettent à l'épreuve leur conception de la mission et de la déontologie professionnelle, leur éthos ou leurs convictions personnels (Castelli Dransart et al. 2016; Ganzini et al. 2000). La difficulté à gérer l'ensemble des interpellations explique que seul le 45% des participant·e·s se dit satisfait du déroulement de la procédure (Castelli Dransart et al. 2016). Au fond, le suicide assisté met à l'épreuve et en tension l'articulation organisationnelle entre le projet d'un individu et le fonctionnement institutionnel (Castelli Dransart et al. 2015).

L'expression « être pris en otage » utilisée par les soignant·e·s et le sentiment de devoir travailler dans un « état d'urgence » relatent à leur manière la difficile conciliation entre des temporalités et des rythmes très différents. La médecin cheffe de cette unité l'exprime clairement : « On est

pris par l'horloge! On doit prendre des décisions très rapidement. On est pris en otage en termes de temporalité parce que le rythme de l'hôpital et le rythme de l'urgence d'une demande de suicide assisté ne sont pas compatibles» (cheffe de service, mars 2018, cahier de terrain). Dans le discours de ces soignant·e·s, proches, membres de la famille et accompagnant·e·s des ADMD (Associations pour le droit à mourir dans la dignité) sont présentés comme des agents de l'accélération de la volonté de mourir de la personne concernée; la réalisation d'un suicide assisté est associée à la métaphore du « rouleau compresseur ». Comme le dit la cheffe de service dans un entretien précédant l'observation de cette situation, « le suicide assisté, c'est une mort hors-norme qui génère du stress! »

Cette désynchronisation des temporalités n'est pas l'apanage des seul·e·s professionnel·le·s de la santé. Ces dernières et derniers affirment également l'observer entre la personne ayant fait le choix de recourir à un suicide assisté et ses proches. Une infirmière souligne par exemple le fait que les personnes requérant une assistance au suicide sont « des personnes très égoïstes », qui ne laissent pas la place aux proches et membres de la famille pour une éventuelle négociation : « Ils en ont rien à faire de la temporalité des autres! » (infirmière, mars 2018, cahier de terrain). Une de ses collègues abonde dans cette critique. Elle insiste sur le fait que ce positionnement de la personne fait non seulement fi des temporalités des proches l'accompagnant dans cette démarche, mais qu'il relève aussi d'une volonté de mettre en scène sa propre mort.

Une infirmière relève par ailleurs la rapidité avec laquelle certaines accompagnatrices et accompagnateurs semblent évaluer les situations : « Il [le bénévole d'EXIT] discute 45 minutes avec le patient, et il part. C'est trop rapide! » (infirmière, mars 2018, cahier de terrain). Cette perception vient s'articuler au fait que les professionnel·le·s eux-mêmes dénoncent parallèlement le temps – déjà limité – pris par ces situations : l'énergie et le temps requis en cas de suicide assisté – de négociation, de réunion entre membres du personnel – sont en effet considérables et parfois perçus comme devant être pris sur celui dévolu à l'accompagnement des autres patient·e·s. Ces demandes d'assistance peuvent ainsi apparaître comme difficilement compatibles avec les logiques temporelles et le rythme de l'institution, même au sein des unités de soins palliatifs qui, selon l'analyse de Castra (2003), se caractérisent par des rythmes professionnels plus adaptés aux situations de fin de vie.

La mort en trois minutes

Le quatrième et dernier usage de la notion d'accélération que nous avons identifié est lié à l'expérience du passage de vie à trépas, passage qui peut susciter un sentiment d'accélération chez les personnes qui y prennent part. Cet usage porte sur la perception et la sensorialité liée à un événement marqué par une temporalité bien spécifique : la survenue de la mort à proprement parler. Ce quatrième usage ne renvoie par contre pas à l'entier de la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide ; il ne reflète pas non plus les conceptions techniques des médecins ou des légistes pour commenter les *bonnes pratiques* dans les prises en charge des personnes en fin de vie. Ce sentiment d'accélération est au contraire le résultat d'une approche profane de la mort, vécu et observé en situation.

Pour illustrer ce sentiment d'accélération en lien avec la pratique du suicide assisté, nous allons nous appuyer sur une observation et une série d'entretiens que nous avons menés durant l'année 2018. Ce récit combine les notes de terrain prises par le chercheur impliqué, en situation ou juste après avoir participé à l'événement, ainsi que les premières analyses de celui-ci. Nous adoptons le mode du récit à la première personne pour rendre compte de cette expérience singulière et intime.

Germaine¹⁰, âgée de 78 ans, est atteinte de la maladie d'Alzheimer à un stade encore peu avancé. Outre la présence d'un cancer, elle a des problèmes de mobilité (une fracture de la hanche) et porte également une poche gastrique. Des sentiments de fatigue et de solitude ainsi qu'une volonté de ne pas être un poids pour les autres, autrement dit d'être trop dépendante, sous-tendent également sa décision. Cela fait maintenant plus de six mois que Germaine désire recourir au suicide assisté. L'ensemble des membres de sa famille est au courant et la soutient dans son projet.

J'arrive avec l'accompagnatrice de l'ADMD aux environs de 8h00 du matin au domicile de cette personne, le jour fixé pour le suicide assisté. Nous rencontrons les différentes personnes présentes : Germaine ; sa fille Marie ; son fils David ; la femme de David, Virginie ; sa belle-sœur Nadine ainsi que deux de ses petites-filles, Sarah et Daphné, qui seront tous présents lors du suicide assisté. L'accompagnatrice, Hélène, présente le déroulement de la journée et donne l'antiémétique à Germaine afin de prévenir les risques de vomissement ce qui pourrait limiter l'effet de la solution de pentobarbital. Nous attendons environ vingt minutes pour que l'antiémétique fasse effet, puis encore vingt-cinq minutes l'arrivée de son cadet, Georges. Germaine décide alors qu'il est temps.

À 8h49, Germaine avale la solution de pentobarbital. Pas tout à fait en une gorgée, elle y reviendra trois fois avant d'arriver au terme du décilitre à consommer. Hélène l'invite par ses gestes à retourner dans sa position allongée. Pourtant, elle reste assise et pendant ce temps Hélène continue son accompagnement en précisant qu'il serait souhaitable que Germaine s'endorme avec de bonnes pensées :

Hélène: Pensez à quelque chose qui vous fait du bien en vous endormant! À l'Amérique par exemple.

Virginie: Non pas à l'Amérique! À Jim!

Marie: Oui, pense à Jim!

Le reste de l'assemblée: Oui, pense à Jim!

Ce seront les dernières paroles que les membres de cette assemblée adresseront à Germaine de son vivant. L'action rapide de la substance n'a pas laissé véritablement le temps aux membres présent·e·s pour lui dire une dernière fois adieu. Pas de formule, ni de discours, ni de longue étreinte, ni de sanglots. En partant ce matin de chez moi, c'est pourtant une scène que je me suis dit qu'il faudrait bien documenter. J'étais à peu près certain que le dispositif du suicide assisté permettait dans une large mesure d'organiser cet espace d'adieu pour accompagner la personne qui allait décéder: chacun·e avec un petit mot réconfortant ou encore l'évocation d'un souvenir heureux partagé.

Comme à son habitude, Germaine, après avoir vanté le bon goût de la solution de pentobarbital et avoir bu en quelques gorgées son verre de vieille prune, entame une dernière petite plaisanterie qu'elle ne finira jamais. Après quelques mots distincts, les syllabes suivantes s'atténuent de plus en plus pour finalement ne plus être qu'un chuchotement inaudible. Les jambes couchées sur le lit et le torse relevé afin de boire la solution de pentobarbital et son verre de vieille prune dans l'autre main, Germaine est en train de tomber sur le côté. Hélène est là. Elle la laisse tomber dans ses bras et la dépose sur le lit. Elle ajuste un coussin sous sa nuque afin qu'elle repose confortablement. Quelques secondes après l'avoir déposée, Germaine ronfle paisiblement. Comme le fait remarquer la femme de David, et qui démontre aussi la puissance du pentobarbital, si elle est bien endormie, elle garde pourtant les yeux ouverts. Hélène rassure l'assemblée en expli-

quant que cela est normal, tout en abaissant les deux paupières sur les yeux de Germaine avec sa main.

Il se passe alors pour moi quelque chose d'assez surprenant. La tension va être palpable dans la pièce et il me semble que toute cette tension se concentre entre le moment où Germaine s'est endormie et le moment où Hélène annoncera l'heure du décès aux membres de l'assemblée. Durant ce temps, les personnes présentes semblent particulièrement concentrées à identifier les quelques signes sûrs, attestant du décès de l'être aimé. Et pour visiblement répondre à cette attente, Hélène va commenter les différentes phases de cette mort: «Là, elle est endormie très profondément»; «là, sa respiration s'est coupée, on peut entendre l'air qui remonte des poumons». Ensuite, en apposant ses doigts sur l'artère carotide, elle commente l'affaiblissement progressif du rythme du cœur, d'abord très léger mais présent, puis annonce quelques secondes plus tard l'heure du décès. Il est 8h52.

Il a fallu, entre le temps de boire la potion, s'endormir et mourir dans le plus grand calme, trois minutes à Germaine. Nous resterons toutes et tous très silencieux pendant ce laps de temps dans la pièce, jusqu'à ce que David dise: «Bon ben, on ne va pas rester comme ça dans cette chambre dans le silence!» Marie et Hélène restent encore quelques minutes. Les autres sortent et retournent autour de la table de la salle à manger.»

Ce récit de l'expérience du chercheur confronté à un suicide assisté met en lumière une dernière façon d'appréhender cette notion d'accélération. Une accélération qui ne se dit ni ne se voit, mais qui se ressent et, à l'inverse des acceptions précédentes, souligne une caractéristique du suicide assisté. Pourtant, l'accélération ne fait pas référence au processus d'agonie dans cette situation mais bien au passage de vie à trépas. Et elle contraste selon notre point de vue avec la longue préparation de cet instant, qui a occupé l'esprit des proches pendant les six derniers mois de la vie de Germaine. Six mois pour négocier, organiser et décider du moment du suicide assisté qui, finalement, se sera déroulé en quelques minutes. Comme l'exprimera sa fille lors d'un entretien subséquent au suicide assisté de sa mère: «C'était presque instantané. Je ne pensais pas. [...] Elle n'a même pas pu finir sa phrase. J'étais impressionnée!» (Marie, août 2018, cahier de terrain).

Mourir entre accélération et décélération

Pour conclure, nous aimerions souligner le fait que recourir à la notion d'accélération est fréquent lorsqu'il s'agit d'évoquer le thème du suicide assisté. Cette notion – tout comme le champ sémantique que celle-ci recouvre – n'est pourtant jamais définie ni abordée en tant que telle malgré ses usages

variés. Chacun des quatre usages sert tantôt à qualifier ou caractériser un processus biologique et à nourrir en retour des appréciations médico-légales, subjectives et sensorielles (le premier et le dernier usages que nous avons décrits), tantôt à filer des argumentations et à justifier des prises de positions en lien avec cette pratique (les deuxième et troisième usages).

Notre exploration de ces usages tend à montrer que ces derniers sont néanmoins susceptibles d'indexer implicitement des registres fort différents: le premier usage relève d'une composante juridico-politique, qui n'est pas sans conséquence sur les procédures de mise en œuvre d'un suicide assisté, en particulier les levées de corps. Chaque suicide assisté, précipitant la survenue de la mort, est dès lors considéré comme une *mort violente*, ce qui oblige à une investigation judiciaire avec intervention de la police auprès des membres de la famille et des accompagnatrices et accompagnateurs avant l'arrivée des pompes funèbres. Le deuxième usage – associant l'augmentation du nombre de suicides assistés soit à la *revendication d'un droit* soit à un processus de *normalisation* voire de *banalisation* – situe les commentaires au niveau des principes éthiques, voire d'un ordre moral revendiqué ou dénoncé selon les cas. Les deux autres usages émergent pour leur part de l'expérience vécue par les personnes, notamment le personnel soignant impliqué de manière directe ou indirecte dans la mise en œuvre d'un suicide assisté ou les proches et les accompagnant-e-s; le troisième dénote ainsi des logiques institutionnelles et organisationnelles qui sont mises en tension voire en désynchronisation par la volonté d'un individu de recourir au suicide assisté, au risque de générer des incompréhensions sinon des formes de résistances institutionnelles aux demandes d'aide à mourir. Le quatrième usage de la notion d'accélération change encore de registre, dans la mesure où il dénote les dimensions perceptives de notre rapport même à la mort et le sens que nous lui attribuons.

Cette indexation différenciée de registres – médico-légal, éthico-moral, organisationnel et expérientiel – que produisent les usages indistincts de la notion d'accélération selon les contextes, empêche finalement de dégager une lecture interprétative univoque de l'assistance au suicide par ce biais. Malgré cette difficulté, nous souhaitons avancer deux observations résultant de ce travail exploratoire basé sur notre recherche en cours. Ces observations sont liées aux conceptions du temps qui sous-tendent ces usages de la notion d'accélération; elles sont à prendre comme des hypothèses de travail, susceptibles d'ouvrir un espace de réflexion et de mettre en perspective les registres indexés par son usage au moment d'évoquer l'assistance au suicide.

La première tient dans ce constat d'une possible désynchronisation entre structures soignantes et associations engagées dans l'aide au suicide. Toutes deux peuvent agir en parallèle, mais restent parfois dépendantes l'une de l'autre selon les étapes de la procédure, en particulier lorsque la personne qui sollicite une telle assistance est prise en charge en contexte institutionnel. L'un des enjeux tiendrait alors dans la capacité à se situer dans la *fenêtre d'opportunité* permettant l'accomplissement d'un acte accepté mais controversé. Cette perception relève, d'un côté, de l'attestation de la présence d'une maladie incurable, voire d'une souffrance intolérable¹¹. Cette dernière représente en quelque sorte la condition d'entrée dans cette procédure. De l'autre côté, l'évaluation de la capacité de discernement – assortie à la capacité minimale de pouvoir effectuer soi-même le dernier geste – est l'élément qui va potentiellement refermer cette *fenêtre d'opportunité*: pour le législateur suisse, soit on a sa capacité, soit on ne l'a pas, il n'y a aucun état intermédiaire possible. Si celle-ci n'est pas ou plus attestée, la réalisation d'un suicide assisté devient impossible. La possibilité de recourir à un suicide assisté se situe donc entre ces deux *bornes* qui déterminent une temporalité spécifique mais difficile à définir.

Nous comprenons mieux dès lors la possible tension pouvant prévaloir entre, d'une part, des soignant·e·s qui cherchent à prévenir toute accélération inopportune de la fin de vie en contexte institutionnel et, d'autre part, des personnes ayant décidé de recourir au suicide assisté qui redoutent le risque de ne plus correspondre aux critères requis, appuyées parfois en ce sens par les accompagnant·e·s des ADMD qui se basent sur leurs expériences respectives. Si cette hypothèse se confirmait, nous pourrions alors penser que les conditions posées par le champ médical et institutionnel qui défend l'idée de «prendre son temps» pour valider une décision d'accompagner une personne dans une mort volontaire contribuent paradoxalement à nourrir certaines volontés d'accélérer la procédure pour réaliser une assistance au suicide.

Il serait toutefois réducteur de limiter la question de l'accélération à ce seul enjeu. Notre deuxième observation met en avant une dimension qui se superpose à cette tension – sans nécessairement la contredire – entre accélération et décélération dans la mise en œuvre d'une assistance au suicide. Elle est en lien avec les registres du pragmatisme médico-légal et du rapport à la mort auxquels les usages de cette notion d'accélération renvoient par ailleurs. Le même jeu d'accélération et de décélération semble en effet être opératoire au niveau des projections et anticipations effectuées par les personnes allant vers leur propre mort à la suite de l'ingestion d'une

substance létale. Un contraste subsiste, en effet, entre les perceptions de fins de vie interminables vécues dans son entourage et la rapidité – procédurale, physiologique, imaginée – avec laquelle il est possible de partir avec une assistance. De plus, le fait d’être déterminé·e à mourir et d’affirmer une décision peut créer un horizon d’attente susceptible de générer un sentiment de lenteur nourrissant un certain imaginaire de la mort. Nous avons d’ailleurs commencé à explorer ces différentes pistes dans le cadre de notre recherche (Stavrianakis 2016, 2018; Berthod et al., 2019).

Dans cette dernière perspective, il apparaît que le fait de déterminer l’heure de sa mort ne contredit pas forcément le principe de prendre le temps de mourir; le recours au suicide assisté, en fixant l’instant de la mort – ce qui en soi pourrait être compris comme une forme d’accélération de la fin du parcours de vie – permettrait au contraire de se défaire de certaines contraintes temporelles, celles que sous-tendraient par exemple une injonction à bien préparer sa propre mort. Le cas échéant, la personne peut ressentir une autre forme de décélération, résultant d’une confrontation assumée avec la mort et du sentiment de sécurité induit par l’acceptation explicite des accompagnant·e·s de prodiguer une assistance au suicide. Cela s’exprime souvent dans le discours de nos interlocutrices et interlocuteurs par une forme de sérénité et de calme face à l’imminence de leur décès. Ce constat, bien que provisoire, mérite à notre avis d’être approfondi et discuté, notamment avec les professionnel·le·s concerné·e·s par cette question, car il indique que l’assistance au suicide peut aussi correspondre pour la personne concernée à une autre manière de prendre le temps de mourir.

Références bibliographiques

- Agamben, Giorgio (2016). *Homo Sacer, L’intégrale 1997–2005*, Paris: Éditions du Seuil.
- Berthod, Marc-Antoine, Stavrianakis, Anthony, Pillonel, Alexandre & Dolores Angela Castelli Dransart, Imagining Terminality: Anticipations of Suicide with Assistance in Switzerland, *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*. vol. 4(7), 45–59.
<https://mort-anthropologie.com/wp-content/uploads/2019/09/Revista-M-Berthod-al.-2019.pdf>
- Burkhardt, Sandra Esther (2011). *L’assistance au décès à l’aube du XXI^e siècle*, (Thèse de Privat-Docent, Université de Genève). Récupéré de: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:14584>.
- Borasio, Gian Domenico (2017), *Ce que l’on sait, ce que l’on peut faire, comment s’y préparer*, Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Castelli Dransart, Dolores Angela, Voélin, Sabine, Scozzari, Elena (2015). Comment la marge peut-elle déplacer le centre en matière d’accompagnement de fin de vie? L’exemple de l’assistance au suicide

- au sein d'établissements médicosociaux (EMS) en Suisse. In : *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), p. 129–144.
- Castelli Dransart, Dolores Angela, Scozzari, Elena, Voélin, Sabine (2016). Stances on Assisted Suicide by Health and Social Care Professionals Working with Older Persons in Switzerland. In: *Ethics & Behavior*, 27(7), p. 599–614.
- Castra, Michel (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : PUF.
- Du Pan, Martin (2007). Le syndrome d'EXIT ou la pente savonneuse. In: *Rev Med Suisse*, 3 (2794), Récupéré de <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-134/2794>.
- Fegg, Martin, Wasner, Maria, Neudert, Christian & Borasio, Gian Domenico (2005). Personal values and individual quality of life in palliative care patients. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, p. 154–159.
- Frei, Andreas, Schenker, Tanja, Finzen Asmus, Dittmann Volker, Kraeuchi, Kurt, Hoffmann-Richter, Ulrike, (2003), The Werther effect and assisted suicide. In: *Suicide Life Threat Behav*, 33(2), p. 192–200.
- Gamondi, Claudia, Pott, Murielle, Preston, Nancy & Payne Sheila (2018). Family Caregivers' Reflections on Experiences of Assisted Suicide in Switzerland. A Qualitative Interview Study. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(4), p. 1085–1094.
- Ganzini, Linda, Nelson, Heidi, Schnidt, Terri, Kraemer, Dale, Delorit, Molly & Lee, Melinda (2000). Physicians' Experiences with the Oregon Death with Dignity Act. In: *The New England Journal of Medicine*, 342, p. 557–563.
- Hamarat, Natasia, Pillonel, Alexandre, Berthod, Marc-Antoine, Castelli Dransart, Dolores Angela, Lebeer, Guy, (soumis), L'assistance à mourir comme laboratoire d'une socio-anthropologie de la mort. Approche programmatique à partir de situations d'euthanasie en Belgique et de suicide assisté en Suisse, *Death Studies*.
- Ly, Anne-Sorya, Aubry, Régis, (2015), Comment explorer la réalité des demandes d'euthanasie ou de suicide assisté? Étude pilot. In : *Médecine Palliative: Soins de support – Accompagnement – Éthique*, 13(1), p. 1–13.
- Pott, Murielle, Stauffer, Laeticia, Gamondi, Claudia, (2015), Quand accompagner de fin de vie rime avec assistance au suicide : l'expérience des proches en Suisse latine. In: *Anthropologie et Santé*, Récupéré de : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1704>.
- Pott, Murielle, Von Ballmoos, Claudia., Dubois, Julie, & Gamondi, Claudia, (2013), Négocier sa participation à une assistance au suicide en Suisse. In: *Médecine palliative*, 13, p. 68–76.
- Rosa, Hartmut, (2015), *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris: La Découverte.
- Stack, Steven, (2005), Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), p. 121–133.
- Stavriankis, Anthony (2018), Survivances des images de la mort. L'agencement du désir dans une mort volontaire assistée. In : Anthony Stavriankis & Nicolas Dodier, (Éds.) *Les objets composés. Agencements, dispositifs, assemblages*. Paris : Editions de l'EHESS, p. 109–138.
- Stavriankis, Anthony (2017), Penser l'évidence. Détermination et indétermination dans la mort volontaire, *Terrain. Anthropologie et Sciences humaines*, Récupéré de <http://journals.openedition.org/terrain/16103>.
- Stavriankis, Anthony (2016), Obstinacy and Suicide: Rethinking Durkheim's Vices. In: *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 6 (1), p. 163–88. Doi: <https://doi.org/10.14318/hau6.1.012>.
- Steck, Nicole, Egger, Matthias, Zwahlen Marcel, (2016), Assisted and unassisted suicide in men and women: Longitudinal study of the Swiss population. *The British Journal of Psychiatry*.

208(5), p. 484–490. Doi:
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160416>.
 Trechsel, Stefan, Noll, Peter, (2004),
*Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner
 Teil I, Allgemeine Voraussetzungen der*

Strafbarkeit (6^e édition). Zurich :
 Schulthess Verlag.
 Wacker, J., (2016), Assistance au suicide,
 euthanasies : situation suisse, *Etudes sur
 la mort*, 150, pp. 79–92.

Annotations

- 1 Département fédéral de justice et police, 2006, *Assistance au décès et médecine palliative: la Confédération doit-elle légiférer?* p. 22. Document disponible en ligne: <http://www.news.admin.ch/NSB-Subscriber/message/attachments/1907.pdf> [page consultée le 6 mai 2019]
- 2 Un ensemble d'actes pouvant relever de cette catégorisation ne sont toutefois pas punissables. Les critères de non-punissabilité de l'euthanasie active indirecte reposent ainsi sur d'autres règles d'attribution des délits: la non création de risque interdit (art. 111 CP), le devoir professionnel du ou de la médecin de soulager les souffrances de son ou sa patient-e (art. 32 CP), la pesée des intérêts selon les principes constitutionnels.
- 3 Voir à ce sujet la thèse de Sandra Burkhardt (2011).
- 4 Pour une définition de la sédation palliative, voir *Directives et recommandations médico-éthiques. Soins palliatifs*, ASSM, (2013) : Document disponible en ligne: <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.ht> [page consultée le 6 mai 2019]
- 5 En date du 10 mai 2019, le Parlement valaisan a accepté une modification législative allant dans le sens d'une réglementation de l'assistance au suicide devant permettre à toute personne prise en charge de solliciter cette assistance (voir source).
- 6 Propos tenus par Jean-Marie Lovey dans « En Valais, l'évêque Jean-Marie Lovey se positionne contre le suicide assisté », 28 février 2019, *Radio Télévision Suisse* (RTS) : <https://www.rts.ch/info/regions/valais/10254454-en-valais-l-veveque-jean-marie-lovey-se-positionne-contre-le-suicide-assiste.html> [page consultée le 6 mai 2019].
- 7 Office fédéral de la statistique, « Suicide assisté selon le sexe et l'âge ». Document consulté le 6 mai 2019. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.7008108.html>. Ces résultats ont été rapportés au nombre de morts par année en Suisse.
- 8 Voir par exemple Du Pan (2007), ou encore l'article du journal « Le Temps »: Mauron Alex, (7 décembre 2014). Pour une légifération de l'aide au suicide encadré par la science. Document disponible en ligne: <https://www.letemps.ch/opinions/une-legifération-laide-suicide-encadree-science> [page consultée le 6 mai 2019]
- 9 Les réflexions qui suivent valent essentiellement pour une minorité de suicides assistés, car ces derniers – en Suisse – prennent place très généralement au domicile des personnes. Selon Wacker (2016), en 2015, seulement 2 % des suicides assistés se sont déroulés en contexte hospitalier. Le 10 % s'est déroulé dans des établissements de soins de longue durée. Selon notre recherche en cours, ces cas restent rares à ce jour.
- 10 Le récit fait usage de prénoms et noms d'emprunt pour l'ensemble des personnes mentionnées.
- 11 Ce critère fait l'objet de discussions au sein de différentes instances concernées (ASSM, FMH, associations d'aide à mourir notamment).