

Abstract - Groupe n°11

Âge et dignité dans la délibération éthique autour du suicide assisté

Frederico Barbosa Ribeiro, Antoine Bouquet, Théo Cergneux, Milla Geinoz, Léo Marcel

Introduction

Depuis 1999, le taux de suicide assisté double tous les cinq ans en Suisse.¹ Ce phénomène soulève des enjeux majeurs en lien avec la dignité humaine, une notion aussi centrale que controversée.² Certains considèrent la dignité comme étant une valeur ontologique, c'est-à-dire une caractéristique intrinsèque à tout être humain, digne par le seul fait de son existence et de sa nature (approche ontologique). D'autres mesurent la dignité d'une personne à son degré d'autonomie individuelle et considèrent que le respect de la dignité d'un être humain dépend de sa capacité à disposer de lui-même, de sa vie et par extension de sa propre fin (approche autonomiste).²

Le débat public oppose souvent de façon rigide l'approche ontologique et l'approche autonomiste. Cette dichotomie rend le dialogue difficile : la dignité devient un outil rhétorique instrumentalisé, vidé de sa complexité. La dignité relationnelle, conception émergente et plus nuancée, offre, en tant que modèle multidimensionnel, une échappatoire en intégrant les approches ontologique et autonomiste. Elle reconnaît la dignité comme une réalité vulnérable, fluide et évolutive, façonnée par les interactions humaines, la dépendance et le regard social.²

En Suisse, les études récentes ont mis en lumière la complexité des représentations du suicide assisté : elles varient selon les contextes juridiques, culturels, religieux, mais aussi en fonction de l'éducation et de l'expérience de la maladie.¹

Dans ce contexte, l'âge du·de la patient·e apparaît dans de nombreuses études comme un facteur descriptif ou statistique, mais rarement comme un critère éthique en soi. Il n'a encore jamais été étudié comme une variable capable d'influencer les jugements sur ce qu'est une vie digne ou une souffrance intolérable. Pourtant, comme filtre éthique implicite, il peut influencer les représentations de la dignité sans en être le cœur du débat.³

Ce travail vise ainsi à mieux comprendre comment les différentes conceptions de la dignité structurent la délibération éthique autour du suicide assisté en Suisse romande, et dans quelle mesure l'âge du·de la patient·e vient influencer sur ces conceptions.

Méthode

Nous poursuivons deux objectifs : analyser comment la notion de dignité est définie et mobilisée dans les débats éthiques autour du suicide assisté, et explorer dans quelle mesure l'âge du·de la patient·e influence cet arbitrage. Les mineur·e·s étant exclu·e·s, nous entendons par « jeunes » celles et ceux en début de vie adulte.

Nous avons mené une étude qualitative combinant revue de littérature (scientifique et grise) et entretiens semi-structurés. Douze personnes ont été interrogées, issues de milieux divers : un professeur en éthique médicale et un professeur en droit médical et de la santé ; le co-président d'EXIT Suisse romande ; une intervenante en prévention du suicide dans l'association *Pars Pas* ; un directeur des soins en EMS ; des représentant·e·s d'associations de patient·e·s atteints de fibromyalgie, de la maladie de Huntington ou en situation de handicap psychique ; une cheffe de service en soins palliatifs, un psychiatre membre d'une commission d'éthique ; ainsi qu'une accompagnante spirituelle et théologienne et un historien de la médecine.

Les entretiens ont été analysés selon une approche thématique déductive, structurée autour du cadre conceptuel proposé par Martineau et al.²

Résultats

Les entrevues réalisées confirment l'absence de consensus sur la manière dont la dignité est pensée dans le cadre du suicide assisté, comme évoqué dans l'introduction. La dignité ontologique, fondée sur la valeur intrinsèque de la vie humaine, est plutôt défendue par les universitaires et professionnel·le·s spécialisé·e·s dans les champs de l'éthique, du droit ou de l'histoire. En revanche, l'approche autonomiste de la dignité, centrée sur l'autodétermination, est soutenue par la quasi-totalité des participant·e·s, quel que soit leur domaine.

Quant à la dignité relationnelle, elle est particulièrement valorisée dans les discours des associations de patient·e·s, des proches et des professionnel·le·s de terrain, qui y trouvent une résonance concrète avec les réalités vécues. Elle émerge autour des expériences de dépendance, du sentiment d'être un fardeau ou de la perte d'appartenance sociale.

Concernant l'âge, aucune corrélation directe n'émerge entre l'âge du·de la patient·e et le niveau de dignité qui lui est accordé. Toutefois, l'âge influence indirectement la manière dont la dignité est abordée : il agit comme un filtre implicite qui oriente le cadre de lecture adopté. L'âgisme et la notion de « vie accomplie » constituent deux concepts particulièrement saillants dans les discours recueillis. Chez les jeunes, l'idée de la vie inachevée et l'espoir d'un futur possible, tend à renforcer l'importance accordée à la valeur intrinsèque de la vie. À l'inverse, chez les personnes âgées, la proximité supposée de la mort et la perception d'un parcours de vie abouti orientent davantage vers une lecture autonomiste, où le droit de choisir sa fin s'impose plus naturellement. Ce biais implicite, insuffisamment questionné, se traduit dans nos entretiens par une acceptabilité sociale inégale du suicide assisté selon l'âge du·de la patient·e, bien que les associations comme EXIT affirment ne pratiquer aucune forme de discrimination.

Enfin, quels que soient l'âge ou le profil des personnes évoquées, les thématiques propres à la dignité relationnelle (dépendance, perte de lien social, sentiment d'être un fardeau) sont systématiquement présentes dans les discours, confirmant la transversalité de cette approche.

Discussion et conclusion

Si la dignité apparaît d'abord comme une notion intimement liée à l'individu à laquelle elle s'applique, elle s'inscrit également dans un contexte social, culturel et historique : les critères de ce qui est perçu comme « digne » évoluent selon les époques et les sociétés.

Les trois grandes conceptions de la dignité, ontologique, autonomiste et relationnelle, coexistent dans les discours recueillis, sans qu'aucune ne domine de manière absolue. Lorsque isolées ou érigées en dogme, les deux premières, présentent des risques éthiques majeurs. Une prédominance de la dignité ontologique peut conduire à une négation de la souffrance réelle des patient·e·s et de la singularité de chaque parcours de vie, au nom du caractère inaliénable de la vie. À l'inverse, une vision strictement autonomiste, en glorifiant la liberté individuelle, peut conduire à des dérives validistes, voire eugénistes, où la vie des personnes dépendantes serait perçue comme moins digne d'être vécue.

Dans ce contexte, l'idée d'écarter la notion de dignité des débats, au motif de sa polysémie ou de son instrumentalisation, ne nous semble ni réaliste ni souhaitable. Même mise de côté, elle réapparaîtrait inévitablement sous d'autres formes conceptuelles, ne faisant que déplacer le débat à une autre terminologie. Plutôt que de l'écarter, il semble plus juste de contextualiser l'approche de la dignité que l'on choisit d'aborder lorsqu'elle est utilisée dans un débat, et d'accepter qu'il s'agisse d'un concept subjectif, profondément individuel, qui ne peut être utilisé comme argument universel ou figé.

En ce qui concerne l'âge, il est essentiel de prendre conscience de l'âgisme et des biais implicites qui influencent notre perception et nos décisions. Ces préjugés, souvent inconscients, pourraient entraîner des dérives préoccupantes. Chez les personnes jeunes, l'importance que l'on accorde à la valeur de la vie pourrait mener à l'acharnement thérapeutique et rendre plus difficile l'acceptation sociétale du suicide assisté. Celui-ci pourrait alors être perçu comme un acte de faiblesse ou d'égoïsme, renforçant la culpabilité de ces patient·e·s ou de leurs proches qui y aspirent. Alors que, chez les personnes âgées, la notion de vie « accomplie » et d'une fin de vie proche pourrait banaliser à outrance le recours au suicide assisté, au point qu'il deviendrait accepté sur la seule base d'un âge avancé. Cela risquerait d'aboutir à une médicalisation excessive de la mort, dénaturant son sens et la transformant en un phénomène purement artificiel.

Dans ce paysage éthique contrasté, la dignité relationnelle ne s'impose pas comme une évidence partagée. Pourtant, ses fondements et les principes qu'elle véhicule apparaissent particulièrement pertinents face aux enjeux contemporains. Ils offrent une voie d'harmonisation entre les différentes facettes de la dignité, en dépassant l'antagonisme traditionnel entre valeur intrinsèque et autonomie individuelle. En reconnaissant la dignité comme une notion à la fois subjective, fluide et évolutive, ses fondements permettent une cohabitation féconde entre approches objectives et subjectives. De plus, en y intégrant les proches et l'entourage, qui sont aussi profondément concernés par ce sujet et parfois négligés dans les discussions, elle redonne une épaisseur humaine à la réflexion bioéthique.

Sans offrir une solution absolue, cette approche souple, dynamique et évolutive permet de dépasser les oppositions stériles et d'ouvrir la voie à une compréhension plus fine, humaine et éthique des réalités vécues en fin de vie.

Références

1. Vilpert S, Bolliger E, Borrat-Besson C, Borasio GD, Maurer J. Social, cultural and experiential patterning of attitudes and behaviour towards assisted suicide in Switzerland: evidence from a national population-based study. *Swiss Medical Weekly*. 1 juill 2020;150(2526):w20275-w20275.
2. Martineau I, Hamrouni N, Hébert J. From ontological to relational: A scoping review of conceptions of dignity invoked in deliberations on medically assisted death. *BMC Medical Ethics*. 12 sept 2024;25(1):96.
3. PILLONEL A, BERTHOD MA, BALARD F, VOLERY I, FORNEZZO E. Penser les formes de morts au grand âge : constructions, normalisation et pathologisation. *Gerontologie et société*. 1 déc 2020;(163):PP.157-204.

Mots clés

Suicide assisté ; Dignité ; Âge

Âge et dignité dans la délibération éthique autour du suicide assisté

Frederico Barbosa Ribeiro, Antoine Bouquet,
Théo Cergneux, Milla Geinoz, Léo Marcel

Introduction

Depuis 1999, le taux de suicide assisté double tous les cinq ans en Suisse, mettant au défi notre rapport collectif à la fin de vie, à la souffrance et à ce que signifie mourir dignement.² Au cœur des discussions, la dignité humaine s'impose comme une notion aussi centrale que controversée.

Deux approches, souvent opposées, dominant et polarisent le débat :

- La **dignité ontologique**, inhérente à toute vie humaine.
- La **dignité autonomiste**, fondée sur le droit à disposer de sa propre existence.¹

La **dignité relationnelle**, conception émergente, proposerait une synthèse des approches précédentes en y intégrant le lien social, la reconnaissance et la vulnérabilité, ouvrant ainsi une voie plus nuancée dépassant les oppositions.¹

Dans ce paysage éthique complexe, l'âge du·de la patient·e reste peu questionné comme critère éthique, bien qu'il puisse agir comme un filtre interprétatif implicite.³ Il influencerait alors, souvent sans être nommé, sur les manières d'appréhender ce qui fait la dignité.

Question de recherche ?

Comment les différentes conceptions de la dignité structurent la délibération éthique autour du suicide assisté en Suisse romande, et dans quelle mesure l'âge du·de la patient·e vient influencer sur ces conceptions ?

Dignité

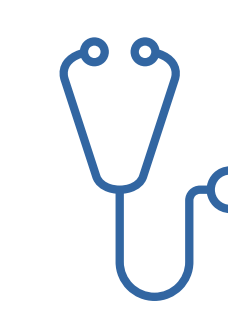
Méthode

Revue de littérature



PubMed + Google Scholar
Littérature grise

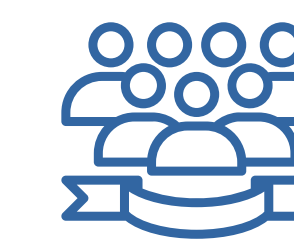
12 entretiens semi-structurés



Professionnel·le·s
de santé
(soins palliatifs,
psychiatrie, EMS)



Expert·e·s
en droit,
éthique,
spiritualité,
histoire



Associations de patient·e·s,
Co-président d'EXIT

Analyse thématique déductive

Résultats

Dignité

Absence de consensus :

- **Dignité ontologique** : principalement mobilisée par les universitaires (droit, éthique, histoire).
 - **Dignité autonomiste** : largement partagée par l'ensemble des participant·e·s.
 - **Dignité relationnelle** : fortement valorisée par les soignant·e·s et associations de patient·e·s : elle fait écho aux réalités vécues.
-
- **Biais âgistes implicites** : acceptabilité sociale inégale selon l'âge du·de la patient·e, malgré l'absence formelle de discrimination chez des organisations comme EXIT.
 - Cependant, quel que soit l'âge, les **dimensions relationnelles** (fardeau, isolement, perte d'appartenance) apparaissent systématiquement dans les discours.

Âge

Aucune corrélation explicite entre l'âge du·de la patient·e et le niveau de dignité accordé, mais **influence indirecte** de l'âge sur le cadre d'interprétation adopté dans la lecture de la dignité.

- Chez les **jeunes**, la perspective d'une vie inachevée accentue l'importance accordée à la valeur intrinsèque de la vie.
- Chez les **plus âgés**, la notion de « vie accomplie », la proximité de la mort et l'expérience de perte d'autonomie orientent vers une lecture plus autonomiste de la dignité.

Discussion et conclusion

Coexistence et limites des conceptions de la dignité

Les trois conceptions de la dignité, coexistent dans les discours recueillis, sans qu'**aucune ne s'impose totalement**. Isolées, les deux approches classiques ontologique et autonomiste, comportent des **risques éthiques** :

- La **dignité ontologique** peut nier la souffrance et la singularité des parcours de vie.
- La **dignité autonomiste** peut dériver vers des logiques validistes, voire eugénistes.

Une solution serait de mieux contextualiser leur usage et reconnaître la nature singulière et évolutive de la dignité.

La dignité relationnelle : une voie de nuance

- Dans ce paysage éthique complexe, les fondements de la dignité relationnelle mettent en lumière des principes pertinents : la reconnaissance de la dignité comme notion à la fois **subjective**, **fluide** et **évolutive**, et la nécessité d'intégrer les différentes approches, **ontologiques** et **autonomistes**, afin de dépasser leurs oppositions traditionnelles.
- En insistant sur le **lien social**, cette perspective souligne aussi l'importance de prendre en compte les **proches**, souvent absents des débats bioéthiques.
- Sans prétendre offrir une réponse définitive, ces principes invitent à une réflexion plus **nuancée** et **humaine**.

« Supprimer la notion de dignité du débat n'apparaît ni réaliste, ni souhaitable : elle réapparaîtrait sous d'autres formes. »

Ethicien

« La dignité est personnelle, mais aussi façonnée par des facteurs historiques, culturels et sociaux. »

Historien de la médecine



Âge et perception de la dignité

- Chez les **jeunes**, la valeur accordée à la vie renforce l'idée d'un avenir à préserver, ce qui pourrait favoriser **l'acharnement thérapeutique** et rendre le suicide assisté **socialement inacceptable**.
- Chez les **plus âgés**, la notion de **vie accomplie** tendrait à banaliser le suicide assisté sur la seule base de l'âge au risque d'une **médicalisation accrue de la mort**.

Remerciements

Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont généreusement accepté de partager leur temps, leur expérience et leurs réflexions au cours de nos entretiens, ainsi que le Dr Christopher Hasler pour son accompagnement bienveillant tout au long de ce travail.

Références

1. Martineau I, Hamrouni N, Hébert J. From ontological to relational: A scoping review of conceptions of dignity invoked in deliberations on medically assisted death. BMC Medical Ethics. 12 sept 2024;25(1):96.
2. Vilpert S, Bolliger E, Borat-Besson C, Borasio GD, Maurer J. Social, cultural and experiential patterning of attitudes and behaviour towards assisted suicide in Switzerland: evidence from a national population-based study. Swiss Medical Weekly. 1 juill 2020;150(2526):w20275-w20275.
3. PILLONELA, BERTHOD MA, BALARD F, VOLERY I, FORNEZZO E. Penser les formes de morts au grand âge : constructions, normalisation et pathologisation. Gerontologie et société. 1 déc 2020;(163):PP.157-204.

Contacts

frederico.barbosaribeiro@unil.ch,
antoine.bouquet@unil.ch,
theo.cergneux@unil.ch,
milla.geinoz@unil.ch,
leo.marcel@unil.ch