

Table des matières

1. Introduction	7
2. Problématique	8
2.1 Question de recherche.....	8
2.2 Objectifs de ce travail de recherche	8
3. Motivations et choix du thème	10
4. PARTIE THÉORIQUE	11
4.1 L’assistance au suicide et ses concepts voisins : définitions et terminologie	11
4.1.1 Le suicide	11
4.1.2 Le suicide assisté.....	12
4.1.3 L’euthanasie	13
4.1.4 Les directives anticipées	14
4.2 Cadre légal	14
4.2.1 Droit international	14
4.2.1.1 L’application de la Convention de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales en Suisse	14
4.2.2 Législation nationale	17
4.2.3 Législation cantonale	19
4.3 Cadre éthique et déontologique	21
4.3.1 Professionnels de la santé.....	22
4.3.2 Autodétermination et devoir d’assistance	24
4.3.3 Impunité de l’assistance au suicide	27
4.4 L’association Exit ADMD Suisse romande.....	29
4.4.1 Les étapes vers "la délivrance".....	30
4.4.2 Exit : des débuts à aujourd’hui.....	31
4.5 Rôle et fonction de l’assistant social.....	32
4.5.1 Les principales tâches de l’assistant social	32
4.5.2 Les outils de l’assistant social	33
4.5.3 Méthodologie d’intervention de l’assistant social.....	34
4.5.4 Savoir, agir et être	36

4.5.5 L'accompagnement social.....	37
4.6 Hypothèses.....	38
4.7 Méthodologie	39
4.7.1 Choix de la méthode et du terrain	39
4.7.2 L'échantillon choisi.....	39
4.7.3 Méthode de récolte de données	40
4.7.4 Méthode d'analyse	40
4.7.5 Conclusion.....	42
5. PARTIE EMPIRIQUE	43
5.1 Synthèse de la population concernée	43
5.1.1 Expériences professionnelles des assistantes sociales en relation avec des situations de fin de vie.....	43
5.1.2 Nombre de situations d'assistance au suicide rencontrées.....	44
5.2 Synthèse et analyse des données.....	45
5.2.1 Accompagnement et orientation.....	45
5.2.2 Connaissances théoriques et outils pour l'accompagnement de l'assistance au suicide	48
5.2.3 Principe fondateur et gestion émotionnelle.....	51
5.3 Vérification des hypothèses	52
5.3.1 Hypothèse 1.....	52
5.3.2 Hypothèse 2.....	53
6. Bilan et conclusion	54
6.1 Limites de la recherche	54
6.2 Les objectifs de recherche.....	54
6.3 Les objectifs personnels	56
6.4 Pistes d'action	57
6.5 Conclusion	58
6.5.1 Bilan professionnel.....	58
6.5.2 Bilan personnel.....	59
6.5.3 Bilan d'apprentissage	60
6.5.4 Bilan final.....	60
7. Bibliographie et Cyberographie.....	62

7.1 Livres	62
7.2 Articles.....	62
7.3 Sites internet	63
7.4 Documents électroniques	64
7.5 Films – documentaires	66
8. Annexes	67
8.1 Annexe 1 : Entretien semi-dirigé	67
8.2 Annexe 2 : Formulaire de consentement libre et éclairé.....	69
8.3 Annexe 3 : Tableau récapitulatif des réponses obtenues aux entretiens	70

Table des illustrations

<i>Figure 1: http://www.prevention.ch</i>	1
<i>Figure 2: Taux de suicide, évolution des décès par suicide de 1970 à 2012 pour 100'000 habitants en Suisse</i>	12
<i>Figure 3: Le double mouvement de la pensée et de l'action.....</i>	36
<i>Figure 4: Entretien semi-dirigé</i>	68
<i>Figure 5 : Résultats question 2</i>	70
<i>Figure 6 : Résultats question 3</i>	70
<i>Figure 7 : Résultats question 4</i>	71
<i>Figure 8 : Résultats question 5</i>	71
<i>Figure 9 : Résultats question 6</i>	72
<i>Figure 10 : Résultats question 7</i>	72
<i>Figure 11 : Résultats question 8</i>	72
<i>Figure 12 : Résultats question 9</i>	73
<i>Figure 13 : Résultats question 10</i>	74
<i>Figure 14 : Résultats question 11</i>	74

1. Introduction

La pratique de l'assistance au suicide a débuté en 1990, dans toutes les régions de la Suisse, à raison d'une vingtaine de cas par an. En 1996, une centaine de cas sont constatés pour l'ensemble du territoire. En 2002, les organisations d'aide au suicide ont recensé 137 cas, ce qui correspond à 10% de tous les suicides et à 0.2% des décès.¹

Selon l'Office fédéral de la statistique, en 2014, les suicides assistés constituent 0.4% des décès de cette même année. En Valais, 13 personnes, qui ont fait appel à Exit pour recourir au suicide assisté, sont relevées, toujours en 2014, soit 5 de plus qu'en 2013.²

Mes expériences professionnelles m'ont permis de constater que les assistants sociaux qui travaillent en milieu hospitalier ou en relation avec une population malade, accidentée ou âgée, ont de nombreuses chances, au cours de leur carrière, d'être confrontés à la question de l'assistance au suicide. De plus, c'est une chose à laquelle les travailleurs sociaux semblent peu préparés. En effet, j'ai pu constater, qu'à l'heure actuelle, cette problématique semble plus présente dans le milieu de la santé que du social où elle paraît secondaire.

Le but premier de cette étude est de déterminer si les services sociaux font réellement face à la problématique de l'assistance au suicide en Valais. Ce travail cible principalement le questionnement des assistants sociaux valaisans travaillant régulièrement avec une clientèle en situation de fin de vie. Ce choix a été effectué, car ces derniers ont certainement été, au cours de leur carrière professionnelle, confrontés à cette problématique, ce qui permettra de comprendre de quelle manière ils gèrent une telle sollicitation avec le client et son entourage.

Pour commencer, des concepts théoriques sont développés, dans la première partie de ce travail de recherche, tout en abordant le cadre légal, éthique et déontologique. Pour mener à bien cette étude, ces aspects ont été étayés, ce qui a permis une meilleure compréhension de la situation politique actuelle en Suisse concernant l'assistance au suicide, mais également de mettre en lumière la question éthique qui soutient cette controverse.

L'association d'assistance au suicide active en Suisse romande, Exit A.D.M.D, est aussi présentée, dans le but de comprendre les motivations et les pratiques de ses membres actifs. Enfin, avant de débuter la seconde partie de ce travail, l'analyse, le rôle et la fonction de l'assistant social ont aussi été développés.

En second lieu, des enquêtes de terrain m'ont permis de découvrir la réalité du monde du travail et les enjeux que cette problématique engendre au sein des services sociaux valaisans. Ces connaissances préalables m'ont permis de comparer ces notions théoriques avec le point de vue pratique des assistants sociaux, grâce à ces enquêtes de terrain. La technique des entretiens semi-dirigés a été appliquée et des professionnelles des services sociaux valaisans, en relation avec la maladie, le handicap ou la vieillesse, ont été

¹ Office fédéral de la statistique, « Causes de décès entre 1970 et 2014 : d'une génération à l'autre », 2014, récupéré de : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04.html>, consulté le 04.08.2015.

² SAVIOZ, C, « Le suicide assisté à légitimer », *Le Nouvelliste*, 23.09.2015, p. 4.

interrogées. Ces enquêtes ont dévoilé les approches, les points de vue, les stratégies d'action, les connaissances, les outils ainsi que la gestion émotionnelle de ces professionnelles face à cette question. Finalement, la dernière partie de ce travail se veut réflexive et propose, grâce à une analyse, un éclairage sur la réalité du terrain face à l'assistance au suicide.

Au vu de ce qui précède, cette problématique est née d'une interrogation personnelle qui s'est ensuite étendue sur un questionnement professionnel. Afin de dégager une vision globale de l'accompagnement des demandes liées à l'aide au suicide en service social, il a été choisi d'aborder la question de recherche sous un angle large.

2. Problématique

2.1 Question de recherche

En 2012, lorsque la réflexion a débuté pour la rédaction de ce travail, plusieurs questionnements me sont alors venus à l'esprit : comment les assistants sociaux gèrent-ils des demandes d'aide au suicide ? Comment se positionnent-ils ? Sont-ils fréquemment sollicités pour ce type d'accompagnement ? Ont-ils des outils professionnels sur lesquels s'appuyer lors de telles sollicitations ? Comment gèrent-ils émotionnellement ces demandes ? Ont-ils des directives précises ? Quelles sont leurs connaissances sur l'assistance au suicide en Suisse ? Sont-ils bien informés ? Des formations continues leur sont-elles proposées sur ce thème ? Quel est leur avis personnel sur cette question ? Cette option leur est-elle aussi difficilement envisageable que pour le personnel soignant ? Leur positionnement personnel a-t-il une incidence sur leur accompagnement ?

Ainsi, la question de recherche qui s'est tissée suite à ces interrogations et qui est devenue le fil rouge de cette recherche est la suivante :

Comment les assistants sociaux actifs auprès d'une clientèle âgée, malade ou en situation de handicap, accompagnent-ils les demandes liées à l'aide au suicide en Valais?

Le développement des concepts théoriques ainsi qu'une analyse des entretiens semi-directifs permettront de répondre au mieux à cette question.

2.2 Objectifs de ce travail de recherche

Le travail de l'assistant social l'amène à côtoyer des personnes de toutes tranches d'âge faisant face à la maladie pour lesquelles la question de l'aide au suicide peut émerger. C'est pourquoi il est intéressant d'étudier le type de prise en charge que peut apporter l'assistant social et le rôle qu'il joue dans l'accompagnement de ses clients qui s'inscrit dans la continuité d'une réflexion globale sur la question de l'assistance au suicide.

Les objectifs de ce travail de recherche sont les suivants :

- Connaître la fréquence et le nombre de situations en lien avec l’assistance au suicide auxquels font face les assistants sociaux valaisans.
- Recenser les différents types d’accompagnement que les assistants sociaux offrent aux personnes qui leur font part de leur souhait de faire appel à l’assistance au suicide. Les principales questions qui seront analysées sous ce point sont : jusqu’où ces professionnels vont-ils ou peuvent-ils aller et quelles sont leurs limites ?
- Connaître les outils de travail sur lesquels les assistants sociaux s’appuient dans ce type de situation.
- Vérifier si les assistants sociaux ont des directives précises de leur direction qu’ils doivent appliquer lors de telles demandes.
- Recenser les connaissances théoriques des assistants sociaux sur la question de l’assistance au suicide en Suisse, au niveau des lois, des associations et des procédures. L’objectif est également de comprendre d’où ils tiennent ces informations : s’agit-il de formations effectuées, de lectures ou suite à leur intérêt personnel ?
- Saisir le positionnement personnel des assistants sociaux face à la question de l’assistance au suicide ainsi que l’influence de ce positionnement sur le type d’accompagnement proposé aux personnes suivies.
- Comprendre de quelle manière les assistants sociaux vivent de telles demandes au niveau de leur état d’esprit, des émotions et des ressources mobilisées.

Mes objectifs personnels sont les suivants :

- Me familiariser avec la méthodologie et pouvoir l’appliquer dans ce travail de recherche.
- Effectuer un travail de recherche abouti.
- Approfondir mes connaissances sur le sujet de l’assistance au suicide et des enjeux qui en découlent.
- Comprendre les enjeux liés à ce thème pour les travailleurs sociaux, notamment les assistants sociaux.
- Trouver des pistes quant à la prise en charge de manière adéquate des clients désirant bénéficier de l’aide au suicide.

3. Motivations et choix du thème

Le thème de l'assistance au suicide a commencé à m'intéresser, il y a déjà quelques années, suite à un reportage³ consacré à l'association suisse *DIGNITAS – Vivre dignement – Mourir dignement*⁴. Cette association, basée à Zurich, accompagne et assiste jusqu'au dernier souffle les personnes qui ont opté pour un suicide assisté. Le documentaire avait suivi le parcours de vie d'une femme retraitée, malade, qui avait accepté de se faire filmer dans sa démarche vers la mort.

Suite à cette diffusion, je me suis posée la question suivante: « S'il m'arrivait un accident ou une maladie me rendant totalement dépendante des autres, aurais-je envie de faire appel à l'assistance au suicide pour mettre fin à mes jours ? »

Sachant qu'en Suisse, l'aide au suicide représente chaque année 1,5% des 65'000 cas de décès⁵, cela m'a interpellée et m'a démontré qu'il est pertinent de traiter de la question de l'aide au suicide.

Le choix de cette thématique a été le fruit d'une réflexion approfondie et essentielle pour moi. Elle m'est immédiatement venue à l'esprit, car je souhaite mieux comprendre ce sujet qui m'a toujours intéressée par la controverse qu'il suscite. D'une manière générale, il est extrêmement difficile de s'imaginer se retrouver un jour devant ce choix d'abréger ou non son existence, car la mort, le suicide et l'aide au suicide, restent, selon moi, des sujets relativement délicats dans l'opinion publique. Pourtant, cette question gagne à être traitée, car elle peut toucher tout être humain, quelles que soient son origine, sa classe sociale ou sa religion.

Lors de mon second stage de formation au service social handicap de la fondation Emera⁶, j'ai côtoyé le travail des assistants sociaux œuvrant dans divers domaines, mais tous en faveur de personnes atteintes de maladies physiques ou psychiques. En tant qu'assistante sociale, il est donc probable que je sois confrontée à une telle situation, lors de ma carrière professionnelle, c'est une des raisons qui m'a poussée à développer ce sujet, afin de comprendre comment un assistant social accompagne un bénéficiaire face à une telle demande.

A titre personnel, traiter ce sujet est un excellent moyen de trouver quelques réponses à certaines de mes interrogations sur des questions liées à la vie et à la mort.

³ BRESSAN, E, « Dignitas, la mort sur ordonnance », *Temps présent*, RTS, 2011 (reportage).

⁴ «DIGNITAS – Vivre dignement – Mourir dignement» est une association qui n'a pas de but économique, au sens des articles 60 et suivants du Code civil suisse et dont le siège est à Maur.

⁵ ATS, « Le nombre de décès assistés a explosé l'an dernier en Suisse », *L'Hebdo*, 01.03.2016, récupéré sur <http://www.hebdo.ch/news/politique/exit-suisse-al%C3%A9manique-30-de-d%C3%A9c%C3%A9c%C3%A8s-assist%C3%A9s-en-plus-en-2015>, consulté le 06.03.2016.

⁶ Fondation Emera, adresse URL : <http://www.emera.ch/fondation/prestations.html>, consulté le 19.11.2015.

4. PARTIE THÉORIQUE

4.1 L'assistance au suicide et ses concepts voisins : définitions et terminologie

En parlant autour de moi, je me suis rendu compte que la notion d'assistance au suicide n'était pas très bien connue. Il est donc important de se pencher sur sa définition ainsi que sur celle des concepts voisins, afin d'appréhender au mieux cette étude.

4.1.1 Le suicide

« 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. »⁷

Selon l'Office fédéral de la statistique, le taux de suicide, en Suisse, en 2012, était de 11.1% pour 100'000 habitants. Il est notamment observé que l'évolution du taux de suicide, en Suisse, de 1970 à 2012, est diminuante, car une réduction de 43% du taux de suicide est notée pour cette période.⁸

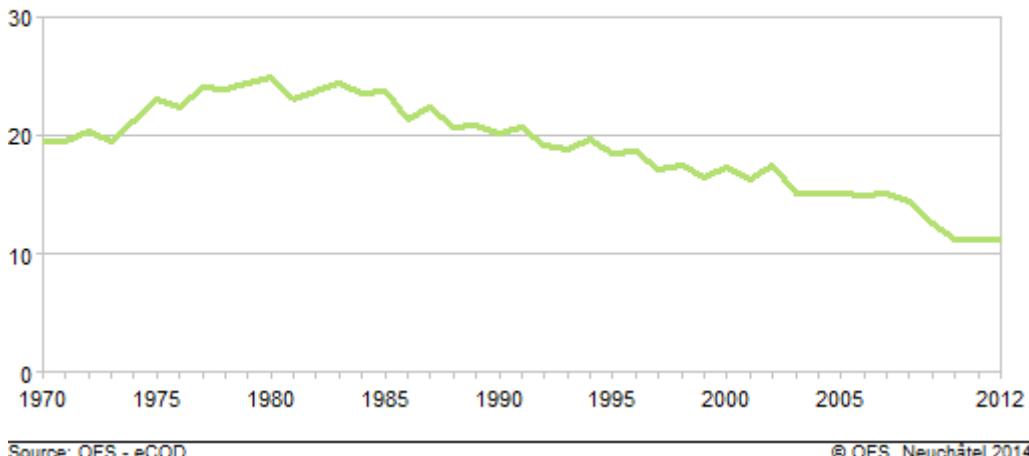
À l'heure actuelle, le suicide est compris comme un comportement complexe et hautement conditionné, pouvant toucher n'importe qui. Celui-ci n'est pas considéré comme une maladie, mais comme un comportement pouvant découler d'une maladie psychique ou d'une situation difficile et mal vécue. D'un point de vue psychiatrique, le suicide n'est pas perçu comme un acte autodéterminé. En effet, celui-ci est en proie à de nombreux conditionnements, tels qu'une humeur dépressive, des angoisses irrationnelles ou des représentations démentes. Les recherches sont également unanimes sur le fait que l'absence d'espérance constitue le motif principal du suicide. Ainsi, entre 25% et 50% des tentatives totales de suicide sont dues à des douleurs physiques insupportables, associées à des maladies somatiques graves ou à un handicap physique.⁹

⁷ BONDOLOFI, A. HALDEMANN, F., MAILLARD, N., *La mort assistée en arguments*. Chêne-Bourg, Suisse, 2007.

⁸ Office fédéral de la statistique, « Causes de décès entre 1970 et 2014 : d'une génération à l'autre », op. cit.

⁹ Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « L'assistance au suicide, prise de position n°9 », 2005, p. 26, récupéré de : <http://www.curaviva.ch/files/ZQC4JVW/Prise-de-position-de-la-CNE.pdf>, consulté le 04.08.2015.

Taux de suicide
Décès par suicide pour 100'000 habitants



Source: OFS - eCOD

© OFS, Neuchâtel 2014

Figure 2: Taux de suicide, évolution des décès par suicide de 1970 à 2012 pour 100'000 habitants en Suisse¹⁰

L’expression « suicide assisté » n’est d’ailleurs pas anodine, car l’assistance au décès renvoie à la notion de suicide. Il existe pourtant une grande différence entre ces deux termes. Le suicide, comme son nom l’indique, est l’action de se donner la mort ; un acte désespéré, égoïste, violent et volontaire qui marque profondément l’entourage du défunt et laisse une immense frustration, laquelle s’exprime parfois en colère intense ou incompréhension totale. La loi suisse tolère le suicide, car il n’implique qu’une seule personne et résulte de la seule responsabilité du citoyen ; de ce fait, on ne peut pas parler d’homicide¹¹.

4.1.2 Le suicide assisté

Le suicide assisté permet aux personnes désirant en finir avec la vie, de le faire de manière réfléchie. En effet, ces personnes bénéficient d’un suivi, plus ou moins long, qui leur permet de se questionner sur leurs réelles motivations. Afin de bénéficier d’une assistance au suicide, plusieurs conditions doivent être réunies. Les conditions de base les plus importantes sont de bénéficier de sa capacité de discernement ainsi que d’être capable d’accomplir soi-même le geste qui entraînera la mort. Toutes ces conditions seront énumérées en détail dans le chapitre 6, « l’association Exit ADMD Suisse romande ».

¹⁰ Office fédéral de la statistique, « Causes de décès entre 1970 et 2009 : d'une génération à l'autre », op. cit.

¹¹ Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, op. cit., p. 26.

4.1.3 L'euthanasie

L'assistance au suicide et l'euthanasie sont deux choses distinctes. Le mot « euthanasie » provient des racines grecques « eu » qui signifie « bon, doux, heureux » et « thanatos » qui se réfère à la « mort ». Étymologiquement, euthanasie veut donc dire « bonne mort ».¹²

Plusieurs épithètes s'accordent notamment à ce terme, lui attribuant des sens différents. Tout d'abord il y a les qualificatifs « actif » et « passif ». L'euthanasie active désigne le fait de provoquer la mort, en administrant un produit létal par voie orale ou par injection. Celle-ci est régie par l'article 114 du Code pénal suisse¹³ qui spécifie que le fait de donner la mort à quelqu'un est considéré comme un meurtre et donc interdit, même si la personne en question le souhaitait.¹⁴

L'euthanasie passive, quant à elle, consiste à arrêter tout traitement médicamenteux ou à interrompre tout type de techniques palliatives susceptibles de prolonger la vie du malade dans un état comateux, afin de provoquer la mort du patient au bout d'un certain temps.¹⁵

Les termes « direct » et « indirect » sont opposés. L'euthanasie est directe si l'acte a pour intention de donner intentionnellement la mort ; dans le cas contraire, celle-ci est dite indirecte. Par conséquent, l'euthanasie active indirecte consiste à injecter une substance au malade, afin d'atténuer ses souffrances, dans le but indirect de raccourcir la vie de la personne.¹⁶

Au final, la principale différence entre « l'assistance au suicide » et « l'euthanasie » réside dans le fait que, dans l'assistance au suicide, c'est la personne concernée qui fait le geste de se donner la mort, ce qui implique que l'acte est considéré comme un suicide. A contrario, dans les cas d'euthanasie, personne ne donne la mort à personne, hormis concernant l'euthanasie active qui est aujourd'hui, en Suisse, considérée comme un meurtre. Cette action vise donc à soulager les souffrances des patients, tout en respectant leur volonté. Dans ces cas-là, la mort est un effet indirect connu, envisagé mais jamais souhaité. Contrairement à l'assistance au suicide, l'euthanasie n'a jamais pour but direct de donner la mort.

¹² THOMINET, P., *L'euthanasie en regard de l'histoire des mentalités*, 1997, Paris, pp. 3-5, récupéré de : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_IV/E06-%20L'euthanasie%20au%20regard%20de%20l'histoire%20des%20mentalites.pdf, consulté le 04.08.2015.

¹³ « 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 insistante de celle-ci sera puni de l'emprisonnement. », Code pénal suisse, état au 1^{er} janvier 2014, p. 49, récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201401010000/311.0.pdf>, consulté le 02.02.2015.

¹⁴ DESMEDT, M., « Patient âgé et demande d'euthanasie », *Fondation Nationale de Gérontologie/Gérontologie*, 2002, pp. 93 à 102.

¹⁵ Adresse URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-2-page-93.htm>, consulté le 04.08.2015.

¹⁶ DESMEDT, M., op. cit, pp. 93 à 102.

4.1.4 Les directives anticipées

Selon les articles 370 à 373 du Code civil suisse, les directives anticipées du patient se définissent ainsi :

« Toute personne capable de discernement peut déterminer par avance les traitements médicaux auxquels elle consent ou non, au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elle peut également désigner une personne qui décidera en son nom et lui donner des instructions. Les directives anticipées doivent être faites par écrit, datées et signées. En plus d'en informer son médecin et ses proches, l'auteur de directives anticipées peut faire inscrire leur existence et leur lieu de dépôt sur sa carte d'assuré. »¹⁷

Par conséquent, les directives anticipées ne sont pas applicables pour une demande d'assistance au suicide. En effet, les directives anticipées permettent, par définition, « d'anticiper » les traitements médicaux en cas de perte de discernement, alors que, pour bénéficier d'une aide au suicide, il faut expressément jouir de son entière capacité de discernement.

4.2 Cadre légal

4.2.1 Droit international

4.2.1.1 L'application de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales en Suisse

La Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales a été conclue à Rome, le 4 novembre 1950. Son entrée en vigueur, en Suisse, date du 28 novembre 1974. Elle se base sur la Déclaration universelle des droits de l'homme qui a été proclamée par l'assemblée générale des Nations Unies, le 10 décembre 1948.¹⁸

Les droits fondamentaux ont tous été élaborés à partir d'une valeur de base : la dignité humaine. En effet, c'est « le point de départ, la ligne directrice et la finalité. »¹⁹ En Suisse, la dignité humaine est inscrite dans la Constitution, sous l'article 7 qui stipule que « la dignité humaine doit être respectée et protégée. »²⁰ L'explication qui l'accompagne mentionne que « [l]a garantie de la dignité humaine constitue le noyau et le point de départ d'autres droits fondamentaux, détermine le contenu de ces droits et constitue une valeur indicative pour les interpréter et les concrétiser. »²¹ Selon le célèbre philosophe, Paul

¹⁷ Code pénal suisse, adresse URL : http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/141/#som_185719, consulté le 06.03.2016.

¹⁸ Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), (CEDH), Version 2012, récupéré de : <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19500267/index.html>, consulté le 15.04.2015.

¹⁹ KIENER, R. et KÄLIN W., *Grundrechte*, Stämpfli, Bern, 2013, p. 129.

²⁰ « Art. 7 : Dignité humaine », Constitution fédérale de la Confédération suisse, récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>, consulté le 17.09.2015.

²¹ Loc. cit.

Ricœur²², la dignité est « [...] quelque chose qui est dû à l'être humain du fait qu'il est humain. »²³ Tout être humain est donc en droit de déterminer ce qu'est, selon lui, sa propre dignité.

Sur cette base, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales s'est entendue sur plusieurs droits fondamentaux. Dans le cadre de ce travail, les deux articles suivants nécessitent une réflexion : l'article 2 concernant le droit à la vie et l'article 3 sur l'interdiction de la torture.

Art. 2. Droit à la vie

- « 1. Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.
- 2. La mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article dans les cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire:
 - a) pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale;
 - b) pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue;
 - c) pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection. »²⁴

Le Tribunal fédéral a qualifié le droit à la vie de « noyau intangible de la liberté personnelle ». Ce droit, qui mentionne que nul ne peut être privé de la vie, est indiscutable. En effet, aucune loi ou situation ne peut justifier la perte de la vie d'une personne. Le droit à la vie est un droit si absolu que même la personne concernée n'est finalement pas libre de décider de sa propre mort.²⁵

Ainsi, à travers ce droit fondamental, la vie est perçue comme un droit inestimable et intransgressible. Mais alors qu'en est-il alors de la mort ? La vie et la mort ne sont-elles pas deux éléments inséparables ? Sur ce point, le Tribunal fédéral se prononce comme suit : « [...] le droit constitutionnel à la vie se distingue [...] des autres aspects de la protection de la personnalité, garantie par la liberté individuelle, en ceci que toute violation volontaire de ce droit constitue du même coup une atteinte à sa substance même – qui bénéficie d'une protection absolue – et, de ce fait, une violation de la Constitution. »²⁶ Selon la législation, le fait d'attenter à sa propre vie impliquerait donc de violer la Constitution ? Qu'en est-il alors du droit à la liberté personnelle, également inscrit dans la

²² Philosophe français, en dialogue constant avec les sciences humaines et sociales, qui développa la phénoménologie et l'herméneutique. Il s'intéressa aussi à l'existentialisme chrétien et à la théologie protestante. Son œuvre est axée sur des concepts de sens, de subjectivité et de fonction heuristique de la fiction, notamment dans la littérature et l'histoire.

²³ Encyclopédie de l'Agora, récupéré de : <http://agora.qc.ca/dossiers/Dignite>, consulté le 03.04.2015.

²⁴ Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), op. cit.

²⁵ HURTADO POZO, J., *Droit pénal*, Edition Schulthess Verlag, Zürich, 2009, p. 14.

²⁶ BAUMGARTEN, M.-O., « Message relatif à une nouvelle constitution fédérale », feuille fédérale, Berne, 1997, p. 93.

Constitution ?²⁷ Comme le souligne Vanessa Luca dans son plaidoyer, le refus de l'aide au suicide d'un tiers à une personne dans l'incapacité de se donner la mort engendrerait une « condamnation » à la vie pour la personne malade. Cependant, la vie est-elle une obligation ?²⁸

Art. 3. Interdiction de la torture

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »²⁹

Voici la définition reconnue de la torture, au sens juridique de l'article 1 de la Convention des Nations Unies : « [...] une douleur ou des souffrances aigues, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle [...] des renseignements ou des aveux, de la punir [...] de l'intimider [...], de faire pression [...]. »³⁰ La torture ne concerne donc pas l'assistance au suicide, sauf dans le cas où celle-ci serait effectuée pour un motif égoïste, ce qui serait alors considéré comme un homicide volontaire.

Dans l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, les notions de « traitements inhumains ou dégradants » figurent également. De plus, comme cela a été mentionné, l'assistance au suicide est autorisée en Suisse, pour autant que la personne soit capable d'effectuer elle-même le geste fatal. Cependant, n'est-ce pas de la torture que de ne pas prêter assistance à une personne en fin de vie qui est dans l'incapacité physique de se donner la mort par ses propres moyens ?

L'arrêt Diane Pretty sur l'euthanasie a été décrété par la Cour européenne des droits de l'homme, en 2002.³¹ Dans cette affaire, qui a eu lieu au Royaume-Uni, Madame Pretty, atteinte d'une maladie dégénérative incurable, reprochait au ministère public³² de refuser que son mari l'assiste dans son suicide et qu'il soit exempt de poursuites judiciaires. Selon elle, ce refus enfreignait les articles 2, 3, 8, 9 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

La Cour a décidé que le gouvernement ne devait, en effet, pas infliger de traitements néfastes à une personne, car son but est obligatoirement de la protéger. Elle a aussi appuyé le fait qu'en aucun cas ces articles conféraient le droit à un gouvernement de permettre ou de faciliter le décès d'un individu.³³ Le Tribunal fédéral tend aussi à penser qu'un

²⁷ Voir à ce sujet l'article 4 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, op. cit.

²⁸ LUCAS, V., « La légalisation de l'euthanasie active en Suisse : plaidoyer pour l'ajout d'un alinéa 2 à l'article 114 du Code Pénal », *Jusletter*, 2014, p. 24.

²⁹ Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), op. cit.

³⁰ Plateforme d'information *Humanrights.ch, droits humains internationaux*, récupéré de : <http://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-internationaux/sources/traitements-inhumains?m=&s=&zur=1245>, consulté le 17.04.2015.

³¹ Affaire Pretty C., Royaume Uni, « Requête no 2346/02 », *Arrêt Strasbourg* 29 avril 2002, récupéré de : [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-65003#{"itemid":\["001-65003"\]}}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-65003#{), consulté le 28.04.2015.

³² Director of Public Prosecutions.

³³ Lucas V., op. cit. p. 24.

gouvernement n'a pas pour rôle de se positionner positivement dans le souhait de fin de vie d'un citoyen.³⁴

Un point de vue plus tolérant vis-à-vis de cette question est développé dans le préambule de « La recommandation 1418 sur la protection des malades incurables et des mourants » du Conseil de l'Europe, adoptée le 25 juin 1999³⁵ : « [I]es malades mourants tiennent avant tout à mourir dans la paix et la dignité, si possible avec le réconfort et le soutien de leur famille et de leurs amis , [...] la prolongation de la vie (n'étant pas) en soi le but exclusif de la pratique médicale, qui doit viser tout autant à soulager les souffrances. »³⁶

4.2.2 Législation nationale

Le suicide assisté est régi, a contrario, par les articles 114 et 115 du Code pénal suisse qui stipulent que toute personne qui donne la mort à une autre, sous sa demande insistant ou pour un mobile égoïste, sera punie d'une peine d'emprisonnement :

« Art. 114.1 Homicide. / Meurtre sur la demande de la victime

Meurtre sur la demande de la victime

Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instantanée de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

Art. 115.1. Homicide. / Incitation et assistance au suicide

Incitation et assistance au suicide

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 d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire. »³⁷

Ces deux articles laissent une certaine liberté d'interprétation. En effet, si la personne demandeuse est, par exemple, en proie à des souffrances terribles, capable de discernement et qu'elle formule sa demande à répétition, elle peut demander de l'aide dans sa démarche, pour autant qu'elle s'administre elle-même la potion létale. C'est seulement dans ces circonstances que l'on parle de suicide assisté.³⁸ De plus, il est également important de différencier l'assistance au suicide et le meurtre sur demande, comme le précise la Commission nationale d'éthique (CNE). En effet, le meurtre sur demande implique qu'une personne extérieure accomplisse le geste final à la place de la personne demandeuse. A contrario, lors du suicide assisté, le suicidant lui-même cause sa propre mort.

³⁴ Loc. cit.

³⁵ Loc. cit.

³⁶ Voir à ce sujet : *Assemblée parlementaire*, « Recommandation 1418 (1999) : Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants rapporteuse », récupéré de : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=16722&lang=FR>, dernière consultation le 17.04.2015.

³⁷ Code pénal suisse, op. cit.

³⁸ EXIT A.D.M.D. Suisse romande, Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/conditions.htm> consulté le 12.01.2016.

Le cadre légal suisse ne règle pas positivement l'assistance au suicide. Il a simplement été déduit des articles 114 et 115 que l'assistance au suicide est possible. Face à ce flou législatif, quelques personnalités ont tenté de remédier à ce manque, en essayant de faire accepter des projets de loi au Conseil fédéral. Cependant, ceux-ci ont tous été refusés jusqu'à présent.

En effet, en 1975 déjà, un député du Conseil national avait déposé une initiative populaire zurichoise en faveur de l'euthanasie active³⁹ qui avait été refusée par le Conseil national.

Plus tard, en 1994, le conseiller national Victor Ruffy dépose une motion stipulant que « [...] devant les différentes formes d'évolutions dégradantes de maladies incurables, malgré les moyens mis à disposition pour prolonger la vie, de plus en plus d'êtres humains, dans notre société, souhaitent avoir la possibilité de prendre une part active à leur fin de vie afin de mourir dans la dignité. Le Conseil fédéral est prié de soumettre un projet tendant à l'adjonction d'un article 115 bis au Code pénal suisse. »⁴⁰ Suite à cette motion, le Département fédéral de justice et police a créé un groupe de travail « assistance au décès »⁴¹, afin de soumettre un projet de loi⁴², dans l'idée d'assouplir l'article 114 CP pour des cas extrêmes répondant aux conditions suivantes : « [...] caractère incurable de la maladie, imminence du décès, souffrances insupportables et non susceptibles d'être soulagées. »⁴³ Malgré la pertinence de cette motion, le Conseil fédéral ne change pas d'avis et argumente que le sujet est trop délicat au sein de notre culture chrétienne.

Plus récemment, en septembre 2000, l'oncologue et membre du Conseil national, Franco Cavalli, dépose une initiative parlementaire ayant pour but d'exempter de poursuites pénales l'auteur d'une euthanasie, si « [...] la personne en fin de vie souffre d'une atteinte à la santé incurable, et lorsque l'auteur agit pour mettre fin à des souffrances insupportables et irrémédiabiles. » Cette initiative a également fait l'objet d'un refus de la part du Conseil national.

En 2001, l'initiative Vallender⁴⁴ avait pour but de préciser dans quelles conditions l'assistance au suicide n'était pas punissable. Elle exigeait notamment que la personne concernée soit capable de discernement au moment de l'acte et que cette assistance ne soit pas donnée par un médecin ou par le personnel soignant. Celle-ci est également refusée par le Conseil national.⁴⁵

³⁹ HURTADO POZO, J., *Droit pénal*, op. cit., pp. 28-29.

⁴⁰ « Assistance au décès », *Adjontion au code pénal suisse*, Conseil fédéral, p. 2, récupéré de : <https://www.bj.admin.ch/dam/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-ruffy-f.pdf>, consulté le 28.05.2015.

⁴¹ Loc. cit.

⁴² HURTADO POZO J., *Droit pénal*, op. cit., p. 32.

⁴³ « Assistance au décès ». *Adjontion au code pénal suisse*, Conseil fédéral, op. cit., p. 7.

⁴⁴ Conseillère nationale en 2001.

⁴⁵ Vallender, D., « Aide au suicide et "tourisme" du suicide », *Parlement suisse*, motion déposée le 30.09.2002, récupéré sur : http://www.parlement.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20023500, consulté le 01.06.2015.

Vanessa Lucas (2014)⁴⁶ pense que l'euthanasie active étant toujours interdite en Suisse, il est temps de modifier le droit en vigueur, car celui-ci est incompatible avec les droits fondamentaux ancrés dans la Constitution et dans les traités internationaux. Toutefois, la Suisse se montre prudente face à l'euthanasie active. La proposition de Vanessa Lucas, concernant le second alinéa de l'article 114 CP, figurerait de la manière suivante :

« L'infraction de meurtre sur demande de la victime n'est pas réalisée si les conditions cumulatives suivantes ne sont pas réunies :

La personne est dans l'incapacité motrice de se donner la mort elle-même, ou d'avoir recours à un mécanisme d'aide au suicide ;

Elle endure des souffrances physiques ou psychiques insoutenables ;

Elle possède une pleine capacité de discernement ;

Elle a confirmé sa volonté de mourir à réitérées reprises ;

Elle a donné son consentement éclairé après avoir été informée de la situation par un médecin compétent ;

L'acte d'euthanasie a lieu dans les locaux d'un hôpital agréé par les cantons et est opéré par un personnel médical spécialement formé. »⁴⁷

Ainsi, grâce à cet aperçu historique, il est constaté que, jusqu'à aujourd'hui, d'un point de vue législatif, la question de l'assistance au suicide n'est toujours pas réglementée. Par conséquent, les professionnels de la santé ou du social font face à d'importantes difficultés quant à leur positionnement face à cette problématique. La question suivante reste néanmoins en suspens : dans un contexte légal aussi flou, comment les assistants sociaux se positionnent-ils lorsque des clients leur font part de leur désir de recourir à l'assistance au suicide ? C'est une question à laquelle l'enquête de terrain va tenter d'apporter des réponses.

4.2.3 Législation cantonale

En 2012, le canton de Vaud a adopté une loi permettant de généraliser la présence de l'association Exit A.D.M.D dans ses hôpitaux et EMS. En 2014, le canton de Neuchâtel promulgue à son tour une loi pour autoriser l'association Exit A.D.M.D à pratiquer l'assistance au suicide dans ses EMS. Le personnel soignant ne doit, en aucun cas, assister à ce type de processus. C'est uniquement l'association Exit qui prend en charge ces patients désireux de mettre fin à leur vie. Seuls les EMS privés peuvent déroger à cette loi et appliquer leur propre politique interne. Il s'agit d'un petit pas pour le suicide assisté en Suisse qui permet aux personnes capables de discernement, dont les problèmes de santé

⁴⁶ Lucas, V., op. cit. p.26

⁴⁷ Lucas, V., op. cit.

sont incurables et qui n'ont plus de domicile privé, de bénéficier de ces services, si elles le désirent.⁴⁸

Jusqu'à présent, ces deux dispositifs cantonaux de l'assistance au suicide sont les pionniers en matière de légifération cantonale spécifique concernant le suicide assisté. Suite à cette nouvelle loi, le canton du Valais s'est également penché sur la question. En effet, des députés de tous les partis demandent au Conseil d'Etat de réglementer la pratique de l'assistance au suicide dans les EMS et les hôpitaux du canton. Une motion a donc été déposée par Xavier Motter du PLR, Sylvie Ancelin-Masserey du PLR, Patricia Casays du PDC, Nadine Reichen de l'UDC et Florian Alter de l'Alliance de gauche, lors de la dernière session du Grand Conseil de septembre 2015. A l'origine du débat, l'hôpital de Rennaz, dont l'ouverture est prévue en 2018, se situera sur le territoire vaudois et prendra en charge autant de patients vaudois que valaisans. Xavier Mottet déclare : « Notre motion n'est pas une apologie de l'assistance au suicide. Loin de là. Nous voulons simplement offrir la liberté à chaque Valaisan de sa vie et de sa mort [...] il faut que les patients valaisans puissent avoir les mêmes droits que les malades vaudois». ⁴⁹ Du côté des EMS valaisans, presque la totalité d'entre eux ne peut concevoir d'autoriser cette pratique dans leurs institutions. L'hôpital du Valais a, quant à lui, créé une commission d'éthique, afin de pouvoir débattre de la question. La décision est donc entre les mains des députés valaisans qui traiteront cette motion au début de l'année 2016.⁵⁰

Dès lors, une question se pose : les assistants sociaux valaisans en relation avec une clientèle âgée sont-ils informés sur la législation actuelle et les projets d'évolution de celle-ci en matière d'assistance au suicide ?

⁴⁸ Article et radio, « Les EMS neuchâtelois devront accueillir Exit », récupéré de : <http://www.rts.ch/info/regions/neuchatel/6277544-les-ems-neuchatelois-devront-accueillir-exit.html>, consulté le 26.09.2015.

⁴⁹ Savioz Christine, « Suicide assisté à légiférer ? », *Le Nouvelliste*, 23.09.2015, p. 4.

⁵⁰ Loc. cit.

4.3 Cadre éthique et déontologique

Grâce aux avancées médicales de ces dernières décennies, la frontière entre la vie et la mort est devenue de plus en plus floue. À l'heure actuelle, il est estimé qu'un enfant sur deux deviendra centenaire et que 70% de la population finira ses jours dans un hôpital ou une institution.⁵¹ Selon mon expérience, notre société refuse de plus en plus de percevoir la mort comme faisant partie de la vie. En effet, il existe davantage de fantasmes d'immortalité, avec des méthodes comme la cryogénération qui permettrait de congeler un corps à une centaine de degrés en dessous de zéro, dans l'espoir que les avancées technologiques permettront un jour de les faire revenir à la vie. Le clonage est aussi une pratique qui vise à perpétuer l'image de soi le plus longtemps possible.⁵²

La mort est donc devenue une sorte de hantise. De ce fait, bien souvent, il est constaté que ce mouvement entraîne des acharnements thérapeutiques qui tentent de prolonger la vie des gens, coûte que coûte, malgré leur état parfois critique. Toutefois, la prolongation d'une vie médicalisée engendre parfois des conséquences peu compatibles avec la dignité. Celles-ci peuvent être parfois justifiées, si leur caractère est provisoire, mais elles deviennent plus problématiques, lorsqu'il s'agit des derniers instants de vie d'une personne.⁵³

À quoi bon lutter dans d'atroces souffrances, si la seule issue possible est la mort ? D'un point de vue éthique, il est important de distinguer le suicide assisté qui implique que la personne soit l'actrice de sa propre mort et l'euthanasie, situation dans laquelle le malade demande à une tierce personne de lui administrer une drogue mortelle. En Suisse, l'assistance au suicide est tolérée, pour autant qu'elle ne réponde pas à un motif égoïste. Celle-ci doit respecter les souhaits de la personne mourante qui doit être consciente de ses actes. Cependant, comme tout le monde ne partage pas le même avis sur cette question épingleuse, la manière dont les différents partis perçoivent l'assistance au suicide est abordée ci-dessous.⁵⁴

Les principaux organismes au cœur du débat sont les suivants :

- La Commission nationale d'éthique (CNE) porte, depuis 2002, des réflexions sur les problèmes relatifs à l'assistance au suicide. Elle a pour rôle de « [...] clarifier les conditions cadres à partir desquelles la société pourra fonder sa réflexion et prendre ses décisions ».⁵⁵ La CNE s'est alors questionnée sur les fondements de la responsabilité individuelle ; voici les principales interrogations qui ont fait surface :
 - « Qu'est-ce qu'aider autrui, lorsque ce dernier se trouve dans une situation désespérée et qu'il ne voit pour issue que la mort ?

⁵¹ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, *Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, N°63 - 27 Janvier 2000, p. 1, récupéré de : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf>, consulté le 25.03.2015.

⁵² Ibid., p. 2.

⁵³ Ibid., pp. 2-3.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid., p. 8.

- En quoi consiste le droit à une vie et à une mort librement déterminée ?
- Où se situent les limites du droit à une vie et à une mort librement déterminée ?
- Où se situent les limites du droit ?
- Quels sont les cadres juridiques nécessaires pour garantir aux personnes concernées le respect et l'humanité qu'on leur doit ?
- Qu'entendre concrètement en l'occurrence par « respect de l'humanité » ?⁵⁶
- L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) fait partie de l'Académie suisse des sciences, laquelle regroupe les quatre académies scientifiques suisses suivantes : les sciences naturelles, les sciences humaines et sociales ainsi que les sciences techniques. Ces organes se divisent en plusieurs commissions qui ont pour but de promouvoir la recherche et la relève. Ces dernières s'engagent à faire des liens entre les sciences et la société et offrent leurs conseils aux politiciens ainsi qu'à la société pour toutes les questions scientifiques qui touchent de près la société.⁵⁷
- La Fédération des médecins suisse (FMH) est une association professionnelle, constituée de 95 % de médecins suisses en activité. Elle regroupe plus de 70 organisations médicales et son objectif principal est d'instaurer le lien et de coordonner les activités entre le corps médical et la société.⁵⁸

Les points de vue de ces trois entités en matière d'assistance au suicide vont être exposés dans les paragraphes suivants.

4.3.1 Professionnels de la santé

« Je jure par Apollon [...], par tous les dieux et toutes les déesses [...]. Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades [...]. Je dirigerai le régime [...] à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice [...]. Je ne remettrai à personne du poison, si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion [...]. Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession [...] ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire ! »⁵⁹

Ce serment d'Hippocrate fut rédigé à l'intention des médecins, cinq siècles avant Jésus-Christ. Le but de ce célèbre texte était de rappeler aux nouveaux médecins, dans un cadre

⁵⁶ Ibid., p. 5.

⁵⁷ Académie Suisse des Science Médicales, adresse URL : <http://www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Aktuell/News.html>, consulté le 25.09.2015.

⁵⁸ Fédération des médecins suisses, adresse URL : http://www.fmh.ch/fr/de_la_fmh.html, consulté le 25.09.2015.

⁵⁹ Extraits du Serment d'Hippocrate, 5^{ème} av. J.-C., récupéré de : <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>, consulté le 27.02.2015.

solennel, qu'ils sont liés à des obligations légales, morales et éthiques.⁶⁰ Depuis, il a été remis au goût du jour et laïcisé ; aujourd'hui, il s'appelle « le serment de Genève » et engage le médecin à aider, à soigner et à guérir, selon les limites du possible :

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de la personne humaine [...]. Je considérerai la santé de mes patients comme mon premier souci [...]. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité [...]. »⁶¹

Le serment de Genève illustre bien l'optique dans laquelle un médecin s'engage à exercer son métier : une profession du vivant qui se bat pour la vie. Dans cette perspective, le fait qu'un médecin devienne l'auteur d'un suicide assisté n'était pas souhaité,⁶² car l'éthique médicale était contraire à cet acte, vu que la médecine est une pratique qui vise à prolonger la vie humaine autant que possible.⁶³ En effet, il est courant que les médecins se désintéressent de leurs patients lorsque la mort s'approche. Ils les laissent alors entre les mains des infirmières. Cette réaction s'explique du fait que ces professionnels ont été formés pour guérir et que la mort traduit une sorte d'échec.⁶⁴

En 2004, voyant que ces pratiques devenaient de plus en plus courantes, l'Association Suisse des Sciences Médicales étudia plus précisément la question. De plus, l'acharnement thérapeutique a poussé le corps médical à s'interroger sur cette volonté de prolonger la vie, repoussant les limites du possible. Souvent, confrontés à des patients qui souffrent de conditions de fin de vie extrêmement critiques ainsi qu'à des demandes de plus en plus fréquentes d'euthanasie de la part de leurs patients, le milieu médical se pencha aussi sur la question des soins intensifs.⁶⁵

Il fut décidé, que sous certaines conditions (discernement, maladie incurable occasionnant des souffrances physiques ou psychiques insupportables, demandes répétées dans le temps), le médecin peut prendre la décision d'accompagner son patient dans la démarche d'un suicide assisté. Cependant, cet accompagnement ne fait, en aucun cas, partie du cahier des charges du médecin. Il peut tout à fait refuser d'accomplir cet acte, si celui-ci contredit ses croyances personnelles.⁶⁶

⁶⁰ *Avenir médical au Pays de Sault - Aude & Ariège*, (article et reportage), adresse URL : <http://www.belcaire-pyrenees.com/page/26>, consulté le 18.03.2015.

⁶¹ *Serment de Genève*, récupéré de : http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Serment_Geneve.html, consulté le 16.06.2015.

⁶² Manaï, D., *Droits du patient face à la biomédecine*, Stämpfli, Berne, 2013, p. 244.

⁶³ *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, directives ASSM*, Académie Suisse des Sciences Médicales, 2004, mise à jour 2012, p. 9, pt. 4.1, adresse URL : <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Fin-de-vie.html> consulté le 19.06.2015

⁶⁴ Jolicorps A., *L'assistance au suicide en suisse : de la légitimation à la pratique*, Editions universitaires européennes, Berlin, 2010, p. 11.

⁶⁵ Loc. cit.

⁶⁶ « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? Avant-projet », Office fédéral de la justice, 2006, p. 15, récupéré de :

<http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/1907.pdf>, consulté le 23.07.2015.

A l'heure actuelle, seuls les articles 114 et 115 du Code pénal ainsi que des directives sur l'euthanasie passive en milieu médical de l'ASSM réglementent cette question ; autrement dit, la Suisse fait face à un flou conséquent en matière de suicide assisté.

4.3.2 Autodétermination et devoir d'assistance

La Commission nationale d'éthique identifie les deux pôles principaux suivants, parmi les questions éthiques que suscite l'assistance au suicide :

Le respect de l'autodétermination : Le code de déontologie du travail social, en Suisse, définit le principe d'autodétermination comme suit : « [l]e droit des personnes de faire leurs propres choix et de prendre leurs propres décisions en rapport avec leur bien-être doit être particulièrement respecté, sous réserve que cela n'enfreigne ni leurs droits, ni ceux d'autrui, ni les intérêts légitimes d'autrui. »⁶⁷.

Le devoir d'assistance :

Selon la CNE, dans notre société, la conviction persiste qu'il est du devoir de la collectivité d'offrir un soutien aux personnes suicidaires pour éviter qu'elles ne passent pas à l'acte et pour les protéger d'elles-mêmes. C'est la raison pour laquelle de nombreuses associations ont été déployées pour la prévention du suicide⁶⁸. Dans sa prise de position n°9, la CNE argumente ce devoir d'assistance de la sorte : « Le suicide d'une personne ne laisse pas indifférents la plupart de ses contemporains : chez les proches, le geste du suicidé peut entraîner des séquelles traumatiques. Après un suicide, nombreux sont ceux qui ressentent des sentiments de culpabilité et d'impuissance : ils n'ont pas réussi à conserver la personne en vie. Les directives et règlements ont ainsi pour principal motif de susciter et de préserver des relations humaines qui préviennent autant que possible le désir de suicide et qui fassent reconnaître l'existence de son prochain comme un bien supérieur. »⁶⁹

⁶⁷ BECK, S., DIETHELM, A., GRAND, O., SCHMOCKER, B., KERSSIES, M., *Code de déontologie du travail social en Suisse*, Avenir social, Berne, 2010, récupéré de :

http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_F_gesch.pdf, consulté le 07.07.2015.

⁶⁸ Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « L'assistance au suicide, prise de position n°9 », op. cit., p. 64.

⁶⁹ Loc. cit.

Selon la Commission nationale d'éthique, le principe d'autodétermination et le devoir d'assistance sont toujours à prendre en compte, lorsque la question de l'assistance au suicide est discutée. L'équilibre de ces deux points est donc primordial, afin d'établir des réglementations, des directives ou tout type de recommandations à ce sujet. En effet, le cadre légal de l'assistance au suicide tient compte de l'autodétermination de la personne, en lui accordant légalement la possibilité de mettre fin à ses jours, si elle répond à plusieurs critères qui tiennent compte du devoir d'assistance du milieu médical. Selon la Commission nationale d'éthique, l'assistance au suicide est une façon de s'en aller plus douce et moins traumatisante qu'un suicide pour les proches restants.⁷⁰ De plus, toujours selon la CNE, le suicide assisté ne peut, en aucun cas, répondre à des critères définis ou à des conditions. En effet, elle préconise que cet acte soit toujours étudié au cas par cas, selon des aspects singuliers et propres à la situation de la personne demandeuse. Selon la CNE, il n'est pas envisageable qu'une telle pratique se déroule selon une procédure routinière. De plus, les professionnels doivent avoir le choix d'accepter ou non la pratique d'un tel acte. De ce fait, il est inenvisageable de créer des conditions générales d'application du suicide assisté.⁷¹

L'association Exit A.D.M.D prône aussi le principe d'autodétermination. En effet, dès sa création, en 1982, l'association a pour but de faire reconnaître et appliquer les droits du patient face au pouvoir médical. De ce fait, les notions de liberté, d'autonomie et d'autodétermination de l'individu concernant sa fin de vie sont primordiales. Exit ADMD n'aime pas utiliser l'expression de « suicide assisté », ses principes éthiques se retrouvent plus dans le terme d'« autodélivrance » qui se base sur l'idée que toute personne a le droit de décider de sa propre vie et de sa propre mort. Selon cette association, dans le cas où la vie prendrait des dimensions absolument insupportables, chacun devrait avoir la liberté de stopper ces souffrances en temps voulu.⁷²

Du point de vue médical, les principes de la médecine palliative sont tout à fait inhérents à ceux de la médecine générale, car le principe de bienfaisance se base sur le sauvetage et le maintien de la vie. Cependant, le corps médical s'est rendu compte, au fil des années, que le maintien en vie ne peut pas toujours être considéré comme un but absolu, mais qu'afin de respecter le principe de non-malfaisance, la médecine doit parfois se limiter. À l'heure actuelle, les mentalités ont changé et les sciences médicales se sont adaptées : il n'est plus question de prolonger la vie à n'importe quel prix et le principe du respect de l'autonomie du patient est aujourd'hui considérablement pris en compte. Ainsi, selon le « mandat pour cause d'aptitude » du nouveau droit de protection de l'adulte et de l'enfant⁷³, dans une situation critique qui engendrerait de lourdes thérapies palliatives, le patient a le droit d'exprimer son avis quant à son traitement. Les professionnels du milieu médical se sont

⁷⁰ Loc. cit.

⁷¹ Loc. cit.

⁷² *Exit A.D.M.D Suisse romande*, adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/Buts5A.htm>, consulté le 07.07.2015.

⁷³ « Art. 300 à 369 », *Code civil suisse*, état au 1er juillet 2014, p. 726 récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2011/725.pdf>, consulté le 05.01.2016.

bien rendu compte que même si leur principe fondateur est le serment d'Hippocrate, qui n'est plus éthiquement d'actualité, il est nécessaire d'avancer avec son temps.⁷⁴

« Les principes de base éthiques "bienfaisance", "non-malfaisance", "respect de l'autonomie" et "équité" servent d'orientation à une prise de décision réfléchie et fondée. »⁷⁵

Toutefois, le principe de respect de l'autonomie du patient pose souvent de nombreux problèmes, car deux facteurs entrent en jeu : le temps et le principe d'équité. En unité de soins intensifs, par exemple, les moments réservés à la réflexion sont rares, car il s'agit de situations d'urgence qui nécessitent une action immédiate. Le principe d'équité se base sur la pertinence du traitement au patient ainsi que sur le nombre de patients en attente. Si l'unité des soins intensifs se retrouve submergée, celle-ci répartira ses patients en fonction de la nécessité ou non de recevoir des soins palliatifs.⁷⁶

Ces principes médico-éthiques classiques s'appliquent en fonction de chaque patient. Cependant, les décisions ne découlent pas uniquement de ces derniers ; plusieurs autres facteurs entrent en compte, dont un plus particulièrement, il s'agit de l'environnement du patient.⁷⁷

Dès lors une question se pose : existe-t-il des principes éthiques sur lesquels se basent les professionnels des milieux sociaux, lorsqu'ils font face à une demande d'assistance au suicide ? L'enquête de terrain permettra de se positionner sur cette question.

Le code déontologique de la Fédération des médecins suisse se base sur les directives de l'ASSM et stipule que « [s]i l'ajournement d'une mort inéluctable ne fait que prolonger des douleurs insupportables, le médecin a le droit, pour autant que le patient capable de discernement ait donné son consentement, de renoncer aux mesures visant à prolonger la vie et de se limiter à apaiser les souffrances. »⁷⁸

La médecine suisse ne soutient donc que difficilement l'assistance au suicide. Avec son article de loi⁷⁹, la législation ne tolère aucune exception, même si cela est contraire à la philosophie des institutions médicales. En effet, les institutions de soins ont comme vocation de préserver la vie le plus possible, mais, si cela devient impossible, elles prodiguent alors le confort maximum jusqu'à la mort, bien que celle-ci aille à l'encontre de leur mission de base.

La déontologie médicale de l'ASSM se base donc sur la préservation de la vie ainsi que sur le soulagement des souffrances des malades, bien que ces deux points ne soient

⁷⁴ « Directives et recommandations médico-éthiques, mesures de soins intensifs », *Académie Suisse des Sciences Médicales*, p. 7, récupéré de : http://www.cilc-vd.ch/assm_mesures_soins_intensifs.2013.05.pdf, consulté le 28.08.2015.

⁷⁵ Ibid., p. 7.

⁷⁶ Ibid., p. 9.

⁷⁷ Ibid., p. 7.

⁷⁸ Article 17 du code de déontologie de la Fédération suisse des médecins, « Assistance médicale des mourants ou des blessés graves », Berne, 1997, récupéré de :

http://www.fmh.ch/files/pdf16/Standesordnung_20150829_F.pdf, consulté le 17.07.2015.

⁷⁹ Code pénal suisse, op. cit., art. 115, p. 50.

malheureusement pas toujours compatibles. Pour cette raison, en 2004, l'ASSM reconnaît l'évolution des mœurs ainsi que la primauté de l'individu et nuance ses propos comme suit : « Le médecin doit tenir compte de la volonté de son patient, ce qui peut signifier que (sa) décision morale et personnelle [...] d'adopter une aide au suicide à un patient mourant, dans certains cas, doit être respectée. »⁸⁰ Ainsi, selon l'ASSM, l'assistance au suicide peut être pratiquée, pour autant qu'aucune pression ne soit exercée sur le soignant pour qu'il le fasse. Il faut que cet acte reste un choix personnel. De plus, le médecin doit également vérifier les exigences minimales suivantes : la fin de vie doit être proche, des alternatives de traitement ont été proposées au patient, le patient est capable de discernement et son motif est réfléchi et persistant. Enfin, le dernier geste doit être accompli par le patient lui-même, autrement l'acte est punissable par la loi.⁸¹

4.3.3 Impunité de l'assistance au suicide

Grâce à un groupe de travail, créé en 2006, l'Office fédéral de la justice s'est positionné sur la question de l'assouplissement de la loi concernant l'interdiction de l'assistance au suicide. Suite à cette réflexion, deux points de vue se sont esquissés⁸².

Le point de vue majoritaire sur l'impunité exceptionnelle de l'euthanasie active directe :

Pour la majorité du groupe de travail, dans les cas où un malade endure de terribles souffrances, qu'il souhaite mourir, mais qu'il est incapable d'exécuter lui-même ce geste, il est prévu « [...] un motif d'exemption de peine pour celui qui administre l'euthanasie active directe. »⁸³ Dans le cas, par exemple, d'un proche ou d'un professionnel qui agit de la sorte par compassion, ce motif entrerait en compte uniquement si les aspects suivants sont respectés : « [...] caractère incurable de la maladie, imminence du décès, souffrances insupportables et non susceptibles d'être soulagées. »⁸⁴

Le point de vue minoritaire sur l'impunité exceptionnelle de l'euthanasie active directe :

La minorité du groupe pense qu'il est important de garder un caractère absolu à la réglementation actuelle. Ils considèrent que la médecine palliative réduit la douleur dans des proportions supportables et, de ce fait, qu'elle pallie à l'assouplissement de cette loi. De plus, cette minorité craint qu'une telle mesure mène à divers débordements ingérables qui mèneraient à « [...] une péjoration de l'image

⁸⁰ Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG, Hôpitaux universitaires de Genève, Conseil d'éthique clinique, La position de l'Académie suisse des Sciences Médicales (ASSM), p. 3, récupéré de : <http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideaux.pdf>, consulté le 24.03.2015.

⁸¹ « Directives et recommandations médico-éthique, mesures de soins intensifs », Académie Suisse des Sciences Médicales, p. 15, récupéré de : http://www.cilc-vd.ch/assm_mesures_soins_intensifs.2013.05.pdf, consulté le 16.09.2015.

⁸² « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? Avant-projet du 31 janvier 2006 », op. cit.

⁸³ Loc. cit.

⁸⁴ Loc. cit.

professionnelle du médecin et de la relation de confiance entre médecin et patient. »⁸⁵

Grâce à ce groupe de travail, l'Office fédéral de la justice s'est positionné sur cette question. En revanche, aucune proposition d'alinéa 2 à l'article 114 n'en est sortie. En effet, le groupe a considéré cette mission trop délicate pour en prendre la responsabilité.⁸⁶

À ce sujet, la CNE pense que l'assistance au suicide ne doit pas être punie par la justice, pour autant qu'elle ne soit pas effectuée pour des mobiles égoïstes. De ce fait, elle recommande de ne pas modifier cet article. Cependant, elle est d'avis qu'une loi générale pour tous les citoyens suisses n'est pas applicable à ce sujet, mais que cette question s'étudie au cas par cas, selon les conditions personnelles et la santé de la personne. La CNE soutient d'ailleurs l'article 115 CP qui stipule, comme cela a été vu précédemment, que l'assistance au suicide est légale, tant qu'elle n'est pas motivée par un mobile égoïste. Elle ne souhaite aucune modification de ce point et suggère de l'accompagner de textes législatifs complémentaires garantissant que⁸⁷ :

- « a) avant une décision d'assistance au suicide, des vérifications suffisantes doivent être effectuées dans chaque cas ;
- b) personne ne soit obligé d'aider autrui à se suicider ;
- c) aucune assistance au suicide ne soit pratiquée si le désir de suicide est l'expression ou le symptôme d'une maladie psychique ;
- d) aucune assistance au suicide ne soit permise auprès des enfants et des adolescents dans le cas où la position minoritaire de la recommandation 7 est retenue ;
- e) les organisations spécialisées dans l'assistance au suicide soient soumises à la surveillance de l'Etat (cf. recommandation 5). »⁸⁸

Selon la CNE, les dispositions juridiques concernant les organisations d'assistance au suicide (EXIT et DIGNITAS) ne sont pas suffisantes. Ces organisations tendent vers le respect absolu de l'autodétermination de la personne. La CNE pense que le principe de la protection des intérêts des suicidants n'est pas assez pris en compte. En effet, lorsqu'une organisation vient en aide à une personne qui a décidé de se suicider, elle ne connaît nullement son parcours de vie jusque-là. Les organismes de prévention contre le suicide démontrent que l'acte suicidaire peut découler d'une période dépressive intense, mais que cette envie a de fortes possibilités de se dissoudre avec le temps. De ce fait, la CNE considère que ces organisations d'assistance au suicide ont tendance à se pencher plus vers le pôle de l'autodétermination, en oubliant celui du devoir d'assistance. Actuellement, les règles que se donnent ces organisations ne suffisent pas, dans la mesure où elles ne sont

⁸⁵ Loc. cit.

⁸⁶ Loc. cit.

⁸⁷ Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « L'assistance au suicide, prise de position n°9 », op. cit., p.52

⁸⁸ Ibid. p. 74.

pas juridiquement punissables en cas de transgression. La CNE souhaiterait que ces organisations soient sujettes à une surveillance étatique.⁸⁹

L'ASSM ne se positionne pas précisément quant à la création ou non d'une loi réglementant l'assistance au suicide. Sa priorité est de statuer sur le positionnement des professionnels de la santé sur la loi actuellement en vigueur.

4.4 L'association Exit ADMD Suisse romande

Exit ADMD est une association à but non lucratif qui soutient le droit de mourir dans la dignité. Elle a été fondée en 1982 et son siège se situe à Genève. Pour pouvoir y être admis, il faut être suisse et âgé de 20 ans révolus. Son but est de « promouvoir le droit de l'être humain de disposer librement de sa personne, de son corps et de sa vie. »⁹⁰

Afin de pouvoir bénéficier d'une assistance au suicide par cette association, il faut remplir des conditions extrêmement strictes :

- « Être membre de l'association Exit ADMD Suisse romande,
- Être domicilié en Suisse romande,
- Être capable de discernement,
- Formuler une demande manuscrite sérieuse ou par acte notarié, répétée dans le temps et appuyée par un dossier médical,
- Être atteint d'une maladie incurable ou d'une invalidité importante qui occasionne des souffrances physiques intolérables entraînant ou non des souffrances psychiques ou être atteint de polypathologie invalidante liée à l'âge.
- Être capable de déclencher soi-même sa propre mort (ingestion par voie orale, auto-administration de la potion létale via la pression d'un bouton ou autre). »⁹¹

Exit ADMD n'entre pas en matière pour les maladies psychiques (telles que la dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires et tout autre trouble psychique) quelles que soient les souffrances qu'elles procurent.⁹²

Cette association perçoit l'assistance au suicide comme une auto-délivrance permettant d'atteindre une certaine forme de sérénité, une douceur, une ouverture, une liberté prise en connaissance de cause avec son entourage, contrairement aux perceptions violentes et inhumaines liées à ce qu'on appelle communément le suicide.⁹³

⁸⁹ Loc. cit.

⁹⁰ EXIT A.D.M.D. Suisse romande, Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/Buts.htm>, consulté le 25.09.2015.

⁹¹ Loc. cit.

⁹² Loc. cit.

⁹³ Loc. cit.

4.4.1 Les étapes vers "la délivrance"

Concernant l'assistance au suicide, Exit ADMD entre en matière de trois manières différentes :⁹⁴

La première consiste à ce que la personne membre et demandeuse souhaite que des représentants de l'association l'accompagnent dans ces derniers instants. Dans ce cas, Exit ADMD doit respecter quelques principes de précaution dont le premier est que la personne rédige, dans la mesure du possible, la lettre ci-dessous et la signe en toute connaissance de cause :⁹⁵

« Je, soussigné, domicilié à..., demande par la présente qu'EXIT ADMD me prête assistance pour mettre fin à mes jours. Je suis membre de votre association depuis le et déclare être tout à fait lucide et déterminé dans la requête que je vous adresse. La maladie dont je suis atteint est incurable, mes souffrances tant physiques que psychiques sont intolérables et ma qualité de vie est devenue pour moi inacceptable. Ma décision est mûrement réfléchie et je déclare que les personnes présentes lors de mon auto-délivrance ne sont nullement impliquées dans le choix de mon geste. »⁹⁶

Puis, l'association s'assure que la personne dépose sa demande de manière lucide, en toute connaissance de cause. Pour cela, elle se base sur des entretiens préalables, l'obtention du diagnostic, et un préavis médical selon toutes les conditions susmentionnées. Elle se charge aussi, par la suite, d'annoncer le décès aux autorités, afin d'assurer la transparence du geste.⁹⁷

La deuxième entrée en matière possible consiste à ce que la personne membre de l'association en discute avec son médecin traitant, afin de définir si les principes éthiques d'Exit s'appliquent à ce cas et permettent de prêter assistance à la personne.⁹⁸

La dernière possibilité est que le membre de l'association décide d'agir seul, sans la présence d'Exit. Il devra alors effectuer les démarches pour obtenir la solution létale à s'administrer ; ce produit ne se procure que par ordonnance médicale.⁹⁹

⁹⁴ Loc. cit.

⁹⁵ Loc. cit.

⁹⁶ MELGAR, F., *Exit*, (Film), 2006.

⁹⁷ EXIT A.D.M.D. Suisse romande, Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/Buts.htm>, consulté le 25.09.2015.

⁹⁸ Loc. cit.

⁹⁹ Loc. cit.

4.4.2 Exit : des débuts à aujourd’hui¹⁰⁰

À la naissance de l’association, en 1982, Exit ADMD avait comme philosophie de laisser la liberté à chacun de choisir sa mort, quelle que soit sa situation médicale. Dès sa création, des médecins faisaient déjà partie des membres fondateurs. Ceux-ci étaient favorables à ce qu’une participation du patient soit possible concernant les prises de décisions relatives à sa vie.

Dès 1983, l’association débute son combat pour le droit à l’autodétermination de la personne sur trois fronts : les directives anticipées, l’existence d’un représentant thérapeutique et le suicide assisté. À cette époque, aucune de ces idées n’était reconnue par l’Association Suisse des Sciences Médicales. Au fil des années et après de nombreuses batailles sur le plan politique mais aussi médiatique, les directives anticipées, les représentants thérapeutiques et, bien des années plus tard, l’assistance au suicide ont été acceptés et tolérés au sein de la société.

Actuellement, sous la direction du docteur Jérôme Sobel, Exit ADMD se bat aujourd’hui pour briser le tabou de l’assistance au suicide et faire reconnaître cette notion d’auto-délivrance pour une personne gravement malade et dans une situation critique. L’association lutte aussi pour autoriser l’euthanasie active directe. Enfin, elle mène un dernier combat, afin d’intégrer l’enseignement de la pratique de l’assistance au suicide en faculté de médecine. En reprenant la présidence du comité, Monsieur Sobel s’est quelque peu émancipé de l’idée de base d’EXIT : la liberté absolue de la personne par rapport à sa propre mort, car le président actuel a choisi de soutenir cette liberté, tout en tenant compte de critères médicaux.

Aujourd’hui, Exit a acquis une certaine légitimité, bien que les combats du Docteur Sobel pour la reconnaissance de l’euthanasie active ainsi que pour le suicide assisté au sens de la loi se poursuivent. De plus, sa bataille continue, car l’assistance au suicide n’est toujours pas enseignée en faculté de médecine et les accompagnateurs d’Exit ne reçoivent aucune formation médicale. Selon Monsieur Sobel, le vieillissement de la population risque d’ailleurs d’entraîner plus de demandes d’assistance et, de ce fait, il est possible que cette pratique soit progressivement intégrée dans le champ médical officiel.¹⁰¹

¹⁰⁰ JOLICORPS, A., *L’assistance au suicide en Suisse : de la légitimation à la pratique, Ethnographie de l’association EXIT ADMD*, Editions universitaires européennes, 2010.

¹⁰¹ Loc. cit.

4.5 Rôle et fonction de l'assistant social

4.5.1 Les principales tâches de l'assistant social

Le code de déontologie des professionnels du travail social définit un travailleur social de la manière suivante : « La profession du travailleur social cherche à promouvoir le changement social, la résolution de problèmes dans le contexte des relations humaines et la capacité (empowerment) et la libération des personnes afin d'améliorer leur bien-être. » De plus, il stipule que « [...] les professionnels du travail social fondent leur action sur le respect de la dignité inhérente à chaque personne et sur le respect des droits qui en découlent [...] ».¹⁰²

Le travail principal de l'assistant social est d'améliorer les conditions de vie des personnes, que ce soit au niveau social, professionnel, familial, sanitaire ou culturel. Ces démarches visent à accompagner des individus, afin qu'ils parviennent à trouver leur place dans la société. Comme les assistants sociaux peuvent être amenés à travailler avec tous types de population, leurs tâches sont parfois très différentes d'un poste à l'autre. Par exemple, un assistant social de l'Office de la protection de l'enfance n'aura pas du tout les mêmes tâches qu'un professionnel de la fondation Emera. Un assistant social peut donc être amené à travailler avec une population jeune, âgée, d'origine étrangère, malade, en situation de handicap, en situation financière instable ou encore dans de nombreux autres cas de figure. Pour cette raison, cette profession exige une certaine capacité de prise de décision ainsi qu'une imagination développée pour diriger au mieux le client en fonction de ses besoins.

Selon cette définition, le travail de l'assistant social est d'améliorer les conditions de vie, par conséquent, le suicide assisté peut-il être considéré comme une amélioration de ces conditions ou est-il vécu comme un échec de la part de l'assistant social ? De plus, est-ce que l'accompagnement vers la mort, via le suicide assisté, fait-il partie des fonctions de l'assistant social ?

Pour répondre à ces questionnements, selon Claude Bernard, les procédures de la consultation sociale comportent les phases définies suivantes :

- « 1. Rencontre, étude des données nécessaires à la compréhension du problème, analyse de la situation ;
- 2. Détermination avec la personne des objectifs, émergence du projet, élaboration du contrat ;
- 3. Exécution du plan d'action, stratégies, moyens de mise en œuvre ;

¹⁰² *Code de déontologie des professionnel-le-s du travail social*, récupéré de : http://www.fondation-clin-d-oeil.ch/dossiers_pdf/Code_de_deontologie.pdf, consulté le 19.05.2015.

4. Evaluation des résultats obtenus et des moyens employés, fin de l'intervention sociale. »¹⁰³

Durant toute son action, l'assistant social se retrouve souvent entre les besoins de la personne et les organismes officiels auxquels il doit se référer. Ces tiraillements rendent son travail plus complexe, d'autant plus que les mesures adoptées semblent de plus en plus restrictives. L'assistant social se retrouve alors dans un rôle d'« intermédiaire » entre son client et les diverses instances.¹⁰⁴ Les phases de la consultation sociale sont donc beaucoup plus complexes qu'une simple réponse à une demande, car elles connaissent de nombreuses variations en fonction des aspects spécifiques de la situation.

4.5.2 Les outils de l'assistant social

Afin de réaliser son travail dans les meilleures conditions possibles, l'assistant social peut s'appuyer sur divers outils. Tout d'abord, il peut se référer aux bases théoriques apprises lors de sa formation qui abordent divers aspects de son travail, allant du droit aux assurances sociales aux méthodes d'entretien, en passant, entre autres, par l'éthique professionnelle, l'apprentissage des diverses pathologies existantes, l'historique de la professionnalité de l'assistant social et les grandes problématiques rencontrées sur le terrain. Ces outils théoriques sont des éléments primordiaux, d'autant plus qu'ils se basent sur le référentiel de compétences en travail social qui comprend onze compétences que l'étudiant doit acquérir afin d'obtenir son Bachelor en travail social¹⁰⁵. La formation offre aussi deux semestres de stage qui permettent de mettre en pratique les aspects théoriques assimilés lors de la formation. Elle permet donc à l'assistant social d'acquérir des bases stables sur lesquelles il pourra se référer tout au long de sa pratique professionnelle.

En ce qui concerne la formation des assistants sociaux valaisans, l'HES en travail social ne prévoit pas de module spécifique sur le thème de l'assistance au suicide. En revanche, elle sensibilise les étudiants à des thématiques très proches, telles que la souffrance, la maladie, l'âge, la capacité de discernement, la fin de vie et d'autres sujets connexes. C'est l'expérience professionnelle, notamment à travers les deux semestres de stage proposés, qui permettront ensuite aux futurs professionnels d'apprendre à faire face à cette problématique en particulier.

De plus, pour le soutenir dans l'exercice de sa profession, l'assistant social peut aussi se baser sur le référentiel de compétences des métiers du service social. Le but de ce référentiel est de « [...] faire connaître les compétences attendues pour la pratique de la profession, mais également promouvoir une profession riche et diversifiée [...] »¹⁰⁶. Celui-

¹⁰³ BOUQUET, B., GARCETTE, C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 5^{ème} édition, Ed. Maloine, Collection Profession de Santé, Paris, 2011, p. 52.

¹⁰⁴ Ibid., pp. 147-148.

¹⁰⁵ *Lignes directrices pour la formation pratique en Travail social, Plan d'études cadre Bachelor*, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2006, récupéré de : <http://www.hes-so.ch/data/documents/lignes-directrices-formation-pratique-bachelor-travail-social-970.pdf>, consulté le 06.06.2015.

¹⁰⁶ *Référenciel de compétences des métiers du service social*, adresse URL : https://www.eesp.ch/uploads/media/Referentiel_competences_AS.pdf, consulté le 03.08.2015.

ci comprend quinze fonctions principales auxquelles l'assistant social se réfère, en fonction de son lieu de travail.

L'assistant social peut aussi s'appuyer sur le code de déontologie des professionnels du travail social¹⁰⁷. Selon AvenirSocial, ce code « [...] est un instrument servant à donner un fondement éthique au travail avec les usagers et usagères [...] à orienter le développement d'une conduite professionnelle fondée sur des principes éthiques et constituer un outil d'aide au positionnement [...] à favoriser le débat sur des questions d'éthique et de déontologie [...] à renforcer l'identité des professionnel-le-s du travail social et la compréhension qu'ils ont d'eux-mêmes [...] ».¹⁰⁸ De plus, ce code se base notamment sur la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 ainsi que sur la Convention européenne des droits de l'homme.

Malgré le caractère très individuel de la profession, l'assistant social peut s'appuyer sur ses collègues de travail, afin de trouver les ressources nécessaires pour faire face à certaines situations. En effet, le réseau professionnel qui entoure l'assistant social est une ressource très importante, car celui-ci peut s'y référer en cas de doute, ce qui lui permet de se conforter dans ses choix professionnels et d'offrir le meilleur suivi possible à sa clientèle, car l'expérience est un atout qui ne s'acquiert qu'après des années de pratique. De ce fait, l'échange avec son entourage professionnel est un outil primordial pour le travailleur social.

La supervision est aussi un outil qui peut s'avérer très efficace, lorsque les professionnels se retrouvent dans des situations complexes qui peuvent entraîner des tourments individuels et un dysfonctionnement global au niveau de l'équipe. La supervision est donc un moyen qui permet de « favoriser l'intégration des modèles théoriques dans une pratique pertinente ».¹⁰⁹ Elle apporte un regard extérieur sur la situation permettant de prendre du recul, de réfléchir sur sa pratique professionnelle et d'élaborer des solutions adaptées.

4.5.3 Méthodologie d'intervention de l'assistant social

« L'intervention sociale est une action volontaire dans le cadre d'une mission autorisée et/ou légale, menée par un travailleur social qualifié. Pour répondre à ses missions, atteindre son objectif, le travailleur social ne procède pas de façon instinctive, intuitive ou empirique, mais soumet son activité à une démarche intellectuelle raisonnée qui est une méthode. »¹¹⁰

Depuis plusieurs années, différentes techniques d'intervention ont été pensées pour les métiers du social. Elles se sont adaptées avec le temps et varient considérablement en fonction du contexte socioculturel. Aujourd'hui, les trois principales techniques

¹⁰⁷ *Code de déontologie du travail social en Suisse*, op. cit.

¹⁰⁸ Loc. cit.

¹⁰⁹ C.BESSON, J. GAY, *Profession travailleur social*, Editeur : Gaëtan Morin Edition Europe, Paris, 2000 pp.104-105.

¹¹⁰ BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, op. cit., p. 51.

d'intervention sont : le projet, le contrat et le partenariat. Dans le cadre de ce travail de recherche, seuls le projet et le contrat seront pris en compte.

D'après Jean-Pierre Boutinet, professeur de psychosociologie à l'Université Catholique de l'Ouest d'Angers, les quatre principes suivants déterminent le projet :

« Il vise une préoccupation diffuse et consciente qui oblige l'individu à savoir ce qu'il veut et comment il souhaite s'orienter pour le réaliser ;

Il est une projection dans l'avenir et concerne une anticipation de l'action ;

Il met en évidence le rôle de l'acteur individuel ou collectif qui devient auteur de son propre projet ;

Enfin, il ordonne la créativité et l'innovation. Le projet est volontariste, dynamique, résolument constructif. »¹¹¹

Le projet se base donc sur un accord entre le professionnel et la personne suivie, tout en respectant des facteurs externes tels que les règles de l'institution et celles de la société.¹¹²

Le contrat a un double visage, « [...] sa dimension éthique concerne, via des engagements réciproques, la responsabilité bilatérale et une solidarité mutuelle s'exprimant de façon complémentaire. Le fait que cet échange apparaisse comme forcément inégalitaire n'invalider en rien la démarche si on estime que la parité dans ce contrat ne repose pas sur le principe de similitude mais dans la reconnaissance et l'exercice de rôles respectifs d'acteurs ;

Sa dimension technique porte sur le dialogue, l'élaboration d'un projet, les moyens à mettre en place pour le réaliser, un échéancier et l'évaluation. »¹¹³

Enfin, le diagnostic social est l'élément qui permet « [...] l'élaboration d'une intervention à partir du projet de la personne et négociation d'un contrat ». Sans le diagnostic social, le plan d'intervention ne peut pas être orienté correctement. Celui-ci peut être comparé à la charnière qui relie les informations de base du client et son projet d'intervention. Le diagnostic social consiste donc en l'analyse de la situation et l'esquisse d'hypothèses d'action, afin d'orienter le projet d'intervention, ce qui permet au final d'évaluer la situation dans son ensemble et de définir des objectifs d'évolution.¹¹⁴

Quels types de méthodologie d'intervention utilisent les assistants sociaux valaisans ? Le contrat et le projet sont-ils souvent sollicités ? Est-ce des techniques utilisées pour des problématiques d'assistance au suicide ? Ce sont des questions auxquelles les entretiens de terrains tenteront d'amener des réponses.

¹¹¹ Ibid., p. 67.

¹¹² Ibid., pp. 68-69.

¹¹³ Loc. cit.

¹¹⁴ DE ROBERTIS, C., « L'accompagnement. Une fonction du travail social », *La revue française de service social*, 2005, récupéré de : <http://www.travail-social.com/L-accompagnement-une-fonction-du>, consulté le 03.09.2015.

4.5.4 Savoir, agir et être

Malgré des connaissances théoriques et techniques, dans la pratique, l'assistant social se retrouve régulièrement entre ces trois polarités : le savoir, l'agir et l'être. Comme le travail social se situe entre ces trois approches, le professionnel doit trouver le juste milieu, ce qui constitue un exercice périlleux, car le savoir théorique se chevauche automatiquement avec la manière d'être et d'agir. Malgré une méthodologie d'intervention apprise, le travailleur social ne peut jamais appliquer une méthode similaire pour toutes les situations, au contraire, la méthode doit toujours être adaptée au cas par cas.¹¹⁵

Le schéma ci-dessous montre « [l]e double mouvement de la pensée et de l'action, qui, de la gauche vers la droite, vise l'intégration d'une théorie à une pratique par la conceptualisation du vécu et son partage, et qui, du haut vers le bas, prend source dans la quête d'un savoir vers l'action éclairée par ce savoir, et en fin de compte vers un être renouvelé, devenant toujours mieux lui-même, travailleur social et client en interaction, cheminant de conserve vers l'épanouissement de leur personnalité au gré d'une sorte de "médiation mutuelle". »¹¹⁶

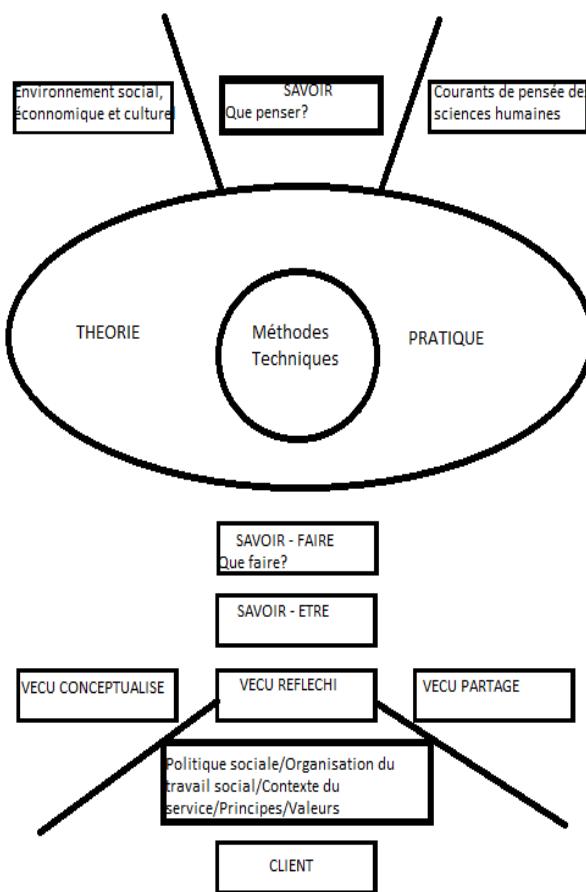


Figure 3: Le double mouvement de la pensée et de l'action¹¹⁷

¹¹⁵ C.BESSON, J. GAY, op. cit., pp.94-95.

¹¹⁶ Loc. cit.

¹¹⁷ Ibid., p. 95.

4.5.5 L'accompagnement social

L'accompagnement social est une notion qui apparaît dans les années 80. A cette période, il est considéré comme faisant partie de l'intervention sociale. D'ailleurs, étymologiquement, le mot « *accompagnement* » signifie « *celui qui mange le pain avec* ».¹¹⁸

Selon B.Bouquet et C. Gracette, l'accompagnement social « [...] vise à aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion, et à établir avec elles une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide dans une relation de solidarité, de réciprocité et d'engagement de part et d'autre [...]. Selon les mêmes principes éthiques que pour toute intervention sociale, l'accompagnement social mise sur les capacités des personnes à développer leurs ressources propres, leurs capacités d'initiative et de choix, et leur possibilité de bâtir un projet de vie. Cette démarche orientée vers le "faire ensemble" est attentive aux processus de cheminement des personnes, à leur parcours. »¹¹⁹

De plus, selon le site internet du travail social, l'accompagnement social implique plusieurs notions :

« Une notion de proximité et de présence - on est côte à côte, on est avec, on soutient l'autre.

Une notion de participation active de l'intéressé - on l'accompagne dans sa voie, celle qu'il s'est lui-même tracé, donc une notion d'autodétermination.

Une idée de mouvement, l'autre est en devenir, même si nous ne savons pas à l'avance vers où il va, et qu'il faut chercher avec lui le chemin pour y parvenir.

Une notion d'individualisation, chaque personne est différente, chaque situation est unique même si elle peut être regroupée dans des catégories précises.

Une idée de passage, de temps limité, de moment partagé mais de séparation après évaluation du chemin parcouru. »¹²⁰

L'accompagnement social englobe donc plusieurs aspects concernant la méthodologie d'intervention. Cependant, celui-ci ne représente qu'une partie du travail de l'assistant social, car celui-ci ne se réduit pas uniquement à de l'accompagnement social, mais il s'inscrit dans un processus complexe.

De ces aspects théoriques ont émergé les questions suivantes : comment se passe l'accompagnement d'un assistant social face à un client en demande d'assistance au suicide ? Les croyances personnelles de l'assistant social, quant à la question du suicide assisté, influent-elles l'accompagnement social ? Les entretiens de terrain permettront de répondre à ces divers questionnements.

¹¹⁸ BONICEL, M.-F., « Accompagner : la belle histoire. Marie-Françoise », récupéré de : http://pedagopsy.eu/accompagnement_bonicel_etymologie.html, consulté le 10.09.2015.

¹¹⁹ BOUQUET, B., GARCETTE, C., op. cit., p. 57.

¹²⁰ DE ROBERTIS, op. cit.

4.6 Hypothèses

Le cadre théorique permet d'avoir une vision globale des différents concepts qui englobent la problématique de l'assistance au suicide. Afin de répondre à la question de recherche, « **comment les assistants sociaux actifs auprès d'une clientèle âgée, malade ou en situation de handicap, accompagnent-ils les demandes liées à l'aide au suicide en Valais?** », les hypothèses suivantes ont été formulées :

Hypothèse 1 : *Les assistants sociaux valaisans estiment que les demandes d'assistance au suicide sont une dimension faisant partie intégrante de leur profession.*

Cette première hypothèse a pour objectif de déterminer si l'assistance au suicide est considérée comme une réalité dans le quotidien professionnel des assistants sociaux. A priori, la partie théorique démontre qu'il n'existe actuellement pas de lien entre le travail social et l'assistance au suicide. Cette hypothèse permet donc de vérifier si le peu d'intérêt général accordé aux problématiques d'assistance au suicide en service social est en corrélation avec la réalité du terrain des professionnels concernés.

Hypothèse 2 : *Les assistants sociaux estiment avoir besoin d'outils spécifiques pour prodiguer un accompagnement de qualité à leur client en demande d'assistance au suicide.*

Ainsi, l'objectif de ce travail est non seulement de se rendre compte de l'existence de situations d'assistance au suicide au sein des services sociaux, mais aussi de mettre en évidence la manière qu'ont les assistants sociaux d'aborder cette question. Dans cette perspective, cette seconde hypothèse fait référence aux outils à disposition des professionnels des services sociaux pour faire face à la problématique de l'assistance au suicide. Ces outils existent-ils, sont-ils pertinents ou nécessitent-ils des approfondissements ?

4.7 Méthodologie

4.7.1 Choix de la méthode et du terrain

Ce travail de recherche a pour objectif de donner un aperçu global de la problématique de l’assistance au suicide dans les services sociaux valaisans, plus précisément du rôle et du travail des assistants sociaux lorsqu’ils sont confrontés à cette question.

Pour répondre à ces questionnements, interroger des professionnels semblait la méthode de recherche la plus adéquate. J’ai également pris le parti d’effectuer une recherche qualitative, la quantité ayant moins d’importance. En effet, ce travail vise à comprendre et cerner les enjeux de la question de l’aide au suicide dans les services sociaux valaisans. De plus, cette démarche permet de poser des questions plus ouvertes qu’une étude quantitative.¹²¹

Les recherches effectuées ont donc été ciblées sur des terrains valaisans, susceptibles d’aborder le thème de l’assistance au suicide avec leurs clients. Dans ce but, des services qui reçoivent des clients âgés, malades ou en situation de handicap ont été retenus. Pour des raisons de confidentialité, les institutions, qui ont accepté de m’ouvrir leurs portes pour un entretien, ne seront pas nommées.

4.7.2 L’échantillon choisi

De prime abord, je souhaitais interroger des assistants sociaux diplômés, ayant au moins six ans d’expérience dans le même service. En effet, lors de l’élaboration des concepts théoriques, je me suis rendu compte que la thématique de l’assistance au suicide était très rare dans le travail social. Afin de maximiser mes chances de cibler les réponses sur cette problématique, des professionnels ayant au moins 6 ans d’expérience ont été retenus.

Comme expliqué précédemment, des services sociaux en relation régulière avec des clients en situation de fin de vie, soit des personnes âgées, malades ou en situation de handicap, ont été sélectionnées. La raison de ce choix est que ces professionnels sont plus susceptibles d’apporter des réponses concrètes à mes questions que des assistants sociaux provenant d’autres milieux.

Cependant, sur les sept institutions sollicitées, cinq réponses positives ont été obtenues, dont deux d’assistantes sociales de la même institution. En ce qui concerne les autres institutions, elles ont répondu ne pas se sentir concernées par la problématique de ce travail.

Pour cette raison, je me suis tournée vers les assistantes sociales qui ont accepté de m’accorder un entretien, malgré que l’une d’entre elles ne corresponde pas au critère d’ancienneté fixé au départ. Par conséquent, sur les cinq professionnelles interrogées, une

¹²¹ Van Campenhoudt. L, Quivy Raymond, (2011), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, p. 67.

seule avait moins de 6 ans d'expérience. Les quatre autres avaient entre 6 et 15 ans d'expérience.

Bien que le genre des professionnels interrogés n'ait aucune incidence sur ce travail, toutes les personnes ayant accepté de m'accorder un entretien sont des femmes.

4.7.3 Méthode de récolte de données

La technique de l'entretien semi-dirigé a été utilisée, afin de réaliser les enquêtes de terrain¹²² :

« L'entretien semi-dirigé, ou semi-directif, est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. »¹²³ Cette méthode a été privilégiée, car elle permet à l'interviewé de s'exprimer librement, de se sentir écouté tout en maintenant un certain canevas d'entretien. Selon l'ouvrage de Quivy et Van Campenhoudt, ce procédé instaure un cadre plus chaleureux, sympathique et compréhensif, sans rapport hiérarchique, ce qui, selon moi, permet d'obtenir beaucoup plus d'informations qu'avec une méthode directive.¹²⁴

Au préalable, des questions ont été préparées, pour permettre de cibler les informations recueillies. Un magnétophone a été utilisé pour me permettre de me concentrer sur l'entretien plutôt que sur la prise de notes des réponses.

Afin de respecter les règles éthiques relatives à toute recherche scientifique, un formulaire de consentement¹²⁵ a été signé par toutes les personnes interrogées au début de l'entretien. De cette manière, l'anonymat est garanti et les personnes intéressées pourront lire ce travail, une fois terminé.

4.7.4 Méthode d'analyse

Premièrement, une transcription intégrale de chaque entretien a été effectuée, afin de faire ressortir les données liées aux questionnements de ce travail.

Puis, dans un premier temps, il était prévu de séparer la partie empirique en deux principaux axes : la présentation des résultats obtenus, et l'analyse et la synthèse des données. La première partie avait pour but de présenter, de manière brute, les résultats des entretiens, afin d'y porter un regard global et d'en déduire les axes principaux à dégager avant l'analyse.

¹²² Annexe 1 : Entretien semi dirigé.

¹²³ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Editions Dunod, Paris, 2011, p. 174.

¹²⁴ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, op. cit., p. 174.

¹²⁵ Annexe 2 : formulaire de consentement.

Cependant, au fil de la rédaction de l'analyse, je me suis rapidement rendu compte de l'aspect redondant de cette manière de faire. A la lecture, je trouvais le document lourd et parfois répétitif. Par conséquent, j'ai décidé de réunir ces deux parties pour n'en faire qu'une seule : analyse et synthèse des données.

J'ai donc procédé à l'analyse, en y rajoutant les propos qui se trouvaient dans le compte rendu, de manière objective, en laissant, dans un premier temps de côté mes valeurs et interprétations. Van Campenhoudt indique dans son ouvrage que, pour analyser un contenu, il faut mettre en œuvre des procédures techniques relativement précises et que seule l'utilisation de méthodes construites et stables permet au chercheur d'élaborer une interprétation qui ne prend pas pour repères ses propres valeurs et représentations.¹²⁶

Sur ce principe, les thèmes communs émanant de chaque interview ont été dégagés. Le concept de l'analyse thématique, développée par Blanchet et Gotman¹²⁷, qui produit des résultats se rapportant à la problématique ainsi qu'aux hypothèses de recherche, a également guidé cette partie empirique. De plus, des relances théoriques feront le lien avec les concepts théoriques précédemment développés dans ce travail. Avant de commencer la partie purement analytique, un chapitre : « synthèse de la population concernée » permet de déterminer, de manière claire, le contexte général de travail des professionnelles interrogées. Cette base m'a ensuite permis de débuter l'analyse de la manière la plus concise possible.

Au départ, j'avais songé attribuer à chaque assistante sociale interrogée un numéro. Cependant, au fil de l'analyse, je me suis rendu compte que cette méthode permettait trop facilement de deviner de qui il s'agissait. Par soucis de confidentialité, aucune numérotation n'a été effectuée. Les citations entre guillemets sont les propos les plus pertinents que les assistantes sociales interrogées ont tenus. Ceux-ci ont été épurés afin d'en faciliter la lecture.

De plus, afin de rendre les résultats plus concrets, un tableau récapitulatif des réponses obtenues¹²⁸ a été réalisé, afin de dégager et de classer les points communs et les différences perçues entre les assistantes sociales interrogées.

¹²⁶ QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, op. cit., p. 216.

¹²⁷ BLANCHET A, GOTMAN, (2010), *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*, Editions Armand Colin, Saint-Jean de Brays, p. 71.

¹²⁸ Annexe 3 : Tableau récapitulatif des réponses obtenues.

4.7.5 Conclusion

L'entretien est donc l'outil qui a permis de réaliser cette recherche et de faire ressortir les thématiques communes des interviewées.

Finalement, cinq assistantes sociales valaisannes ont été interrogées. L'échantillon choisi concerne un groupe de personnes restreint, peu facile d'accès et ne se sentant pas toujours concerné par la thématique abordée. C'est pourquoi, j'ai accepté ces cinq propositions d'interview. Toutefois, j'ai été très étonnée du nombre restreint d'assistants sociaux se sentant touchés par cette problématique.

De plus, les résultats présentés sont à prendre avec précaution, car l'échantillon choisi, constitué de cinq personnes, est donc peu représentatif. Cependant, ce travail permettra tout de même de donner un aperçu global de la pratique des assistants sociaux face au suicide assisté en Valais.

5. PARTIE EMPIRIQUE

5.1 *Synthèse de la population concernée*

5.1.1 **Expériences professionnelles des assistantes sociales en relation avec des situations de fin de vie**

Toutes les assistantes sociales interrogées ont affirmé travailler régulièrement avec des personnes en fin de vie. Les causes de cette situation varient considérablement en fonction du type d'institution dans lesquelles elles travaillent. Face à ce type d'accompagnement, plusieurs points prédominants sont ressortis des réponses que les assistantes sociales m'ont adressées, notamment les directives anticipées, le soutien administratif en matière d'assurance sociale en relation avec la fin de vie, le travail de réseau avec les proches de la personne ainsi que le soutien moral.

L'une des assistantes sociale scinde sa réponse en trois critères qui influenceront son suivi : l'entourage, le moment auquel elle intervient dans la situation et le déni. Elle explique ensuite les démarches principales qu'elle effectue avec ce type de clients : « En principe, une des premières choses que l'on fait avant que la maladie s'aggrave, c'est qu'on aide les clients à rédiger leurs directives anticipées. [...]. Nous avons un positionnement pour le soutien administratif, on est au service de la personne mais les gens ont quand même le choix. On ne peut faire de l'interventionnisme non plus. On aide aussi à la rédaction de testaments mais s'ils sont trop complexes, on oriente les clients chez un avocat. »

Une autre professionnelle explique qu'elle commence par parler des directives anticipées, afin d'aborder des sujets délicats : « On regarde souvent avec les proches. On les met en garde surtout contre un certain nombre de choses comme les comptes bancaires, les rentes de survivants, les successions, la préparation des obsèques, la désignation d'un représentant thérapeutique [...]. Après on discute avec les gens, c'est parfois des échanges. » Cette assistante sociale met un point d'honneur sur les directives anticipées, car c'est, selon elle, une manière plus douce d'aborder les démarches de fin de vie. Elles permettent d'entrer dans la discussion et d'entamer des sujets plus sensibles. En revanche, elle explique qu'elle rencontre aussi des personnes dans le déni, qui refusent totalement d'aborder ce sujet. Dans ces cas-là, son rôle n'est pas d'insister, mais de leur laisser ses coordonnées, au cas où ils changeraient d'avis.

L'une des professionnelles interrogées expose un suivi qui semble beaucoup plus large que les autres assistantes sociales : « On accompagne les gens dans l'ensemble des besoins depuis leur arrivée. Ça peut même aller jusqu'à la garde d'un chat et d'un chien. On est un service social de soutien. On oriente, on conseille, on accompagne. [...] Nous allons aussi accompagner les personnes pour déposer leurs directives anticipées. On leur explique le formulaire, où est-ce qu'ils peuvent l'adresser, les procédures en quelque sorte. Après ils vont s'organiser avec leur famille. Il arrive souvent, lorsqu'ils ne peuvent pas signer, qu'on leur conseille de désigner un représentant thérapeutique. »

Contrairement à la majorité des témoignages, une assistante sociale exprime le sentiment que sa population n'est pas encore réceptive aux directives anticipées. Selon elle, il est trop délicat d'amener les directives anticipées au client, sans avoir établi une relation de confiance auparavant.

Grâce à ces réponses, il est intéressant de constater que sur les cinq professionnelles, toutes travaillent régulièrement avec des personnes en situation de fin de vie. De plus, les assistantes sociales ont répondu à l'unanimité qu'elles travaillent régulièrement avec les directives anticipées. Ces directives sont donc un outil de travail très présent au sein de ce type de services sociaux.

Deux questions se posent alors: Ce type d'accompagnement induit-il des situations d'assistance au suicide ? Les directives anticipées sont-elles utilisées indirectement pour induire le thème de l'assistance au suicide ?

5.1.2 Nombre de situations d'assistance au suicide rencontrées

Comme vu au chapitre précédent, toutes les assistantes sociales interrogées ont affirmé travailler régulièrement avec des clients en situation de fin de vie. Mais seules quatre professionnelles sur cinq ont attesté avoir déjà collaboré avec des clients en demande d'assistance au suicide. De plus, le nombre de demandes par assistante sociale est très bas.

En effet, une assistante sociale explique qu'une de ses clientes est allée jusqu'au bout du processus du suicide assisté. En revanche, elle précise que l'inscription auprès d'Exit est très courante dans sa population. Ce sont des gens atteints d'une maladie incurable qui se rendent compte que leur maladie va se péjorer et que leurs chances de guérison sont nulles. Cependant, beaucoup décèdent avant le premier rendez-vous.

Une professionnelle explique qu'elle n'a jamais suivi de client qui est parti avec Exit : « Non pas vraiment. J'ai eu des demandes d'informations par rapport à Exit. J'ai aussi eu des demandes de chantage du style "si vous faites pas ça, j'appelle Exit", mais plus poussées non. »

Les trois autres assistantes sociales interrogées expliquent avoir eu des clients qui ont demandé l'accompagnement d'Exit : deux clients sont décédés avec l'aide d'Exit pour la première, trois pour la seconde et « quelques personnes » pour la dernière. L'une de ces assistantes sociales rajoute qu'elle a remarqué que ces demandes sont souvent liées à la perte d'autonomie de ses clients.

Il en ressort donc que sur les cinq professionnelles interrogées travaillant quotidiennement avec des situations de fin de vie, le quatre cinquième d'entre elles ont déjà côtoyé des bénéficiaires en demande d'assistance au suicide. Cependant, en moyenne, moins de cinq situations de ce type sont dénombrées pour 8.7 années de pratique professionnelle d'assistantes sociales travaillant régulièrement avec des situations de fin de vie. Ces situations restent donc, pour l'heure, exceptionnelles.

5.2 Synthèse et analyse des données

5.2.1 Accompagnement et orientation

Il ressort du discours des assistantes sociales interrogées très clairement que l'accompagnement prodigué aux personnes en demande d'assistance au suicide varie en fonction de chaque professionnelle. Ces différences se fondent en grande partie sur l'avis personnel que les assistantes sociales ont, à la base, sur la question de l'assistance au suicide :

- « Alors moi je suis plutôt contre.»
- « Je n'arrive pas à me positionner d'un côté ou de l'autre. La porte est ouverte, la discussion est ouverte. »
- « Moi j'ai toujours été pour l'assistance au suicide [...]. Je trouve qu'éthiquement chez Exit ça se passe bien parce qu'il n'y a pas d'enjeu d'argent. Parce qu'il faut séparer tout ça. »
- « Moi personnellement je ne suis pas contre. Parce qu'il y a aussi un moment où avec leurs souffrances et ce qu'elles traversent, on peut les laisser partir. »
- « Bon... moi ça ne me dérange pas parce que comme je dis, les personnes qui arrivent avec cette demande, c'est quelque chose qui a été réfléchi avant. »

Parmi ces témoignages, trois assistantes sociales se positionnent plutôt en faveur de l'assistance au suicide, une plutôt contre et la dernière n'a pas d'avis tranché, mais laisse la porte ouverte à la discussion. De plus, lors des entretiens, pour décrire l'accompagnement social d'une clientèle désirant une assistance au suicide, ces cinq mots ont été principalement utilisés : « orienter », « accompagner », « écouter », « expliquer », « conseiller » et « déléguer ». Ces distinctions correspondent à la définition de l'accompagnement social de B. Bouquet et C. Garcette selon laquelle la relation d'écoute, de soutien et de conseil est primordiale, tout en développant les capacités d'initiative et de choix de la personne.¹²⁹ Ainsi, les entretiens démontrent que les assistantes sociales les plus en phase avec le concept de l'assistance au suicide étaient plus enclines à l'accompagnement, à l'écoute, au conseil et à l'explication. En contrepartie, les professionnelles les moins convaincues étaient plus basées sur l'écoute et la délégation.

Une assistante sociale s'est démontrée plus entreprenante que les quatre autres. Elle explique qu'elle est prête à faire elle-même le premier contact avec Exit, si les clients ne s'en sentent pas tout de suite capable. Elle justifie cette manière de procéder, en expliquant qu'elle agit de la sorte en sachant que, de toute manière, l'association voudra prendre directement contact avec la personne concernée.

Grâce aux divers témoignages récoltés, il est remarqué que les assistantes sociales les moins convaincues ont tendance à orienter ou à déléguer : « Franchement je ne sais pas.

¹²⁹ Bouquet, B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, op. cit., p. 51.

Cela dépend du client. Est-ce que c'est du sérieux ? Je penserai aussi "est-ce que c'est quelqu'un qui peut demander cela à quelqu'un d'autre ? des proches éventuellement ?" [...] Je pense que je n'en parlerai pas comme ça. Mais j'essayerai de voir si la personne connaît, a déjà des informations... J'essayerai de l'orienter pour voir si elle ne connaît pas des moyens de moins souffrir ou comme ça [...] »

Un témoignage souligne l'importance de la neutralité et de l'objectivité dans le travail de l'assistant social : « Moi je donne les coordonnées. Si la personne est déterminée et sait ce qu'elle veut, je fais selon son choix même si moi je ne le ferai pas personnellement. Pour moi ça c'est mon devoir d'assistance, de donner toutes les cartes à la personne pour qu'ensuite elle puisse faire ses choix. ». En parlant de neutralité, cette professionnelle insiste sur le fait que le professionnel ne connaît pas toute l'histoire de vie et se situe hors du cercle de loyauté des relations familiales. Ces éléments permettent au professionnel d'avoir un regard extérieur dans cette réflexion. Cette professionnelle explique que son rôle n'est pas que de déléguer à l'association, mais qu'elle chemine tout de même un petit bout avec ses clients dans la réflexion, afin de leur apporter un soutien objectif.

À la question « comment agissez-vous face à un client qui vous ferait part de cette envie ?» toutes les assistantes sociales ont déclaré déléguer la tâche vers une autre instance. La délégation s'imbrique dans la technique d'intervention dans le projet. Elle en fait partie, car elle « vise une préoccupation diffuse et consciente qui oblige le client à savoir ce qu'il veut et comment il souhaite s'orienter pour le réaliser », elle est aussi une « projection dans l'avenir et concerne une anticipation de l'action ». Cette méthode « volontarise et « dynamise » la personne.¹³⁰ Contrairement à la technique du contrat qui se base plus sur « un engagement réciproque, une responsabilité bilatérale et une solidarité mutuelle ». ¹³¹ En effet, il ressort des entretiens que l'assistance au suicide est quelque chose d'extrêmement personnel et qu'aucun professionnel ne peut faire ces démarches à la place de quelqu'un. La délégation ne fait donc que responsabiliser la personne face à ses choix, afin qu'elle entame les démarches nécessaires de son plein gré :

- « J'accompagne mais je délègue en même temps parce qu'il y a des trucs que je ne fais pas avec eux. »
- « Ce n'est pas nous qui allons prendre le téléphone et appeler Exit ou une autre organisation d'aide. On peut aussi leur proposer le service des soins palliatifs qui est une équipe de soutien. Quelques fois, les patients se disent que c'est peut-être mieux de passer par là avant. »
- « Je peux éventuellement les orienter sur les sites internet mais ça s'arrête là. Cela nécessite énormément de formation du personnel de faire ça. Parce que ça peut être très mal interprété. Donc il faut vraiment former les équipes, en parler à la famille. Ça se discute beaucoup avant [...]. »

¹³⁰ DE ROBERTIS, C, « L'accompagnement. Une fonction du travail social ». *La revue française – du service social*, 2005, récupéré de : <http://www.travail-social.com/L-accomagnement-unefonction-du>, consulté le 02.09.2015.

¹³¹ Loc. cit.

La principale différence d'accompagnement des assistantes sociales face à cette question réside dans le fait qu'elles ne délèguent pas toutes au même moment. En effet, deux assistantes sociales délèguent immédiatement, tandis que trois vont un peu plus loin dans l'accompagnement.

Ces différences dans l'accompagnement s'expliquent aussi par le fait que toutes les assistantes sociales interrogées ont répondu à l'unanimité qu'il n'existe, au sein de leurs institutions, aucune directive relative à l'accompagnement des personnes en demande d'assistance au suicide. Il est d'ailleurs remarqué que seule une assistante sociale sur cinq se réfère à la hiérarchie à ce sujet. Les autres ne le jugent pas utile et pensent que leur direction ne pourrait pas leur apporter de soutien à ce niveau :

- « Moi je ne me réfère pas à la hiérarchie pour ça. Elle n'est d'ailleurs pas au courant. »
- « Je ne pense pas que je poserai la question à ma hiérarchie. »
- « Je ne demande pas l'avis à ma hiérarchie concernant ces questions car je ne vois pas ce qu'elle pourrait m'apporter. Maintenant, si on me demandait d'aller tenir le gobelet pendant qu'il aspire le poison peut-être que là oui... mais tant que ce n'est que le côté réflexion, non. »
- « Je me réfère parfois à la direction, car ils nous disent jusqu'où on va, jusqu'où on ne va pas. »

Ce flou fait écho au flou législatif laissé par les articles 114 et 115 du Code pénal suisse.¹³² Par conséquent, les professionnelles sont libres d'agir en fonction de leurs affinités personnelles sur la question. Cet aspect rappelle la décision prise par l'Association Suisse des Sciences Médicales selon laquelle, sous certaines conditions, le médecin peut prendre la décision d'accompagner son patient dans la démarche d'aide au suicide. Toutefois, celui-ci peut tout à fait refuser de le faire, si cela contredit ses croyances personnelles, étant donné que cet accompagnement ne fait pas partie de son cahier des charges.¹³³

Il est donc intéressant de constater que, face à ce flou général autour de l'assistance au suicide, les croyances personnelles de l'assistant social, quant à la question du suicide assisté, influent grandement l'accompagnement social qu'il prodigue au client.

Comme vu dans la partie théorique, c'est, aujourd'hui, principalement le corps médical qui fait face à ce type de situations. Toutes les assistantes sociales ont aussi confirmé ce fait, en expliquant que ce sont des démarches qu'elles délèguent essentiellement au milieu médical :

- « Alors ces personnes ont été vues par l'équipe médicale ainsi que l'équipe pluridisciplinaire pour en discuter avec leur famille. »

¹³² Code pénal suisse.

¹³³ *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, directives ASSM*, Académie Suisse des Sciences Médicales, op. cit., p. 9, pt. 4.1, adresse URL : <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Fin-de-vie.html>, consulté le 19.06.2015.

- « Je les oriente vers les médecins. C'est ensuite eux qui vont prendre en compte leur demande et les réorienter. »
- « Cela s'est fait essentiellement avec le médecin. [...] Je n'ai pas interféré dans ces processus. »
- « Je dirai l'orientation vers le psychiatre. Souvent, pour les personnes dans ces cas-là, elles sont suivies par un psychiatre du centre de compétence en psychiatrie et psychothérapie ou par une infirmière en psychiatrie.
- « Dans ces cas-là, c'est principalement avec le médecin qu'il faut voir [...] »

Grâce à ces propos, il est donc constaté que les assistantes sociales ont tendance à se référer au milieu médical lorsqu'elles font face à ce type de situation. Les entretiens démontrent que cette délégation provient, en partie, du manque d'intérêt de la part des institutions sociales concernant cette question. Etant donné le manque de références sociales et de directives quant à l'assistance au suicide, les assistantes sociales préfèrent se référer à un milieu doté de directives à ce sujet, soit le milieu médical.

5.2.2 Connaissances théoriques et outils pour l'accompagnement de l'assistance au suicide

Les connaissances théoriques des assistantes sociales interrogées, en matière d'assistance au suicide, sont très limitées. En effet, il est à nouveau remarqué que leurs réponses varient, principalement en fonction de leur intérêt personnel pour cette question :

- « J'en sais pas grand-chose. J'ai toujours compris que n'importe quelle personne qui soit majeure peut s'inscrire. Elle doit avoir sa capacité de discernement et aussi la capacité de boire ou s'injecter le poison par soi-même. Je ne sais pas grand chose d'autre. Ce que j'entends moi qui me touche aussi pas mal c'est que c'est difficile pour ceux qui restent. »
- « Je connais très peu de choses. Je sais que ce n'est pas permis partout. Que ce n'est pas nécessairement admis. Qu'il faut toute une batterie administrative autour de cela pour ne pas accuser qui que ce soit. [...] Disons que je m'y intéresse très peu. Je m'y intéresse peu parce que déjà l'assistance au suicide ne me parle pas. Ça ne vient pas me chercher. »

Une autre assistante, beaucoup plus réticente quant à cette question, explique que les frontières entre l'euthanasie active indirecte et l'assistance au suicide sont, selon elle, très proches. De plus, elle précise qu'elle pense que les assistants sociaux de son service ne sont pas autorisés à faire des démarches administratives avec des associations d'aide au suicide pour ses clients. Elle poursuit en disant : « C'est pénal, je ne sais plus quel article c'est, mais si on fait quoique ce soit avec quelqu'un pour une de ces associations, on peut être accusé pénalement pour incitation au suicide. Donc dans ces cas-là, je redirige immédiatement mes clients vers un service plus adapté à ce type de demandes. » Ce témoignage démontre réellement que la méconnaissance des concepts et des lois peut induire fortement les professionnels et les conditionner dans leurs suivis. Dans ce récit,

l'argumentation signale une mauvaise compréhension des concepts de l'assistance au suicide et de l'euthanasie active indirecte. La partie théorique de ce travail démontre très clairement qu'il existe une immense différence entre ces deux concepts. De plus, contrairement à ses dires, il n'y a aucune loi connue qui peut accuser pénalement un professionnel d'incitation au suicide dans ce type de situation. Faute de connaissances à ce sujet, cette professionnelle agit donc en fonction de croyances erronées, lorsqu'elle s'adresse à une clientèle en demande d'assistance au suicide.

De plus, les témoignages démontrent aussi que les employeurs n'ont aucune exigence, lorsqu'ils engagent leur personnel, quant à la maîtrise de ce sujet. Aucune assistante sociale n'a abordé les points fondamentaux, tels que la législation suisse en vigueur, les différents types d'euthanasie, les dispositions prises par l'Académie Suisse des Sciences Médicales ou encore les réflexions publiées par la Commission nationale d'éthique sur les problèmes relatifs à l'assistance au suicide. Il est également remarqué que, pour les professionnelles, l'assistance au suicide fait tout de suite écho à l'association Exit A.D.M.D. Cependant, les connaissances par rapport aux conditions requises pour une telle demande restent très floues et éparses.

Les propos des personnes interrogées rejoignent la théorie de C. Besson et J. Gay sur le savoir, l'agir et l'être. En effet, dans ces témoignages, l'agir qui découle du type d'accompagnement prodigué ainsi que l'être qui se réfère au positionnement personnel sont très bien décryptés. Cependant, dans ce cas de figure, le savoir s'avère quasi inexistant. De ce fait, il pousse l'agir et l'être à prendre beaucoup plus d'importance dans la pratique de l'assistant social quant au suicide assisté.

Malgré leur manque évident de connaissances face à cette problématique, les assistantes sociales interrogées ont énuméré plusieurs types d'outils pour faire face à des situations de demande d'assistance au suicide :

- « Je dirai l'expérience, l'échange avec les collègues, les supervisions et autres... »
- « Les collègues, c'est fondamental. Nous on est une chouette équipe et on débrieve toujours dès que l'on vit une situation difficile. [...] Personnellement, la lecture m'aide beaucoup aussi. [...] Nous avons chacun un superviseur individuel avec qui on a rendez-vous une fois par mois. C'est nécessaire. »
- « Nous avons des colloques pluridisciplinaires hebdomadaires où nous échangeons sur la situation et nous prenons des décisions sur la suite du suivi. [...] Les collègues sont aussi très importants. Quelques fois, le personnel médical aussi. On a une bonne entente, mais parfois quelques incompréhensions par rapport à notre approche. »
- « Au niveau de la direction, il n'y a rien par contre ; je partage beaucoup avec des collègues. »

Ces témoignages permettent de constater l'importance de l'échange entre professionnels, que ce soit simplement entre collègues ou à travers des supervisions ou des colloques. En effet, le manque d'outils concrets sur l'assistance au suicide pousse les professionnels à se

référer à leurs confrères, afin de récolter des techniques d'intervention grâce à l'expérience de chacun.

Les entretiens sur le terrain ont démontré que les outils sur lesquels s'appuient les assistantes sociales varient d'une institution à l'autre. Les bases théoriques apprises lors de la formation scolaire, développées dans les concepts théoriques sont un point très discuté :

- « J'ai l'impression qu'au niveau de la formation scolaire on apprend relativement peu de choses par rapport à l'accompagnement de l'assistance au suicide. »
- « C'est toujours quelque chose d'assez difficile à faire pour laquelle on a l'impression de ne pas être assez formé en tout cas. »

Deux assistantes sociales relèvent tout de même l'importance du positionnement professionnel ainsi que l'accompagnement en fin de vie, qu'elles ont étudié sur les bancs d'école :

- « Le positionnement professionnel appris à l'école aide beaucoup. »
- « C'est vrai que durant ma formation, il y avait un cours sur l'accompagnement de fin de vie et puis avec mon stage de deux ans dans un EMS, j'ai pu vraiment appréhender la mort. »

Trois assistantes sociales sur cinq mentionnent avoir effectué des formations continues, proposées par le biais de leur institution, principalement sur le thème de la fin de vie. Une assistante sociale mentionne tout de même avoir participé à une formation spécifique sur l'assistance au suicide :

- « Moi j'ai fait une formation continue d'une journée là-dessus. Ce thème me questionne énormément. On va aussi à des conférences sur Exit ou la fin de vie. [...] C'est quand même un sujet qui nous touche particulièrement. »

Ces réponses des professionnelles permettent à nouveau de se rendre compte que les institutions sociales valaisannes ne fournissent pas automatiquement des outils concrets permettant d'affronter des demandes d'assistance au suicide. Il est en revanche possible d'en acquérir, si l'intérêt personnel quant à la question pousse la personne à effectuer des formations spécifiques sur le sujet.

En ce qui concerne le référentiel des compétences des métiers du service social et le code déontologique des professionnels du travail social, cités dans les concepts théoriques, ces outils n'ont pas du tout été relevés par les professionnelles lors des entretiens.

En revanche, comme le démontrent les extraits ci-dessus, l'échange avec les collègues est un outil de travail qui a été relevé à l'unanimité lors des entretiens. La supervision est l'outil qui apparaît en deuxième position, car il a été énuméré par trois d'entre elle, ce qui rejoint la théorie de B. Bouquet et C. Garcette. En effet, ces auteurs soulignent, dans la supervision, l'importance du regard extérieur sur une situation, afin de prendre du recul, de réfléchir sur sa pratique professionnelle et d'élaborer des solutions adaptées.¹³⁴ Enfin, deux

¹³⁴ Bouquet, B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 5ème édition, op.cit., p. 67.

assistantes sociales ont aussi précisé que la lecture est un outil important pour faire face à ce genre de situation.

5.2.3 Principe fondateur et gestion émotionnelle

A travers les divers récits des assistantes sociale interrogées, il est remarqué qu'elles ont tendance à insister sur l'importance du principe du respect de l'autodétermination. En effet, sur les cinq assistantes sociales interrogées, deux ont clairement fait part de leur positionnement en faveur de ce principe :

La première explique que l'autodétermination est primordiale et qu'elle doit être une priorité absolue. Selon elle, les gens ont le droit de décider de ce qu'ils veulent pour eux-mêmes. Toutefois, elle précise que, parfois, les professionnels se focalisent trop sur la personne et pas assez sur le ressenti de son entourage, malgré le fait que les souhaits de la personne priment.

Une autre professionnelle s'exprime en ces mots : « Pour moi l'autodétermination est tellement importante. "J'ai le choix." Pour moi l'assistance au suicide a toute sa raison d'être. Tout en mettant des garde-fous c'est clair. »

Deux autres assistantes sociales avouent plus timidement leur penchant pour le principe d'autodétermination, en disant que « l'assistance au suicide est une demande à mourir dans la dignité, ce qui est un droit de tout un chacun » ou « avec leurs souffrances, il y a un moment où on peut les laisser partir. »

A contrario, une assistante sociale sur les cinq interrogées privilégie plutôt le devoir d'assistance :

- « Mon avis est sûrement en lien avec le "vouloir faire". Je pense qu'il y a quand même beaucoup de moyens médicaux psychologiques pour essayer de faire une fin de vie confortable. [...] Dans notre société d'autodétermination, d'empowerment, on veut se battre jusqu'au bout, on veut encore avoir du pouvoir sur la mort. Mais est-ce qu'on ne pourrait pas simplement accepter de mourir ? Pourquoi on ne redeviendrait pas un peu des enfants et on accepterait de se laisser s'occuper de nous ? Il faut être autonome oui mais à quel prix ? »

Ces diverses réponses démontrent tout de même que, comme l'a relevé la Commission nationale d'éthique dans sa prise de position, le principe d'autodétermination et le devoir d'assistance sont toujours à prendre en compte dans la question de l'assistance au suicide. En revanche, contrairement au milieu médical qui se base principalement sur le maintien de la vie en raison de son devoir d'assistance, le point de vue des professionnels du social est tout de même différent, comme le souligne une professionnelle interrogée :

- « Nous avons une bonne entente avec le personnel médical mais parfois nous rencontrons quelques incompréhensions par rapport à notre approche. »

En effet, le principe d'autodétermination se base sur le droit des personnes d'effectuer leurs propres choix et de prendre leurs décisions de manière autonome par rapport à leur

bien-être. Ce principe rejoint celui du travail principal de l'assistant social qui consiste à accompagner des individus, pour qu'ils parviennent à trouver leur place dans la société. Bien que, dans ce cas de figure, leur place soit un accompagnement vers un suicide assisté, il a été remarqué que les professionnelles du social ont tout de même moins de difficulté à accepter ce type de suivi que le milieu médical qui a tendance à se battre pour la vie.

La gestion émotionnelle de ces suivis découle donc de la manière dont les assistants sociaux perçoivent l'assistance au suicide et son principe fondateur, l'autodétermination :

- « Moi j'ai un état d'esprit plutôt positif face à cela, car je me dis que lorsque la personne demande l'assistance au suicide, c'est quelque chose qui est pensé avant. Ce n'est pas quelque chose où on se dit "tiens je vais appeler Exit comme ça." Je ne porte pas de jugement, je me dis que les gens qui ont un consentement éclairé savent très bien ce qu'ils veulent. »

Une professionnelle explique que, malgré tout, ce sont des moments difficiles. Elle poursuit en disant que la vie privée influe aussi beaucoup sur la gestion émotionnelle au travail : « c'est vrai que si soi-même dans sa vie privée à ce moment-là on est touché par ça, c'est beaucoup plus difficile à gérer au travail. » L'expérience reste pour elle un moyen qui lui a permis d'avoir beaucoup plus de sérénité face à la mort. Elle précise qu'il faut vivre un certain nombre de décès pour avoir un discours plus serein à ce sujet.

Ces témoignages démontrent tout de même que la majorité des professionnelles du travail social posent un regard plus serein sur la mort et ne perçoivent pas forcément l'assistance au suicide comme un échec professionnel.

5.3 Vérification des hypothèses

5.3.1 Hypothèse 1

Les assistants sociaux valaisans estiment que les demandes d'assistance au suicide sont une dimension faisant partie intégrante de leur profession.

Les éléments développés ci-dessus démontrent que la question des demandes d'assistance au suicide est bien présente dans les services sociaux en relations régulières avec des situations de fin de vie. Or, le panel des professionnels interrogés ne permet pas de déterminer si les réponses obtenues correspondent aux réponses qu'aurait données l'ensemble des assistants sociaux valaisans, y compris celles des professionnels ne travaillant pas régulièrement avec des situations de fin de vie.

De plus, bien que ces demandes existent, elles restent encore rares au sein des services sociaux. En effet, moins de 5 situations sont recensées pour 8,7 ans de pratique. La partie empirique permet de vérifier cette thématique est aujourd'hui toujours principalement traitée par les services médicaux. En effet, toutes les assistantes sociales interrogées ont déclaré déléguer cette tâche aux professionnels de la santé.

Ces deux points mènent vers une hypothèse plus nuancée qui se présenterait de la manière suivante: « Les assistants sociaux valaisans travaillant régulièrement avec des situations de fin de vie estiment que les demandes d'assistance au suicide sont une dimension faisant partie de leur profession. » Ainsi, en précisant qu'il s'agit des assistants sociaux travaillant régulièrement avec des situations de fin de vie et en supprimant le fait que ce soit une partie « intégrante » de leur profession, l'hypothèse serait alors correcte.

En l'état, l'enquête et l'analyse effectuées démontrent que cette hypothèse n'est que partiellement vérifiée.

5.3.2 Hypothèse 2

Les assistants sociaux estiment avoir besoin d'outils spécifiques pour prodiguer un accompagnement de qualité à leur client en demande d'assistance au suicide.

Les réponses des professionnelles interrogées n'ont pas réellement mis l'accent sur le besoin d'outils spécifiques pour prodiguer un accompagnement de qualité à leur client en demande d'assistance au suicide. Toutes les professionnelles rencontrées ont plutôt mis l'accent sur les outils qu'elles avaient déjà à disposition, bien qu'ils ne soient pas spécifiques à la question de l'assistance au suicide. En effet, comme l'a relevé l'analyse, des outils tels que l'échange avec leurs collègues, les séances de supervision et les colloques sont les outils les plus fréquemment cités.

Cependant, ces outils ne sont pas spécifiques à l'assistance au suicide. Tout au long de l'analyse, il est constaté que la question de l'assistance au suicide n'est pas considérée par les employeurs comme faisant partie intégrante de la profession d'assistant social, car aucune qualification ou connaissances spécifiques n'est requise au préalable pour assumer un tel poste. En revanche, des formations existent et sont mises à disposition. Cependant, elles ne sont aucunement obligatoires et, comme l'a démontré l'analyse, ce ne sont que les professionnelles vraiment intéressées par la question qui participent à ces formations.

Etant donné qu'il s'agit d'une question délicate que les professionnelles sont pour l'heure libres de traiter ou non, le besoin d'outils spécifiques ne se fait par ressentir, car les assistantes sociales ont aujourd'hui la possibilité de déléguer cette tâche à une autre instance.

La question du besoin d'outils spécifiques serait à remettre sur le tapis, si un jour l'assistance au suicide était considérée comme faisant partie intégrante de la profession d'assistant social.

Par conséquent, l'enquête et l'analyse effectuées démontrent que cette hypothèse n'est pas vérifiée.

6. Bilan et conclusion

6.1 Limites de la recherche

Pour commencer, cette question de recherche a été choisie, car la thématique de l'assistance au suicide était un sujet qui m'intéressait fortement. De plus, ce sujet est d'actualité et fait l'objet de nombreux titres dans les médias suisses, bien qu'il ne soit que très peu discuté dans le travail social. En effet, aucune source n'a été trouvée, faisant le parallèle entre l'assistance au suicide et le travail social et encore moins avec les services sociaux. Par conséquent, c'est une difficulté à laquelle j'ai dû faire face tout au long de ce travail. Celle-ci s'est particulièrement démontrée dans la partie théorique, c'est pourquoi il m'a été très difficile de faire des liens entre la théorie sur l'assistance au suicide et le travail social. Cependant, c'est un risque que j'ai choisi de prendre, afin de pouvoir créer un travail novateur et découvrir la réalité du terrain par rapport à cette question. C'est toutefois, à mon sens, cette difficulté qui a rendu l'exercice très intéressant et qui a permis de faire ressortir des informations importantes.

Par ailleurs, il faut encore relever que l'enquête de terrain s'est basée sur l'avis de cinq assistantes sociales. Cette sélection est restreinte et ne représente pas l'avis de tous les assistants sociaux valaisans. De plus, ma recherche s'est concentrée sur les professionnels qui travaillent régulièrement avec des situations de fin de vie, ce qui n'est pas le cas de tous les assistants sociaux valaisans. En revanche, des assistants sociaux provenant de milieux professionnels variés, notamment sur le type de population et sur le fonctionnement de leur institution, ont tout de même été interrogés, ce qui a permis d'obtenir un panel de réponses riche et intéressant.

Une autre limite rencontrée dans ce travail s'est avérée être l'interview des professionnelles. En effet, au fil des entretiens, j'ai remarqué que de nouvelles questions apparaissaient au long de la discussion. Les données récoltées ont donc été plus importantes que prévu. Je me suis alors rendu compte que j'avais peut-être manqué de rigueur lors de ces entretiens et que je ne me suis pas suffisamment basée sur la grille. De ce fait, ces différences ont rendu l'analyse plus complexe à réaliser. Malgré ce point, je pense avoir su adapter mon travail et mettre en évidence les points primordiaux permettant de répondre à mes hypothèses de recherche.

6.2 Les objectifs de recherche

Les objectifs de recherche suivants avaient été posés au début de ce travail :

- **Connaître la fréquence et le nombre de situations en lien avec l'assistance au suicide auxquelles font face les assistants sociaux valaisans.**

La synthèse découlant de l'enquête de terrain a permis de découvrir la fréquence et le nombre de situations en lien avec l'assistance au suicide auxquelles ont fait face les cinq professionnelles interrogées. Cependant, comme cela a été mentionné, elle n'est pas

représentative de tous les assistants sociaux valaisans, étant donné que les réponses de seulement cinq professionnelles ont été obtenues. En revanche, elle permet tout de même de donner une idée globale et significative de la situation en Valais.

- Recenser les différents types d'accompagnement que les assistants sociaux offrent aux personnes qui leur font part de leur souhait de faire appel à l'assistance au suicide. Les principales questions qui seront analysées sous ce point sont : jusqu'où ces professionnels vont-ils ou peuvent-ils aller et quelles sont leurs limites ?**

Le chapitre « Accompagnement et orientation » de l'analyse pratique a permis de découvrir le type d'accompagnement prodigué par les assistantes sociales interrogées. Cette découverte a aussi permis de connaître les limites d'action de ces professionnelles dans de telles situations.

- Connaître les outils de travail sur lesquels les assistants sociaux s'appuient dans ce type de situations.**

Toutes les professionnelles interrogées ont fait part des outils de travail utilisés dans ce type de situations. Malgré que ces outils ne soient pas spécifiques à l'assistance au suicide, ils ont toutefois été recensés.

- Vérifier si les assistants sociaux ont des directives précises de leur direction qu'ils doivent appliquer lors de telles demandes.**

Grâce au chapitre « Accompagnement et orientation » de l'analyse pratique, cet objectif a aussi été atteint, en prenant connaissance des réponses des professionnelles interrogées. Il s'est avéré qu'il n'existe aucune directive précise quant à la prise en charge de situation d'assistance au suicide.

- Recenser les connaissances théoriques des assistants sociaux sur la question de l'assistance au suicide en Suisse, au niveau des lois, des associations et des procédures. L'objectif est également de comprendre d'où ils tiennent ces informations : s'agit-il de formations effectuées, de lectures ou suite à leur intérêt personnel ?**

Je pense avoir répondu à cet objectif, notamment dans le chapitre « Connaissances théoriques et outils pour l'accompagnement de l'assistance au suicide », découlant des entretiens effectués en amont. En effet, il s'est avéré que les connaissances théoriques des assistantes sociales interrogées étaient très faibles et dépendaient beaucoup de leur intérêt personnel quant à la question.

- Saisir le positionnement personnel des assistants sociaux face à la question de l'assistance au suicide ainsi que l'influence de ce positionnement sur le type d'accompagnement proposé aux personnes suivies.**

Le positionnement personnel et son influence sur l'accompagnement de l'assistance au suicide en service social a été une partie déterminante de mon travail. Je pense avoir répondu à cet objectif. Il fut intéressant de découvrir que chaque professionnelle a un

avis différent sur la question et que cet avis influence grandement sur l'accompagnement social qu'elles prodiguent à leurs clients.

- **Comprendre de quelle manière les assistants sociaux vivent de telles demandes au niveau de leur état d'esprit, des émotions et des ressources mobilisées.**

Les assistantes sociales ont effectivement exprimé leur état d'esprit lors de nos entretiens. Cela s'est beaucoup ressenti lors de l'analyse. En effet, il s'est à nouveau avéré que toutes ont un état d'esprit différent en fonction de leur avis personnel sur la question.

6.3 Les objectifs personnels

Les objectifs personnels suivants avaient été posés au début de ce travail :

- **Me familiariser avec la méthodologie et pouvoir l'appliquer dans ce travail de recherche**

La méthodologie a été, pour moi, l'une des étapes les plus complexes de ce travail, car j'ai avancé pendant longtemps sans me référer à des ouvrages de méthodologie. Ce n'est que très tardivement que je me suis rendu compte de l'importance de la méthodologie dans un travail de recherche. Je pense finalement m'y être familiarisée, tout en étant consciente que si je l'avais fait plus tôt, cela m'aurait permis d'avancer plus rapidement.

- **Effectuer un travail de recherche abouti**

Pour moi, le fait que je dépose ce travail aujourd'hui prouve que cet objectif est réalisé. Je trouve que ma question de recherche se retrouve dans chaque partie de mon travail.

- **Approfondir mes connaissances sur le sujet de l'assistance au suicide et des enjeux qui en découlent**

Le cadre théorique m'a effectivement permis d'approfondir mes connaissances sur ce sujet et ses enjeux. Il m'a permis de bien maîtriser les grands concepts de ce travail.

- **Comprendre les enjeux liés à ce thème pour les travailleurs sociaux, notamment les assistants sociaux**

La partie théorique, mais surtout l'analyse des entretiens m'a permis de poser un regard global sur la thématique des professionnelles des services sociaux et de l'assistance au suicide.

- **Trouver des pistes quant à la prise en charge de manière adéquate des clients désirant bénéficier de l'aide au suicide.**

Pour cet objectif, je reste un peu sur ma faim. Les pistes proposées sont réalistes, mais nécessitent une prise de conscience de la part des institutions sociales, ce qui me semble, pour l'heure, difficilement réalisable.

6.4 Pistes d'action

La mise en lumières de différentes pistes d'intervention était, à la base, l'un de mes objectifs personnels. Bien que ce travail ait soulevé de nombreux questionnements qui, pour certains, restent encore sans réponse, les pistes d'action suivantes sont envisageables :

- Proposer à la haute école de travail social d'intégrer un cours sur la question de l'assistance au suicide au sein des services sociaux, afin d'y sensibiliser les élèves et de rendre l'assistance au suicide plus présente dans le travail social valaisan.

- Sensibiliser les institutions sociales en relations régulières avec des situations de fin de vie à la problématique des demandes d'assistance au suicide dans les services sociaux, afin qu'ils établissent clairement si le suivi de la personne demandeuse d'un tel accompagnement fait partie du cahier des charges de leurs assistants sociaux ou non :

- Si tel est le cas :

Déclencher un débat au sein des institutions concernées, afin de confronter les demandes des professionnels et les possibilités des institutions, dans le but d'obtenir un positionnement institutionnel sur la question et pouvoir:

* Construire une culture institutionnelle autour de la question de l'assistance au suicide.

* Proposer une formation continue obligatoire sur cette thématique aux assistants sociaux, afin qu'ils aient les connaissances théoriques nécessaires à la gestion de telles problématiques (contexte politique, légal et éthique, conditions d'octroi, etc.)

* Mettre à disposition de leurs employés des outils spécifiques à ce type de problématiques (supervisions spécialisées sur la question, guide pratique, etc.).

* Elaborer des directives précises concernant ce type de suivi, afin de mettre en évidence de manière claire les possibilités et les limites d'action.

- Si tel n'est pas le cas :

Le statuer officiellement dans le cahier des charges des assistants sociaux et proposer de déléguer directement cette tâche à des instances spécifiques plus amènes de prendre en charge ce type de problématique.

Enfin, on constate que ces pistes d'action sont intrinsèquement parfaitement réalisables. Cependant, ces démarches nécessitent une prise de conscience de la part des institutions sociales valaisannes quant à l'existence et à l'importance de ce type de suivi au sein de leurs services sociaux. On constate, qu'à l'heure actuelle, le contexte éthique, légal et politique autour de cette question est encore bien trop flou et délicat pour que des institutions sociales se sentent concernées par cette thématique. Cependant, l'idée que, dans un futur proche, les assistants sociaux bénéficieront de directives plus claires qui leur permettront de savoir jusqu'où ils peuvent aller avec des clients en demande d'assistance au suicide reste possible.

6.5 Conclusion

6.5.1 Bilan professionnel

Bien que présente dans les services sociaux, la thématique de l'assistance au suicide est un sujet qui est, à l'heure actuelle, encore très peu discuté dans les institutions sociales valaisannes. En effet, il semble que celles-ci ne se sentent pas assez concernées par cette problématique pour y consacrer de l'intérêt.

Par cette recherche, j'ai constaté que de nombreuses difficultés sont soulevées sur le terrain. La principale réside dans le fait que les institutions sociales ne se positionnent pas face à cette question. Par conséquent, les professionnels ne connaissent pas réellement leurs possibilités ainsi que leurs limites d'action dans ce type de situation. En effet, les enquêtes de terrain ont démontré que, pour faire face à l'assistance au suicide, les professionnels se basent principalement sur leur ressenti personnel. Ce sont donc ces ressentis qui conditionnent leurs actions. Cette recherche prouve donc que chaque assistant social a une manière d'agir différente, en fonction de ses a priori personnels. Par exemple, un professionnel persuadé des bienfaits de l'assistance au suicide accompagnera son client dans diverses démarches, tandis qu'un assistant social opposé au suicide assisté n'entrera peut-être pas en matière. Du point de vue du bénéficiaire, cela signifie que son suivi dépendra entièrement du professionnel auquel il s'adresse.

Ce travail a tout de même fait émerger le fait que quel que soit leur point de vue sur la question, toutes les assistantes sociales finissent par déléguer ce type de suivis au milieu médical, à un moment ou un autre de leur accompagnement. En effet, contrairement aux assistants sociaux, les professionnels de la santé ont ouvert le débat sur l'assistance au suicide, ce qui a fait émerger des directives. Par conséquent, ils sont beaucoup plus aptes à se positionner, car ils connaissent leurs possibilités ainsi que leurs limites. Malgré cela, il a tout de même été constaté que, contrairement au milieu médical, les assistants sociaux émettent beaucoup moins de réticences face au suicide assisté. En effet, dans le milieu social, il est ressorti majoritairement que la mort n'est pas forcément considérée comme un échec professionnel. La majorité des professionnelles interrogées semblent accorder plus d'importance au principe d'autodétermination plutôt qu'au devoir d'assistance. Or,

l'absence de structure face à cette question les incite à déléguer ces tâches au milieu médical.

Enfin, malgré le manque d'intérêt de leurs employeurs concernant cette question, les assistantes sociales ont démontré qu'elles faisaient tout de même recours à des outils professionnels pour aborder ces problématiques dont les principaux sont : l'échange d'expériences avec leurs collègues ainsi que les supervisions. L'équilibre personnel s'est avéré aussi très important. Cependant, il semble qu'un besoin de structure persiste et qu'un positionnement de leurs employeurs quant à l'assistance au suicide serait très apprécié.

6.5.2 Bilan personnel

Ce travail de recherche m'a enrichie personnellement ainsi que professionnellement. Il est le fruit d'un long processus de remises en question et de recherches. Entre l'écriture du projet et la rédaction de la conclusion, plus d'une année s'est écoulée. Cette période a été ponctuée par des moments plus latents et d'autres complètement dédiés à la rédaction de ce travail. Celui-ci a été perçu comme un véritable challenge, car, tout au long de sa conception, il a fallu que je me remette en question et que je revoie maintes fois la structure de cette recherche.

La rédaction des concepts théoriques a été la partie la plus complexe à rédiger, bien qu'il ne manque pas d'écrits sur l'assistance au suicide. Au contraire, il s'agit d'un sujet d'actualité qui enflamme régulièrement les médias pour les divergences d'opinions qu'il suscite. En revanche, comme expliqué précédemment, je n'ai trouvé aucun écrit qui regroupe le thème de l'assistance au suicide et le travail social, car tous les textes trouvés étaient basés sur les services médicaux. Mes efforts ont donc dû être concentrés, afin d'éviter un travail hors sujet et de pouvoir effectuer des liens, parfois très subtils, avec le travail social et, en particulier, les services sociaux.

Finalement, l'analyse et la synthèse des entretiens a été pour moi source de satisfaction, car de réels liens ont été réalisés entre les concepts théoriques et les enquêtes de terrain. De plus, cette partie a confirmé le fil rouge de ce travail de recherche et m'a permis de répondre aux objectifs ainsi qu'aux hypothèses de départ. Cependant, ma frustration est de constater que les pistes d'actions restent peu现实 dans le contexte actuel, car elles nécessitent une prise de conscience des institutions sociales valaisannes qui n'est, pour l'heure, pas dans les priorités.

Ce travail m'a donc demandé beaucoup d'énergie, mais en même temps m'a apporté une grande satisfaction une fois terminé.

6.5.3 Bilan d'apprentissage

Aujourd'hui, je travaille en tant qu'assistante sociale dans un centre médico-social. C'est un contexte professionnel où les assistants sociaux ne sont que très exceptionnellement amenés à faire face à des situations d'assistance au suicide. Pour avoir interrogé mes collègues à ce sujet, tous m'ont affirmé n'avoir jamais été confrontés à une telle demande.

Cependant, ce travail m'a tout de même permis d'assimiler des connaissances sur les demandes d'assistance au suicide dans des services sociaux en relation avec la fin de vie. Je suis persuadée que ces connaissances me seront un jour utiles, car j'ai comme projet de me perfectionner dans un service qui pourrait connaître ce genre de situation.

Au terme de cette recherche, j'espère tout de même que certaines pistes d'intervention entraîneront une réflexion autour des enjeux liés à l'assistance au suicide dans les services sociaux. Malgré cela, j'aurais à cœur, si l'occasion se présente un jour, de mettre en œuvre les connaissances acquises ainsi que les différentes pistes d'action présentées dans ce travail. Ce serait, pour moi, un moyen de m'investir concrètement en faveur des professionnels et des clients concernés par cette question.

6.5.4 Bilan final

Pour conclure, l'élaboration de ce travail m'a enrichi personnellement et m'a permis de répondre à mes objectifs personnels ainsi qu'à mes objectifs de recherche. Ce travail a permis de soulever une réalité bien présente dans le quotidien des assistants sociaux valaisans confrontés régulièrement à des situations de fin de vie : la prise en charge de personnes en demande d'assistance au suicide. Bien entendu, les résultats de cette recherche sont uniquement valables pour l'échantillon interviewé, principale limite de mon travail. Cependant, je pense que ma recherche donne une bonne vision de ce que peuvent vivre les assistants sociaux confrontés à l'assistance au suicide.

Finalement il s'avère qu'à l'heure actuelle, les assistants sociaux n'ont pas un rôle phare dans ce type d'accompagnement. En effet, les entretiens sur le terrain ont démontré que malgré leurs avis personnels sur la question de l'assistance au suicide, tous les professionnels finissent par déléguer cette tâche aux services médicaux. La raison est que les services médicaux sont dotés de directives fournies par l'association suisse des sciences médicales contrairement aux services sociaux, qui eux, n'ont aucunes directives sur lesquelles s'appuyer.

De ce travail est née une nouvelle réflexion : Au vue de l'augmentation annuelle effective des demandes d'assistance au suicide en suisse, les institutions sociales valaisannes vont-elles finir par se sentir concernées et se positionner quant à la prise en charge de ce type de situations par leurs services sociaux ?

C'est donc sur cette nouvelle question restant ouverte que se clôt mon travail et sur la citation du célèbre philosophe écossais David Hume : « de même que l'homme préserve, développe et modifie incessamment la vie, il peut donc l'interrompre sans contrarier le dessein divin »¹³⁵.

¹³⁵ GASPAR, K, « Quand un philosophe libéral défend le suicide assisté », *Le Figaro*, récupéré sur : <http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2014/06/23/31003-20140623ARTFIG00324-quand-un-philosophe-liberal-defend-le-suicide-assiste.php>, consulté le 02.03.2016

7. Bibliographie et Cyberographie

7.1 Livres

- BAUMGARTEN, M.-O., *Message relatif à une nouvelle Constitution fédérale*, Feuille fédérale, Berne, 1997.
- BESSON, C., GAY, J., *Profession travailleur social*, éditeur : Gaëtan Morin, édition : Europe, Paris, 2000.
- BLANCHET A, GOTMAN, *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*, Armand Colin, Saint-Jean de Brays, 2010.
- BONDOLOFI, A. HALDEMANN, F., MAILLARD, N., *La mort assistée en arguments*. Chêne-Bourg, Suisse, 2007.
- BOUQUET B., GARCETTE C., *Assistante sociale aujourd'hui*, 5^{ème} édition, Maloine, Collection Profession de Santé, Paris, 2011, p. 51.
- HIRSCH, E (2012), *Fin de vie éthique et société*, Eres, Paris, 2012.
- HURTADO POZO, J., *Droit pénal*, Schulthess Verlag, Zurich, 2009.
- JOLICORPS, A., *L'assistance au suicide en Suisse : de la légitimation à la pratique, Ethnographie de l'association EXIT ADMD*, Editions universitaires européennes, 2010.
- KIENER, R. et KÄLIN W., *Grundrechte*, Stämpfli, Bern, 2013.
- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 2011.

7.2 Articles

- BITTEL, N., « Mots-clés "euthanasie" : qu'en pensent les membres de la société suisse de médecine et de soins palliatifs ? » *Revue internationale de soins palliatifs*, 2001.
- Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « L'assistance au suicide, prise de position n°9 », 2005.
- DESMEDT, M., « Patient âgé et demande d'euthanasie », *Fondation Nationale de Gérontologie / Gérontologie et société*, 2002.
- GASPAR, K., « Quand un philosphe libéral défend le suicide assisté », *Le Figaro*, 2014
- GROB, D., « De l'attitude face aux désirs de mourir: "Je voudrais mourir" ne signifie pas "Je veux me suicider »», *Bulletin des médecins suisses / Schweizerische Ärztezeitung / Bollettino dei medici svizzeri* /, 2012;93: 13.
- GUISADO, H., « La demande d'euthanasie en gériatrie », *Médecine & Hygiène/ Revue internationale de soins palliatifs*, 2002.

KUNZ, R., « Désir de vivre et désir de mourir en cas de maladie incurable », *Bulletin des médecins suisses*, 2012, 669-670.

LUCAS, V., « La légalisation de l'euthanasie active en Suisse : plaidoyer pour l'ajout d'un alinéa 2 à l'article 114 du Code Pénal », *Jusletter*, 13 octobre 2014.

MARTIN, J., « Assistance au suicide, la situation suisse aux plans légal et médico-éthique », *Pratiques et organisation des soins*, 2011, 277-281.

SAVIOZ, C, « Suicide assisté à légitérer ? », *Le Nouvelliste*, 23.09.2015.

VAUCHER, T., BEZENCON, A.-L., « Avant et après un décès », *Section valaisanne des soins palliatifs*, 2008, 12.

WAUTIER, J., « L'ouverture du débat sur l'euthanasie au sénat », *CRISP/ Courrier hebdomadaire du CRISP.*, 2000, 1-67.

7.3 Sites internet

Académie Suisse des Science Médicales, adresse URL : <http://www.akademien-schweiz.ch/fr/index/Aktuell/News.html>, consulté le 25.09.2015.

Académie Suisse des Sciences Médicale, mesures de soins intensifs, 2013, adresse URL : <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/Archive.html>, consulté le 16.09.2015.

CIAO, adresse URL : <http://www.ciao.ch>, consulté le 20.10.14.

Encyclopédie de l'Agora, récupéré de : <http://agora.qc.ca/dossiers/Dignite>, consulté le 03.04.2015.

Encyclopædia Universalis, adresse URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/suicide/>, consulté le 08.10.2014.

EXIT A.D.M.D. Suisse romande Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, adresse URL : <http://www.exit-geneve.ch/conditions.htm>, consulté le 23.07.2015.

Fédération des médecins suisses, adresse URL : http://www.fmh.ch/fr/de_la_fmh.html, consulté le 25.09.2015.

Fondation Emera, adresse URL : <http://www.emera.ch/fondation/prestations.html>, consulté le 19.11.2015.

La Toupie, adresse URL : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Dignite.htm>, consulté le 12.10.2014.

Référentiel de compétences des métiers du service social, adresse URL : https://www.eesp.ch/uploads/media/Referentiel_competences_AS.pdf, consulté le 03.08.2015.

L'Hebdo, « Le nombre de décès assistés a explosé l'an dernier en Suisse », adresse URL : <http://www.hebdo.ch/news/politique/exit-suisse-al%C3%A9manique-30-de-d%C3%A9c%C3%A8s-assist%C3%A9s-en-plus-en-2015>, consulté le 06.03.2016.

7.4 Documents électroniques

Affaire Pretty c. Royaume Uni, (Requête no 2346/02), Arrêt, Strasbourg, 29 avril 2002, récupéré de :

ARITAS, « Mesures de protection de l'adulte », *Guide Social Romand* – (exemple de fiche : Tutelle et curatelle), 2013, récupéré de : <http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/141/>, consulté le 11.10.2015.

Assemblée parlementaire, *Recommandation 1418 (1999) : Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants rapporteuse*, récupéré de : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=16722&lang=FR>, dernière consultation le 17.04.2015.

Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? 2006 Avant-projet, Office fédéral de la justice, p. 15, récupéré de : <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/1907.pdf>, consulté le 23.07.2015.

Avenir médical au Pays de Sault - Aude & Ariège, (article et reportage), adresse URL : <http://www.belcaire-pyrenees.com/page/26>, consulté le 18.03.2015.

Avis sur fin de vie, arrêt de vie, euthanasie, N°63 - 27 Janvier 2000, p. 1, récupéré de : <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf>, consulté le 25.03.2015.

BECK, S., DIETHELM, A., GRAND, O., SCHMOCKER, B., KERSSIES, M., *Code de déontologie du travail social en Suisse*, Avenir social, Berne, 2010, récupéré de : http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_F_gesch.pdf, consulté le 07.07.2015.

BERNER DAPHNE, « Les EMS neuchâtelois devront accueillir Exit », (article et radio), récupéré de : <http://www.rts.ch/info/regions/neuchatel/6277544-les-ems-neuchatelois-devront-accueillir-exit.html>, consulté le 26.09.2015.

BONICEL, M.-F., « Accompagner : la belle histoire. Marie-Françoise », récupéré de : http://pedagopsy.eu/accompagnement_bonicel_etymologie.html, consulté le 10.09.2015.

Code de déontologie de la Fédération suisse des médecins, « Assistance médicale des mourants ou des blessés graves », Berne, 1997, récupéré de : http://www.fmh.ch/files/pdf16/Standesordnung_20150829_F.pdf, consulté le 17.07.2015.

Code de déontologie des professionnel-le-s du travail social, récupéré de : http://www.fondation-clin-d-oeil.ch/dossiers_pdf/Code_de_deontologie.pdf, consulté le 19.05.2015.

Code pénal suisse, état au 1^{er} janvier 2014, récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/201401010000/311.0.pdf>, consulté le 02.02.2015.

Code civil suisse, état au 1^{er} juillet 2014, récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201407010000/210.pdf>, consulté le 05.01.2016.

Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « L'assistance au suicide, prise de position n°9 », 2005, récupéré de : <http://www.curaviva.ch/files/ZQC4JVW/Prise-de-position-de-la-CNE.pdf>, consulté le 04.08.2015.

Conseil d'éthique clinique, *Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG, Hôpitaux universitaires de Genève, Conseil d'éthique clinique, La position de l'Académie suisse des Sciences Médicales (ASSM)*, récupéré de : <http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideaux.pdf>, consulté le 24.03.2015.

Constitution fédérale de la Confédération suisse, récupéré de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>, consulté le 17.09.2015.

Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), Version 2012, adresse URL : www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19500267/index.html, consulté le 04.05.2015.

DE ROBERTIS, C., « L'accompagnement. Une fonction du travail social », *La revue française de service social*, 2005, récupéré de : <http://www.travail-social.com/L-accompagnement-une-fonction-du>, consulté le 03.09.2015.

DERVIN, A., *Difficultés des soins palliatifs en EHPAD*, Travail de Mémoire, Paris, 2006-2007, récupéré de : <http://plone.vermeil.org:8080/eppad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2006-2007/Memoire%20d%20Alexandra%20Dervin.pdf>, consulté le 16.09.2015.

« Directives et recommandations médico-éthique, mesures de soins intensifs », *Académie Suisse des Sciences Médicales*, récupéré de : http://www.cilc-vd.ch/assm_mesures_soins_intensifs.2013.05.pdf, consulté le 23.04.2015.

Lignes directrices pour la formation pratique en Travail social, Plan d'études cadre Bachelor, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2006, récupéré de : <http://www.hes-so.ch/data/documents/lignes-directrices-formation-pratique-bachelor-travail-social-970.pdf>, consulté le 06.06.2015.

MANAÏ, D., *Droits du patient face à la biomédecine*, Stämpfli, Berne, 2013.

Office fédéral de la statistique – « Causes de décès entre 1970 et 2014 : d'une génération à l'autre (2014) », récupéré de : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04.html>, consulté le 04.08.2015.

OLMARI-EBBING, M., *Les directives anticipées, une façon pour chacune, d'exprimer ses projets de vie*, 2005, récupéré de : http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/DA_DASS_Unger_M_Olmari.pdf?Component

Id=kmelia518&SourceFile=1133876858055.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/, consulté le 10.10.2015.

Plateforme d'information humanrights.ch, droits humains internationaux, récupéré de : <http://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-internationaux/sources/traitements-inhumains?m=&s=&zur=1245>, consulté le 17.04.2015.

Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, directives ASSM, Académie Suisse des Sciences Médicales, 2004, mise à jour 2012.

Rapport du Conseil fédéral, suite au postulat Ruffy assistance au décès. Adjonction au code pénal suisse, récupéré de : <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-ruffy-f.pdf>, consulté le 28.05.2015.

Serment de Genève, récupéré de : http://www.aly-abbara.com/museum/medecine/pages_01/Serment_Geneve.html, consulté le 16.06.2015.

Serment d'Hippocrate, récupéré de : <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>, consulté le 27.02.2015.

THOMINET, P., *L'euthanasie en regard de l'histoire des mentalités*, 1997, Paris, récupéré de : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_IV/E06-%20L'euthanasie%20au%20regard%20de%20l'histoire%20des%20mentalites.pdf, consulté le 04.08.2015.

VALLENDER D., « Aide au suicide et "tourisme" du suicide », motion déposée au parlement suisse le 30.09.2002, récupéré de : http://www.parlament.ch/f/suche/pages/geschaefte.aspx?gesch_id=20023500, consulté le 01.06.2015.

7.5 Films – documentaires

BRESSAN, E, « Dignitas, la mort sur ordonnance », *Temps présent*, (reportage), RTS, 2011.

MELGAR, F., *Exit*, (Film), 2006.

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : *Entretien semi-dirigé*

L’assistant social face au suicide assisté en Valais : comment les assistants sociaux accompagnent-ils les demandes liées à l’aide au suicide en Valais?

<u>Questions</u>	<u>Relances</u>
1. Pouvez-vous vous présenter ?	<ul style="list-style-type: none"> - Âge - Cursus - Temps de pratique dans le lieu de travail actuel
2. Pourriez-vous me décrire le type de population avec laquelle vous travaillez ?	<ul style="list-style-type: none"> - Âge des clients - Pathologies - Problématiques
3. Vous arrive-t-il de travailler avec des personnes en fin de vie ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour quelles raisons sont-ils proches de la mort (maladies, âge avancé, handicap) ?
4. Quels types d’accompagnement prodiguez-vous à des personnes en fin de vie ?	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien administratif - Soutien moral - Placements - Organisation de l’héritage - Rédaction des directives anticipées - Organisation de l’enterrement
5. Avez-vous déjà eu des clients qui vous ont demandé de les accompagner dans des démarches d’assistance au suicide ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour quelle raison souhaitent-ils mourir ? - Est-ce que ce sont des souhaits ponctuels ou répétés et soutenus dans le temps ? - Si oui, combien ? - Dans quelles circonstances ? - Si non, vous ont-ils tout de même posé des questions à ce sujet ? - Comment avez-vous réagi ?

6. Que connaissez-vous de l'assistance au suicide en Suisse ?	<ul style="list-style-type: none"> - Associations - Lois suisses, art 114-115 - Euthanasie passive – euthanasie active-euthanasie active indirecte – suicide assisté - Directives anticipées / nouveau droit de la protection de l'adulte.
7. Quel est votre avis personnel sur la question de l'assistance au suicide ?	<ul style="list-style-type: none"> - Pour ? - Contre ? - Pourquoi ? - Que pensez-vous du principe d'autodétermination ? - Que pensez-vous du devoir d'assistance ?
8. Comment agissez-vous face à un client qui vous ferait part de cette envie ?	<ul style="list-style-type: none"> - Demande à la hiérarchie - Accompagnement dans les démarches - Délégation vers une association - Soutien moral - Refus
9. Face à ce type d'accompagnement (demandes d'assistance au suicide) quels sont les outils sur lesquels vous pouvez vous appuyer concrètement ?	<ul style="list-style-type: none"> - Collègues - Directions - Lectures - Formation scolaire et/ou continue (CAS, DAS) - Lois, jurisprudence, articles 114-115, - Le contrat, le projet
10. Comment gérez-vous émotionnellement ce type d'accompagnement (demandes d'assistance au suicide)?	<ul style="list-style-type: none"> - Etat d'esprit positif ? Négatif ? - Ressources - Emotions
11. Avez-vous des directives précises fournies par votre employeur concernant ce type d'accompagnement (demandes d'assistance au suicide) ?	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui, quelles sont-elles ?
12. Pour conclure, avez-vous des remarques à faire à ce sujet ?	<ul style="list-style-type: none"> - Suggestions - Autre expérience professionnelle à partager - Souhaits

Figure 4: Entretien semi-dirigé

8.2 Annexe 2 : Formulaire de consentement libre et éclairé

Titre du travail de Bachelor :

L’assistant social face au suicide assisté en Valais

Quelles stratégies d’action sont adoptées par les assistants sociaux valaisans confrontés au suicide assisté ?

Par ce document, Maud Clavien, s’engage à respecter la confidentialité sur l’origine des entretiens avec les personnes interrogées. La protection des données et de la personnalité sont garanties, en particulier, le nom, le prénom et le lieu de travail de la personne interrogée. Une fois l’analyse des données terminée, l’enregistrement de l’entretien sera supprimé.

En signant ce formulaire, la personne qui participe à l’entretien affirme avoir compris la démarche dans laquelle s’inscrit cet entretien et choisit d’y répondre librement.

Lieu et date :

Signature de l’étudiante :

Signature de la personne interrogée :

8.3 Annexe 3 : Tableau récapitulatif des réponses obtenues aux entretiens

Question 2 : Pourriez-vous me décrire le type de population avec laquelle vous travaillez ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Enfants 0-12 ans					
Adolescents 13-18 ans					
Personnes en âge AI					
Personnes en âge AVS					
Personnes atteintes dans leur santé physique suite à une maladie					
Personnes atteintes dans leur santé physique suite à un accident					
Personnes atteintes dans leur santé psychique (en tant que trouble associé)					

Figure 5 : Résultats question 2

Question 3 : Vous arrive-t-il de travailler avec des personnes en fin de vie ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Oui					
Non					

Figure 6 : Résultats question 3

Question 4 : Quels types d'accompagnement prodiguez-vous à des personnes en fin de vie ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Aide à la rédaction des directives anticipées					
Travail de réseau avec les proches de la personne					
Soutien administratif en matière d'assurances sociales, en relation avec le futur décès					
Placements					
Discussions, échanges, soutien moral					
Désignation d'un représentant thérapeutique					
Aide à la rédaction du testament					
Préparation des obsèques					

Figure 7 : Résultats question 4

Question 5 : Avez-vous déjà eu des clients qui vous ont demandé de les accompagner dans des démarches d'assistance au suicide ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Oui					
Non					

Figure 8 : Résultats question 5

Question 6: Que connaissez-vous de l'assistance au suicide en Suisse ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Associations					
Lois suisses (art. 114-115)					

Euthanasie passive-active-active indirecte-suicide assisté					
Quelques connaissances éparses					
Aucune connaissance					

Figure 9 : Résultats question 6

Question 7 : Quel est votre avis personnel sur la question de l'assistance au suicide ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Plutôt pour					
Plutôt contre					
Avis mitigé					

Figure 10 : Résultats question 7

Question 8: Comment agissez-vous face à un client qui vous ferait part de cette envie ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Demande à la hiérarchie					
Accompagnement dans les démarches					
Délégation vers une autre instance					
Soutien moral					
Refus, non entrée en matière					

Figure 11 : Résultats question 8

Question 9: Face à ce type d'accompagnements (demandes d'assistance au suicide), quels sont les outils sur lesquels vous pouvez vous appuyer concrètement ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Collègues					
Direction					
Lectures					
Formation scolaire et/ou continue (CAS, DAS)					
Lois, jurisprudence, articles 114-115					
Techniques d'intervention en service social (le contrat, le projet)					
Supervision					
Colloques pluridisciplinaires					
Orientation vers des professionnels					
Expérience professionnelle					

Figure 12 : Résultats question 9

Question 10: Comment gérez-vous émotionnellement ce type d'accompagnement (demande d'assistance au suicide) ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Etat d'esprit positif					
Etat d'esprit négatif					
Etat d'esprit mitigé					
Equilibre personnel dans sa vie privée					
Positionnement professionnel					
Echanges avec les collègues					

Expérience professionnelle						
Approfondissement des connaissances sur le sujet						

Figure 13 : Résultats question 10

Question 11: Avez-vous des directives précises fournies par votre employeur concernant ce type d'accompagnements (demande d'assistance au suicide) ?

Réponses	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5
Oui					
Non					

Figure 14 : Résultats question 11