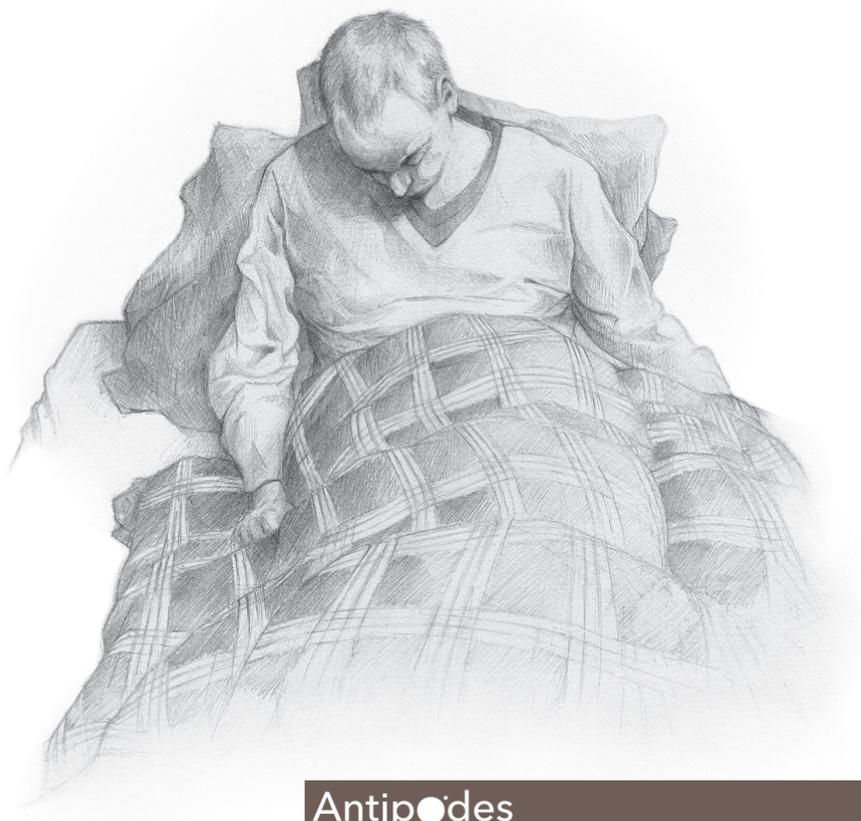


Alexandre Pillonel
Marc-Antoine Berthod
Dolores Angela Castelli Dransart
Anthony Stavrianakis

LA MORT APPRÉCIÉE



LA MORT APPRÉCIÉE

L'ASSISTANCE AU SUICIDE EN SUISSE

REMERCIEMENTS

L'édition de ce livre a reçu le soutien de la Haute école de travail social Fribourg, de la Haute école de travail social et de la santé Lausanne, de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale et de la Fondation Pallium.

L'étape de la prépresse de cette publication a été soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique.



FONDS NATIONAL SUISSE
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Les Éditions Antipodes bénéficient d'une prime d'encouragement de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

MISE EN PAGE

Fanny Tinner | chezfanny.ch

CORRECTION

Adeline Vanoverbeke

DESSIN DE COUVERTURE

Alexis Sgouridis



Ce texte est sous licence Creative Commons: elle vous oblige, si vous utilisez cet écrit, à en citer l'auteur-e, la source et l'éditeur original, sans modification du texte ou de l'extrait et sans utilisation commerciale.

© 2021, Éditions Antipodes
École-de-Commerce 3, 1004 Lausanne, Suisse
www.antipodes.ch – editions@antipodes.ch
DOI: 10.33056/ANTIPODES.11971
Papier, ISBN: 978-2-88901-197-1
PDF, ISBN: 978-2-88901-960-1
EPUB, ISBN: 978-2-88901-961-8

Alexandre Pillonel, Marc-Antoine Berthod,
Dolores Angela Castelli Dransart & Anthony Stavrianakis

Dessins de Alexis Sgouridis

LA MORT APPRÉCIÉE

L'ASSISTANCE AU SUICIDE EN SUISSE

REMERCIEMENTS

Ce livre et la recherche qui en est à l'origine n'auraient pas été possibles sans le concours d'un nombre important de participant·e·s à l'étude : personnes requérant une assistance au suicide ; proches et ami·e·s ; personnes œuvrant dans le cadre d'associations d'aide au suicide ; professionnel·le·s impliqué·e·s à un titre ou à un autre dans une assistance au suicide, à domicile ou en contexte institutionnel socio-sanitaire. Nous les remercions vivement de nous avoir fait part de leurs vécus et expériences en acceptant notre présence pour les observer et les suivre en situation, de nous avoir accordé de leur temps lors de la conduite d'entretiens et d'échanges informels, nous permettant ainsi d'apprécier cette réalité indicible de l'intimité des derniers moments d'une vie.

Nous remercions également tous nos partenaires de terrain : les associations d'aide au suicide Exit A.D.M.D. Suisse romande et Lifecircle, l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA), le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), les corps de police et les ministères publics des cantons de Fribourg et de Vaud, l'Office du médecin cantonal du canton de Vaud, la Pharmacie 24 à Lausanne, les Pompes funèbres officielles de la Ville de Lausanne, les services de soins palliatifs des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de l'Institut oncologique de la Suisse italienne.

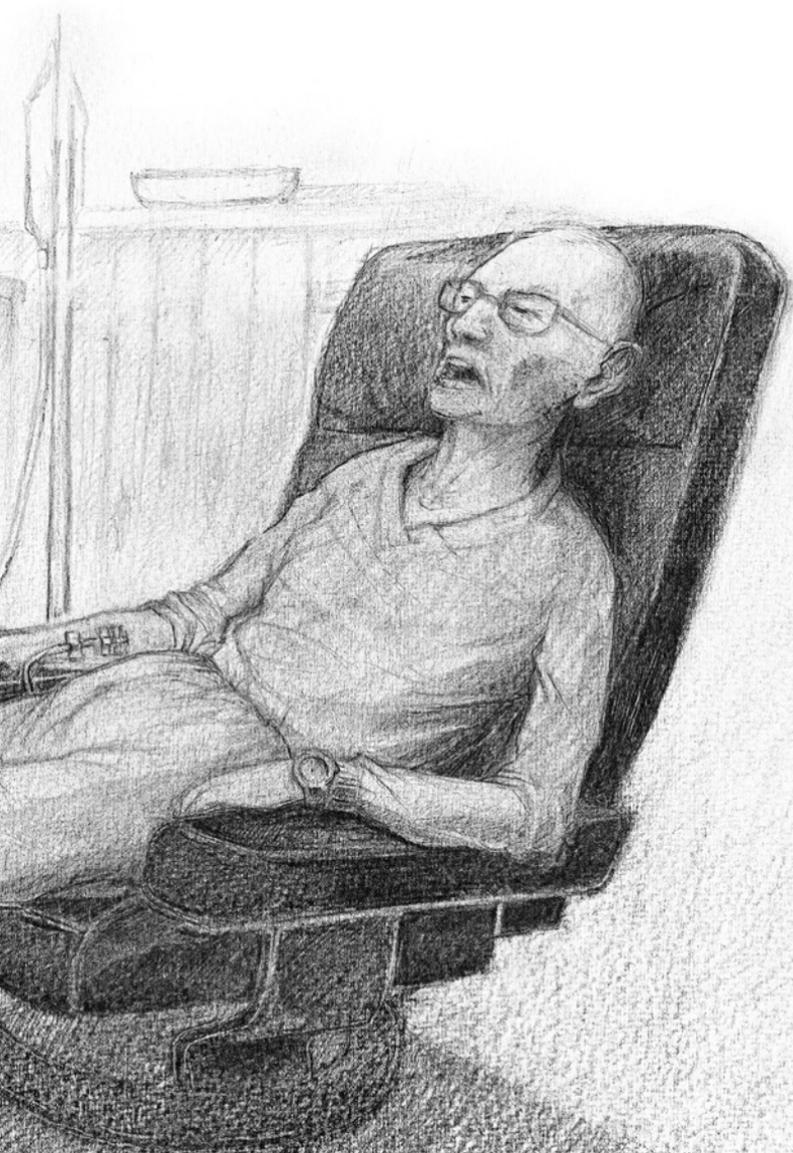
Nous remercions enfin le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), la Haute École spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), la Haute École de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), la Haute École de travail social Fribourg (HETS-FR) et le Centre national de la recherche scientifique (CNRS, Laboratoire d'ethnologie et d'anthropologie comparative, Paris) de leurs soutiens institutionnels et financiers. Nous remercions la Haute École de travail social et de la santé Lausanne pour son soutien financier complémentaire, qui a permis la saisie de la base de données au CURML ainsi que la production des huit esquisses qui ont été placées en couverture du livre et en ouverture de chaque chapitre.

INTRODUCTION

Ce n'est un secret pour personne: l'assistance au suicide permet de mettre un terme à une existence en Suisse sans conséquences pénales, pour autant que certaines conditions soient remplies. Une telle pratique, aussi connue que méconnue, ne perturbe que faiblement le contexte politique dans lequel elle prend place. Toutefois, elle n'est pas sans interpeller celles et ceux qui en prennent conscience lorsqu'un suicide assisté survient dans leur environnement proche ou plus lointain – souvent sous la forme d'un fait divers – et met en perspective une capacité de choisir, une dramaturgie familiale ou encore une représentation de la « bonne mort ». Parfois, cette pratique concerne un·e proche ou un·e voisin·e, suscite un désaccord, donne l'impression d'un timing précipité; elle semble déjà faire partie du paysage culturel et social helvétique.

Celui d'entre nous qui n'est pas Suisse a passé une année dans ce pays, en 2009. Durant ce séjour, l'assistance au suicide a attisé sa curiosité, alimentée par une série d'événements et d'anecdotes. Sans en connaître tous les tenants et aboutissants, Anthony Stavrianakis est resté intrigué par cette double caractéristique de l'assistance au suicide: pas illégale, néanmoins troublante. À cette époque, il semblait utile de réaliser des observations sur cette pratique tandis que le débat politique et social occupait les journaux en restant focalisé sur des sujets juridiques et moraux. La bioéthique, le droit, la théologie et les activistes ou encore les médecins avaient leur mot à dire. Or, qui étaient les personnes qui sollicitaient cette aide? Comment était-elle prodiguée? Dans quels lieux? Qui étaient celles et ceux qui se mettaient à disposition pour fournir cette aide? Et pourquoi? Des réponses documentées sur ces questions faisaient largement défaut.





En déménageant de San Francisco à Paris en septembre 2013, Anthony décidait d'entreprendre une enquête de terrain pour y remédier; l'objectif initial était de travailler avec Exit Suisse romande – Association pour le droit de mourir dans la dignité (A.D.M.D), une association fondée en 1982 à Genève. Après un premier entretien avec l'ancien président de cette association, une rencontre avec les accompagnatrices – en majorité des femmes (d'où notre usage de ce terme au féminin tout au long du livre), alors une douzaine – qui réalisaient des assistances au suicide semblait possible. Par contre, la présence lors d'un accompagnement n'irait pas de soi; aucune garantie ne pouvait être donnée pour observer in situ un suicide assisté.

«Avez-vous lu le travail de master d'Anouck Jolicorps [réalisé en 2007]?» demanda le président à Anthony. Ce n'était pas le cas. Ce document avait échappé à sa première exploration de la littérature. Mais cette interpellation a permis de prendre conscience que toute une «littérature grise» entourait la zone tout aussi «grise» occupée par la pratique de l'assistance au suicide en Suisse: travaux universitaires, pamphlets partisans, publications de réflexions de personnes ayant été directement touchées ou affectées, reportages journalistiques, petits films ou documentaires – le film de Fernand Melgar, *EXIT*, était sorti en 2005 – aussi bien qu'une série de recommandations et de rapports bioéthiques sur les principes et les valeurs. Des observations et des descriptions – une approche ethnographique au fond – manquaient encore.

ITÉRATIONS COLLABORATIVES

Après ces premières explorations, l'idée qu'il y avait un certain nombre de choses à observer dans l'assistance au suicide s'est raffermie. De ce point de départ jusqu'au moment de rédiger cette introduction – à la fin de l'été 2020 –, la démarche solitaire d'un anthropologue s'est progressivement transformée en une discussion en duo puis en trio, ce qui a permis d'aboutir à un projet de recherche financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS). La subvention accordée par cette instance a permis l'engagement d'un chercheur. Six mains sont passées à huit. L'ambition monographique portée par un seul individu a abouti dans une ethnographie collaborative, dont les principales étapes et enjeux méritent d'être évoqués.

En septembre 2013, à Genève, Anthony a réalisé un entretien d'embauche qui a fait ressortir deux informations importantes:

une étude à long terme sur l'assistance au suicide ne semblait pas opportune. Néanmoins, suggestion lui a été faite d'entrer en contact avec une personne susceptible d'être intéressée à un tel projet, puisque partageant un ensemble de préoccupations sur l'enquête ethnographique, la narration, l'écriture et le mourir à l'époque contemporaine. Il convient de remercier ici Alessandro Monsutti d'avoir mis Anthony en contact avec Marc-Antoine Berthod. Ce dernier a travaillé plusieurs années durant sur une diversité de questions thanatologiques et arrivait au terme d'une recherche sur la conciliation entre activité professionnelle et accompagnement en fin de vie d'un-e proche. Le timing était idéal.

Pour Anthony, la rencontre avec Marc-Antoine a été déterminante; dès février 2014, elle a résulté en une relation marquée par une féconde émulation, ce qui a permis de préciser une approche du sujet et d'élaborer une pluralité de questionnements. Le dépôt d'un premier projet de recherche sur l'assistance au suicide a été effectué par Anthony auprès de la fondation privée américaine Wenner-Gren, dédiée à l'anthropologie, en mai 2014. Elle visait à comprendre comment les jugements quant à la possibilité d'accéder ou non à une assistance au suicide étaient élaborés: sur quelle base, quelles connaissances et quels raisonnements étaient-ils produits? L'objectif était de mener une enquête de terrain auprès des principales personnes concernées et de celles qui les entouraient, dans différents contextes: des appartements mis à disposition par une association d'aide à mourir, des domiciles privés, des hôpitaux, des établissements médico-sociaux.

Le financement a été obtenu pour une durée de six mois. Si le projet était cohérent sur le plan intellectuel, il restait une étape à franchir avant de pouvoir démarrer le travail de terrain: cette fondation demandait de fournir les preuves de l'obtention d'une autorisation en termes d'éthique de la recherche. Ce point s'avérait central: quelle instance pouvait bien approuver une telle étude? Anthony effectuait un post-doc en France, auprès d'une institution qui n'exigeait pas – du moins en cette période – de passer par une commission d'éthique pour réaliser ce type de recherche en anthropologie; pour l'instance de financement aux États-Unis toutefois, une lettre de partenariat avec des associations d'aide au suicide demeurait insuffisante pour débloquer les fonds.

Marc-Antoine était actif depuis plusieurs années au sein du groupe de réflexion éthique et déontologique de la Société suisse

d'ethnologie (le GRED) et s'intéressait de près aux évolutions du cadre légal en Suisse en matière de recherche et aux spécificités de la discipline anthropologique; plusieurs publications ont d'ailleurs été effectuées par ce groupe sur ces sujets. Un argumentaire a été rédigé et un avis présidentiel demandé par Marc-Antoine auprès de la Commission cantonale d'éthique du canton de Vaud – à laquelle celui-ci était institutionnellement affilié et où devait se dérouler en bonne partie l'étude – pour déterminer si un projet de recherche ayant pour objectif d'observer des suicides assistés, d'accompagner celles et ceux qui allaient y recourir et de rencontrer le plus grand nombre d'acteurs et d'actrices y prenant part relevait du périmètre de la nouvelle Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH), entrée en vigueur au premier janvier 2014. La demande portait à la fois sur le projet Wenner-Gren déposé par Anthony et sur l'idée, déjà bien amorcée, de développer une approche similaire mais de manière plus importante dans un projet à soumettre au FNS quelques mois plus tard. L'avis présidentiel, adressé à Marc-Antoine, est tombé en fin d'année 2014: ce projet n'entrait pas dans le périmètre de la nouvelle loi et n'était donc pas soumis à autorisation. Sur la base de cette information, le déblocage du subside de la Fondation Wenner-Gren a été approuvé.

Parallèlement aux premiers pas sur le terrain d'Anthony, les discussions allaient bon train avec Marc-Antoine pour élaborer l'autre projet à soumettre, au FNS cette fois-ci. Marc-Antoine travaillait depuis quelques années avec Dolores Angela Castelli Dransart dans le cadre d'un autre projet institutionnel et était familier des recherches en cours de celle-ci sur le suicide au sens large et sur l'expérience des personnels des établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS) en matière d'assistance au suicide en particulier. C'est ainsi qu'Angela a participé à l'élaboration de la première version du projet de recherche, avec encore l'historien Flurin Condrau: l'ambition était de relier enquête ethnographique au temps présent et regard historique sur une période spécifique, 1975-1982, période durant laquelle non seulement l'assistance au suicide sous une forme associative était pour la première fois devenue pensable puis effective, mais aussi le corps médical avait rejeté le principe consistant à hâter activement la trajectoire du mourir (euthanasie).

Il est à noter que cette période s'avérait surtout intéressante pour l'étude des revendications du droit de mourir dans la dignité, des diverses initiatives individuelles plus ou moins explicites pour

accompagner des personnes ou les orienter dans leur suicide, ainsi que des balbutiements des mouvements associatifs, qui variaient selon les régions ou les cantons suisses. S'il nous paraissait stimulant, ce premier projet n'a pas été financé: le lien entre histoire et anthropologie était insuffisamment articulé aux yeux des évaluateurs et évaluatrices. Pour le deuxième dépôt, nous avons décidé de nous restreindre à une stricte ethnographie, qui apporterait la véritable plus-value au savoir existant sur l'assistance au suicide en Suisse et qui reflèterait en priorité la situation des associations – en particulier la principale active en Suisse romande. Celles-ci ont promu une forme d'assistance au suicide depuis la fin des 1990 qui s'est progressivement installée dans le paysage helvétique.

À l'occasion de cette première tentative auprès du FNS, Marc-Antoine et Angela avaient approché un ensemble de partenaires institutionnels et individuels avec lesquels des collaborations avaient été effectives lors de recherches antérieures, ou avec lesquels il était souhaitable d'engager une discussion pour garantir la faisabilité d'une telle étude; avec Anthony, ce trio était parvenu à constituer un groupe de cinq partenaires de terrain: la professeure Sophie Pautex, alors responsable de l'Unité de gériatrie et de soins palliatifs communautaires des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) puis médecin-chef du service de médecine palliative des HUG; la docteure Claudia Gamondi, responsable de la clinique de soins palliatifs et de support auprès de l'Institut oncologique de la Suisse italienne; Emmanuel Michielan, à l'époque secrétaire général de l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées; le docteur Jérôme Sobel, alors président de l'association d'aide au suicide EXIT A.D.M.D. Suisse romande (plus simplement Exit), dont le partenariat sera renouvelé avec les deux nouveaux co-président-e-s élu-e-s à la tête de cette association en avril 2018, Gabriela Jaunin et Jean-Jacques Bise; Anne Decollogny, présidente de la Pharmacie 24 à Lausanne, qui représente un milieu professionnel encore très peu étudié dans le dispositif d'assistance au suicide; les pharmacies y occupent pourtant un rôle essentiel.

Lorsque nous avons décidé de soumettre une seconde fois le projet, avec un focus exclusivement ethnographique, nous avons élargi ce groupe à quatre nouveaux partenaires et cherché à couvrir toute la phase venant juste après le décès, phase qu'il n'était pas prévu de documenter dans le premier projet: la docteure Erika Preisig, fondatrice et présidente de l'association Lifecircle,

une autre association d'aide au suicide surtout active dans la région de Bâle et accompagnant – au contraire d'Exit Suisse romande – des personnes ne résidant pas en Suisse; la professeure Silke Grabherr, directrice du Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), et le professeur Tony Fracasso, responsable de l'Unité romande de médecine forensique au sein de cette même structure, en charge des levées de corps à la suite d'un suicide assisté sur les cantons de Vaud, de Fribourg et de Genève; le docteur Karim Boubaker, médecin cantonal auprès de l'Office du médecin cantonal, Vaud; et l'ancien commandant Pierre Schuwey et l'actuel commandant Philippe Allain pour la police cantonale fribourgeoise. Nous avons par ailleurs obtenu l'accord des ministères publics des cantons de Fribourg et de Vaud pour accompagner les équipes de police et les médecins légistes sur ces deux cantons à l'occasion d'une série de «levées de corps Exit»; enfin, Chantal Montandon, alors cheffe d'office des Pompes funèbres officielles de la Ville de Lausanne puis directrice des soins à la clinique de La Source à Lausanne.

Collaborer avec l'ensemble de ces partenaires fournissait la promesse d'une vue complète de la diversité des institutions ainsi que des acteurs et actrices impliqué-e-s dans les situations d'assistance au suicide. Le but de la requête soumise consistait en effet à suivre, à observer et à décrire le plus concrètement possible une quinzaine de situations – dans l'idéal – impliquant les personnes qui souhaitaient réaliser un suicide accompagné, leur entourage et la pluralité d'individus concernés. Nous avons en outre pris en considération les événements qui allaient directement survenir après la mort, aussi bien que la façon dont chaque suicide assisté était mis en récit par les proches ou commenté par les accompagnatrices, les agent-e-s de police, les médecins légistes, les procureur-e-s ou encore les employé-e-s des pompes funèbres.

En fin d'année 2016, le projet a été accepté. La recherche a officiellement démarré au 1^{er} septembre 2017, avec un financement de trois ans. Dans l'intervalle, nous avons engagé un chercheur post-doctorant à 100% pour toute la durée du projet: Alexandre Pillonel venait de terminer une thèse de sociologie sur les processus de vieillissement de la haute bourgeoisie genevoise. Nous étions dès le départ convaincu-e-s qu'Alexandre, fort de ses diverses expériences professionnelles et de ses intérêts de recherche, avait les capacités analytiques et la motivation pour conduire sur le plan scientifique un travail de terrain exigeant

et confrontant. Il était nécessaire de faire preuve de beaucoup de tact et de sensibilité pour appréhender les enjeux éthiques et anthropologiques d'une telle enquête; il fallait être capable d'entrer et de se faire accepter dans des contextes difficiles d'accès.

Le temps qui s'est écoulé entre 2013 et le début effectif du projet FNS a permis à Anthony de nouer – au fil de discussions récurrentes avec Marc-Antoine et à travers l'élaboration et la mise en œuvre de la recherche avec Angela et Alexandre – une série de contacts sur le terrain dans plusieurs cantons suisses et de trouver les premières personnes ainsi que leurs proches acceptant de participer à une telle démarche. En fin d'année 2017, les matériaux qu'Anthony – dans l'intervalle nommé chargé de recherche auprès du CNRS en France – a été capable de rassembler sur cette période ont pris forme avant d'être racontés dans un livre de sa main, *Leaving. A narrative of assisted suicide*, paru en avril 2020 aux Presses universitaires de Californie. Ce livre retrace la façon dont Anthony – sur une série de cinq rencontres – s'est progressivement approché de la pratique de l'assistance au suicide, avec comme apogée l'occupation d'une position d'observateur participant lors d'une requête de suicide assisté jusqu'à sa réalisation. Durant ces rencontres, Anthony a expérimenté les points de tension et les limites à ne pas franchir dans l'observation de ces moments à la fois intenses et intimes liés à la mort volontaire d'une personne. Cette expérience a été mise à profit par l'équipe de recherche et en particulier par Alexandre qui, en début d'année 2018, a repris le flambeau de cet engagement de tous les instants sur le terrain et commencé à documenter une bonne part des situations décrites dans cet ouvrage. Cet engagement a reçu l'appui des deux requérant-e-s du projet FNS, Marc-Antoine et Angela, qui ont également effectué du terrain, observé des assistances au suicide et mené des entretiens avec les personnes impliquées, mais de manière moins soutenue qu'Alexandre.

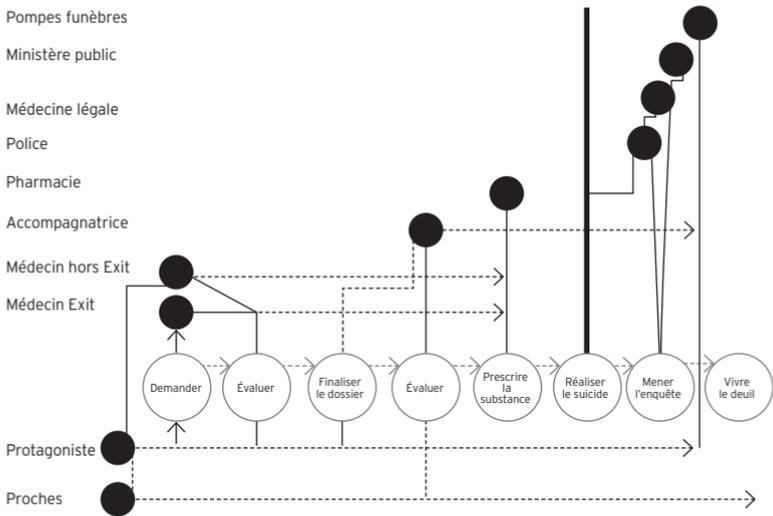
L'ENVERGURE DU TERRAIN

Le terrain est une notion à la fois louée et surinvestie en anthropologie. Pour de bonnes raisons. Dès lors que telle ou telle recherche se donne pour but de comprendre une pratique – ce qui était le cas de la nôtre, et indépendamment de la signification du terme « comprendre » –, il importe d'être en présence de cette pratique pour l'observer, sans nécessairement préjuger de ce qui va être trouvé.

Sur cette simple base, notre défi était de regrouper une pluralité d'expériences et de points de vue sur une série d'assistances au suicide et sur leur déroulement dans le temps. Il convenait pour cela d'aller sur le terrain, dont le périmètre serait défini par l'ensemble des fragments collectés par une équipe de quatre chercheur·e-s, chacun·e avec sa sensibilité.

La présence de plusieurs chercheur·e-s observant et interviewant une multitude d'acteurs et actrices dans des contextes et à des moments différents du processus a permis d'aller au-delà des perceptions selon lesquelles l'assistance au suicide ne dépendrait que du choix de l'individu qui l'accomplit. Si ces perceptions ne sont pas dénuées de sens, elles ne rendent souvent pas justice à la diversité des personnes impliqué·e-s dans chaque processus d'assistance au suicide, ni à la variété des groupes professionnels qui y interviennent. En multipliant les accès et les présences sur le terrain, il devenait possible de rassembler autant de points de vue articulés à des parcelles d'activités et d'expériences qui, mises bout à bout par ce travail de terrain impliquant plusieurs chercheur·e-s, produirait une image aussi exhaustive que possible de ce que les personnes concernées connaissent, voient, entendent et comprennent en matière d'assistance au suicide. Offrir cette vision d'ensemble est à notre sens la contribution majeure de ce livre à la compréhension de la façon dont la mort volontaire en Suisse est appréciée, dès le moment où l'idée de recourir à une assistance au suicide prend forme jusqu'à la levée de corps et aux prémices du deuil des proches.

Concrètement, chaque chercheur·e était individuellement mobilisé·e sur différents aspects du terrain. Il importait par conséquent de saisir ce qui animait toutes les personnes rencontrées dans leurs activités sur un long terme et ce qui, simultanément, animait chaque chercheur·e de notre équipe. Nous nous sommes attelé·e-s à cette tâche commune : faire converger dans la description quatre points de vue qui ont évolué au fil de la recherche, à partir de l'ensemble des points de vue documentés pour restituer des expériences de terrain reposant sur les nombreux matériaux qui sous-tendent les descriptions proposées dans chaque chapitre. Le Tableau I ci-contre donne un aperçu général et synthétique du dispositif que nous avons étudié, en partant des protagonistes et des principales étapes vers l'assistance au suicide et juste après son accomplissement ; il situe aussi l'intervention des différents acteurs et actrices dans le temps, celle-ci pouvant varier selon les contextes où est accompli un suicide assisté.

Tableau I. Dispositif de l'assistance au suicide en Suisse romande

Pour intégrer et documenter l'entier de ce dispositif, nous nous sommes largement appuyé-e-s sur nos partenaires de terrain, que nous remercions vivement de leurs engagements respectifs et de leur confiance à notre égard. Nous les avons tout d'abord réunis lors d'une journée de présentations et d'ateliers ouverte au public à la mi-mars 2018 et intitulée *Les réalités de l'assistance au suicide*, qui a rassemblé 240 personnes à la Haute École de travail social et de la santé Lausanne. À son échelle, cet événement a démontré l'intérêt de superposer et d'agencer une pluralité de regards pour aller au-delà de leur dimension partielle et fragmentée. Il a aussi permis d'exposer plus en détail la nature de notre recherche et de tisser des liens qui se sont renforcés au fil des ans. Nous avons ensuite poursuivi le dialogue – en bilatéral et avec plus ou moins d'intensité – avec chacun de ces partenaires pour préciser la façon dont nous allions collaborer et la nature de notre travail, argumenter la pertinence d'avoir des chercheur-e-s en sciences sociales qui les suivraient, faire le point sur l'avancée de nos réflexions.

Au terme de la recherche, chaque membre de notre équipe a été en mesure de suivre au minimum une situation d'assistance au suicide. Pour chacune de ces situations, l'objectif était de suivre la personne sollicitant une aide à mourir – entre une semaine et plus de dix mois dans nos cas – et de rencontrer, avant, pendant ou après le suicide, le maximum de personnes impliquées. Le recrutement de ces situations s'est essentiellement fait par le biais de nos deux associations d'aide au suicide partenaires, Exit A.D.M.D. Suisse romande (pour tous les cantons romands) et Lifecircle (pour la région de Bâle ainsi que pour les personnes résidant à l'étranger, en France particulièrement). Ces deux associations ont adressé un courrier postal à leurs membres pour exposer notre projet de recherche ou l'ont présenté oralement auprès des personnes ayant déjà déposé une demande d'assistance au suicide. Nous avons à disposition un matériel de présentation de notre recherche, une page d'information rappelant les principes éthiques observés – entre autres éléments : confidentialité et pseudonymisation des données, possibilité de se retirer à n'importe quel moment de la recherche sans avoir à se justifier, communication des résultats de la recherche – ainsi qu'un formulaire de consentement. Pour des questions pratiques, et pour limiter d'éventuelles impressions d'intrusion, un-e seul-e chercheur-e de notre équipe – en fonction de ses disponibilités – intervenait sur une situation donnée pour la documenter.

Au final, nous avons suivi quinze situations d'assistance au suicide : parmi celles-ci, nous avons été présent-e-s lors de l'accomplissement effectif de sept suicides assistés, dont quatre à domicile, un en hôpital, un en établissement médico-social pour personnes âgées et un dans un appartement mis à disposition par l'association Lifecircle. Le Tableau II donne un aperçu de cette répartition. Parmi les huit autres situations, nous n'avons pas eu l'occasion d'assister à trois suicides, tandis que dans les cinq cas de figure restants, les personnes suivies n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité – au moment de terminer notre livre – passer à l'acte. Ces quinze situations représentent – grosso modo – quatre-vingts rencontres et entretiens, formels et informels ; cela sans compter les très nombreuses communications téléphoniques, échanges de courriers ou de courriels et autres conversations informelles lors de déplacements sur le terrain.

**Tableau II. Les sept observations de suicide assisté
(sur les quinze suivis d'assistance au suicide documentés de manière approfondie)**

Les protagonistes	L'équipe	Les dates	Les associations	Les lieux
Clément Rousset	Anthony	Juin 2016	Lifecircle	Appartement de l'association
Germaine Stallian	Alexandre	Août 2018	Exit	Domicile
Marlène Chapuis	Angela	Juillet 2018	Exit	EMS
Aldo Porchet	Marc-Antoine	Mai 2018	Exit	Domicile
Thérèse Cardí	Angela	Juin 2019	Exit	Domicile
Thierry Galland	Alexandre	Mars 2019	Exit	Hôpital
Marie Dumas	Alexandre	Février 2020	Exit	Domicile

En sus de ces quinze suivis de situation, nous avons complété nos investigations par des séries d'entretiens et des observations ciblées (visites cliniques, débriefing d'équipe, séances de travail ou réunions associatives) avec une variété d'acteurs et d'actrices. En amont du suicide tout d'abord, nous avons réalisé plus d'une trentaine de rencontres avec des professionnel·le·s de la santé (personnel infirmier, équipes de soins palliatifs, directions d'EMS, psychiatres, personnel ambulancier). Concernant les associations d'aide au suicide, nous avons mené une autre trentaine d'entretiens avec celles et ceux qui y étaient ou y avaient été actifs et actives : (ex-)président·e·s, membres fondateurs ; accompagnatrices ; médecins-conseils ; personnel administratif ; enfin, nous avons réalisé sept entretiens avec le personnel de pharmacie.

En aval du suicide assisté ensuite, nous avons eu l'opportunité de suivre trois équipes de police et dix-neuf médecins légistes sur des « levées de corps Exit ». Ces suivis ont présenté quelques originalités méthodologiques et pratiques qu'il nous paraît important de souligner : cette partie de terrain s'est faite « sur appel ». Il fallait être disponible dans les quinze minutes suivant l'appel téléphonique que nous pouvions recevoir d'une centrale de police ou du CURML, et se trouver dans une proximité géographique suffisante pour rejoindre les agent·e·s de police ou les légistes sans attendre afin de ne pas retarder leur intervention. Durant une période de six mois environ, il a donc été important de réfléchir, le matin même d'une journée de travail, à quelle tenue vestimentaire mettre en cas d'intrusion non planifiée au domicile d'une personne ou dans une institution en présence de proches.

Nous avons en outre tenu à préparer minutieusement ces accompagnements sur le terrain avec nos partenaires, afin d'offrir aux personnes concernées les indications utiles et explicites pour obtenir leur consentement. La possibilité de refuser notre présence auprès des agent-e-s de police et des légistes leur était systématiquement donnée; il importait aussi de ne pas entraver par notre présence le travail de ces deux corps de métier et, dans l'idéal, de les mettre à l'aise. Après avoir requis et obtenu l'autorisation des procureurs généraux des cantons de Vaud et de Fribourg, ainsi que l'accord du commandement de la police pour effectuer ces accompagnements, divers principes ont été convenus, dont les deux suivants: premièrement, l'accord devait être obtenu de toutes les parties prenantes pour effectuer un suivi, en particulier des proches et des familles concernées; deuxièmement, des questions ne pouvaient être posées à ces différent-e-s acteurs ou actrices qu'une fois que toutes les obligations légales requises par l'enquête auraient été remplies. Nous avons enfin préparé des formules types que la police ou les légistes pouvaient utiliser pour nous présenter, sur un document de deux pages explicitant notre rôle et notre manière de travailler.

À ces observations de «levées de corps Exit» s'ajoutent vingt entretiens menés avec des médecins légistes, trois avec des tandems d'agent-e-s de police, cinq avec des procureur-e-s et quatre avec des employé-e-s de pompes funèbres; à noter que nous avons aussi accompagné un agent funéraire en amont d'un suicide assisté, pour une prévoyance obsèques. Tous ces entretiens ont permis de confronter les points de vue et les discours sur l'assistance au suicide, tout en les mettant en perspective avec nos observations sur le terrain. Nous avons enfin échangé avec trente-deux personnes endeuillées, dont vingt-deux ont été rencontrées uniquement après le suicide assisté d'un-e proche. Au total, ce sont donc près de deux cent trente observations et entretiens qui ont été réalisés, dans un ensemble de situations et de rencontres ayant impliqué environ trois cents personnes différentes. Le Tableau III récapitule ces chiffres; il fournit une indication des lieux et de la durée liés à la collecte des données.

Tableau III. Entretiens et observations complémentaires au tableau II (2013-2020)

Personnes/ Institutions	Matériaux	N.	Durée	Intervalle temporel
Soins palliatifs, structures hospitalières, EMS	Observations (séances d'équipe, débriefings, visites à domicile)	25	~20-60 min.	Jan. à Avr. 2015
	Entretiens (personnel soignant)	4	~30-120 min.	Oct. 2017 à Jan. 2020
Exit	Entretiens (accompagnatrices)	15	~90-120 min.	Déc. 2017 à Mai 2019
	Entretiens (administration)	5	~60-80 min.	Août 2018
	Entretiens (médecins-conseils)	6	~120-180 min.	Sep. 2013 à Mai 2019
	Entretiens (nouvelle présidence)	4	~60-120 min.	Janv. 2018 à Avr. 2019
Pharmacie	Entretiens	7	~60 min.	Mai 2015 à Mai 2017
Police	Entretiens	3	~60 min.	Fév. 2015 à Avr. 2018
	Observations	3	~90 min.	Nov. 2019 à Fév. 2020
Médecine légale	Entretiens	20	~30-60 min.	Jan. à Fév. 2018
	Observations	19	~60-90 min.	Juin à Nov. 2018
Pompes funèbres	Entretiens	6	~50-70 min.	Jan. 2016 à Avr. 2018
	Observations	1	~120 min.	Avril 2018
Ministère public	Entretiens	5	~60 min.	Juin 2018 à Juin 2020
Accompagnement spirituel	Entretiens	2	~60 min.	Octobre 2017
Proches en deuil	Entretiens	32	~60-120 min.	Fév. 2014 à Déc. 2018

Enfin, deux autres éléments en lien avec notre travail de terrain méritent d'être mentionnés : les dossiers d'instruction pénale à la suite d'une assistance au suicide comportent une mine d'informations sur le dispositif d'aide au suicide ; sur les heures, les jours et les timings d'une assistance ; sur les tenues vestimentaires portées par les individus au moment d'accomplir leur suicide ; sur la position des corps ; sur les signataires des documents requis pour accéder à une assistance au suicide. Nous avons découvert et compris l'importance de ces dossiers seulement après le démarrage officiel du projet du Fonds national. C'est pourquoi nous avons entrepris des

démarches au cours de notre première année de recherche, pour établir une base de données anonymisées à partir de ces dossiers qui comprennent aussi une série de photographies pour chaque cas – du moins ceux conservés au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML). Il fallait pour cela obtenir la levée du secret professionnel du médecin responsable pour nous permettre d'y accéder. Nous avons donc établi une demande en ce sens, en collaboration avec ce médecin, auprès du Conseil de santé du canton de Vaud, l'instance habilitée. Une fois cette autorisation obtenue, nous avons analysé 558 dossiers, sur une période de cinq ans (2014-2018) pour les cantons de Vaud et de Fribourg. C'est à partir de cette base de données que nous avons établi les statistiques descriptives présentées dans les différents chapitres.

Deuxièmement, pour fournir une dimension visuelle à notre terrain, il nous paraissait intéressant de montrer quelque chose d'une assistance au suicide. Or, pour des questions d'éthique et de respect de la vie privée, il n'était pas possible ni souhaitable de publier les photographies auxquelles nous avons accès. Nous avons donc mandaté un dessinateur – Alexis Sgouridis – pour réaliser des esquisses à partir d'une sélection de positions des corps et des scènes d'assistance au suicide photographiées, ce qui permettait de gommer les caractéristiques identifiables.

UNE ENTREPRISE DESCRIPTIVE ET NARRATIVE

Si ces matériaux de terrain de première main sont au cœur de l'ouvrage, nous avons également mobilisé une abondante littérature grise et scientifique. Nous avons toutefois adopté – dès le début de notre collaboration – deux principes d'écriture : puisque l'objectif de la recherche consistait à documenter aussi concrètement et clairement que possible l'assistance au suicide en Suisse, dans toutes ses dimensions, une description devait prévaloir. Pour assumer ce choix jusqu'au bout et respecter la dimension collaborative de notre travail de terrain, nous avons suivi deux partis pris : ne pas citer de référence et varier les styles narratifs.

Concernant le premier aspect, nous avons décidé de ne pas orienter la lecture par un cadrage théorique sur l'aide à mourir en général et l'assistance au suicide en particulier. Il nous paraissait plus pertinent de faire entrer le lecteur ou la lectrice dans la réalité helvétique à partir de nos incursions respectives sur le terrain et

de faire découvrir progressivement le dispositif d'assistance au suicide. Par conséquent, cette introduction – tout comme les cinq chapitres de ce livre – ne comportent ni référence théorique ni note de bas de page. Une gageure dans une recherche académique de cette ampleur. Nous avons en revanche choisi de présenter une revue de la littérature ciblée et commentée dans une section finale du livre. Cette section commente, chapitre par chapitre, un ensemble de références théoriques utiles pour comprendre certaines de nos options et situer – le cas échéant – l'usage de certaines notions qui apparaissent au fil du texte. De plus, nous avons développé une série d'analyses et interprétations théoriques sur l'assistance au suicide ailleurs, dans plusieurs articles scientifiques, en français et en anglais. Ces articles sont présentés dans cette synthèse et listés dans notre bibliographie.

Sur le deuxième aspect, il nous tenait à cœur de préserver la singularité de nos expériences de terrain respectives, du moins lorsqu'elles comportaient des observations directes d'une situation et ne se limitaient pas à des entretiens formalisés pour obtenir un point de vue ou pour informer une pratique en général. En tant que chercheur·e-s, nous n'étions pas interchangeables; nos sensibilités pouvaient varier selon les circonstances, certain·e-s d'entre nous étant par exemple plus attentifs ou attentive aux interactions et aux regards échangés, alors que d'autres l'étaient plus aux postures adoptées et aux commentaires qui les explicitaient. Il aurait été à notre sens dommage de lisser ces expériences en conservant, à l'instar de cette introduction, une narration à la première personne du pluriel – un « nous » uniforme – dans l'entier du livre. Nous avons donc distingué les styles narratifs selon les chapitres, afin de faire apparaître certaines expériences individuelles de terrain, en recourant au « je », et en attirant l'attention sur le travail de réappropriation de ces expériences par les autres membres de l'équipe de recherche, en recourant au « tu ». Il est à noter que la voix narrative qui s'adresse à ce « tu » n'exclut aucunement le ou la chercheur·e concerné·e: ce ne sont en effet pas les trois autres membres de l'équipe qui commentent l'expérience de terrain de la quatrième personne, mais bien les quatre chercheur·e-s ensemble qui ont effectué les relectures et les réécritures de chacune de ces expériences décrites. Ce recours à la deuxième personne du singulier est l'artifice le plus adapté que nous ayons trouvé pour sensibiliser le lecteur et la lectrice à cette étape intermédiaire et

pourtant centrale entre le vécu d'un « je » sur le terrain et l'uniformité d'un « nous » qui restitue ce vécu. Ce travail collectif et collaboratif d'écriture vaut par ailleurs pour l'ensemble des parties du livre.

Cinq chapitres composent cet ouvrage au final. Le premier est une exploration de *L'imaginaire du possible* tel que nous avons pu l'appréhender dans une pluralité de contextes. Cette notion ne renvoie pas à un imaginaire social ou collectif, mais à la possibilité de recourir à une assistance au suicide qui demeure propre à chaque personne et à l'environnement dans lequel celle-ci évolue. Ce premier chapitre commence donc par décrire en détail l'histoire de Paul-André Damar – tous les noms et prénoms utilisés sont des pseudonymes – telle qu'elle a été vécue par l'un d'entre nous, au fil de nombreuses rencontres avec cette personne ayant sollicité une assistance au suicide, ainsi qu'avec l'accompagnatrice qui l'a suivie et ses proches. Il fournit un aperçu des éléments qui convergent dans le récit et l'expérience d'une personne – et qui ont été partagés avec ce chercheur – ayant conduit à la conviction selon laquelle l'unique issue possible était d'accomplir un suicide avec l'assistance d'autrui. La deuxième section de ce chapitre, rédigée en « tu » cette fois, offre des éclairages variés et complémentaires sur ces imaginaires du possible et sur la façon dont ces derniers sont vécus, travaillés et constitués.

Le deuxième chapitre, *La mise en place d'une assistance au suicide*, décrit les modalités et processus d'accompagnement, ce dernier étant prodigué majoritairement par des associations d'aide au suicide. Ce chapitre revient sur les étapes de constitution et d'acceptation d'un dossier de demande d'assistance au suicide à partir des regards croisés d'une pluralité d'acteurs et d'actrices, et des documents à fournir. Il donne une vision globale des principales composantes de l'assistance et de son organisation, en focalisant essentiellement sur l'activité de l'association d'aide au suicide active sur l'ensemble des cantons romands, Exit Suisse romande. Pour être le plus complet possible, ce chapitre fait également état de situations qui n'ont pas abouti à une assistance au suicide, soit pour des motifs formels ou à la suite d'un refus d'accompagner, soit parce que la personne concernée n'était pas décidée à franchir le pas, même plusieurs mois après avoir obtenu un feu vert pour réaliser une assistance au suicide. Il se termine par une description du rôle qu'occupent les pharmacies dans la mise en œuvre de cette pratique.

Dans le troisième chapitre, *De 8 heures à 12 heures*, nous revenons aux mêmes styles narratifs – le « je » et le « tu » – que dans le premier chapitre. Le récit reste cette fois-ci focalisé sur le jour durant lequel une assistance au suicide est effectuée; de manière inédite, il invite à plonger au cœur d'une dynamique familiale et d'un accompagnement aboutissant à la mort à domicile de Germaine Stallian. À cette description suit une série d'autres cas présentés de manière plus succincte, survenus en différents contextes: un établissement pour personnes âgées ainsi qu'un hôpital. Nous décrivons encore deux situations économiques et sociales fort éloignées l'une de l'autre, et distinctes par le caractère « urgent », voire « précipité » ou non d'une assistance au suicide.

Le quatrième chapitre est également original et complètement novateur en regard de la littérature existante sur l'aide à mourir en Suisse. *Post-mortem* retrace l'intervention des intervenant-e-s délégué-e-s par l'État pour s'assurer que les critères d'accès à l'assistance au suicide ont été respectés et, surtout, qu'aucune infraction pénale ne puisse être établie. Comme dans le deuxième chapitre, nous assemblons une diversité de points de vue, basés sur nos observations et entretiens, pour décrire l'action de la police et des médecins légistes; mettre en lumière le rôle des procureur-e-s dans la décision de lever ou non le corps; situer l'intervention des pompes funèbres sur la scène d'une assistance au suicide.

Notre cinquième chapitre – *Les circonvolutions du deuil* – vient faire écho au premier chapitre. Il retrace la façon dont les proches vivent les premiers temps du deuil et l'évolution de la perception de l'expérience d'une assistance au suicide; celle-ci n'est jamais stable ni définitive et se transforme au fil des mois ou des années. Cette évolution s'inscrit dans des modes d'appropriation de l'événement pouvant aller de la contestation à la revendication des modèles contemporains d'aide à mourir. Les situations décrites exposent aussi bien les effets possibles de la procédure médico-légale sur le temps du deuil que le travail effectué par les proches pour défaire, refaire ou préserver les liens qui les unissaient aux personnes défuntes. Ce dernier chapitre montre que le processus d'assistance au suicide, s'il peut être lu et compris de manière chronologique, comporte également une dimension circulaire et progressive: une histoire de mort, ici volontaire, vient nourrir les imaginaires d'autres personnes. Les récits peuvent se superposer, jusqu'à se relier parfois. Et se confondre même, quand le deuil ou

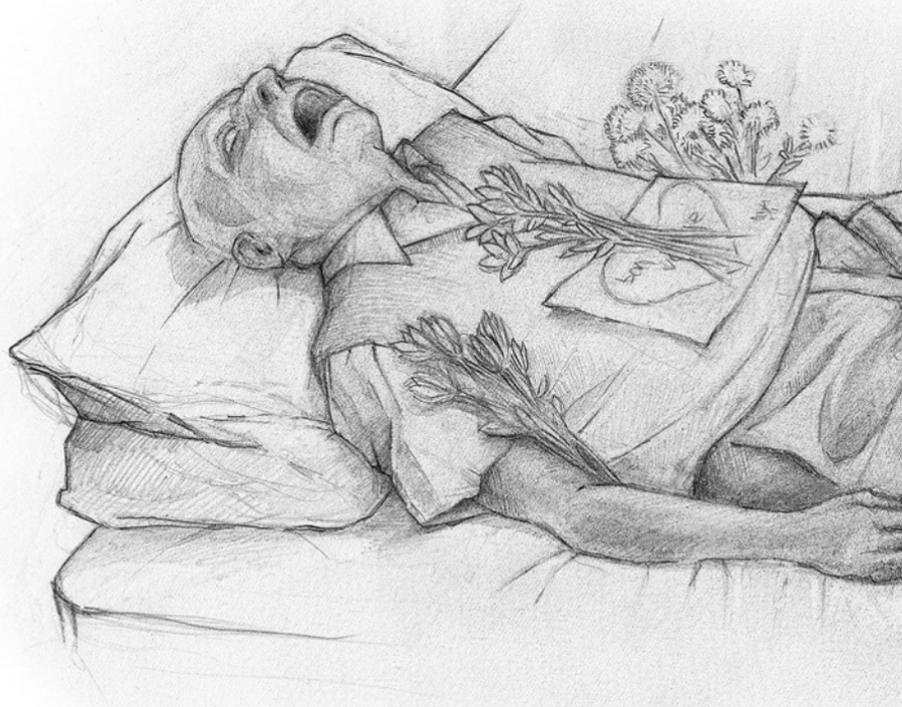
les deuils alimentent un nouvel imaginaire du possible chez celles et ceux qui restent.

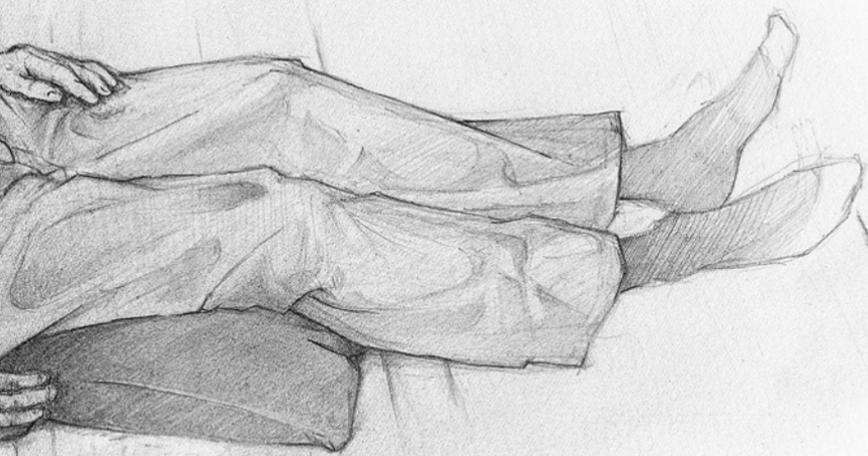
Pour clore ce parcours, nous proposons un commentaire théorique et bibliographique qui permet, d'une part, d'approfondir un ensemble de notions apparaissant au fil des chapitres et, d'autre part, de situer certaines de nos postures de recherche notamment sur un plan méthodologique. Nous avons enfin accordé une place à l'expérience du dessinateur qui a réalisé les esquisses présentées dans ce livre et réalisées à partir des photographies prises par les médecins légistes lors des levées des corps, dans une section intitulée « De la photographie à l'esquisse : le point de vue de l'artiste ».

1. L'IMAGINAIRE DU POSSIBLE

Petit à petit, l'idée de recourir à une assistance au suicide prend forme chez certaines personnes. Il serait toutefois ambitieux de chercher à appréhender l'instant précis d'une telle émergence, et d'en expliciter les raisons de manière univoque et déterministe. Le risque serait de n'interpréter que l'issue affirmée – pour ne pas dire assumée – d'une démarche et d'une mise en récit par ces personnes et parfois leurs proches, et de ne refléter au fond que le souhait des chercheur·e·s d'objectiver les motifs derrière un acte visant à terminer une existence; surtout si cela se fait après coup, parfois des mois après le suicide. Les éléments constitutifs d'une telle idée se diluent toujours dans un faisceau d'événements, de souvenirs, de rencontres, et de rapports au corps et à la souffrance, à la maladie ou au vieillissement très certainement; ces éléments tendent à se raffermir – parfois aussi, notons-le, à faire disparaître une telle idée au cours d'un processus venant cadrer l'assistance à prodiguer; d'échanges et de réflexions avec les accompagnatrices d'associations d'aide à mourir; de considérations tant existentielles que pratiques avec les proches; de négociations avec les professionnel·le·s de la santé et du social, en particulier lorsque les protagonistes résident en institution.

L'originalité de nos investigations ethnographiques tient précisément dans la participation à une partie de ce processus en train de se faire. Dès le moment où nous entrons en scène, il s'agit de rencontrer à plusieurs reprises les personnes qui sollicitent une telle assistance ainsi que leurs proches, si possible jusqu'à l'acte même du suicide et à la levée de corps. Avec l'aide de nos partenaires de terrain, nous prenons contact avec ces personnes et tâchons d'apprécier ce qui se situe non seulement en amont de leur requête, mais aussi au moment de l'actualiser avec les personnes susceptibles de la





mettre en œuvre. Ce premier chapitre rend compte de cette phase spécifique durant laquelle l'affirmation d'une volonté d'être assisté·e dans une mort volontaire s'établit, s'exprime et est appréciée par les différents individus qui interviennent dans une situation donnée, tel que cela est accessible aux chercheur·e·s. En d'autres termes, il s'agit de restituer l'« imaginaire du possible » et tout ce qui sous-tend cette idée selon laquelle se donner la mort dans un futur plus ou moins proche s'inscrit dans une perspective consistante.

L'HISTOIRE DE PAUL-ANDRÉ DAMAR

Si l'imaginaire du possible diffère d'une personne à une autre, notre objectif ne consiste pas à établir les similitudes et différences entre les protagonistes qui se résolvent à accomplir cet acte. Nous privilégions au contraire l'approfondissement du regard pour restituer la complexité des décisions qui se prennent. Nous tâchons d'analyser les détails, nuances, contradictions et autres paradoxes qui peuvent être vécus différemment par les quatre chercheur·e·s de notre équipe, sachant qu'un·e seul·e d'entre nous – pour des questions éthiques et pratiques – s'implique dans chaque situation d'observation. C'est pourquoi nous présentons de manière extensive, dans la première section de ce chapitre, l'histoire de Paul-André Damar, documentée par Alexandre ; dans la seconde section, nous contrastons ce récit avec une série de cas, décrits de manière plus courte et documentés par différent·e·s membres de l'équipe de recherche. Ces autres cas sont choisis non seulement pour leur capacité d'éclairer les variations de l'imaginaire du possible de l'assistance au suicide, mais pour refléter aussi les enjeux rencontrés durant l'analyse et la mise en récit de nos expériences de terrain respectives pour décrire cette phase initiale du processus.

UNE ENTRÉE PAR LES « POMPES »

Lundi 26 mars 2018, 8h35 du matin. L'équinoxe vient de sonner le glas des turpitudes hivernales. La sève s'élève pour perpétuer l'éternel recommencement. Les matinées se font plus chaudes et plus lumineuses. La morphologie des corps réapparaît sous des étoffes plus fines, adaptées à la température de ce mois de mars qui s'annonce sous les meilleurs auspices météorologiques. Dans cinq minutes, je serai dans le bureau de Gérard Quin, agent funéraire aux Pompes funèbres officielles de la Ville de Lausanne, l'un de nos partenaires

de terrain. J'attends devant la porte de service de cette institution; l'entrée des artistes en quelque sorte, réservée aux professionnel-le-s. Les familles passent quant à elles par l'entrée principale, située de l'autre côté du bâtiment, dont l'architecture suggère plutôt un espace d'habitation détourné de sa fonction première. Il sert désormais de lieu d'accueil convivial aux personnes confrontées à la mort. Dans le même ensemble immobilier – outre une station-service, un commerce de détail et un centre vétérinaire – se trouve encore un local de restauration permettant d'accueillir les familles en deuil. Un véritable espace, en somme, dans le tissu urbain dédié aux services funèbres.

Une voiture s'arrête à la station-service pour prendre de l'essence. Je fais quelques pas de côté avant de griller une cigarette. Les volutes s'échappant de son extrémité incandescente s'envolent au gré des courants; elles se perdent dans un vaste ciel bleu que seuls quelques cumulus égarés viennent troubler. Moment de réflexion, d'évasion. Un temps plein durant lequel les idées fusent. Pour une raison qui m'échappe, l'odeur enivrante des vapeurs d'essence et de ses particules gazeuses d'hydrocarbure m'évoque les travaux de Georges Minois et son histoire de la mort volontaire. Plus exactement, ce sont une série d'exemples que celui-ci mentionne dans l'un de ses livres et qu'il associe peu ou prou à autant de types de suicides – croisades, duels judiciaires ou encore innombrables guerres auxquelles se livrait volontiers la noblesse d'épée d'antan – qui me reviennent en tête. Fumeur et parfaitement éclairé par les conséquences médicales de cet acte, devrais-je me considérer comme suicidant? À suivre le propos de Minois, sans aucun doute. Et pourtant, aussi loin que mes capacités cognitives le permettent, je ne me souviens pas avoir déjà envisagé l'acte de fumer comme un moyen détourné mais tout aussi certain d'atteindre ses funestes conséquences.

L'historien ne confond-il pas les pratiques liées à certaines expressions d'héroïsme guerrier avec le désir d'échapper à la souffrance? Comment d'ailleurs, dans une société du risque, ne pas toutes et tous devenir des suicidaires en puissance qui calculeraient, selon des tables de probabilités et des connaissances le plus souvent incomplètes, les potentielles atteintes à la santé dans le flux de la vie quotidienne? Cette proximité entre pratique à risque et suicide devient pour le moins inopérante lorsqu'il s'agit d'évoquer le suicide assisté. De toute évidence, ce dernier contredit la notion

même de risque qui, en l'occurrence, tiendrait dans le fait de ne pas mourir, ou de ne pas pouvoir mourir de cette façon. La proximité sémantique entre suicide et suicide assisté – c'est-à-dire l'intention de se donner la mort – s'avère par contre plus intéressante, même si leurs histoires et développements respectifs ne se superposent jamais complètement. Chronologiquement, par exemple, la dépénalisation du suicide – qui survient au XIX^e siècle dans bon nombre de pays d'Europe occidentale – n'est pas concomitante de la dépénalisation de l'assistance au suicide, même si cette contradiction a hanté plus d'un juriste de l'époque. Après six mois de recherche, je me suis vite aperçu que le cadre de l'assistance au suicide, son organisation, sa place dans l'espace public ainsi que les raisons mentionnées par les personnes y recourant interrogent les analyses classiques produites par la psychanalyse, la psychiatrie et les sciences sociales en matière de suicide.

L'azur infini qui s'étend à perte de vue au-dessus d'innombrables constructions humaines invite ma pensée à se perdre plus avant dans ces réflexions théoriques et contextuelles. L'institutionnalisation du suicide n'est pas en soi une nouveauté. Guy de Maupassant, comme bien d'autres avant lui, l'avait imaginée. Mais son encadrement et ses modalités pratiques de réalisation, et en particulier l'idée d'assistance dans la Suisse contemporaine, relèvent d'une complète originalité. Si le suicide ne fait l'objet d'aucune formalisation ni d'encadrement, son assistance demeure conditionnée par l'article 115 du Code pénal. Je me rappelle ses principaux contenus : cette pratique n'est pas punissable si et seulement si la personne accomplit le geste elle-même et dispose de sa capacité de discernement. En outre, l'accompagnement ne doit pas résulter d'un motif égoïste, un intérêt financier par exemple. En d'autres termes, l'assistance au suicide peut se pratiquer dès lors que ces conditions sont respectées ; les individus et instances qui y prennent part – médecins, professionnel·le·s de la santé, associations d'aide au suicide en particulier – observent quant à elles diverses recommandations médico-éthiques et directives. Je me dis encore que ce type de décès est catégorisé comme « mort violente » et fait l'objet d'une procédure pénale afin de vérifier en aval de son accomplissement que l'ensemble des conditions et recommandations ont bien été suivies. Je sais pourtant que ce contrôle – effectué par la police, les médecins légistes et les procureur·e·s en charge de l'instruction – ne débouche que très rarement sur une condamnation.

Ma cigarette s'est éteinte dans l'intervalle. Mes réflexes de fumeur, qui dans un geste machinal ramène inlassablement le mégot à sa bouche, se sont figés face à l'excitation de la rencontre à venir avec cet agent des pompes funèbres. Quelques angoisses fugitives me tracent : aurais-je dû mieux préparer cet échange à venir ? Aurais-je dû préparer une grille d'entretien ? Suis-je habillé convenablement pour la circonstance ? Comment et à quel moment déclarer mon statut de chercheur ? Pourrai-je prendre des notes, enregistrer les conversations ? Il est l'heure ! Je rencontre Gérard Quin habillé d'une veste, d'une cravate, d'un pantalon noir et d'une chemise blanche dans son bureau, affairé à préparer les documents nécessaires à la visite qui va suivre. Il me transmet quelques informations concernant cette personne que nous allons rencontrer : ses nom et prénom, sa date de naissance et la raison pour laquelle nous la voyons, l'organisation de ses propres obsèques, en amont de son suicide assisté. Cette personne a été informée de ma venue et a donné son aval : pour cet agent funéraire, cela semble aller de soi, puisque de nombreuses personnes souscrivent un contrat de prévoyance funéraire.

En voiture, Gérard me signale dans un monologue ininterrompu quelques tensions dans son champ professionnel : forte concurrence, privatisation du secteur, standardisation des pratiques, et quelques autres turpitudes du métier encore. Lorsqu'il tapote sur son assistant de navigation personnel, je prends conscience que la personne que nous allons rencontrer réside à quelques encablures de chez moi. Nous habitons le même quartier, principalement constitué de grands lotissements : trois tours d'une vingtaine d'étages encerclées par des structures architecturales de taille moins imposante. Plus effilées, ces dernières ne regroupent qu'une dizaine d'appartements chacune. Des bâtiments affublés de petits balcons, alignés sur trois ou quatre rues parallèles, tous orientés dans la même direction et disposés sur quatre étages, dont le rez-de-chaussée est exclusivement réservé aux garages. À cet ensemble s'ajoutent quelques maisons individuelles, nouvelles ou plus anciennes, entourées par des clôtures venant délimiter l'espace privé de la propriété.

L'appartement de la personne se situe dans l'une de ces petites structures architecturales. Nous accédons au troisième étage par un tout petit ascenseur, qui peine à transporter deux personnes. L'agent funéraire sonne à la porte et Nina Damar nous accueille ; une petite femme dont les traits du visage sont fatigués, marqués par le poids de son soutien envers son mari, ce que je réaliserai au fil de nos échanges.

Elle porte des lunettes, une robe à motifs floraux et des pantoufles d'intérieur aux motifs similaires; un sourire illumine son visage. Après quelques salutations d'usage, Nina nous invite à nous rendre au salon. Paul-André Damar, en marcel blanc et bas de training noir, attend, debout contre la table de la cuisine qui s'ouvre sur la salle à manger. Svelte, il en impose par sa taille; certainement plus d'un mètre nonante. Ses mains et son visage semblent déjà raconter ses activités professionnelles passées. Paul-André arbore le même sourire que sa femme, ce qui me donne l'impression d'une forte complicité dans ce couple, uni par le mariage depuis cinquante-cinq ans et marqué par une très claire division des tâches. Nina gère l'entretien du foyer et les relations familiales, en particulier avec leurs deux enfants; Paul-André s'occupe de l'intendance, de son garage et de ses vieilles connaissances. Ou plutôt s'occupait de ces tâches. Car depuis plus de deux ans et la maladie de son mari, c'est Nina qui les assume tout en prenant soin de lui.

Mon intuition quant aux caractéristiques populaires du couple, basée sur la vue de l'alignement des balcons et leurs aménagements hétéroclites, est confirmée par l'intérieur du domicile. Acheté il y a plus de vingt ans, cet appartement traversant et au mobilier plutôt modeste fait environ septante mètres carrés. Depuis le vestibule, il est possible de rejoindre les deux extrémités: à gauche sont distribués la salle de bains et la chambre à coucher; à droite l'espace cuisine, la salle à manger et le salon, qui débouche sur un balcon encombré de sacs, de vases, de plantes et autres objets. Dans cette dernière pièce, le canapé est trop petit pour que Paul-André puisse complètement s'y allonger, lui qui passe une bonne partie de la journée à regarder la télévision. Cette dernière est placée dans un meuble composé d'étagères, ornées de photographies et de bibelots, et d'un compartiment pour le bar. Une table basse en bois et deux fauteuils trônent encore sur un tapis. Il n'y a pas de bibliothèque et peu d'ornements muraux. Cette relative absence de décoration contraste toutefois avec l'empilement de documents et de matériel dans d'autres espaces de l'appartement. Nina s'empresse de faire de la place sur la table de la salle à manger pour que nous puissions nous y installer.

Gérard débute l'entretien. Paul-André répond aux premières questions, puis en pose quelques-unes. Son principal souci est d'éviter que sa femme ou que ses descendant-e-s n'aient à s'occuper de ses obsèques; il rejette aussi tout principe de commémoration de sa mort, notamment pour réduire les coûts:

Gérard Quin : « Vous souhaitez qu'il y ait un service funèbre ? »

Paul-André Damar : « Non, pas du tout ! »

Gérard Quin : « Crémation ou enterrement ? »

Paul-André Damar : « Rien du tout, incinération. »

Gérard Quin : « D'accord, donc crémation. Qu'est-ce que l'on fait des cendres ? »

Paul-André Damar : « Jardin des souvenirs. Ça se fait automatiquement ça ? »

Gérard Quin : « Non, il y a un délai d'attente de quarante-huit heures. »

Paul-André Damar : « On est obligé d'aller ? »

Gérard Quin : « Non, non. Vous n'êtes pas obligé. Mais, vous, on vous accompagnera. Vous ne serez pas tout seul. »

Cette conversation, son rythme, ainsi que les interactions non verbales qui l'accompagnent se déroulent dans une atmosphère cordiale et détendue. Elle révèle la manière dont Paul-André envisage sa propre mort : une crémation sans cérémonie ; sans tombe ni cercueil. La prévoyance funéraire a pour objectif d'engager le moins possible ses proches, sa femme, ses deux enfants et sa belle-fille plus particulièrement. Les réponses courtes et quasi instantanées de Paul-André aux questions de l'agent funéraire – tout comme ses interpellations quelque peu provocatrices – paraissent exprimer un rapport dénué de tout sentimentalisme à sa propre mort. C'est d'abord l'ordinaire de cette discussion qui me frappe : les réponses aux questions sont succinctes et claires, l'échange verbal se veut économique. Le visage de Paul-André n'exprime que très peu d'émotion, alors que, lors d'échanges ultérieurs, celui-ci s'autorisera à verser quelques larmes devant moi. Dans cette situation pourtant, il m'apparaît tout à fait calme. Même s'il ignore certains éléments du traitement social du corps mort, il a clairement réfléchi au sien vu l'absence d'hésitations de sa part.

Mon sentiment se renforce en observant le langage corporel de Nina, qui acquiesce par un mouvement vertical de la tête allant de bas en haut et de haut en bas à chacune des affirmations de son mari. La direction de cette oscillation varie cependant au gré des réponses fournies. Le mouvement devient plus lent et horizontal, et s'assortit d'une légère grimace chez elle quand j'estime que la réponse de Paul-André singe abusivement le désintéret face aux enjeux de cette discussion, ou que la réponse la contrarie. Ce

mouvement s'accélère au contraire quand Nina semble reconnaître, complice, la détermination et l'entêtement de son mari dans certains de ses choix. Cette interaction que j'interprète au travers de ces postures corporelles reflète la teneur de discussions préalables : de toute évidence, Nina est informée des choix de son mari. Je perçois néanmoins, dans la manière dont ce dernier envisage le traitement social de son corps mort, une oscillation entre revendication de son autodétermination et prise en compte de potentielles objections de sa femme. Cela se confirme au fil de l'échange avec Gérard, quand Paul-André indique souhaiter que ses cendres soient déposées dans le jardin des souvenirs d'une localité proche d'où il demeure, là où il a passé son enfance, sa vie d'adolescent et de jeune adulte ; là où il a vécu plus de vingt années et engrangé de nombreux souvenirs. L'agent des pompes funèbres lui signale que, dans ce cas, une taxe devra être perçue et que cela rendra plus ardues les visites éventuelles de sa femme, qui acquiesce. Paul-André revient alors sur son souhait initial : « Laissons-les ici, parce que de toute façon il n'y a plus personne [de sa famille dans cette localité] ».

La discussion déborde ensuite de ce premier cadre, quand Paul-André fait part de sa volonté de partir avec l'aide d'une association d'aide à mourir dans la dignité. Nous passons soudainement de la question relative au traitement social du corps à celle de la fin de vie, du mourir. S'appuyant sur son expérience au sein des pompes funèbres, Gérard rebondit en expliquant comment cela va se dérouler :

Gérard Quin : « Il y aura le procureur d'averti. Il y a aura un médecin légiste qui fait le constat de décès, parce que ce n'est pas une mort naturelle ! »

Paul-André Damar : « Le jour où ils me donneront le lait, vous serez averti vous ? »

Gérard Quin : « Non. Soit vous me dites que cela se passe tel jour, telle heure, soit il faudra demander à l'accompagnant d'Exit ou au policier [de nous appeler] et, à ce moment-là, on interviendra. »

À cet instant, je ne peux m'empêcher de penser que se joue ici quelque chose autour de la représentation de la mort dans le cadre d'un suicide assisté. À l'évocation, par l'agent des pompes funèbres, du fait que ce type de décès n'est pas catégorisé du point

de vue de la médecine légale comme naturel, Paul-André réplique avec l'image du « lait » comme *modus operandi* pour se donner la mort. Une telle image n'évoque-t-elle pas la nature même dans son essence liquide ? La reproduction, le cycle de vie, le lien maternel ? Une manière de couper court à cette représentation non naturelle du suicide assisté ? Je note cet effort discret de neutralisation produit par Paul-André à l'encontre d'une perception non conforme de sa propre mort à venir. Cela me rappelle ma lecture du sémiologue Roland Barthes, qui verrait sûrement dans cet échange l'expression d'un désir pour le neutre, à savoir l'expression d'un brouillage sémantique entre la violence de la mort et la douceur de la vie. En somme, une opération de dépouillement de cette dimension violente souvent associée à l'acte de se suicider.

Si cette entrée par les pompes funèbres dans la dernière phase de la vie d'une personne qui sollicite une aide à mourir s'avère plutôt inhabituelle – elle aura été unique durant tout le travail de terrain –, elle n'en dénote pas moins l'importance de l'imaginaire du traitement social des corps dans la phase préparatoire d'un accompagnement vers le suicide, un acte que cet homme en particulier refusera plus tard de désigner par ce vocable. Mais d'autres composantes de cet imaginaire surgissent déjà de ce premier entretien et intègrent l'arrière-fond naissant des représentations que je me fais et que je me ferai encore de ses motivations. Ainsi, le rapport que Paul-André semble avoir entretenu toute sa vie avec l'argent m'intrigue. Vu les enjeux financiers relatifs à la préparation de ses obsèques, je reviendrai régulièrement sur le sujet lors de nos rencontres ultérieures. Je le questionnerai en particulier sur la centralité de l'argent et sur son éventuelle incidence sur sa détermination à recourir à l'assistance au suicide. Une telle question ne sera pas sans faire écho aux débats que je lis occasionnellement dans la presse ou entends dans l'espace public sur les potentiels risques d'une « pente glissante », crainte exprimée par certains que la société ne trouve dans l'aide à mourir le moyen de se débarrasser des plus vulnérables ou des personnes âgées en fin de vie. Lors d'un autre échange entre le couple et moi, enregistré cette fois-ci, Paul-André réfutera pourtant cette explication sans hésitation aucune. Mais, une heure plus tard, lorsque je m'apprêterai à prendre congé, dans un temps plus informel, il reviendra sur ma question après avoir dévoilé une part de sa vie intime et m'avoir estimé prêt à saisir cette relation ambivalente entre la mort et l'argent. Il m'interpellera

dans le vestibule pour souligner le fait que le suicide assisté reste un moyen de ne pas dilapider toutes ses économies, en particulier sa caisse de pension professionnelle. De plus, le fait de s'imaginer vivre une fin de vie en établissement médico-social jusqu'au terme de sa maladie demeurera inextricablement corrélé à son impression de réduire le legs dévolu à sa femme et à ses enfants. Sur cette base, je penserai que Paul-André et Nina ont toujours eu conscience du fait que la raison économique ne saurait être légitimement convoquée, en particulier lors d'un entretien enregistré. L'échange que j'aurai par contre en aparté dans ce vestibule avec Paul-André, d'homme à homme, loin des oreilles de sa femme, représentera une occasion d'exprimer, sinon de revendiquer – au-delà de sa dépendance envers ses proches –, sa position de patriarce; de se rappeler aussi l'importance d'accomplir le devoir qui paraît lui incomber dans cette configuration familiale. Autrement dit, l'argent ne sera ici que secondaire, car indexé à l'élaboration d'éléments valorisants qui viendront nourrir l'imaginaire du possible de sa propre mort. Mourir pour les siens – penserai-je alors –, quoi de plus noble au fond?

Avant de conclure cette première rencontre en présence de Gérard, il reste encore quelques détails pratiques à régler afin de compléter la prévoyance funéraire. L'agent des pompes funèbres précise que, d'un point de vue vestimentaire, il y aura deux possibilités le jour de la mort :

Gérard Quin : « Soit vous partez avec les habits que vous avez sur vous, soit Madame vous donne des vêtements et on vous habillera. »

Paul-André Damar : « Parce qu'en bas [au centre funéraire], je n'en ai pas besoin, vous me brûlez directement? »

Gérard Quin : « Ah mais non, on ne peut pas! Non, non, non, ça ne va pas comme ça. Il y a des papiers à faire. On est obligé d'attendre les documents du procureur et ensuite ceux de l'état civil pour avoir l'autorisation. Il faut attendre quarante-huit heures. »

Paul-André Damar : « Donc je serai dans une chambre pendant deux jours, pour que les gens puissent venir me voir? »

Gérard Quin : « Oui. Il vous faut un cercueil pour reposer. Pour le cercueil, ouvert ou fermé? [Il lui montre un catalogue] »

Paul-André Damar : « Fermé, je crois. Pour le cercueil, un simple. Vous n'en faites pas en carton? »

Paul-André prend connaissance du prix que lui coûte l'organisation de ses obsèques. Au moment de signer la convention, Gérard résume les frais à prévoir: 1300 fr. pour le cercueil, 1800 fr. pour le forfait (traitement du corps), 140 fr. pour la chambre mortuaire, 400 fr. pour l'avis mortuaire:

Gérard Quin: «Tout sera noté dans la convention. Et si c'est plus, il faut payer et, sinon, on vous rembourse.»

Paul-André Damar: «Ça va vite!»

Gérard Quin: «Oui, et vous n'avez pas la taxe de crémation.»

D'un point de vue strictement professionnel, Gérard vient de terminer son travail. La discussion se poursuit néanmoins, sur le ton de la connivence qui s'est progressivement installée durant l'échange entre lui et son hôte. L'agent funéraire s'enquiert notamment de la situation personnelle de Paul-André et lui demande s'il a déjà fixé la date de sa mort. Celui-ci répond avoir obtenu le feu vert de l'association pour le droit de mourir dans la dignité, mais ne pas avoir encore défini de date. C'est à lui désormais de reprendre contact avec l'association, ce qu'il envisage de faire prochainement: «Je ne peux plus marcher. Les épaules, tout. Paralyse de la moelle épinière. C'est une saloperie! On a tout cherché! Introuvable! Il n'y a pas de médicament. J'ai tout essayé.»

Soulagé que l'organisation de ses obsèques soit désormais derrière lui, Paul-André lance: «Maintenant, on peut boire son café tranquille.» Il complète son explication et la met en perspective, sur un mode que j'associe à de la justification. Paul-André indique où il se situe formellement dans sa demande d'aide à mourir: il vient de demander un rapport médical à son médecin généraliste, qui a été transmis à l'association Exit. Cette dernière lui a donné son autorisation après évaluation de sa situation. Il précise dans la foulée avoir tout essayé d'un point de vue médical pour contrer la maladie dès son apparition, s'étant déplacé jusqu'en Allemagne ainsi que dans une clinique privée de la région pour bénéficier de soins: «C'est venu d'un coup. J'ai la mémoire. Une saloperie! En allant à la poubelle, le 21 janvier 2017, j'ai versé d'un coup. Après, on m'a ramené. Je suis resté trois semaines là [hôpital de la région]. Avec une canne, ça allait mieux [une fois rentré chez lui]. Puis j'ai dit: «Je vais changer de lit, je vais prendre un électrique. Alors je prends une canne.» On sort du magasin. J'arrive à la voiture, j'ai

dû me tenir à la portière. Mes vertèbres me lâchent. En 2017, je n'ai pas beaucoup bougé. Alors j'ai fait toutes les analyses. J'ai pris des médicaments. Il y a des résultats, qui freinent la maladie. Mais ce qui est bien, c'est que je n'ai aucune douleur.»

Cette discussion se poursuit encore durant quarante-cinq minutes; elle signe le début de ma relation avec ce couple, relation qui se concrétisera dans trois rencontres supplémentaires avant le décès de Paul-André. Après la mort de ce dernier, je rencontrerai encore Nina une dernière fois, dans le même appartement. Ce dernier entretien aura prolongé sur un mode plus informel nos discussions antérieures avec elle et son mari, qui se seront souvent terminées autour d'un pastis pour fêter dignement le soleil en son zénith.

«MONTEUR CHAUFFAGE», MARI ET PÈRE À L'ÉPREUVE DE LA MALADIE

Les entretiens avec Paul-André se déroulent tous en début de matinée, pour une bonne raison : à la fin de 2017, les médecins lui ont diagnostiqué une sclérose latérale amyotrophique. S'il déclare à plusieurs reprises ne pas ressentir de douleur, Paul-André se fatigue très rapidement. C'est pourquoi il organise sa vie sociale et la gestion de ses affaires en cours durant les matinées, les après-midi étant consacrées à la lecture de quelques périodiques et à de longues rêveries devant la télévision. La disposition de l'ameublement du salon est organisée à cet effet, autour d'un point central, le canapé, recouvert de couvertures et de nombreux coussins favorisant le confort. La télécommande pour la télévision reste toujours à portée de main.

Lors de notre premier échange en présence de l'agent des pompes funèbres, quand j'ai invité Paul-André à raconter le déroulement de sa vie, trois aspects ressortaient avec insistance : son parcours professionnel en tant que «monteur chauffage» et concierge dans un supermarché de la région ; sa retraite anticipée ; la survenue de sa maladie. Deux mois plus tard, lorsque je le rencontre seul avec sa femme en mai 2018, Paul-André revient longuement et abondamment sur la place occupée par ces trois aspects dans les différents registres de sa vie. Les très faibles variations de la structure de son récit font même poindre un argumentaire construit – sans doute pour lui-même et pour les autres – éclairant sa décision. Tel que je le comprends, cet argumentaire ne répond pas strictement à la question posée, à savoir raconter son parcours de vie, mais

correspond à une sélection d'éléments servant à baliser mon interprétation, voire mon jugement, de sa décision de recourir à une assistance au suicide. Le fait que Paul-André m'offre des repères pour appréhender les raisons d'une telle décision, dès les premières minutes de notre échange, paraît relever d'une double ambition : prescriptive et circonsrite à mon égard. Prescriptive dans le sens où ses propos m'incitent à appréhender sa décision selon son point de vue ; mais circonsrite aussi, puisque ce récit limite en partie les possibilités de reconstruire de manière extérieure le sens de ce choix. Le motif économique évoqué auparavant – et qui m'a de toute évidence été inspiré par l'environnement de ce ménage et mes études de sociologie – en fournit une bonne illustration.

Paul-André Damar a vu le jour en 1942, en périphérie d'une ville vaudoise. Il a passé son enfance auprès de son père, mouleur-fondeur de métier, et de sa mère, qui s'est chargée de son éducation. Celle-ci faisait le ménage chez divers particuliers pour arrondir les fins de mois. Après avoir terminé « ses écoles », autrement dit l'école obligatoire, Paul-André s'est lancé à l'âge de 16 ans dans un apprentissage de « monteur en chauffage », qu'il a commencé en 1958 et terminé en 1961. Il a rencontré Nina, sa future épouse, quelques années plus tard. Suisse alémanique d'origine, celle-ci s'était rendue en Romandie pour apprendre le français comme fille au pair. Déçue par cette première expérience professionnelle, elle a pris un autre emploi dans un restaurant de la région, d'abord en cuisine puis au service. Ils s'y rencontrèrent, s'aimèrent et se marièrent en mars 1963. Nina – qui précise dans la discussion qu'ils ont tout juste fêté leurs noces d'orchidée, soit cinquante-cinq ans de mariage – a encore travaillé quelques années en qualité d'ouvrière dans diverses usines de la région, avant de quitter définitivement ce monde professionnel. Après la naissance de leur premier enfant, elle a épaulé son mari dans son travail de conciergerie.

À l'âge de 21 ans, Paul-André était déjà quant à lui monteur en chauffage, mari et père. Il souligne à de nombreuses reprises la pénibilité de son activité professionnelle, qu'il a poursuivie à temps plein pendant une dizaine d'années, jusqu'en 1970. Désirant trouver un emploi physiquement moins exigeant, il s'est engagé en qualité de mécanicien dans un supermarché de la région. Trois ans plus tard, il prit connaissance d'une annonce pour une place de concierge dans la même entreprise, postula et obtint le poste en juillet 1973. Il dit avoir apprécié son travail, malgré la spécificité

de ses horaires, puisqu'il le commençait chaque jour de la semaine à 4 heures du matin pour ne pas empiéter sur l'activité des autres employé·e·s et ne pas importuner les client·e·s durant leurs courses. La conciergerie a été son quotidien le restant de sa vie professionnelle : à l'âge de 58 ans, soit sept années avant l'âge légal, il a pris sa retraite anticipée. Paul-André ne justifie pas cette décision par une fatigue ou une lassitude professionnelle. Il l'associe plutôt au contexte politico-économique favorable à cette anticipation, ayant été encouragé en ce sens par certains de ses amis ainsi que par son frère. Il explique aussi ce choix par l'intensification des tensions professionnelles sur son lieu de travail. En outre, son entreprise lui avait proposé de financer une rente-pont jusqu'à ses 65 ans, ce qui l'avait incité à se renseigner auprès de sa caisse de pension et à faire évaluer son avoir : l'estimation prévoyait une réduction d'à peine 300 à 400 francs par mois par rapport à la rente qu'il aurait touchée à l'âge légal de la retraite. Or, il affirme s'être rendu compte, au moment d'atteindre 65 ans, que les estimations étaient erronées. Il pense avoir perdu, durant ces sept années de retraite anticipée, un total de 24 000 francs par année, soit 2000 francs par mois.

Ces froids constats financiers ont reconfiguré la planification de la retraite des deux conjoints. Ils assurent pourtant de concert ne pas entretenir de rancœur à l'encontre de la caisse de pension, ni aucun regret d'avoir fait ce choix, qui leur a permis de passer beaucoup de temps auprès de leurs enfants et surtout de leurs petits-enfants, les personnes qui comptent le plus dans leur vie : un fils, qui a trois enfants âgés respectivement de 17, 19 et 21 ans, ainsi qu'une fille, elle-même ayant une petite de 9 ans au moment des entretiens. Je me rends compte combien le sel de leur retraite réside en bonne partie dans le désir du couple d'investir et de resserrer les liens familiaux, ce qui paraît couronné de succès. Ces liens affectifs ne sont toutefois pas sans produire quelques réserves chez Paul-André quant à son souhait de recourir à l'assistance au suicide. Ils en conditionnent le timing : « Les petits-enfants, ce sont eux ! Ce sont eux qui viennent me trouver. C'est ça qui me fait souci de me sui... de partir des fois. [...] C'est ça qui est le plus dur ! »

L'hésitation à recourir au substantif « suicide » – auquel il préfère le verbe intransitif « partir » – attire une nouvelle fois mon attention. Je crois que ce trait de langage signale une certaine appréhension de cette mort à venir et qu'il s'agit de la neutraliser dans le discours avec une charge sémantique plus nuancée,

indéterminée, voire poétique et normativement valorisée d'un imaginaire associé au voyage et à l'aventure. Comme s'il s'agissait d'un départ pour un monde inconnu, impliquant de facto de sacrifier certaines relations. En l'occurrence, celles qui le lient à ses enfants et petits-enfants. Imaginer ne plus pouvoir jouer son rôle grand-parental provoque même chez Paul-André une importante charge émotionnelle, comme en témoignent les larmes qui coulent de ses yeux au moment d'explicitier ce point. À cet instant, mon interlocuteur semble exprimer paradoxalement une réticence à vouloir mourir par suicide assisté tout autant que la volonté d'y recourir. Avant que sa maladie ne lui dispute la maîtrise de son corps, Paul-André semble investir toutes les forces qui lui restent dans l'entretien de fréquentes et riches relations avec ses petits-enfants. Il a par exemple appris à conduire à son petit-fils et partagé avec lui la joie de l'obtention de son permis de conduire ; il conseille ses petits-enfants et cherche des solutions aux problèmes rencontrés par ses proches, sur des questions de jardinage notamment. C'est qu'il adore bricoler. Au fil des années, Paul-André s'est constitué différents espaces – là un garage, ici une remise – pour stocker le matériel nécessaire à son hobby : « Moi, je suis outillé de A à Z. » Il a mis à disposition ces espaces tout comme ses compétences de bricoleur, ce qui lui a permis d'entretenir son réseau amical. En donnant divers coups de main, il a pu visiter d'anciens amis, partager un verre et quelques palabres avec eux, les recevoir parfois dans son local, loin du regard des épouses et des badauds.

Ses habitudes professionnelles ont été tenaces ; Paul-André se levait tous les jours bien avant l'aube. Il bénéficiait ainsi d'un petit moment de tranquillité durant lequel il régnait sans conteste sur le peuple endormi avant de mettre son temps au service de l'entretien de son réseau social et de ses passions, la mécanique et plus précisément les véhicules à deux roues. Paul-André est un passionné de vélomoteurs, de scooters et de tout ce qui roule à petite cylindrée. Il se rappelle de sa première acquisition, à l'âge de 16 ans : un cyclo-moteur Florett RS de l'entreprise allemande Kreidler. Sans avoir encore de permis, il n'avait pas résisté à l'attraction de ce monstre de mécanique et avait fait quelques tours dans son quartier avant de se faire alpaguer par un gendarme ayant croisé son chemin. Ce souvenir demeure profondément ancré dans sa mémoire, puisqu'il marque le début d'une passion qu'il aura assouvie aux côtés de sa femme durant toute sa vie.

Le quotidien de cette retraite modeste mais heureuse – telle que je la perçois – a pourtant basculé au petit matin du 21 janvier 2017, lorsque Paul-André s'est effondré en portant la poubelle. Dans son récit, cette chute constitue un véritable tournant biographique; une borne temporelle qui distingue clairement un avant et un après, même si la prise de conscience de la fragilité de son corps ne s'est pas construite du jour au lendemain. En 2015 déjà, le couple Damar était parti en vacances quelques jours au Tessin durant les mois chauds d'été, et au Portugal un peu plus tard; malgré la chaleur, Paul-André y avait contracté une pneumonie. Ce qui l'avait le plus troublé cependant, c'était sa sensation d'avoir de la peine à marcher. Une sensation vécue une première fois au Tessin, puis une seconde fois au Portugal. Sans trop s'alerter, Paul-André consulta son médecin traitant, Hervé Crosier, pour surveiller sa pneumonie et en profiter pour faire un contrôle général de son état de santé. Sur la suggestion de ce médecin, décrit comme inquiet, Paul-André effectua diverses analyses, dont une première IRM dans une clinique privée de la région en novembre. Il se soumit ensuite à une série de tests du canal rachidien, qui n'ont abouti – tout comme l'IRM précédente – à aucun résultat probant.

Ensuite, au début de l'année 2016, le docteur Crosier le convoqua pour effectuer des analyses complémentaires: une échographie, puis des scanners, sans nouvelle conclusion. Son dossier fut transmis à un neurologue, le docteur Corbier, qui procéda à une série d'analyses du sang, encore en vain. Les investigations se sont poursuivies chez un autre neurologue disposant d'une technologie plus pointue. Ce dernier écarta d'emblée une myopathie, sans pour autant avoir réussi à identifier les causes et les raisons médicales qui avaient contribué à la dégradation progressive de la mobilité de Paul-André. Sans explication valable, son médecin traitant se résolut à soigner la problématique du dos; il lui proposa de se rendre dans une clinique privée pour y recevoir une série de piqûres et des traitements au laser. Les médecins en charge de ce patient demeurèrent quelque peu interloqué-e-s par la démarche de cet homme qui ne réalisait pas ce traitement pour atténuer des douleurs, mais pour améliorer sa mobilité. Paul-André n'en était pas mieux ressorti.

Après cette longue suite d'analyses médicales et de prescriptions pharmacologiques, Hervé Crosier fit finalement suivre son dossier au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Paul-André commença ses pérégrinations en milieu hospitalier, lors desquelles il

rencontra le professeur Dinder, qui étendit la palette d'examens. Un mois plus tard, le corps médical lui demanda de recommencer ces examens qui laissaient pressentir de mauvais résultats et incitaient à l'hospitalisation, ce que Paul-André refusa tout net: «J'ai dit: "Non, exclu! Cela, je ne fais pas. Je viens chez vous en ambulatoire. Je peux venir tous les jours à n'importe quelle heure, quand vous voulez. Mais dormir là, dans une chambre facturée à 1000 francs par jour?"»

Il résista à son hospitalisation. Le professeur Dinder le contacta ultérieurement par téléphone et décida – d'entente avec son patient – d'interrompre à ce stade les investigations. Paul-André se souvient avoir estimé que son état de santé et sa mobilité n'étaient pas encore trop affectés; il choisit tout de même d'utiliser une canne au quotidien. En fin d'année, il entreprit un séjour de vacances dans les Grisons avec sa femme et son frère. Après ces quelques semaines de pleine quiétude, survint l'événement du 21 janvier 2017, qui reste à jamais gravé dans sa mémoire: c'est le véritable point de bascule de sa trajectoire de santé. Comme chaque matin, il se leva tôt et sortit de chez lui pour acheter le journal local et saluer le livreur de la boulangerie voisine. De retour à la maison, il descendit encore les poubelles pour les jeter dans le container se trouvant à l'extérieur de l'immeuble et chuta sans pouvoir se relever.

Après avoir passé trois semaines de convalescence au fond de son lit, Paul-André a investi dans un lit électrique. Il s'est rendu dans la succursale d'une entreprise spécialisée dans ce domaine et a finalisé la transaction. En sortant du magasin, Paul-André rejoignait sa voiture à l'aide de sa canne lorsqu'il ressentit de violentes douleurs dans le dos; il dut se rattraper à la portière du véhicule pour ne pas tomber. Le souvenir de cet épisode ravive en lui cette prise de conscience qui lui avait fait dire «mes vertèbres me lâchent!». Ces constats successifs d'un état physique qui se dégradait ont renforcé la détermination de Paul-André à trouver remède à ses maux. Il consulta une nouvelle fois son médecin traitant, qui le renvoya en clinique privée. Il pense que, cette fois-ci, son cas avait enfin été pris au sérieux. Une nouvelle batterie de tests a été effectuée à ses frais, mais toujours aucune piste n'en a résulté pour expliquer la perte progressive de sa mobilité ou ses chutes à répétition.

Un mois plus tard, il a discuté avec l'un de ses amis célibataires. Tous deux échangèrent sur leurs états de santé respectifs et philosophèrent sur la finitude de l'être humain. Durant cette

discussion, Paul-André apprit que son ami s'était récemment inscrit à Exit. Cet ami expliqua que cela constituait à ses yeux une forme d'assurance contre une éventuelle perte d'autonomie et un placement contre son gré dans une institution. Jusqu'à ce jour, Paul-André n'avait encore jamais envisagé une telle solution. Il restait tout à fait convaincu que la médecine aller trouver une solution à ce qu'il ne considérait pas tout à fait comme une maladie. Il reconnut toutefois que l'argument de son ami tenait du bon sens. Il en discuta avec sa femme et décida de s'inscrire auprès d'Exit. Parallèlement, il poursuivait ses investigations et traitements auprès du neurologue de la clinique privée. Ce dernier a finalement identifié, au terme de l'année 2017, une sclérose latérale amyotrophique, une maladie orpheline neuro-dégénérative face à laquelle la science médicale demeure à ce jour sans réponse. La pose du diagnostic a néanmoins permis de mettre en place un soutien physio-thérapeutique et de prescrire des médicaments plus adaptés à sa pathologie, en vue de limiter la dégradation continue de son système nerveux. Durant toute cette année, la mobilité de Paul-André s'était passablement dégradée : tout d'abord les jambes, puis les autres parties du corps. Il ne se levait que péniblement de son lit et rencontrait des difficultés pour s'asseoir. Son bras gauche restait complètement immobile.

Entre sa première chute et l'annonce du diagnostic, Paul-André avait toujours entretenu un espoir dans les sciences médicales pour trouver une thérapie. Par la suite, il allait se tourner vers des médecines alternatives et plus expérimentales, comme l'acupuncture, la pause de ventouses ou d'autres techniques encore plus éloignées de la médecine occidentale. Ces démarches lui ont permis d'entretenir l'espoir non pas de guérir, mais de se maintenir dans un état plus ou moins stable et autonome. Malheureusement pour lui, ces traitements lui ont paru tout aussi inopérants que les autres. Lors d'un ultime entretien avec Hervé Crosier, Paul-André s'est rendu compte de l'impuissance de la médecine et lui a dévoilé dans la foulée les démarches alternatives qu'il avait entreprises pour faire face à cette énigme qui rongait son système nerveux. Il confesse qu'il n'avait pas encore – jusqu'à cet instant précis – véritablement pris conscience du caractère « incurable » de sa maladie. Après cette consultation, il gardait encore l'espoir de poursuivre sa vie sans trop en ressentir la dégradation : « Je prends mes médicaments, mes trucs, pour maintenir quoi, c'est tout. Ça s'arrête là. »

Or, sa santé continuait de décliner fatalement au fil des mois; sa mobilité se réduisait, la dépendance à sa femme et aux autres augmentaient. Face à cette notion d'incurabilité qui devenait de plus en plus consistante, Paul-André s'est organisé et a mobilisé son réseau de connaissances: ces médecins et thérapeutes ne s'étaient-ils et ne s'étaient-elles pas toutes et tous trompés? Mu par cette interrogation, il a fait suivre son dossier à des ami-e-s travaillant dans une unité spécialisée pour le traitement des colonnes vertébrales, qui lui confirmèrent l'inéluctabilité de la progressive paralysie de ses membres. En outre, durant ses séances avec le physiothérapeute qui se déplaçait chez lui tous les lundis soir depuis le début de l'année 2018, il prit encore plus la mesure du développement de sa maladie. Ce thérapeute, lui aussi, a rappelé le caractère fatal, progressif et irréversible de sa pathologie. Il avait déjà suivi une personne souffrant de la même maladie et pouvait sentir au toucher quand le corps de son patient perdait en motricité. En d'autres termes, le petit monde de Paul-André se rétrécissait à vue d'œil. Plus de petite échappée matinale; plus d'apéritif avec ses amis dans son garage pour refaire le monde. Paul-André dormait de moins en moins bien. Il ne pouvait plus se retourner comme il le souhaitait dans son lit, si bien qu'un matin de mars – après une très mauvaise nuit –, il affirme avoir eu la lucidité de poser ce constat: la dégradation de son état de santé devenait trop importante. Il convenait de prendre une décision, maintenant que son dernier espoir de stabiliser sa situation médicale était perdu: «Des fois, ça va. Alors, ce matin, pas du tout. Je vais te dire. [...] Donc quand j'ai pris ma décision, je me suis dit: ils ne se sont pas trompés [les médecins].»

Durant les entretiens, je me rends compte que le récit de ces interactions n'est pourtant qu'une facette de la prise de conscience de la dégradation de son système nerveux. Son corps d'un mètre nonante de hauteur le lui rappelle aussi constamment; j'observe les difficultés que Paul-André éprouve pour s'en rendre maître, ce qui participe vraisemblablement du rapport qu'il entretient avec sa maladie. Bien qu'il dispose d'un lit électrique à domicile, mon interlocuteur ne parvient plus à se lever sans l'aide de sa femme. Paul-André rappelle à ce propos avoir cherché une solution avec le physiothérapeute: «Il a regardé, et il a étudié le cas. Il m'a dit: "Continue de faire comme tu fais avec ta femme maintenant. Il n'y a pas cinquante solutions.»»

Après sa mort, lors de l'entretien que je réaliserai seul avec Nina, cette dernière se remémorera les effets de cette maladie, tant sur le corps de son mari que sur le sentiment de dignité de ce dernier. Paul-André Damar ne m'en avait pourtant jamais parlé, bien trop soucieux, à mon sens, de préserver à mon égard l'image d'un homme fier et déterminé. Le quotidien est pourtant tout autre, sa mobilité très restreinte l'ayant conduit – parmi de nombreux autres épisodes que je trouve dégradants – à devoir se soulager là où il le pouvait. Sa femme racontera cette honte, et cette terreur même, perçue dans le regard de son mari souillé, qu'elle interprète comme une très forte culpabilité de lui faire subir ce genre d'épisode. Ces rappels fugaces d'une intimité troublée du couple éloigneront la représentation que je me faisais du débrouillard bricoleur, qui avait assuré l'entretien des parcs, de l'équipement et des bâtiments d'une entreprise de la région pendant la majeure partie de sa vie professionnelle; d'un homme qui, à l'intérieur de son réseau familial, avait été celui qui résolvait les problèmes techniques; qui organisait, prévoyait autant que faire se peut les choses pour les autres; qui réparait, recyclait et redonnait vie à tant d'objets destinés au débarras.

Durant les mois qui précèdent son décès, je peine toutefois à déterminer une date ou un moment qui aurait agi comme un second point de bascule dans le déroulement de l'histoire, un événement déclencheur le conduisant à solliciter explicitement l'association d'aide au suicide. Paul-André a certes pris conscience des possibilités limitées que le monde médical peut lui offrir; il affirme en outre ne nourrir aucune rancœur quant à l'incapacité de la science à lui prodiguer des soins efficaces, ni à l'encontre d'autres options thérapeutiques d'ailleurs. S'étant inscrit à Exit une année environ avant la pose de son diagnostic, Paul-André s'oriente désormais vers ce qu'il estime être l'unique et ultime solution dans sa situation: se donner la mort. Je lui demande si sa décision d'organiser son suicide assisté fait bien suite à cette succession d'initiatives déçues: «Oui, c'est pile là! Oui, parce que j'ai pensé [pouvoir trouver un remède] encore avec le Chinois [l'acupuncteur]. Mais ensuite, je suis retourné chez le professeur Crosier. Il a vu les ventouses et il m'a dit: «Mais cela n'a rien fait du tout.» Il m'a dit: «Là, il n'y a qu'une solution.» Moi, je lui ai parlé, je lui ai dit: «Il y a Exit!» Mais il ne m'a pas répondu. Parce qu'eux [les médecins], ils ne poussent quand même pas à ça.»

Et dire que, moins d'une année en arrière, recourir au suicide assisté via cette association relevait encore d'une plaisanterie! C'est du moins ce que relève Paul-André, en paraphrasant la discussion qu'il avait eue avec son ex-belle-fille – Fanny Piccand, la première épouse de son fils –, avec qui il entretenait toujours de bons rapports :

Paul-André Damar: «Alors cette fois, je vais téléphoner à Exit!»

Fanny Piccand: «Tu arrêtes avec ton Exit.»

Paul-André Damar: «Mais j'ai envie de partir maintenant!»

Fanny Piccand: «Tu n'en es pas encore là!»

Une année plus tard, Paul-André ne plaisante plus. Il souhaite organiser son suicide, malgré les tentatives de dissuasion opérées tant par cette ex-belle-fille que par son médecin traitant, Hervé Crosier. Il rapporte à ce propos un échange qu'il avait eu avec ce dernier lors d'une consultation en 2017: «Monsieur Damar, Exit, il faut arrêter.» Paul-André relève cependant que ces différents témoins de la progressive dégradation de son état de santé – aussi bien que du caractère inéluctable de sa maladie et de sa détermination affichée – s'alignent désormais sur sa décision qui, selon mon estimation, a été façonnée sur une année environ. J'ai par ailleurs le sentiment que la construction de la détermination de Paul-André de recourir à un suicide assisté est inversement proportionnelle à l'établissement d'une compréhension et d'une légitimité à l'entreprendre chez certains de ses proches, sa belle-fille actuelle et son médecin traitant en particulier.

Quelque temps avant nos rencontres et après avoir abandonné tout espoir de traitement, Paul-André a pris contact avec Exit. Il a téléphoné au secrétariat de cette association et s'est informé des démarches à réaliser pour bénéficier d'une assistance au suicide: faire parvenir différents documents nécessaires à l'évaluation de son cas, à savoir son rapport médical, un formulaire idoine et encore une lettre attestant sa détermination. Ce n'est qu'après l'évaluation de ces documents qu'un premier rendez-vous avec une accompagnatrice pouvait être fixé. Paul-André a aisément et rapidement rassemblé ces documents; son médecin traitant ainsi que le neurologue qui l'avait suivi durant ces dernières années ont tous deux produit un rapport médical attestant le caractère incurable et progressif de sa maladie. Il lui restait à remplir le formulaire et le modèle-type reçu de l'association Exit pour exposer

sa détermination, la constance de son souhait et le fait que sa décision n'était pas influencée par un tiers; il recopia ce modèle, le data et le signa. Il a ensuite fallu deux jours à l'association pour s'assurer de la conformité de son dossier, ce qui a permis de fixer un premier rendez avec une accompagnatrice d'Exit, Héléne. Pour cette dernière, le diagnostic médical de M. Damar – une sclérose latérale amyotrophique – ainsi qu'une condition médicale marquée par une perte progressive de mobilité n'ont laissé aucun doute quant à la légitimité de la demande. Paul-André m'explique alors qu'Héléne lui a décrit le déroulement et l'organisation de cet accompagnement; cette dernière lui a également confirmé accepter le suivre dans cette démarche avant de prendre congé de lui: elle attend désormais que Paul-André entre à nouveau en contact avec elle pour engager la dernière phase de ce processus et fixer une date pour l'organisation de son suicide.

LE POIDS DES AUTRES DANS LA DÉCISION

En ce lundi 26 mars 2018, lors de ma première rencontre avec le couple en présence de l'agent funéraire Gérard Quin, Paul-André est donc assuré de pouvoir réaliser un suicide assisté. Il lui reste toutefois à en déterminer la date. Il en profite pour finaliser dans l'intervalle sa prévoyance funéraire et se montre hésitant quant à la temporalité envisagée. C'est que Paul-André souhaite encore composer avec la volonté, les attentes et les projections de ses proches. S'il a certes répondu par la négative quand Gérard lui a demandé si une date était fixée, je dois ajouter que sa femme est aussi intervenue juste après la réponse de son mari: « On verra, ça ne presse pas! Et puis, tant que je peux faire, je peux faire. Ça devient de plus en plus dur. Il ne peut plus se lever des toilettes, du lit, de la chambre, des fois même de la chaise. Mais tant que je peux le faire, cela ne me gêne pas. »

Je m'aperçois assez vite que la détermination de cette date dépend en première instance de l'évolution de la maladie et de ses conséquences sur le corps de Paul-André; mais cette détermination demeure également suspendue à la capacité de Nina d'assurer au quotidien une certaine qualité de vie pour son mari. Le rôle central que joue sa femme dans la prise en charge – qui relève à mon sens autant d'une affection partagée que d'un devoir de soutien à l'égard de cette figure patriarcale – confère à celle-ci un certain pouvoir d'influencer les décisions tout comme les modalités de

prise en charge de la fin de vie de son mari. L'assistance au suicide ne serait au fond que l'une des options possibles, les soins palliatifs pourraient en être une autre. Mais puisque Paul-André ne souffre pas physiquement des conséquences de sa maladie, la question d'un placement dans une structure palliative ne se pose ni pour lui, ni pour sa femme. Tous deux disent en effet associer les soins palliatifs au traitement de la douleur, ce qui leur paraît en l'occurrence inadapté. Nina relève en outre que l'accompagnement proposé dans ces lieux ne saurait suppléer les soins qu'elle lui prodigue quotidiennement : « Tant que je peux faire moi, à la maison, et que je peux m'occuper de lui, ça va. C'est clair que je peux faire autant que dans un soin palliatif, parce qu'ils ne vont pas le guérir là-bas. »

La deuxième épouse de son fils, infirmière de profession dans un grand hôpital de la région, paraît abonder dans ce sens. Elle conforte Paul-André dans son choix, dans la mesure où – tel que le rapporte encore Nina – « les soins palliatifs ne pourront en aucune manière lui offrir la même qualité d'encadrement et de prise en charge ». C'est pourquoi la fixation de la date du suicide assisté ne semble pas pouvoir être établie uniquement en regard du développement de la pathologie, mais également selon la capacité de sa femme à offrir l'aide et le soutien dont son mari a besoin au quotidien. Tant que cette tâche lui paraît réalisable, Nina affirme ne pas voir de raison de fixer une date, ni d'envisager une alternative à la prise en charge de la fin de vie de son mari. Autrement dit, la détermination de Paul-André de se donner la mort contraste avec la détermination de sa femme à lui assurer une qualité de vie suffisante pour que cette alternative ne soit pas immédiatement discutée. J'observe que Nina cherche à temporiser. Elle ne peut pas considérer d'autres alternatives de prise en charge et n'envisage pas de déléguer son rôle à une personne tierce. Cela convient d'ailleurs parfaitement à Paul-André, qui dit apprécier le confort de son domicile et ne souhaite aucunement être institutionnalisé.

La norme d'un devoir de solidarité envers le conjoint m'apparaît ici de manière très forte, et participe sans doute à la construction de cette décision de recourir à un suicide assisté. Je crois que Nina ne peut se résoudre à l'idée qu'un jour ou l'autre elle ne pourra plus être son seul soutien et qu'elle ne s'imagine pas non plus le voir mourir dans une structure hospitalière. Quelle alternative s'offre à ce couple ? Aux yeux de tous les deux, Paul-André meurt soit dans les bras de sa femme à son domicile, soit des suites de sa maladie

après avoir été placé en institution, une solution que ni l'une ni l'autre ne souhaitent. Comment dès lors apprécier le mieux possible le temps qui reste avant l'incapacité de Nina à fournir le soutien nécessaire, et son possible épuisement? Dans cette configuration, j'associe l'abnégation de Nina – qui semble être désormais acquise à la décision de son mari – au principe clé qui viendra paramétrer la détermination d'une date. En d'autres termes, j'y vois une forme de négociation – parfois implicite – entre les deux membres du couple. Cela se confirme lorsque je demande à Paul-André s'il se sent prêt à réaliser son suicide assisté, une question qui débouche sur l'échange suivant, impliquant aussi Nina :

Alexandre Pillonel: « Vous êtes prêt à fixer une date? »

Paul-André Damar: « Ouais, j'aimerais bien. »

Nina Damar: « Tu as dit que tu voulais attendre après ma fête. »

Paul-André Damar: « Oui, ben ouais. »

Nina Damar: « C'est le 20 mai. »

Paul-André Damar: « Si c'est tous les jours comme ce matin, non alors... »

Nina Damar: « Mais tu attendras quand même! »

Paul-André Damar: « Ouais, j'attendrai. »

Au fond, je note trois échéances corrélées à différents protagonistes qui entrent en jeu entre le moment où Paul-André obtient l'accord d'être accompagné par l'association Exit et la réalisation effective de son suicide. La première implique Nina qui, lors d'un entretien réalisé le 1^{er} mai 2018, évoque cette échéance du 20 mai de la même année. Je précise toutefois qu'au terme de cet échange, Nina a lâché à demi-mot ne pas vraiment vouloir fêter son anniversaire dans ce contexte. Je comprends cet aveu comme une manière de repousser simplement l'inéluctable; comme une sorte d'injonction à ne pas succomber trop vite à la mort, cette adversaire toujours victorieuse au final. Le 20 mai passe donc sans que Paul-André ne lance la dernière phase de la procédure. Son état de santé se maintient et le temps passe au rythme des soins de sa conjointe. Et celui-ci reste autant que possible investi dans ses relations familiales; il est notamment rassuré et heureux de savoir que sa fille, son fils et sa belle-fille ont accepté d'être présent-e-s lors de son suicide.

Paul-André reste toutefois confronté à un deuxième dilemme pour fixer la date. Il dit tout particulièrement apprécier le soutien

de sa belle-fille actuelle dans cette situation, mais celle-ci va s'absenter durant quelques semaines à l'étranger. Paul-André ne saurait se contraindre à accomplir son suicide en son absence et repousse une seconde fois l'échéance. L'été reprenant ses droits sur un printemps finalement timide et maussade, l'école fermant ses portes, les deux enfants du couple organisent en ce mois de juin leurs vacances respectives. Leurs fils et belle-fille s'envolent avec leurs enfants vers les plages de la Méditerranée. Leur fille et son conjoint iront au même endroit, une bonne partie du mois de juillet. Pour Paul-André, il n'est pas question d'organiser son suicide assisté en leur absence, et cela malgré la péjoration de son état de santé. Il est déterminé à attendre le retour de ses enfants, fin juillet. Pour Nina et Paul-André, les journées estivales passent lentement ; les déplacements de ce corps devenu quasiment « squelettique », comme le relèvera Nina, se font plus coûteux en temps et en efforts. Je crains que l'image de soi, la volonté de se battre au quotidien et le sens de cette existence ne leur échappent progressivement. L'épicurisme de Paul-André, et le plaisir qu'il cultivait pour tout ce qui concerne les choses de la table, s'amenuise et tend à disparaître. Ingurgiter des aliments devient un pensum, tel que le soulignera effectivement Nina après sa mort : « Une fois, j'ai dit : "Qu'est-ce que tu aimerais pour dîner ?" Parce que j'allais faire les courses. Il me dit : "J'aimerais bien une entrecôte." J'ai dit "bon", et je lui ai acheté une belle entrecôte. À midi, je l'ai faite, mais il ne l'a pas mangée. »

Cette perte d'appétit ira de pair avec une perte de moral, qui s'exprime de diverses façons. Nina observera que ses journées se résumaient de plus en plus à une courte série d'actions : se lever, regarder la télévision, manger si cela est possible et dormir le reste du temps. Cette contraction des activités du quotidien s'accompagne d'une raréfaction de l'économie générale des interactions qu'entretient Paul-André avec son entourage, y compris avec sa femme. Cette dernière me le confirmera d'ailleurs. Après avoir pris soin de son mari durant plusieurs années, l'avoir vu faire face à l'annonce de l'incurabilité de sa maladie, s'être substituée à lui dans la réalisation de toutes les tâches qui lui incombaient auparavant, avoir constaté la dégradation du corps de son mari et porté au plein sens du terme la progression de sa dépendance, Nina précisera ce qui l'aura le plus touchée durant les quelques semaines avant le suicide de son mari : ses absences. Elle le formulera en ces termes : « Il regardait la télé, et puis je lui demandais : "Mais qu'est-ce qu'il

a dit?” “Oh je ne sais pas!” Il regardait mais sans regarder, il était tout ailleurs. Non, non, il était vraiment au plus bas.»

Entre mes derniers échanges avec Paul-André et son suicide, je me demande aussi quelles réflexions l'habitent. Durant ses dernières semaines, jours et heures, comment est-ce qu'il vit ces moments d'absence? Ne s'agit-il pas d'un prélude à sa propre disparition? Je reste perplexe devant la difficulté à répondre à ces questions et pense que Nina se les pose également. Je crois même que cette dernière est arrivée au point de pressentir ce moment où le fait de vivre ne fournit plus de justification suffisante pour continuer à vivre; ce moment où l'homme qu'elle a fréquenté durant plus d'un demi-siècle lui apparaît en quelque sorte comme un étranger. J'acquiesce même la conviction que ni la dégradation de son corps, ni la charge de travail qui lui incombe pour prendre soin de son mari ne semblent véritablement l'atteindre ou être déterminants. C'est au contraire l'impression de ne plus pouvoir être en sa présence consciemment, de le voir perdu dans ses propres pensées et de n'être plus que face à un corps décharné – dont elle ne reconnaît plus l'occupant – qui nourrit chez elle l'idée qu'il est désormais temps de laisser son mari fixer une date pour la réalisation de son suicide assisté. À la fin de juillet, après le retour des vacances de sa descendance, Paul-André souhaite déterminer une date avec sa femme, qui lui réplique: «Tu fais comme tu veux.» Il appelle alors Hélène, qui propose deux dates: soit le mardi de la semaine qui suit, soit le jeudi. Mardi étant un peu proche pour s'organiser, c'est le jeudi qui est retenu. Un beau matin d'été du mois d'août 2018, Paul-André, en compagnie d'Hélène, de sa femme, de son fils, de sa fille et de sa belle-fille, part finalement «en paix» – comme le relèvera Nina – par suicide assisté.

LA CONSTRUCTION D'UNE DÉTERMINATION LÉGITIME

Durant tous nos échanges, Paul-André a vraisemblablement orienté son récit à mon attention, rythmant ses souvenirs et ses intentions par une succession d'événements ayant à chaque fois permis d'ouvrir un nouveau chapitre de son histoire. Ces enchaînements cohérents m'apparaissent constitutifs de sa décision d'avoir recouru à un suicide assisté. Ils ont révélé dans tous les cas un imaginaire dans lequel cette modalité de mourir est devenue possible; ils ont aussi contribué à forger le mien. J'imagine désormais que la construction de sa décision a suivi un ordonnancement lié au développement

de sa maladie, qui n'avait toutefois pas été perçue comme telle pendant plusieurs mois : rechercher tout d'abord des solutions dans le monde médical et entretenir l'espoir d'un traitement approprié en vue de recouvrer sa mobilité. C'est ce qui avait poussé Paul-André à consulter de nombreux spécialistes, à subir diverses analyses et à suivre plusieurs traitements jusqu'à épuisement des solutions offertes par les sciences médicales. Parallèlement, il s'était inscrit à Exit, sans être vraiment convaincu dans un premier temps de devoir y recourir un jour. Cette adhésion a surtout revêtu un caractère assurantiel, en cas de perte d'autonomie.

Progressivement, Paul-André a pris conscience du caractère incurable et évolutif de sa maladie, sans pour autant perdre espoir de trouver encore un traitement, qui aurait au mieux guéri sa maladie sinon stabilisé sa progression. Il s'est alors tourné vers des techniques et traitements « alternatifs » à la médecine ; il est entré dans une phase plus expérimentale. Mais cet espoir a été une nouvelle fois déçu, et l'idée d'une assistance au suicide s'est faite plus consistante, plus présente sous le poids de la progression inexorable de la maladie. Il a effectué les démarches auprès d'Exit et obtenu l'autorisation d'effectuer un suicide assisté en moins d'une semaine. Il a ensuite attendu le moment adéquat – en fonction de ses proches surtout – pour réaliser ce geste ultime. Si la séquence de cette narration me semble à présent évidente, je cherche encore à y intégrer certains éléments. Ces derniers, qui m'interpellent encore, sont apparus de manière plus anodine, non seulement dans les propos informels échangés, mais aussi dans mes observations des interactions et de l'environnement qui les ont accueillis. Ils renvoient à des expériences passées, à des situations de vie dont la description avait peut-être suggéré, et de manière détournée, l'inéluctabilité d'un choix.

Il s'agit de trois événements qui ont mis en scène une mort ou l'ombre que celle-ci fait planer sur les vivants : le décès de son père ; le suicide de son ancien patron ; un meurtre commis par un amour de jeunesse de sa fille. Lorsque Paul-André relatait la mort de son père, il faisait tout d'abord référence à l'une de ces situations qui semblaient effectives mais rarement assumées : une euthanasie active directe se déroulant dans le secret de la relation médicale entre un patient et son médecin. Paul-André se serait même enquis auprès de son médecin traitant de cette éventualité, refusée tout net par ce dernier. Il aurait vraisemblablement apprécié pouvoir

bénéficier d'un geste similaire. Dans cette perspective, l'assistance au suicide de Paul-André n'est pas sans proximité avec ce souvenir. Le deuxième élément correspond au suicide de l'un de ses anciens patrons. Ce dernier, follement amoureux d'une femme qui ne lui avait pas rendu la pareille, s'est donné la mort par noyade dans les eaux d'un lac. Ce fait divers et ce choix de se donner la mort ont été fortement critiqués par Paul-André: « Pour une nana, ce con-là! » Un amour déçu ne saurait résonner comme un motif suffisant aux oreilles de Paul-André pour se suicider. Le suicide ne récoltait pas les faveurs de Paul-André; avoir vu sur les rails du chemin de fer près de chez lui des morceaux de corps dispersés par le choc d'une locomotive lui avait laissé de mauvais souvenirs. Il déplorait les conséquences d'un tel acte – qu'il qualifiait alors de courageux mais trop égocentrique – sur les proches. Le premier de ces éléments semble ainsi dessiner en contrepoint la légitimité d'une assistance à la mort, tandis que le second indique l'illégitimité d'un suicide pour des raisons sentimentales.

Un troisième élément mérite encore attention. Il concerne indirectement l'une des membres de la famille de Paul-André, sa fille Fabienne. À la grande fierté de ses parents, celle-ci avait rencontré dans sa jeunesse Pierre, un jeune homme de bonne famille. Quelques années plus tard, ce dernier a entretenu une relation avec sa physiothérapeute, une femme dont il était très épris, mais qui vivait avec un autre homme. Pierre ne supporta pas l'idée d'une éventuelle séparation d'avec son amante, enleva la fille de cette dernière et la mit dans le coffre de sa voiture au moment de se faire remarquer par un voisin, posté sur un balcon. Poursuivi par la police, Pierre tua cette jeune fille avant de se tirer une balle dans la tête. Face à moi, Paul-André a dénoncé ce meurtre et ce suicide lâche et coupable. Ce dernier événement, comme les autres d'ailleurs, lui a néanmoins permis de se positionner dans sa décision. Je pense en effet que cette narration de séquences ordonnées liées à son parcours de vie, doublée du souvenir de ces morts, témoigne de son inclination pour une assistance au suicide. Autrement dit, la légitimité de son choix s'est dessinée en creux des considérations qu'il a émises à l'égard des conséquences de l'acte suicidaire en général: après le suicide de son ancien patron, Paul-André a plaint l'épouse qui lui a survécu, cette dernière ayant peu après abandonné l'entreprise familiale ainsi que son logement. Il a également évoqué la dure réalité à laquelle est confronté le personnel des chemins de

fer – sans compter les proches – quand une personne se jette sous un train ; il a constaté enfin les conséquences négatives du meurtre commis par l'ancien petit ami de sa fille et le suicide de celui-ci sur les membres de la famille, les parents tout particulièrement.

En évoquant ces décès, Paul-André a clairement distingué le suicide assisté de la pratique du suicide en général. Je pense que cela explique le fait qu'il a refusé à plusieurs reprises d'associer le suicide assisté à la catégorie de « mort violente » et qu'il n'a jamais utilisé – que ce soit dans les entretiens formels ou informels – le terme même de « suicide » pour qualifier sa démarche. Paul-André a pris soin de différencier cette dernière tant par les causes qui l'ont conduit à accomplir le geste ultime que par les conséquences qu'il s'est représentées sur les membres de sa famille. Le récit que Paul-André a produit en ma présence laisse finalement entendre que sa décision n'a pas relevé d'une quelconque forme de sentimentalisme ni de spontanéité. Une telle décision a plutôt été conditionnée par la dégradation de son corps, la perte de sa mobilité et des rôles sociaux qu'il occupait tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du cercle de ses proches. En analysant ces aspects, je me dis même que le recours à l'assistance au suicide – en tant que promesse d'une alternative possible à une perte de dépendance complète – est apparu comme une solution inéluctable. Je crois au fond que ce dernier n'a jamais désiré mourir. L'option du suicide assisté a plutôt été appréciée au gré du développement des circonstances médicales, des expertises qui en découlaient et des ressources qu'il avait à sa disposition dans son réseau familial, jusqu'à devenir la seule issue susceptible d'apporter à ses yeux – et à ceux de ses proches aussi – confort et réconfort.

Rétrospectivement, je suis enclin à me dire que toutes nos rencontres et tous nos échanges avant son suicide assisté ont par contre débouché sur une forme de surdétermination – à la fois réflexive et prospective – des événements qui se sont passés durant son existence. Quand j'ai rencontré Paul-André pour la première fois avec Gérard Quin, l'agent des pompes funèbres, j'ai rapidement eu l'impression d'une nécessité criante, en l'ayant entendu parler de sa maladie et surtout en ayant observé un corps sur lequel il n'avait qu'une maîtrise partielle. En voyant ce corps – traversé par des spasmes incontrôlés – et ce visage qui se crispait en autant de grimaces, je me suis fabriqué un premier imaginaire qui ne semblait devoir demander aucune autre forme de justification. Je

me suis ensuite aperçu, en partageant un espace d'intimité avec lui sur le long terme, que Paul-André reconstruisait son passé en insistant sur certains événements, certainement pour éclairer sa propre volonté de se donner la mort dans un futur proche. À mon sens, il ne l'a pas uniquement fait pour rendre explicites les liens entre une série d'événements, mais aussi pour fonder la légitimité d'une pratique sociale – l'assistance au suicide – qu'il considérait lui-même avec circonspection.

Comme si la démonstration de son corps ne suffisait a priori pas pour ses interlocuteurs et interlocutrices – en particulier sa femme, ses proches, l'agent funéraire ou encore moi-même –, Paul-André a cherché à faire état de sa détermination, qui n'a jamais été pleinement linéaire ni constante, mais a aussi été traversée d'hésitations et de doutes. Indécision et indétermination ont fait partie de la constitution de l'imaginaire du possible de cette assistance au suicide. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que s'engager dans une telle démarche n'est pas sans générer d'autres formes d'incertitudes : comment va se dérouler l'assistance au suicide ? Combien de temps cela va-t-il prendre ? Et est-ce que la substance létale est amère ? Ce que je parviens à décrire ici ne saurait donc se résumer à un calcul entre pertes et profits. Le suicide assisté de Paul-André ne me paraît pas concevable comme le résultat d'un choix, mais comme la finalité *ex post* d'une trajectoire qui a été marquée par l'horizon d'une mort certaine compte tenu de l'incurabilité de la maladie et du désir de Paul-André de conserver – notamment par le biais de nos rencontres – un sentiment de dignité jusqu'à la fin.

ÉVIDENCE, SURDÉTERMINATION ET INDÉTERMINATION

L'histoire de Paul-André Damar témoigne de la singularité d'un parcours de vie, d'une configuration familiale spécifique et de réflexions personnelles relatées dans le cadre d'une série de rencontres et d'observations réalisées pour le compte d'un travail ethnographique visant à approcher au mieux l'imaginaire du possible de l'assistance au suicide. La description de ce cas principal – emblématique d'un ensemble d'enjeux rencontrés au cours de notre étude – évoque une diversité de facettes de cet imaginaire qui paramètre la phase initiale d'un processus conduisant à se donner la mort avec l'assistance d'une tierce personne. Il convient à présent d'exposer une série de cas secondaires qui font ressortir

de manière plus affirmée les différentes tonalités de cet imaginaire : évidente, surdéterminée et indéterminée.

Il ne s'agit aucunement de revendiquer des liens de causalité, ni de faire entrer une réalité dans un modèle. Car ces trois formes de l'imaginaire coexistent souvent et se modifient au fil du temps, tel que cela ressort bien de l'expérience de terrain vécue et rapportée précédemment. L'objectif tient par conséquent dans l'accentuation de chacune de ces facettes pour témoigner de l'effort collectif et interprétatif des quatre membres de notre équipe de recherche, qui n'ont eu accès que de manière indirecte aux situations documentées par chacun-e des autres collègues : par le biais de discussions orales, d'entretiens enregistrés, de retranscriptions et de notes de terrain. L'écriture – même révisée en profondeur et retravaillée à huit mains dans toutes les parties de cet ouvrage, y compris donc l'histoire de Paul-André – parviendrait-elle à faire converger tous ces imaginaires ? Et suffirait-il pour y parvenir de passer d'un récit à la première personne du singulier au nous qui reflèterait une voix uniforme et concordante dans le travail d'analyse et d'interprétation ? Un tel saut serait trop abrupt et certainement insuffisamment fidèle aux réalités vécues dans chaque expérience de terrain. Pour refléter cet écueil et rendre justice au fait que chaque chercheur-e aspire à objectiver les « bonnes raisons » pouvant sourdre de ces imaginaires du possible en matière d'assistance au suicide, l'option a été prise, dans la restitution de ces cas secondaires, de créer l'artifice d'un narrateur ou d'une narratrice – l'équipe de recherche, incluant aussi la personne ayant mené les observations de terrain – qui se permet de commenter ce qui a été vécu puis documenté par l'un-e ou l'autre d'entre nous avec l'usage du « tu ».

ÉVIDENCE: GERMAINE STALLIAN

Face à une maladie dégénérative incurable ou face à d'importantes souffrances, exprimer le souhait d'en finir paraît plausible. Or, pourquoi opter pour une assistance au suicide et choisir précisément ce moyen-là plutôt qu'un autre pour vivre sa fin de vie ? Tes rencontres avec Germaine Stallian – dont le suicide assisté sera décrit en détail dans la première partie du chapitre 3 – montrent que pour cette femme autant que pour sa fille, pour l'accompagnatrice d'Exit et pour toi-même, Alexandre, une certaine logique semble avoir traversé son imaginaire du possible : à la fois son caractère affirmé et son environnement social ont nourri vos impressions selon laquelle cette femme avançait de manière déterminée. Une évidence.

En 2018, Germaine fête ses 78 ans. Elle habite un petit village de montagne, éloigné de toute commodité. La vue depuis le balcon de son chalet offre un incomparable panorama sur la plaine du Rhône et sur l'une des vallées adjacentes. Au printemps de cette même année, Germaine contacte Exit. Quelques jours plus tard, Hélène, l'accompagnatrice désignée, te propose au travers d'un échange téléphonique de te joindre à elle pour rendre visite à cette femme. Lors de cet échange, puis durant le voyage qui te mènera avec elle au domicile de Germaine, Hélène insiste sur un élément qu'elle estime de grande importance : cette personne souffre d'un double problème médical, un alzheimer et un cancer. Elle t'indique qu'au vu du risque de neurodégénérescence associé à la perte progressive de la mémoire et, corollairement, de la potentielle perte de capacité de discernement – un prérequis pour accéder à une assistance au suicide –, cette situation revêt une certaine urgence. Hélène te fait de plus remarquer que l'inscription de Germaine à Exit a suivi l'annonce du diagnostic d'alzheimer et qu'il importerait de déterminer une date pour la réalisation du suicide assisté durant la discussion.

C'est Marie, la fille de Germaine, qui vous accueille en entrant dans le chalet. Les premiers échanges sont courtois. Tu ne rapportes aucune solennité ni pathos. Tu visites le logement avec Marie et Hélène, tandis que Germaine se prépare de son côté. Si le chalet a eu abrité jusqu'à sept personnes, seules ces deux femmes y habitent aujourd'hui. Un petit vestibule ouvre sur les escaliers qui mènent aux étages inférieur et supérieur ainsi que sur le salon, dans lequel tu entres. Cette pièce comporte principalement des meubles en bois, dont la patine témoigne et de leur usage et de leur ancienneté. Tu trouves magnifique le grand poêle au milieu de ce salon ; celui-ci chauffe beaucoup selon Marie, qui plaisante sur le fait d'avoir toujours trop chaud, au contraire de sa mère. Une télévision ébruite quelques sons inaudibles au fond de la pièce, en face d'une petite table basse et d'un canapé d'apparence confortable. La salle de bains est adaptée aux besoins d'une personne âgée, avec une douche à l'italienne, des commodités abaissées, deux lavabos et de la place en suffisance. La cuisine s'ouvre à l'américaine sur le salon. Diverses références à l'Amérique se laissent d'ailleurs observer ici et là, ce qui s'explique par le troisième et dernier compagnon de Germaine : alors veuve, elle avait rencontré sur le tard un veuf qui lui avait donné l'occasion de réaliser deux séjours aux États-Unis alors qu'elle n'avait auparavant jamais quitté son village. Après y avoir

vécu quelques mois, dans une maison de campagne avec jardin, Germaine – ne parlant pas un mot d'anglais – a toutefois dû quitter cette maison pour un appartement. Gagnée par l'ennui, elle est retournée vivre en Suisse, dans ce chalet qui avait été construit en bonne partie par son deuxième mari.

Si cela fait maintenant trois ans que Germaine a été diagnostiquée avec un alzheimer, elle demeure autonome: elle fait son ménage et se prépare à manger. Sa mémoire te semble encore tout à fait fonctionnelle. Germaine regrette cependant que son permis de conduire lui ait été retiré – un événement sur lequel elle reviendra à de nombreuses reprises dans tes discussions avec elle –, puisqu'elle dépend désormais de ses proches pour les transports en ville. Tu soupçonnes quand même le fait qu'elle mélange certaines dates ou séquences d'événements de son parcours de vie lorsqu'elle le raconte. Marie supplée – le cas échéant – certaines hésitations en terminant les phrases de sa mère ou en réordonnant diverses séquences que cette dernière évoque avec aisance et clarté, le sourire toujours aux lèvres. Tu décris Germaine comme une femme plutôt maigre, de taille moyenne; à la vue de ses cheveux courts, tu l'imagines suivre un traitement par chimiothérapie, et la considères surtout comme consciente de ses propres défaillances. Elle précise d'un air amusé qu'elle ne se rappellera vraisemblablement pas de ton nom à la suite de ce premier échange, qui se déroule autour de la table de la salle à manger. Une table en bois clair, typique de cette région.

Une fois que vous êtes installés, Hélène prend la parole et mène l'entretien. Elle se présente, pose des questions à Germaine et à sa fille; elle leur transmet des informations sur l'organisation d'un suicide assisté. Tu notes au passage, lors de sa présentation, le parcours de cette accompagnatrice, qui a tout d'abord été assistante en pharmacie avant de s'engager comme bénévole auprès de personnes âgées pour la Croix-Rouge. Elle a ensuite orienté son action vers Exit, ce qui l'occupe à présent. Hélène poursuit la discussion en relevant la problématique de la maladie d'Alzheimer. Elle précise que ce diagnostic empêche dans certains cas la réalisation d'un suicide assisté, en donnant l'exemple de plusieurs situations limites où la capacité de discernement des personnes n'avait pas pu être établie. Hélène rappelle en outre les dispositions légales en la matière, ce qui – à tes yeux – ne semble pas inquiéter Germaine. Elle se renseigne ensuite sur son entourage et l'éventuelle influence de ce dernier sur sa demande de recourir à l'assistance au suicide.

Vous apprenez qu'en plus de Marie – qui prend soin tous les jours de sa mère –, Norbert, seul survivant d'une fratrie de quatre frères et sœurs, vient régulièrement avec sa femme Nadine depuis l'autre bout du village pour lui tenir compagnie et l'aider. De son côté, Germaine parcourt à pied le kilomètre qui la sépare de la ferme de son frère, et traverse régulièrement ces décors bucoliques qu'elle dit tant aimer.

Concernant la configuration familiale, en plus de Marie, Germaine a eu trois enfants; l'un d'eux est décédé d'une insuffisance cardiaque à l'âge de 22 ans, dans son lit. Les deux autres – David et Georges – n'habitent pas le même village, mais sont tout à fait informés du projet de leur mère. Tout semble donc clair pour les membres de sa famille. Tu estimes que Germaine regrette, paradoxalement, que sa requête ne suscite guère de résistance de la part de ses proches; elle semble associer leur attitude à un désintérêt à l'égard de sa propre mort, dans la mesure où ces derniers ne lui auraient jamais reproché ce choix. Tu penses que Germaine est perturbée par l'impression d'extrême banalité que revêtirait sa décision de se donner la mort de cette façon. C'est le fait que tout le monde – y compris ses petits-enfants – soit au courant de sa démarche sans que Germaine soit sûre de savoir qui sera présent au moment même d'accomplir le geste final qui te met la puce à l'oreille. Mais peu importe. Germaine vous dit craindre avant tout – ce qui t'apparaît comme une première justification à son intention d'en finir – d'être placée dans un établissement médico-social. Elle relate les expériences d'amies qu'elle a vues dépérir dans ces lieux. Se voulant rassurante, Hélène souligne que les établissements actuels ont fait beaucoup de progrès, ce qui ne te semble pas vraiment convaincre Germaine. Cette dernière affirme surtout ne plus vouloir «casser les pieds de sa fille plus longtemps», ce que Marie rejette sur un léger ton de réprimande: «Non, ça n'est pas une bonne raison!» Germaine se montre plus insistante et déterminée: elle veut recourir au suicide assisté, cette option n'étant pas nouvelle ni individuelle; elle relève que son frère, sa belle-sœur ainsi que sa propre fille sont également inscrits auprès d'Exit.

Reprenant le fil de son histoire de vie, Germaine évoque le décès de sa mère, morte à l'âge de 48 ans, et indique s'être mariée une première fois avec un alcoolique. Ils ont tenu ensemble un bistrot dans son village natal et ont eu quatre enfants. Leur union s'est ensuite dégradée et a débouché sur un divorce. Germaine a conservé le café

et s'est remariée quelques années plus tard pour « couler des jours heureux » – comme elle le relève – dans leur nouveau chalet, qui a accueilli cette famille recomposée. Mais son deuxième mari est décédé en 1998, quelques années après son fils. Tu sens que cette double confrontation à la mort a été marquante pour cette femme, qui rappelle aussitôt sa joie de partager la compagnie de ses trois petits-enfants, deux filles âgées de 22 et 18 ans et un petit garçon vivant dans le sud de la France. Sur ces entrefaites, Germaine fait part de son état de santé. Elle évoque un mal de dos récurrent, sorte d'héritage des longues journées de travail passées durant sa jeunesse dans les champs pentus. Elle se dépeint comme ayant été une jeune fille « maigrelette » qui ployait sous le poids des « valamonts », des fagots de paille. Elle résume son propos en soulignant que « la vie est passée, et que ça a été douloureux », en ajoutant « entre rages et bonheurs ». Elle affirme avoir « eu des années heureuses » après avoir rencontré ce veuf américain, plus âgé qu'elle d'une quinzaine d'années et qui lui aura fait découvrir d'autres horizons. Marie l'aide à cet instant à reconstituer le récit de son aventure outre-mer. Tu comprends que Germaine a vécu dans une ferme avec des animaux, dans de vastes espaces inhabités, ce qui lui plaisait beaucoup, avant son retour au village.

La description condensée de cette histoire de vie, dont la confusion a été passablement palliée par les interventions de sa fille, conduit Hélène à lui faire préciser l'avènement et le développement de sa maladie d'Alzheimer. Germaine revient sur le diagnostic émis par un médecin psychiatre, avec lequel elle dit s'être fâchée, et sur le retrait de son permis de conduire comme première conséquence ; tu sens qu'elle garde un souvenir amer de cet épisode. Mais Marie la contredit, estimant que l'intention de ce médecin était plutôt bienveillante et que sa décision avait été la bonne. Tu te rends progressivement compte, avec ce genre d'intervention – ce qui se confirmera surtout après le suicide de Germaine, en discutant une nouvelle fois de ces aspects avec Marie – que cette dernière atténue du mieux qu'elle peut les conséquences de la maladie sur le quotidien de sa mère. Dans ce contexte, Hélène précise que la réalisation d'un suicide assisté demeure un suicide et rappelle que sans capacité de discernement, il ne sera pas possible d'y prétendre ; elle en profite aussi pour s'enquérir de la confession et des pratiques religieuses de Germaine, qui se définit comme catholique non pratiquante :

Hélène Kaplan: «Vous comprenez qu'Exit, c'est une forme de suicide?»

Germaine Stallian: «Ah oui, bien sûr!»

Hélène Kaplan: «Mais par rapport à votre religion, ce n'est pas un problème?»

Germaine Stallian: «Je n'ai aucun souci pour l'après.»

Germaine en profite pour évoquer les raisons qui la conduisent à cette décision: «Je n'ai plus envie de vivre. Je me sens fatiguée, tout le temps; je suis crevée, tout le temps. Je dors bien.» – «Oui, mais avec des somnifères!» ajoute sa fille. À quoi sa mère répond: «Je suis bien quand je suis dans mon lit. Je ne pense plus à tout cela.» Germaine poursuit ses explications en relevant que «la mort n'est pas chose effrayante». Elle dit ne pas en avoir peur – «Ce n'est pas une affaire de boire quelque chose et de partir!» – et vous lance un «Je ne suis plus bonne à rien». Cette dernière expression suscite de vives réactions tant de la part de Marie que d'Hélène. Sa fille lui rétorque: «Tant que tu es autonome, c'est bon!» À quoi Germaine répond une nouvelle fois: «Je n'ai pas peur de la mort.» Tu comprends que tout est très clair pour Germaine, dont deux frères sont déjà partis avec une assistance au suicide. La mort ayant déjà frappé plusieurs membres de la famille, sous une forme ou une autre, elle te semble même avoir été collectivisée et faire l'objet de nombreuses réflexions. Germaine a perdu deux conjoints, deux frères, ses deux parents et un fils de 22 ans. Ces décès font entièrement partie de son chemin de vie, si bien que tant la mère que la fille que vous rencontrez à cet instant convergent pour revendiquer le caractère réfléchi de la décision.

Hélène souligne dans la foulée que ce type de mort demande une certaine forme de courage; que ce sont plus souvent les femmes que les hommes qui recourent à l'assistance au suicide. Germaine rebondit en faisant remarquer que «l'on doit être libre de ses pensées et que, dans tous les cas, il n'y a personne dans cette maison et dans cette famille qui oserait contrarier cette décision». Cela fait aussitôt dire à Marie: «C'est une femme de caractère!», ce qui dénote à tes yeux une manière subtile d'indiquer que le recours au suicide assisté n'appartient qu'à elle. Tu te dis que cette femme est particulièrement déterminée; que son sentiment d'être une charge au quotidien pour les autres ainsi que son désir de partir avant d'avoir complètement perdu son autonomie et ses capacités cognitives, tout comme sa hantise de terminer ses jours dans un établissement médico-social,

constituent autant d'éléments ne faisant que mettre en exergue l'évidence de sa volition.

Mais la détermination de Germaine reste encore conditionnée par la dépendance qui la lie à ses proches. Tu te doutes qu'organiser son assistance au suicide constitue une précaution consciente de sa part – et une justification supplémentaire – pour ne pas épuiser ses proches et surtout pour tenir à distance le spectre d'une pleine dépendance. Tu formules l'hypothèse que Germaine reste prise entre deux normes contradictoires: une première lui enjoignant de respecter le principe d'indépendance et la liberté de choix; une seconde la rappelant au devoir de solidarité, elle qui a dû suppléer sa mère dans l'éducation de ses frères durant sa jeunesse. Cela n'est pas sans créer – penses-tu – une ambiguïté dans la démarche à entreprendre. Ce point ressort manifestement lorsqu'Hélène évoque l'éventuelle présence des proches le jour même du suicide. À cet instant, tu ressens une tension entre un puissant désintérêt concernant le déroulement de sa propre mort et l'inquiétude que tu lis sur son visage lorsque le doute prévaut quant à la présence des personnes qui lui sont chères durant ce moment. Tu associes les larmes qui embrument brièvement son regard à son espoir de voir ses enfants, ses frères et ses ami·e·s autour d'elle ce jour-là. Ton imaginaire sociologique, quelque peu emprunté face à cette contradiction, trouve une résolution dans le scénario suivant: cette ambiguïté résulterait de l'expérience de vie de Germaine, qui a grandi dans une famille très solidaire, mais a ensuite construit des liens familiaux plus éclatés et recomposés. Son récit ne fait d'ailleurs que très rarement état de ses parents; il focalise par contre sur le nombre décroissant de membres de la famille – sept, puis cinq, puis trois et enfin deux – habitant le chalet. De plus, son réseau affinitaire reste marqué par les départs, les ruptures, les émancipations et les décès. Germaine a appris à vivre dans un système de liens affectifs à la fois dispersés et ciblés, sans pour autant abandonner le souvenir rassurant d'un modèle familial élargi empreint de solidarité.

Tu constates que Germaine n'a jamais mentionné la tristesse comme raison valable de recourir à l'assistance au suicide. Elle souligne, certes, que sa vie a été dure la plupart du temps; qu'elle s'est mise au service d'autrui – ses maris, ses enfants, ses parents, les client·e·s de son café – sans avoir pu bénéficier d'un temps pour elle-même ni envisager s'engager dans quelque loisir. Ce dernier terme n'évoque pas grand-chose pour elle. Cela se confirme dans le fait que sa propre

vieillesse n'est jamais décrite comme cet espace tant attendu pour réaliser toutes ces choses qui étaient continuellement repoussées auparavant. Tu retiens de ces rencontres que la source du bonheur de cette femme provient désormais de son rapport casanier à son espace de vie. Germaine relève avant tout aimer être indépendante et en bonne forme, tout en gardant prise sur son environnement proche. Ne pouvant plus jouir pleinement de son autonomie, elle vous lance cette affirmation : « Rester en vie ne fait plus sens. »

En discutant avec ses proches, tu reconnais pourtant que l'esprit de famille demeure fortement présent dans cet environnement. Si Germaine cultive l'habitude de rester chez elle – à l'instar de ses parents ou de ses propres enfants aujourd'hui –, les visites à son domicile restent fréquentes. Germaine dit apprécier partager son espace de vie, si bien que tu te rends compte que ce qui la gêne tient moins dans la perte de maîtrise de ce dernier que dans le fait de s'y retrouver seule : malgré ces visites, sa compagne quotidienne reste l'ennui. Elle te décrit combien ses journées passent lentement : elle se couche dès 19h, alors que sa fille vient à peine de rentrer de son travail. Tu ne peux pas t'empêcher de penser que la nuit lui est plus agréable parce que le sommeil accélère le temps et lui donne un moyen d'oublier un peu ce sentiment de solitude qui colore son quotidien.

Lorsque tu compares l'histoire de Germaine à celle de Paul-André, bien que chacune se comprenne selon un rétrécissement de leur possibilité de vie, tu y vois deux formes distinctes de détermination. Chez Paul-André, au fur et à mesure des échanges tu constates que la détermination s'est plutôt construite à partir d'événements passés, ceux-ci ayant pesé sur la décision de recourir à l'assistance au suicide. Chez Germaine, au contraire, le chemin te paraît suivre une autre orientation. Si sa condition médicale, générant un retrait de permis comme premier jalon d'une perte progressive de son indépendance, ne suffit pas à apprécier l'imaginaire qui a travaillé de manière chronologique et linéaire la décision de cette femme, c'est plutôt son rapport au quotidien, lors duquel la possibilité de profiter de son environnement en toute indépendance s'amenuise, qui vient peser dans la balance. Les éléments du passé – rendus confus par la maladie d'Alzheimer – prennent moins d'importance que la raréfaction des liens complices et aimants qu'elle entretient avec les membres de sa famille en compensation d'une vie décrite comme harassante dans sa globalité. Tu en veux pour preuve le souhait de

Germaine – exprimé de manière récente et sans justification – de ne pas réaliser son suicide assisté avant de passer un dernier été chez elle.

Raccompagné par Marie dans sa voiture au terme de cette rencontre, tu en profites pour la questionner à ce propos. Tu relèves que la fille reste dubitative sur les raisons qui poussent sa mère à réaliser son suicide en automne : « Durant l'été, c'est plus facile pour Maman. Elle marche plus, voit plus de monde. » Tu te rappelles que l'été est la saison préférée de Germaine, qui aime se prélasser sur sa terrasse tout en admirant au loin les coteaux verdoyants ; humer le doux parfum de l'herbe fraîchement fauchée ; entendre les bruits d'une nature préservée de l'industrielle humanité. À la fin de l'été 2018, tu assistes pourtant bien, comme une évidence, au suicide assisté de Germaine, qui – atteinte par ailleurs d'un cancer dont elle a peu parlé – venait de subir une mauvaise chute, l'ayant privée non seulement de sa mobilité, mais aussi et définitivement de sa promenade journalière autour de chez elle.

SURDÉTERMINATION :

BABETTE LECOULTRE, JUAN GOMEZ ET MARIA SANTI

Chercher à comprendre la décision de Germaine aussi bien que celle de Paul-André nourrit un imaginaire distant de plusieurs tendances statistiques : tous deux restent éloignés de l'idée selon laquelle l'assistance au suicide reste avant tout l'apanage d'individus disposant d'un niveau de formation élevé, en milieu urbain et sans affiliation religieuse. La situation de Babette Lecoultre, que tu as documentée, Anthony, se rapproche davantage de ces dernières caractéristiques. Or, moins que la signification de ces variables sociologiques, ce sont les séquences de son récit de vie qui te semblent avoir marqué son imaginaire du possible : les événements passés, certains décès en l'occurrence, y apparaissent de manière récurrente ; surdéterminée en somme.

Tu rencontres Babette en avril 2016, dans une résidence pour personnes âgées de haut standing social en banlieue parisienne. Cette femme âgée de petite taille – qui a accepté de te rencontrer par le biais de l'association bâloise Lifecircle – te frappe d'emblée par son comportement vif et direct pour expliquer la façon dont elle envisage la réalisation de son suicide assisté, en Suisse. Lors de cette première rencontre, elle ne peut pas s'asseoir ni rester debout plus de quelques minutes. Elle est allongée sur son canapé ; tu t'installes sur un siège

proche de ses pieds, face à elle en diagonale. Tu apprends que Babette était déjà censée mourir six mois auparavant, avec l'aide de sa fille Françoise, qui avait aidé à organiser l'assistance nécessaire. La date approchant, Françoise a cependant changé d'avis et expliqué à sa mère – tel que te le rapporte cette dernière – qu'elle ne souhaitait plus la voir mourir ainsi, qu'elle préférerait une « mort naturelle ». Babette te raconte avoir imaginé un plan B : son suicide aura lieu ici même et sera réalisé à l'aide d'un stock caché de médicaments. C'est son plan d'assurance en quelque sorte ; dans ce cas de figure, sa petite-fille aurait donné son accord pour l'accompagner. Aucune date n'a par contre été communiquée, pour prévenir toute accusation contre elle, la pratique étant illégale en France.

Les résident-e-s de cette institution ont l'habitude de côtoyer la mort. Un résident est d'ailleurs décédé ce matin, ce que tu as constaté dans l'entrebâillement d'une porte à ton arrivée. Ce lieu de vie est fréquemment marqué par l'affichage d'annonces de décès sur un tableau situé dans les espaces communs. Tu passes des heures entières avec Babette. Vous parlez toute cette après-midi, en faisant des allers et retours entre son état physique actuel – passablement dégradé –, sa douleur et sa famille. Les discussions portent sur le rôle de sa fille, qui l'a tout d'abord aidée à organiser sa mort, avant de se rétracter et d'interférer même dans le bon déroulement du projet. Vous parlez encore de la façon dont Babette a élevé ses enfants – en bas âge lorsque survint la mort de son mari – et appris à parler couramment tant l'allemand que l'anglais grâce à l'éducation reçue par ses parents. La maîtrise de ces deux langues lui a permis de trouver du travail, une fois veuve, au siège parisien d'une grande entreprise.

Mais tu regardes l'heure. Il est presque 6 heures du soir. Tu t'inquiètes d'arriver en retard pour aller chercher ton fils à la crèche. Les trépignements de ton corps sur le siège témoignent d'une certaine agitation :

Babette Lecoultré : « Il faut que vous partiez ? »

Anthony Stavrianakis : « Je suis désolé mais oui, la crèche va bientôt fermer. »

Babette Lecoultré : « Elle [sa fille] ne voulait pas dire aux gens comment j'allais mourir. »

Anthony Stavrianakis : « Pourquoi ? »

Babette Lecoultré : « La honte ! [Comme si Babette s'adressait alors à Françoise, elle poursuit :] "Pourquoi tu te soucies de ce

que les gens pensent? Si je devais me soucier de ce que les gens pensent, je serais partie il y a longtemps.” La honte, c’est très difficile. J’ai dû faire face à beaucoup de honte.»

Cette affirmation génère chez toi une certaine confusion :

Anthony Stavrianakis: «Hum... Je ne suis pas totalement au clair sur la nature de la honte dont vous parlez.»

Babette Lecoultre: [Elle soupire et attend un moment avant de reprendre] «Mon père était pilote pendant la Première Guerre mondiale. Imaginez, à l’époque, les avions étaient vraiment quelque chose! Vous aviez quelques leçons et puis hop, vous deviez vous y mettre. Et c’était un très très bon pilote. Il volait avec les Américains. Pendant la Seconde Guerre mondiale, il a dû sauter en parachute derrière les lignes ennemies. Il est devenu un agent double. Il a été abattu en 1945. On les a fait marcher vers le sud, puis on les a exécutés. [Silence.] Mais maintenant, vous devez aller chercher votre fils.»

Tu la remercies d’avoir partagé cette séquence avec toi, avant de prendre congé. Tu repars avec cette image de Babette allongée sur son canapé, avec sa colère, sa déception envers sa fille et l’histoire de son père. Ces divers éléments s’installent et s’organisent, par effet de contraction, comme une trame de fond. Tu te les remémores continuellement pour revivre les circonstances et les contenus de cette première rencontre avec Babette. Se tisse alors au cœur de ton imagination une sorte de synthèse passive entre la narration d’une mort passée et la mise en scène de son attitude actuelle envers la fin de vie – son orientation, son plan – pour réaliser une mort volontaire. Cette narration est-elle un signe de sa détermination? Peut-être. Tu y perçois du moins l’expression de sa souffrance physique, de son caractère affirmé, de sa relation avec la mort de son père. En somme, c’est cette narration qui mérite d’être considérée comme un signe: elle te transmet une idée quant à la compréhension du projet de Babette de se donner la mort plutôt que d’expérimenter une autre fin de vie.

Durant la recherche, plusieurs rencontres avec des personnes souhaitant mettre fin à leur vie – à l’instar de Babette – ont balayé l’évidence d’une explication de leur décision au vu des ambitions d’une recherche de les comprendre. Cela pose la

question fondamentale de la « réalité psychique » du désir, assemblage d'éléments conscients et inconscients constituant cet imaginaire qui sous-tend le matériel verbal et gestuel collecté. C'est du moins ce que tu as observé, avec Babette notamment. Ces potentiels « processus défensifs » semblent avoir imprégné cet imaginaire et alimenté un désir non pas de mourir tout court, mais de mourir *de cette façon-là*. Non seulement la présence d'images dans l'histoire racontée par Babette, mais aussi la forme imaginée prise par l'exécution de son père t'offrent la possibilité de constituer un rapprochement, tout au moins une interprétation : tu aperçois un lien entre la mort de son père et la honte à laquelle Babette dit avoir fait face sa vie durant, honte qui te semble même constitutive de son caractère. Cette honte influencerait sa projection de mettre un terme à sa vie. Tu crains toutefois d'instiller ici un lien trop actif entre la force des expériences passées et l'élaboration d'une décision dans le présent.

Il se pourrait bien que ce soit le cas. Il demeure pourtant tentant d'effectuer des rapprochements similaires en analysant d'autres cas. Tu penses bien sûr à celui de Paul-André, mais pas seulement. À maintes reprises encore, dans tes propres conversations et observations, la condition médicale généralement associée à une demande d'aide à mourir a progressivement laissé place à la réminiscence d'images du passé, sans exclure d'autres pistes interprétatives. Tu as rencontré Juan Gomez, cet homme d'une soixantaine d'années rencontré alors qu'il n'était pas malade mais simplement membre depuis dix ans d'une association pour le droit de mourir dans la dignité, en Suisse. La façon dont Juan concevait son éventuel départ par suicide assisté te paraît emblématique du principe de cette surdétermination de l'imaginaire du possible. Cet homme, établi dans une petite commune lémanique, avait commencé par raconter son expérience au Centre hospitalier universitaire vaudois, situé à Lausanne, à propos d'un problème cardiaque. Il avait l'impression que personne ne l'avait écouté et comparait cette institution à une machine, à une « usine de chair remettant en place des pièces cassées ». Dans son récit biographique, cet événement l'a convaincu de la chose suivante : jamais il n'accepterait de vivre une situation où des machines le maintiendraient en vie contre sa volonté. Tu as considéré qu'il s'agissait là d'un élément discursif sous forme de « contre-exemple », souvent énoncé par les personnes qui sollicitent une aide à mourir. Cette intuition était présente de manière hypothétique dès le départ de la recherche, comme dans beaucoup d'autres études d'ailleurs : ne

pas vouloir mourir d'une certaine manière; ne pas vouloir mourir «comme ça», où le «ça» indexe une expérience négative avec le milieu médical. Ces expériences négatives sont souvent citées comme l'une des principales raisons pour lesquelles les gens adhèrent à des associations pour le droit de mourir dans la dignité. Surtout ne pas mourir d'une façon que ces adhérent-e-s n'auraient pas souhaitée!

La discussion entre Juan et toi s'est poursuivie. Tu as repris la chronologie de son histoire et lui as notamment demandé de revenir sur l'une de ses affirmations relatives à cette hospitalisation: celle-ci a-t-elle constitué le paramètre central de cette détermination? En dehors de cette expérience, d'autres événements n'étaient-ils pas entrés en jeu? Après avoir réfléchi un instant, il a commencé à parler du décès de son père, survenu bien avant son problème cardiaque. Il a raconté en détail sa fin de vie, puis commenté le fait qu'il n'avait jamais imaginé auparavant de lien entre la démarche qu'il souhaitait mettre en œuvre et cet événement biographique. Juan a reconnu que cela pouvait néanmoins faire sens pour expliquer son inscription à Exit. Il a rappelé à ce propos avoir grandi au sein d'une famille de médecins. Pendant son adolescence, il s'était éloigné de sa famille et de l'Espagne fasciste pour faire sa vie d'abord au Maroc, puis en Suisse. Quand il a appris que son père était mourant, il est allé le voir dans sa ville natale. Ce dernier était cloué au lit depuis des mois; il avait petit à petit cessé de s'alimenter et de s'hydrater. Il était clair pour Juan que son père était en train de mettre fin à sa vie intentionnellement, lentement, «comme Bouddha»: «Il était en train de faire un "exit" sur lui-même. Moi, je ne suis pas assez courageux pour faire ça. C'est pourquoi j'ai besoin d'Exit.»

C'est en reliant ces séries de cas, aux motifs répétitifs, que ton imagination voit dans les évocations de ces morts passées non plus de simples souvenirs, mais une manière de donner forme aux images tant d'une mort future que des modalités de son anticipation, voire de son organisation. Pour renforcer cet argument, un dernier exemple de surdétermination est celui de Maria Santi, que tu as encore rencontrée. Cette dernière était également de nationalité espagnole, mais a grandi en Suisse, contrairement à Juan. Elle a vécu de nombreuses années à Londres, en tant que femme d'affaires, alors prospère quadragénaire. Souffrant d'une forme grave et débilitante de maladie intestinale, elle a un jour décidé de mettre un terme à sa vie par suicide assisté. Au moment de ta rencontre avec Maria, elle avait déjà reçu le feu vert d'une association d'aide à mourir.

Tu lui as demandé comment elle en était arrivée à la conclusion qu'elle devrait mourir en Suisse par suicide assisté et, surtout, comment cette décision s'était précisée compte tenu de ce qu'elle pensait de sa maladie. En guise de réponse, Maria t'a relaté la fin de vie de sa mère, qui avait « oublié » de mettre de l'ordre dans ses affaires avant sa mort. Cet « oubli » a généré des jours pénibles pour Maria, qui a dû effectuer le suivi administratif du décès de sa mère, ce qui lui a « pris la tête », comme elle l'a souligné. Par analogie, Maria a complété son argument en soulignant le fait de ne pas vouloir ajouter un fardeau bureaucratique au deuil de son frère; elle voulait une « mort propre et ordonnée », car – a-t-elle insisté – « le contrôle est très important pour moi ». Tu as retrouvé là un trope connu parmi celles et ceux qui non seulement accomplissent, mais aussi accompagnent ce type de décès.

La situation de Maria demeurait particulière. Celle-ci souffrait effectivement d'une maladie chronique, mais n'était pas confrontée à l'inéluctabilité d'une mort imminente. De plus, l'intensité de sa colère – lorsqu'elle relatait sa prise de décision – te paraissait provenir, en grand part, de la façon dont les services sociaux britanniques l'avaient de plus en plus « abandonnée », pour reprendre ses termes; les prestations se réduisaient à mesure que se développait son incapacité. Maria disait recevoir moins de soins payés et devoir assurer une part de leur financement pour des besoins allant en augmentant. En te limitant à ces éléments, tu étais tenté de penser qu'une telle histoire – aussi complexe et difficile fût-elle – pouvait suffire à comprendre la décision de Maria: une maladie chronique avec un degré élevé de douleur; des opérations répétées dont la nécessité n'aurait été qu'accentuée au fil du temps, avec de moins en moins de répit en perspective; un sentiment croissant de dépendance et d'abandon, même en ce qui concernait les soins de base comme l'aide à la préparation des repas. Tout cela pouvait être considéré comme suffisant, tant sur un plan économique que psychologique, pour apprécier une décision d'en finir avec une situation qui ne générerait plus aucun plaisir.

La succession de ces récits – émis par bon nombre de personnes rencontrées durant la recherche – t'amène à aller au-delà de la diversité des raisons médicales et des motifs prenant la forme de contre-exemples pour ne pas mourir *comme ça* (pas cette fin de vie, pas à l'hôpital, pas dans la dépendance) et à soutenir que les images de tous ces décès passés agissent comme une présence effective dans

la détermination d'accomplir un suicide assisté. Dans le cas de Juan, c'était la volonté de son père de mettre un terme à sa vie par l'arrêt progressif de son alimentation et de son hydratation qui a fonctionné de cette façon, comme il l'avait lui-même reconnu; chez Babette, c'est le lien entre l'exécution de son père – qu'elle admirait –, ayant durablement généré un sentiment de honte, et la forme de mort vers laquelle elle s'orientait qui a semblé opérer. Dans ce dernier cas de figure toutefois, c'était toi et non pas Babette qui avançait cette idée. Pourquoi avait-elle choisi l'instant précis où tu allais partir pour te parler de cet événement? Était-ce une intention de sa part? Désignait-elle intuitivement une forme de lien entre sa douleur, sa recherche d'un moyen de mourir, la honte qu'elle avait vécue à cause de la propre mort de son père et le refus de sa fille de la voir partir autrement que par une mort naturelle? Tu as trouvé ambitieux de soutenir un tel lien et tu t'es finalement abstenu de l'investiguer plus avant, sachant que l'échange allait se terminer. Babette n'a d'ailleurs pas accepté de te revoir ensuite. Peut-être parce que ces éléments ont commencé à travailler trop fortement son imaginaire du possible?

Avec Maria, par contre, tu as pu explorer un peu plus cette idée selon laquelle d'autres éléments – au-delà des souffrances psychiques et physiques évidentes – influent sur la détermination à trouver une issue via l'assistance au suicide. Tu lui as demandé si elle pouvait préciser la chronologie de sa décision :

Maria Santi: «Donc, vers 2008 [quand ses prestations sociales ont commencé à se réduire], j'ai fait un testament de vie, un NPR [elle a signé un document stipulant ne pas vouloir être réanimée]. Et j'ai commencé à explorer les possibilités d'une mort assistée.»

Anthony Stavrianakis: «Il n'y a pas eu d'autres événements à cette époque?»

Maria Santi: «Non.»

Anthony Stavrianakis: «Vraiment? Rien du tout?»

Maria Santi: «Eh bien, ce n'est pas tout à fait vrai. Mon neveu, mon neveu préféré, s'est tué à la caserne, en Suisse, pendant son service militaire. Il était très intelligent. Sa mort a été traumatisante pour ceux d'entre nous qui sommes restés. Mais il m'a montré que le suicide est une issue réaliste.»

Par ces extraits d'entretiens, il s'agit de souligner différentes modalités individuelles d'appréciation des imaginaires, à propos desquels

chaque observateur et chaque observatrice pourrait percevoir des différences selon les individus rencontrés. Au fond, ces cas secondaires montrent – de manière exacerbée peut-être – qu'au-delà de l'évidence d'une détermination, tel que cela transparaît bien chez Germaine, une surdétermination d'événements passés et liés à la mort de personnes chères met en mouvement un imaginaire du possible. Cette surdétermination permet de l'exprimer et de le partager, du moins dans le cadre de la recherche. Mais un dernier aspect de cet imaginaire mérite encore d'être accentué pour rester fidèle aux personnes rencontrées: l'indétermination. Autrement dit, tout ce qui – en plus d'une détermination autonome et d'une surdétermination d'événements d'un parcours de vie – transparaît sous forme d'hésitations et de doutes que chaque personne entretient avec une telle décision, ne serait-ce qu'en son for intérieur.

INDÉTERMINATION: EMMANUEL LERAT

Le 13 janvier 2018

Le Docteur Federica PETER vient de me transmettre votre courrier du 23 octobre 2017. Je suis atteint du VIH, officiellement, depuis novembre 1998. Cette maladie m'a laissé hémiplégique du côté droit et je «survis» avec des aide-ménagères car je ne peux rien faire. Si je n'ai rien fait jusque maintenant, c'est que j'avais encore ma mère (j'ai 72 ans). Elle vient de décéder au mois de septembre 2017 à 99 ans. Maintenant qu'elle est partie, j'envisage d'avoir recours à la MVA [mort volontaire assistée]. C'est pourquoi j'ai contacté le Docteur PETER. Mon fils est prêt sur le principe pour m'accompagner en Suisse. Il m'a demandé de lui laisser quelques mois pour se faire à cette idée. Bien cordialement – Emmanuel.

Tu as reçu cette lettre, Anthony, qui t'a intrigué. Elle a inauguré une nouvelle situation à documenter. À la gare d'une ville française, tu as rencontré Jacques, le fils unique d'Emmanuel Lerat. Il t'a conduit jusqu'à la demeure de ce dernier, là où ses parents étaient revenus habiter, dans les années 1970. En route, tu as expliqué à Jacques avoir été touché par l'honnêteté de son père dans sa lettre, et en particulier par sa conscience de l'importance du moment où il souhaitait mettre fin à sa vie, en relation avec la mort de sa mère. Tu croyais en effet qu'Emmanuel – littéralement – avait commencé à

parler d'organiser un suicide assisté au lendemain du décès de celle-là. Mais tu as constaté que Jacques a temporisé la décision de son père en lui enjoignant d'attendre un peu, d'être patient, d'autant plus que sa propre mère – toujours en contact avec son ex-mari – demeurerait tout à fait opposée à cette idée. Jacques a poursuivi et souligné que son père n'avait plus vraiment rien à faire, il s'ennuyait, avant d'ajouter : « Il va certainement soulever la question du dimanche et de la situation de laisser tomber. »

Emmanuel était un homme poli et charmant, de petite taille. Affaibli par la maladie, il parlait doucement. Lorsque tu es entré chez lui, il se tenait debout, une canne à la main gauche, la main droite reposant dans la bandoulière d'un petit sac en cuir noir. Il s'agissait là d'une technique pour soutenir son bras paralysé. Ses mouvements étaient lents, légers et étudiés. Emmanuel portait des chaussures spéciales pour l'aider à marcher. Ses parents étaient originaires de la Bretagne intérieure. Ils étaient partis à Paris pour trouver du travail ; son père avait obtenu un emploi de technicien auprès des services postaux et sa mère travaillait comme infirmière vétérinaire. Emmanuel a donc grandi dans le 18^e arrondissement de Paris. À l'âge de 18 ans, il a obtenu un stage dans une entreprise d'électricité, avant de devenir cadre, en 1965, au sein de la même entreprise. Il y a rencontré Anne-Marie, avec qui il s'est marié et a conçu un fils, Jacques justement, né en 1967. Anne-Marie souhaitait retourner en Bretagne, d'où elle était également originaire, lorsqu'une politique de décentralisation a permis de construire un nouveau centre dans la région. Anne-Marie a poussé son conjoint à demander un transfert au service des pensions, ce qu'il a obtenu en 1972. Emmanuel et Anne-Marie ont alors construit une maison dans la région. À l'heure de la retraite du premier, tous deux sont retournés vivre dans la maison familiale dans un petit village.

En une vingtaine d'années, Emmanuel a gravi les échelons au sein de l'entreprise, jusqu'à devenir cadre supérieur au service des retraites. Il voyageait beaucoup. Et, après le départ de Jacques, en 1987, Emmanuel dit avoir commencé à coucher à droite et à gauche, pendant quelques années : « Je me suis libéré », t'a-t-il dit avec un sourire désabusé. Dans l'intervalle, le 8 novembre 1998, il a ressenti à leur paroxysme d'étranges symptômes apparus lors des vacances de la Toussaint. Il se sentait très fatigué et s'endormait au volant en conduisant. Son écriture devenait minuscule, sa signature également ; il s'en est rendu compte au moment de signer un chèque pour

son médecin, chez qui il réalisait des analyses de sang en octobre de la même année. Le médecin l'avait informé de sa crainte d'une possible maladie neurodégénérative – la maladie de Parkinson avait-il pensé –, ce diagnostic ayant toutefois été infirmé par de subséquentes analyses sanguines. Plus tard, en novembre, il a encore traversé une attaque soudaine de paralysie et de confusion l'ayant conduit à une hospitalisation à l'hôpital universitaire de Nantes. Il t'a raconté cet épisode en évoquant le médecin entrant dans sa chambre :

Le médecin : « Savez-vous ce qu'est le VIH ? »

Emmanuel Lerat : « Oui. »

Le médecin : « Vous l'avez. »

Emmanuel a déploré le fait qu'il était reparti aussitôt, puis a ajouté : « Le pire, c'est qu'ils voulaient que je le dise à Anne-Marie. Tous les jours, ils me demandaient : "Tu lui as déjà dit ? Tu lui as déjà dit ?" » Il a ensuite précisé que Jacques avait bien réagi ; ce dernier faisait à cet instant mine de vous ignorer, en lisant à l'écart le journal. Tu as estimé que c'était sa manière à lui de participer à la conversation, en feignant de ne pas vous entendre, occupé à tout autre chose. Mais quand il ne pouvait plus se contenir, il intervenait. Jacques s'immisçait dans la conversation pour préciser quelques éléments autour de sa compréhension du fait que son père avait contracté le VIH : quand son père avait présenté les symptômes de la maladie, il avait regardé une émission de télévision pour Sidaction et réalisé immédiatement – tel qu'il l'a soutenu – que son père en était atteint. Jacques l'aurait même dit à sa femme, Lucette. Quand il lui a rendu visite à l'hôpital, son père l'a interpellé ; il devait lui dire quelque chose au sujet de la maladie :

Jacques Lerat : « Oui, je sais, tu as le sida. »

Emmanuel Lerat : « Oui. »

Emmanuel n'a déclaré sa maladie à sa mère qu'après la mort de son père, en 2001. Rétrospectivement, il dit être resté convaincu que cela avait été la bonne chose à faire, ayant insisté auprès d'Anne-Marie pour qu'elle ne se substitue pas à lui dans ce rôle. Après qu'il est devenu séropositif, la réflexion ultérieure d'Emmanuel sur la possibilité d'un suicide assisté, après sa première hospitalisation majeure où il avait perdu quarante kilos et durant laquelle il avait

failli mourir, est toujours restée liée à sa vie professionnelle et domestique: un mariage difficile, selon ses termes, et un désir de prendre des risques dans le cadre de son travail. Ceci constituait un paramètre de son caractère: il a modelé sa vie non pas sur l'exemple de ses parents, qui avaient été ouvriers, mais sur celle de sa marraine, cadre supérieur dans une entreprise qui avait joui d'une maison de campagne ainsi que d'une voiture, en 1963: «Elle m'a appris à me présenter, vous savez, comme un bourgeois [...]. Je suis jusqu'au-boutiste, déterminé, sinon, je n'y serais pas arrivé... Avec Anne-Marie, si je n'avais pas été à la fois dur et souple, j'aurais fini comme mon cousin.»

Son cousin avait épousé une très belle femme qui avait fait de sa vie un enfer et qui l'aura conduit – selon Emmanuel – à se tuer au début de l'année 1983, alors qu'il était en prise avec des problèmes psychiatriques. Il s'était pendu. Emmanuel l'a décrit comme une personne très gentille et a souligné l'avoir vu quelques mois seulement avant qu'il ne se tue. Ils avaient parlé de leurs relations conjugales respectives, Emmanuel ayant précisé que son cousin ne pouvait ni vivre avec ni vivre sans sa femme. Sur le ton de la plaisanterie, il a lui-même évoqué le suicide comme une manière de se sortir de cette situation, sans vraiment se rendre compte de l'éventuelle portée de cette affirmation. À la fin de nos échanges concernant son projet de mort volontaire, il t'a semblé que la réflexion d'Emmanuel s'enhardissait, qu'il était déterminé à mourir dans la mesure où il avait attendu le décès de sa mère pour mourir, mais qu'il attendait encore que son fils s'habitue à l'idée pour mettre en œuvre son projet. Jacques lui a indiqué que cela pourrait s'organiser en octobre ou en avril, les deux seuls moments convenant à son emploi du temps.

Tu as repris contact avec Emmanuel au cours de l'été, en espérant pouvoir le revoir avant que la décision n'ait été prise d'organiser une assistance au suicide en octobre. Il était prévu que tu le rencontres en septembre, mais Jacques, indisponible ce mois-là, t'a proposé de repousser votre rencontre au 6 novembre, une date symbolique, puisqu'elle correspondait au vingtième anniversaire du diagnostic d'Emmanuel. Jacques a même ajouté, lorsqu'il est venu te chercher à la gare: «Nous allons fêter.» Ce sarcasme sans précédent indiquait selon toi le fait qu'il n'appréciait guère ces rencontres. Il a d'ailleurs souligné que son père n'avait de cesse de lui parler de son projet de mort volontaire et qu'il ne comprenait pas les raisons

de ta présence en tant que chercheur. Jacques s'était même disputé avec son père à ce propos et te l'a clairement signifié: « Je dois prendre un jour de congé pour venir te chercher, pour aller chez lui, et si c'est comme la dernière fois, tout ça pour parler de papa et maman... » Le 6 novembre est arrivé. Emmanuel avait donc raté la fenêtre d'octobre :

Anthony Stavrianakis: « Comment il va ? »

Jacques Lerat: « Il va bien. Il vous le dira évidemment quand on le verra: la principale raison pour laquelle il n'a pas pu le faire est le notaire. Il a décidé de me donner la maison à [nom du village], et nous sommes allés chez le notaire en juin, et le notaire, qui est au courant de son projet, a dit que s'il la donne maintenant et meurt quatre mois plus tard, les inspecteurs des impôts pourraient se méfier et commencer à fouiner. C'était censé être le 14 octobre, son anniversaire. Aujourd'hui, c'est le vingtième anniversaire de son diagnostic: nous allons le célébrer ensemble. Je plaisante. »

Emmanuel a ouvert la porte. Il t'a semblé être exactement le même, bien qu'avec de nouvelles chaussures spéciales, les précédentes étant devenues trop douloureuses. Vous vous êtes assis au même endroit que la première fois. Christine, son aide du matin, était là. Emmanuel est revenu sur la discussion avec son notaire, en donnant quelques détails supplémentaires, disant que celui-ci avait suggéré d'attendre au moins six mois avant de mourir. De plus, il venait de recevoir une lettre de sa petite-fille Adèle, la fille de Jacques. Apparemment, après ta première visite en mars, Adèle avait fait part à Jacques de son souhait d'écrire à son grand-père. Emmanuel ne pleurait pas souvent, mais cette lettre l'a touché au cœur. C'était inattendu. Il s'était senti aimé. Sa petite-fille avait écrit qu'elle le trouvait égoïste, et Emmanuel avait réalisé que c'était vrai. Elle lui faisait ensuite remarquer tout ce qu'il allait manquer, toutes ces choses auxquelles il n'avait pas pensées, y compris la tristesse de Jacques. Adèle souhaitait par contre soutenir son grand-père si celui-ci décidait de mettre fin à sa vie, mais elle n'était pas sûre d'en être capable. Elle était inquiète. Cette lettre et son contenu ont donc aidé Emmanuel à prendre un peu de recul; il s'est rendu compte que pendant la période de septembre 2017, entre la mort de sa mère et la réception de cette lettre durant l'été 2018, il avait certainement souffert d'une « petite dépression ». Plusieurs choses

s'étaient passées en même temps : la mort de sa mère, l'occurrence d'une grave chute qui l'a gravement blessé et obligé à porter un corset si contraignant qu'il ne pouvait même pas l'enlever le soir afin d'aller aux toilettes, si bien qu'il s'était sali lors de fréquentes diarrhées, un effet secondaire de ses médicaments. Une période traumatisante, se rappelait-t-il.

Cela faisait pourtant plus de dix-huit ans qu'il pensait à mettre un terme à sa vie. Déjà vers 2001 ou 2002 il avait pris contact avec une association pour le droit de mourir dans la dignité. Tant d'années plus tard, il se posait encore la question et estimait, en cherchant un motif rationnel, que la Suisse constituait la seule option. La Belgique et le Luxembourg avaient des règles et personne en France n'allait l'aider, à moins qu'il ne traverse un autre effondrement physiologique massif comme en 1998-1999, lorsque ses organes s'étaient arrêtés et qu'il avait fini par ne plus peser que 30 kilos. Son regard s'orientait donc vers la Suisse, car il y percevait les critères d'accès à une mort volontaire comme moins rigoureux et moins exclusifs. L'association pour le droit de mourir dans la dignité contactée lui a même rendu visite après le décès de sa mère, en novembre, et lui a transmis les références d'une autre association qui pouvait le soutenir dans sa démarche. À l'époque, il était pressé. Jacques a alors exprimé son indignation en se rappelant la rencontre de son père avec les membres de cette association. Avec le recul, il pensait que cela avait été un peu léger de leur part. Les représentant-e-s de l'association n'avaient pas creusé plus loin sa situation, n'avaient pas tenu compte de l'influence de la perte de sa mère et des conséquences de sa chute. Il a dit malgré tout qu'il se serait rangé à leur avis. Tu as alors relevé ce fait curieux chez Jacques : d'une part, il exprimait comment, en ce qui le concernait, une personne devait être aidée, pour éviter la souffrance en fin de vie, par un-e professionnel-le-s de la santé ; d'autre part, il paraissait entretenir l'idée que vouloir en finir parce que « maman est morte » était ridicule. Pourtant, si c'était bien ce que son père voulait, il l'aurait soutenu après avoir posé ses conditions. Sur ces échanges, Emmanuel a conclu en te disant qu'il avait été égoïste et trop pressé. S'il avait été certain en octobre de ce qu'il voulait faire, il l'était moins en novembre. Emmanuel était moins sûr parce qu'il entretenait un doute non pas sur ce qu'il voulait, mais sur le temps qu'il pensait que son entourage devait prendre pour s'accorder à cette idée, vu sa complète dépendance à leur égard.

Après avoir passé en revue ces différentes situations, toutes ces rencontres avec des personnes qui se sont faites à l'idée d'un suicide et qui sont allées jusqu'à approcher une association d'aide à mourir dans la dignité, tu constates que cet imaginaire du possible comporte toujours une part d'ombre; une part d'hésitation, comme cela est bien ressorti du cas de Emmanuel. La tergiversation ne dure toutefois pas indéfiniment chez bon nombre de personnes se retrouvant au même stade du processus. À l'instar de Paul-André ou de Germaine, la détermination prend le dessus, avec parfois une surdétermination de certains événements passés, pour aller jusqu'au bout. Un jour ou l'autre, l'idée de recourir à une assistance au suicide aura donc pris forme et se sera installée dans les imaginaires. Et une association d'aide à mourir aura été contactée pour organiser concrètement cette assistance.

2. LA MISE EN PLACE D'UNE ASSISTANCE AU SUICIDE

L'une des particularités de l'assistance au suicide en Suisse est que sa mise en œuvre repose sur le travail bénévole d'accompagnatrices engagées au sein d'associations. Cette dimension associative de l'aide à mourir distingue le modèle helvétique d'autres formes d'aide à la mort volontaire à travers le monde. Elle limite par ailleurs le rôle du corps médical aux phases qui précèdent ou suivent l'accomplissement du geste terminal. En amont du geste, l'apport du corps médical est avant tout requis pour établir le rapport sur l'état de santé de la personne, attester de la capacité de discernement et prescrire la substance létale. Une fois ces éléments établis, l'assistance au suicide n'a pas besoin d'être médicalisée; elle correspond en ce sens à une aide qui peut, certes, nécessiter des actes techniques – la pose d'une perfusion notamment –, mais qui s'arrête toujours avant le geste final, réalisé par les personnes recourant à cette assistance. Autrement dit, l'euthanasie active directe demeure un acte illégal en Suisse et ne saurait être confondue avec l'assistance au suicide.

Les premières associations d'aide à mourir sont apparues dans les années 1980 en Suisse. Dans un premier temps, leur objectif consistait à renseigner la population sur les droits des patient-e-s, lutter contre l'acharnement thérapeutique, promouvoir les directives anticipées et prodiguer une aide ou un soutien aux personnes en fin de vie. Exit (Deutsche Schweiz) a officiellement réalisé sa première assistance au suicide en janvier 1985; durant une quinzaine d'années, ces accompagnements ont ensuite été pratiqués de manière plus ou moins confidentielle. Les premiers chiffres établis par l'Office fédéral de la statistique concernent l'année 1998 et dénombrent moins d'une cinquantaine de cas. Ces derniers ont ensuite régulièrement augmenté, environ 350 en 2009 – année à partir de laquelle les suicides et les suicides assistés sont comptabilisés distinctement – et 1009 en 2017, ce qui représente 1,5 % des décès en Suisse pour cette année-là.





En 2020, moins d'une dizaine d'associations sont actives en Suisse, chacune comportant ses spécificités. Dans le cadre de notre recherche, nous avons essentiellement travaillé avec EXIT A.D.M.D. Suisse romande (ou plus simplement Exit), qui est la principale association d'assistance au suicide active dans la partie francophone du pays. Nous avons également collaboré avec Lifecircle, qui intervient sur le territoire germanophone – dans la région de Bâle – et accepte d'accompagner, au contraire d'Exit, des personnes résidant à l'étranger. En Suisse alémanique, il est surtout à noter l'existence de deux importantes associations, Dignitas et Exit Deutsche Schweiz, avec lesquelles nous n'avons pas collaboré. Au Tessin enfin, nous avons effectué quelques explorations, mais n'avons suivi aucun suicide assisté; c'est surtout Exit Deutsche Schweiz qui intervient dans la partie italophone du pays.

Pour rendre compte du déroulement d'une assistance au suicide, qui concrétise les « imaginaires du possible » décrits auparavant, ce deuxième chapitre passe en revue les différentes étapes de la mise en œuvre d'une requête. Pour cela, nous nous appuyons avant tout sur le fonctionnement d'Exit et des accompagnements que cette dernière prodigue, restitués dans trois sections distinctes. La première concerne la constitution et la validation d'une requête. Cela permet de présenter le travail administratif du secrétariat de cette association à savoir, d'une part, la gestion des dossiers et des documents rassemblés par les protagonistes et, d'autre part, la coordination du processus interne d'acceptation d'une requête, via les médecins-conseils au service d'Exit. La deuxième section décrit l'entrée des accompagnatrices ainsi que leurs modalités de travail; elle rend compte des situations qui débouchent soit sur un refus d'accompagner la personne, soit sur la non-fixation d'une date par les personnes concernées, malgré l'obtention de tous les feux verts. La troisième section met l'accent sur les situations qui sont menées à leur terme: elle présente l'organisation conduisant au suicide et les interactions que les accompagnatrices entretiennent non seulement avec les protagonistes, mais aussi avec les proches; cette section évoque certains temps forts qui précèdent un suicide, notamment la détermination du « bon moment » pour partir et celui pour se dire au revoir. Ce deuxième chapitre se termine par une partie consacrée au travail de préparation de la substance létale par les pharmacies en vue du jour J.

CONSTITUTION ET VALIDATION DE LA REQUÊTE

Le siège administratif d'Exit se situe dans le canton de Genève. Fondée en janvier 1982, cette association de droit privé à but non lucratif, neutre sur les plans politique et confessionnel, est gérée par un comité composé de 7 à 15 membres dont deux co-président-e-s, les deux élu-e-s en 2018. Exit dispose en 2020 d'une liste de 30 accompagnatrices, dont 10 hommes, réparti-e-s dans tous les cantons romands et partiellement francophones: Genève (6); Vaud – Fribourg – Valais (11); Neuchâtel (9); Jura (4). Seule l'équipe du secrétariat de l'association est salariée. Elle regroupe cinq personnes à temps partiel, dont une seule a participé à une assistance au suicide. Les tâches du secrétariat consistent à gérer toutes les demandes d'information pour devenir membre ainsi que les demandes d'adhésion, qui peuvent être effectuées par courrier postal ou directement à partir du site internet de l'association. Le secrétariat suit les dossiers relatifs aux requêtes d'assistance au suicide et coordonne les activités des accompagnatrices; il assure encore la production d'un bulletin d'information bisannuel, réalise la comptabilité et archive tous les dossiers. Durant l'année 2020, Exit Suisse romande a passé la barre des 30 000 membres, un chiffre qui progresse chaque année.

LA GESTION ADMINISTRATIVE DES DOSSIERS

La toute première étape de la constitution d'un dossier est l'adhésion à l'association. C'est Béatrice qui en assure la gestion. Âgée de 40 ans, mariée et mère de deux enfants, cette femme travaille depuis 2014 pour Exit, après une expérience professionnelle de dix années passées dans l'industrie. Elle répond au téléphone, gère les cotisations des membres – 40 francs par année – ainsi que leurs dons; elle ne s'occupe pas des dossiers de demande d'assistance au suicide, sauf pour pallier l'absence d'un-e collègue. Béatrice gère les envois de courriers aux membres, en général trois par année: le premier début février avec la demande de cotisation; le deuxième en avril avec la convocation à l'Assemblée générale et le premier bulletin de l'année; le troisième en septembre avec le second bulletin. Dans l'intervalle de ces envois, Béatrice met à jour les coordonnées dans la base de données des adhérent-e-s, une masse considérable de plusieurs dizaines de milliers de fichiers. Elle constate au quotidien l'augmentation de ce chiffre, estimant recevoir en moyenne journalière une quinzaine de demandes de renseignements et une vingtaine d'inscriptions. Ces dernières sont ouvertes à toute personne âgée de 18 ans au minimum,

domiciliée en Suisse romande et «jouissant de l'exercice de ses droits civils». Dès qu'une adhésion est validée et enregistrée, Béatrice fait parvenir à la personne une carte de membre et la documentation relative à l'association, y compris un formulaire pour les directives anticipées. Celles-ci sont régulièrement adaptées, car beaucoup de membres d'Exit sont âgé-e-s, comme le note cette gestionnaire, soulignant par la même occasion le souci de cette association de clarifier le mieux possible les documents pour cette population spécifique.

Béatrice est à l'aise pour parler de son activité professionnelle: «Je dis toujours que j'ai un travail un peu spécial. Mais je n'ai pas de tabou. Et je suis fière de ce que je fais: on aide les gens.» Elle apprécie tout particulièrement l'ambiance «très zen» au sein du secrétariat, ce qui est relevé par ses quatre autres collègues. Certains moments sont par contre plus durs pour elle, lorsqu'il s'agit de converser avec des jeunes personnes ou avec un parent «qui va laisser un enfant derrière». Béatrice ne s'implique toutefois pas dans les dossiers d'assistance au suicide, dont le suivi est assuré par les autres membres du personnel administratif.

Dans la cinquantaine, Laurence est celle qui est au bénéfice de la plus grande ancienneté en la matière. Elle travaille en tant qu'employée de commerce pour cette association depuis plus d'une dizaine d'années. Elle renseigne de nombreuses personnes et explicite les activités d'Exit quand une demande d'assistance lui parvient: «Ce sont souvent des gens qui ne connaissent pas, donc qui ont peur: "Est-ce que mon dossier va être accepté?" Nous, on fait les choses très vite, justement. On est derrière les gens.» Elle aime son travail, car elle estime venir en aide aux personnes, qu'elle côtoie essentiellement par téléphone. Elle leur donne des conseils et les oriente dans la procédure. Laurence les incite à en parler autour d'elles: «Moi, j'essaie de dire: "Essayez d'en parler librement à votre famille. Essayez de dire que vous êtes malade, que vous avez une petite porte qui est ouverte du côté d'Exit et qu'il en existe plein d'autres. C'est comme si vous rentrez dans un couloir, qu'il y a plusieurs portes dans ce couloir: il y a une porte Exit, il y a les soins palliatifs, qui est une porte en plus". Il n'y a aucune obligation. Le fait de constituer un dossier, ça n'engage à rien.»

Lorsqu'un-e adhérent-e souhaite recourir à une assistance au suicide, le secrétariat envoie une «lettre de procédure» (Encadré I). Cette lettre, comme le relève encore Laurence, «informe les membres qui souhaitent mourir des documents dont on a besoin. [...] On envoie énormément de lettres de procédure et les gens les

conservent beaucoup chez eux, ces lettres. Ils ne sont peut-être pas forcément malades. Et il y a aussi des gens qui nous envoient la lettre manuscrite [stipulant leur décision], mais qui n'osent pas aller plus loin; qui n'osent pas aller voir leur médecin.» L'envoi de ce courrier de procédure invite en effet les personnes à consulter leur médecin traitant pour obtenir un rapport médical sur leur état de santé et une attestation de leur capacité de discernement. Il faut donc attendre que ces documents aient été rassemblés puis renvoyés au secrétariat d'Exit pour que le dossier puisse être considéré comme « complet ». Le cas échéant, ce dernier est acheminé vers l'un-e des médecins-conseils de l'association pour validation. Notons qu'un dossier accepté reste valable une année; au-delà de cette période, le secrétariat demande de renouveler ou de mettre à jour les documents requis, ce qui n'est pas toujours bien compris par certain-e-s adhérent-e-s – ou leurs proches – dont l'état de santé s'est péjoré dans l'intervalle.

ENCADRÉ I. LETTRE DE PROCÉDURE TYPE (EXIT A.D.M.D. SUISSE ROMANDE)

Suite à votre demande et conformément à cette dernière, nous vous communiquons ci-dessous des informations sur la procédure à suivre pour demander une assistance au suicide, lorsque vous le souhaitez.

Le moment venu, afin que votre situation puisse être examinée, il faudra envoyer en même temps svp, au secrétariat, à l'attention du médecin-conseil, les 2 documents mentionnés ci-dessous :

Un rapport médical récent décrivant la gravité de votre état de santé et mentionnant que vous avez bien votre **capacité de discernement**.

Nous vous suggérons aussi de demander à votre médecin s'il souhaite être présent si nous accédons à votre demande.

Une lettre manuscrite que nous vous prions de recopier de votre main (selon le modèle annexé). Si cela ne vous est plus possible, un acte notarié ou une signature authentifiée par un notaire est indispensable.

Sous réserve de la décision de notre médecin-conseil, un accompagnateur vous contactera ensuite pour organiser un premier entretien.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous prions d'agréer, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Le personnel administratif d'Exit effectue un travail de vérification, comme le souligne Laurence: « Nous, tant que le dossier n'est pas complet, on fait barrière. » Et l'initiative est toujours laissée à la personne requérante: « On écrit juste au membre comme quoi on a bien reçu la lettre manuscrite ou le rapport médical, mais qu'on ne peut pas l'envoyer pour étude [et éventuelle acceptation], étant donné qu'il manque tel et tel document. Donc là, le membre sait que son dossier n'est pas complet. Après, on ne le relance pas. C'est au membre de savoir s'il est prêt. C'est peut-être psychologique aussi. Rien que le fait que le dossier ne soit pas complet, la personne n'est peut-être pas prête. » Ces dossiers sont alors classés « en attente ». De son côté, Quentin – qui s'occupe aussi de la comptabilité d'Exit – relève qu'un-e médecin-conseil de l'association peut demander un justificatif pour compléter le dossier durant la phase d'évaluation. Il précise que « c'est rare, mais ça arrive. [...] Quand c'est un peu délicat, quand un cas psychiatrique doit être plus étoffé, on le met en attente. [...] C'est essentiellement dans le domaine psychiatrique. »

L'entier des échanges – postaux, électroniques ou téléphoniques – entre le secrétariat et les membres est noté, daté et classé dans un système informatique. Cela permet d'assurer un suivi professionnel des dossiers et de respecter les critères de fonctionnement fixés par l'association, tout en préservant un lien avec les personnes qui requièrent une assistance au suicide: « On garde trace, remarque encore Laurence, parce que je pense que c'est important de garder ce que le membre nous envoie. Et nous, on a le moyen de dire aussi: "Oui, mais regardez. Ces documents, on les a reçus. On vous a écrit comme quoi ce n'était pas assez. Ça ne rentrait pas dans nos critères. Donc on ne peut pas, nous." » Laurence poursuit en précisant la façon avec laquelle elle communique avec les personnes concernées par une mise en attente de leur dossier dès lors qu'un trouble psychiatrique est soupçonné, voire identifié chez la personne: « On essaye de rassurer les gens. On essaye de leur dire: "Écoutez, [...] allez voir un psychiatre. Essayez d'en parler à votre médecin, qu'il vous donne un médicament." [...] On essaie vraiment de les pousser vers le médecin. Nous, on n'est pas médecin. On peut les écouter jusqu'à un certain point. »

Plusieurs secrétaires relèvent que certain-e-s membres d'Exit estiment avoir droit à une assistance au suicide du simple fait de leur adhésion à l'association. C'est ce que relève Nolwenn, 46 ans et en poste depuis bientôt cinq ans dans ce même secrétariat. Cette dernière – après avoir évoqué avec sa collègue Nina, 54 ans, employée d'Exit depuis

moins d'une année, recevoir parfois quelques coups de fils incendiaires ou insultants – déplore l'attitude de quelques membres qui attendent de la part de l'association une assistance quasi immédiate et sans condition. Nolwenn donne l'exemple, rare insiste-t-elle, d'un fils qui appelle et revendique le droit à une aide pour sa mère; celui-ci s'est fâché, car il ne comprenait pas pourquoi l'association – vu que le dossier datait de plus d'une année – exigeait une actualisation des informations à propos de sa mère, avant de couper le téléphone en affirmant qu'il «allait se débrouiller tout seul», se souvient-elle. En rappelant l'importance de la procédure avec cet exemple, Nolwenn souligne le suivi rigoureux des dossiers effectué par le secrétariat.

Hormis ces attitudes revendicatrices, elle dit rester à l'écoute des membres et de leur désarroi; elle les rassure et leur explique l'importance de respecter la procédure tout à la fois. C'est d'ailleurs cette facette de son travail qu'elle apprécie en particulier, à savoir cette dimension sociale et de soutien – qu'elle avait déjà découverte et aimée lors de son apprentissage de coiffeuse – pour trouver une solution au problème des personnes qui appellent. Nolwenn affirme: «Tous les matins, je suis super contente de venir travailler ici. Il n'y a pas de lassitude; chaque situation est différente.» Elle évoque dans la foulée les objectifs de l'association, auxquels elle adhère: «On est une association qui aide les gens à mourir. On n'est pas là pour donner la mort à ces gens. Ce sont donc eux qui font la demande, qui font la démarche, qui nous appellent. Et nous sommes là pour les aider et les accompagner dans leur décision. On est une association d'aide à mourir. On n'est pas là pour donner la mort. Ce sont eux qui se donnent la mort.»

Dans bon nombre de requêtes, la situation est claire. Le dossier correspondant n'est donc pas mis en attente, pour reprendre une explication fournie cette fois par Laurence: «C'est accepté dans la majeure partie des cas, parce que c'est quand même des gens qui ont de réelles maladies.» Le cas échéant, le passage auprès des médecins-conseils pour l'obtention du feu vert se fait rapidement: «Dans les deux jours», estime-t-elle. «Parfois dans la même journée», fait remarquer Quentin, vu que les contenus des dossiers sont numérisés et envoyés par e-mail aux médecins-conseils de la région concernée par l'assistance au suicide. Quand le dossier est accepté, le secrétariat le transmet ensuite à une accompagnatrice en fonction de la proximité géographique de son lieu de résidence, et aussi de sa disponibilité. Dès que l'accompagnatrice prend en charge un dossier, ce dernier

entre dans la rubrique « en cours » et les contacts entre la personne requérante et le secrétariat prennent fin. En cas de problème, c'est l'accompagnatrice qui reviendra vers l'équipe administrative, sachant que certains « dossiers en cours » peuvent le rester durant plusieurs années, jusqu'à onze ans de mémoire de secrétaire. Chaque accompagnatrice est par conséquent libre de gérer à sa guise le dossier qui lui a été attribué. Il arrive que la date du suicide soit ainsi communiquée au secrétariat ; mais, le plus souvent, ce dernier n'en est informé qu'après le décès, en réceptionnant le protocole d'assistance au suicide rempli avec les documents requis. Le personnel administratif enregistre les données dans le système informatique et n'entreprend plus rien avec ce dossier, sinon l'archiver pour éviter de relancer une cotisation. Aucun contact n'est pris avec la famille à ce moment-là.

En explicitant cette procédure, Laurence se dit encore « fière de travailler ici, parce qu'on ne fait pas n'importe quoi. Et c'est ce qu'on dit aux membres : "On est contrôlé par la police. On est contrôlé par le médecin légiste." Donc, oui, on doit fournir à ces personnes des documents. Ce n'est pas Exit qui arrive avec le flacon de pentobarbital. Je veux dire, ce n'est pas aussi facile, car il y a des gens qui disent : "Voilà, je suis membre depuis trois mois, je vous appelle, vous venez ?" » Aux yeux de Laurence, cette procédure fournit un garde-fou à l'assistance au suicide et permet de préserver le rôle social de l'association pour laquelle elle s'engage : « À quoi ça sert ? Qu'est-ce qu'elles ont comme vie, ces personnes ? Pour moi, [certains-e-s membres qui recourent à l'assistance au suicide] ce sont des morts-vivants abandonnés de tous. Ça coûte de l'argent à la collectivité et c'est surtout par rapport à l'entourage. Je pense que ça fait beaucoup de mal à la personne elle-même et à l'entourage. Et je pense aussi pour des personnes qui ont la sclérose en plaques ou la sclérose latérale amyotrophique, il faudrait pouvoir faire de l'euthanasie active, pour ces personnes aussi. [...] Être enfermée dans son corps et avoir toute sa tête, pour moi, c'est terrible. Mais je trouve qu'on a beaucoup de chance en Suisse, par rapport à d'autres pays. Je trouve que c'est très libre. Il faut déjà s'estimer heureux de ce qu'on a [avec l'assistance au suicide et non pas l'euthanasie]. »

Toutes les personnes du secrétariat reconnaissent cette chance. Nina s'exclame : « C'est super d'avoir ce choix. » Nolwenn, dans le même sens, apprécie la liberté de choix prévalant en Suisse, en la contrastant avec une expérience de fin de vie vécue dans sa famille, dont une partie habite en France. Elle dit avoir assisté à des scènes qu'elle qualifie « d'acharnement thérapeutique » en hôpital concernant sa belle-mère,

alors âgée de 89 ans, et « qui hurlait au martyr ». L'évocation de ce souvenir lui permet de préciser les contours de l'aide apportée par Exit, qui offre une alternative « pleine de zénitude et réfléchie : [...] on connaît exactement l'issue, et c'est cette issue qu'on veut. Pour moi, c'est ça la dignité. » Nina complète ce propos en relevant que, « de toute façon, accompagner la personne qu'on aime avec Exit, ça, c'est la plus belle preuve d'amour qu'on peut lui faire ». Sur quoi Nolwenn conclut : « Ce qui justifie ma conviction, c'est le respect du choix de l'autre. » Le personnel du secrétariat d'Exit semble donc aligné sur cette conviction, dans une ambiance de travail décrite par Nina comme « familiale et conviviale, allant au-delà du professionnel », ce qui permet de se mettre quotidiennement « à l'écoute de personnes en souffrance ».

RASSEMBLER LES DOCUMENTS

Lorsqu'elles reçoivent la « lettre de procédure », les personnes qui sollicitent une aide au suicide vont entreprendre plusieurs actions en vue de rassembler les documents à verser au dossier. Premièrement, il s'agit de produire une lettre manuscrite dans laquelle l'assistance au suicide est expressément demandée ; les principales raisons de la requête doivent y figurer, tout comme une information selon laquelle les acteurs et actrices concerné-e-s par le processus sont libéré-e-s du secret médical. À cet effet, le secrétariat d'Exit joint à la « lettre de procédure » un modèle à adapter comportant un exemple de formulation sur la volonté de partir à cause de la souffrance ressentie ou de la baisse de la qualité de vie, et sur le fait que la décision résulte d'un choix individuel et libre de toute contrainte. Lorsque la personne est dans l'incapacité de rédiger cette lettre, ces informations doivent être introduites dans un courrier signé par un-e notaire ; il est à noter que pour toute demande formulée par un couple, en sus de cette lettre manuscrite, l'acte notarié est requis (Encadré II).

Une situation particulière est constituée par les « situations d'urgence », qui concernent les personnes qui ne sont pas encore membres d'Exit – ou qui le sont depuis moins d'une année – et souhaitent recourir rapidement à une assistance. Dans ces cas de figure, l'adhésion est possible moyennant une contribution-participation aux frais de l'ordre de 350 francs ; les procédures sont accélérées tout en veillant au respect des formalités et des critères. Pour aller plus vite, Quentin donne l'exemple suivant : « On envoie la demande d'adhésion avec un autocollant "lettre de procédure", comme ça, dès qu'on reçoit en retour la demande, on envoie tout de suite la lettre [qui ouvre la

procédure]. La suite de la procédure est similaire aux autres dossiers. Le secrétariat demande par contre aux accompagnatrices de s'assurer que le montant forfaitaire a bien été réglé avant de réaliser l'assistance au suicide. Ce montant de 350 francs correspond au défraiement que les accompagnatrices perçoivent par assistance au suicide, afin de couvrir leurs frais, notamment de déplacement, cela quel que soit le nombre de rencontres préalables avec la personne.

ENCADRÉ II. EXEMPLE DE COURRIER NOTARIÉ POUR UN COUPLE

Nous soussignés :

Monsieur [Prénom NOM], [date de naissance]

Madame [Prénom NOM], [date]

tous deux domiciliés à [lieu et adresse]

sommes atteints dans notre santé de façon irrémédiable. Notre qualité de vie devient de plus en plus difficile, tant sur le plan physique que psychologique. C'est pourquoi nous demandons que l'association EXIT A.D.M.D. nous aide à mettre un terme à notre existence ensemble.

Notre décision est mûrement réfléchie et nous déclarons que les personnes qui seront présentes lors de notre assistance au suicide ne sont nullement impliquées dans notre choix de mettre fin à notre vie en toute sérénité.

Enfin nous délinions du secret médical tous les médecins qui nous ont prodigué des soins.

Fait à [lieu], le [date]

[Signature de Monsieur]

[Signature de Madame]

Je soussigné, notaire à [lieu], déclare qu'en ma présence chacun de Monsieur et de Madame [Prénom de Monsieur et Prénom de Madame NOM] ont lu la déclaration ci-dessus et qu'ils ont confirmé tous deux qu'elle contenait l'expression de leur volonté.

Fait à [lieu], le [date]

Timbre [notaire] et signature

Pour rassembler les différentes pièces utiles et constituer le dossier, l'aide de tiers (membres de la famille, proches, ami-e-s ou personnel soignant) s'avère souvent indispensable. Illustrons ce point avec la situation vécue par Jean et documentée par Angela. Ce dernier est le filleul de Marlène Chapuis, une femme de 82 ans – dont la situation sera développée dans le troisième chapitre – ayant souffert d'une maladie neurodégénérative à un stade très avancé qui l'empêchait de s'exprimer de manière fluide. À sa surprise, sa marraine – une amie de sa mère qui n'était pas de la famille, toutes deux s'étant rencontrées lorsqu'elles étaient jeunes apprenties – lui avait demandé d'être son représentant pour les questions thérapeutiques et financières durant sa maladie. Il est resté étonné de cette sollicitation provenant d'une femme décrite comme très indépendante, pour qui demander de l'aide paraissait « insupportable ». Jean a accepté ce rôle aussi en raison du fait que Marlène l'avait soutenu pendant ses études, tout en considérant que d'autres auraient pu tenir ce rôle. Il a donc conduit sa marraine chez un notaire: « Déjà, on comprenait mal son discours; il ne comprenait pas vraiment, le notaire. Je devais un peu traduire tous les mots; enfin, les expressions que je voyais qu'elle voulait dire, ou qu'elle n'arrivait pas à faire. Puis elle devait acquiescer: dire "oui, voilà" etc., que c'est ça qu'elle voulait bien dire. Il y a eu des moments où c'était compliqué; ce n'était déjà pas facile quand on était seul avec elle, de la comprendre. Quand il y avait un groupe, chez le notaire, avec des témoins, c'était encore plus difficile. »

La demande d'assistance au suicide de Marlène revêtait, de plus, la particularité que le processus se déroule en institution. Contrairement au domicile, une telle situation a impliqué d'autres acteurs et actrices dans le processus, des professionnel-le-s de la santé en l'occurrence. Ces implications multiples ont augmenté le degré de complexité de la constitution du dossier, car le nombre et la diversité des canaux de communication se sont accrus. Dans l'assistance au suicide de Marlène, cela s'est reflété dans la détermination de la date pour réaliser le suicide. Jean dit avoir été « surpris » d'en avoir été informé par Élisabeth, l'infirmière référente de Marlène au sein de l'établissement médico-social, avec qui il était en contact régulier pour gérer les affaires administratives et financières de la prise en charge institutionnelle de Marlène. Il avait effectué, avec ou pour sa marraine, la plupart des démarches pour finaliser le dossier auprès de l'association Exit.

L'accompagnatrice avait pourtant demandé, lors de la rencontre pendant laquelle la date a été fixée, si Marlène souhaitait que le filleul ou son amie soit contacté·e; cette offre avait été déclinée. Au final, pour Jean, l'essentiel est d'avoir pu « respecter ce qu'elle voulait », même s'il a trouvé très pénible de faire comme si tout allait bien pour y parvenir, car il vivait difficilement le choix de sa marraine. De plus, après le suicide, auquel il a assisté, il avait eu l'impression d'être considéré comme un « criminel » quand la police est arrivée pour le contrôle post-mortem.

En institution, le rôle des professionnel·le·s de la santé varie dans l'élaboration d'une demande. Jusqu'en 2013, l'accessibilité à une assistance au suicide pour les personnes prises en charge par des établissements socio-sanitaires dépendait de l'autorisation de leur direction; les refus étaient courants et les personnes pouvaient être renvoyées au domicile pour bénéficier d'une assistance au suicide. Dans le canton de Vaud, c'est une modification législative, survenue à la suite d'une votation populaire, qui a obligé les institutions subventionnées par des fonds publics à prendre en considération les demandes d'assistance au suicide et à autoriser cette dernière sous certaines conditions. Ce canton a été le premier à adopter une loi en ce sens, suivi en 2015 par le canton de Neuchâtel et en 2018 par celui de Genève; le Grand Conseil valaisan a, pour sa part, refusé d'inscrire dans une loi cette contrainte pour les établissements subventionnés par des fonds publics en mars 2020. Par conséquent, chaque canton règle – ou non – les conditions d'accès à une assistance au suicide en institution sans pour autant réglementer sa mise en œuvre; cette dernière reste en effet dépendante des critères définis par les associations d'aide au suicide, dans le respect des dispositions de l'article 115 du Code pénal fédéral et des recommandations de certaines associations professionnelles.

Les suicides assistés réalisés en contexte institutionnel demeurent toutefois minoritaires: 40 sur 299, soit un peu plus de 13% des accompagnements effectués durant l'année 2018 par Exit, selon leurs propres statistiques. Nos propres données – basées sur la consultation des 558 dossiers archivés au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML) pour les cantons de Vaud et de Fribourg entre les années 2014 et 2018 – fournissent une vision détaillée des lieux où se pratiquent les assistances au suicide dans ces deux régions (Tableau IV).

Tableau IV. Lieux de décès par assistance au suicide

Lieux de fin de vie	Fréquence	Pourcentage (%)
Domicile	468	84,6
Établissement médico-social	61	11
Logement protégé	3	0,5
Hôpital	16	2,9
Clinique	3	0,5
Hôtel	1	0,2
Unité de soins palliatifs	1	0,2

Source: tous les dossiers archivés au CURML pour les années 2014-2018 concernant les cantons de Vaud et de Fribourg (N = 558, les chiffres du tableau ont exclu les dossiers dont les données étaient manquantes)

Nous allons néanmoins prendre appui sur les protocoles que les institutions peuvent mettre en place afin de mettre en perspective la façon dont certains documents nécessaires à une requête d'assistance au suicide sont assemblés, et de contraster cette procédure avec celle relative au domicile. Lorsque le canton de Vaud a modifié sa loi sur la santé en 2013, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a adopté une directive institutionnelle complète relative à l'assistance au suicide concernant les patient-e-s qu'il prend en charge. La version de novembre 2017 de ce document comporte une check-list de onze critères à cocher et à viser lorsqu'une demande est effectuée:

1. Demande persistante;
2. Capacité de discernement conservée;
3. Maladie ou séquelles d'accident, grave(s) et incurable(s);
4. Bilan soins palliatifs effectué (avec possibilité de cocher ici « refus du patient »);
5. Bilan psychiatrique effectué (*idem*: « refus du patient » possible);
6. Demande persistante après optimisation du traitement;
7. Absence de traitement support vital;
8. Retour à domicile non envisageable médicalement;
9. Critères d'assistance au suicide remplis;
10. Évaluation de la Commission d'évaluation institutionnelle avec entretien avec patient;
11. Accord de la Commission d'évaluation institutionnelle, décision écrite au patient/représentant pour les soins.

De plus, au CHUV, une assistance au suicide est seulement envisageable si et seulement si la personne ne peut pas rentrer chez elle, la pertinence de ce critère faisant néanmoins l'objet de discussions internes à l'établissement. Le cas échéant, l'institution se voit dans la nécessité de « faire co-exister deux mandats, celui du projet de soins et celui de l'assistance au suicide qui implique des tiers dans la procédure », comme l'indique ce protocole. Se référer à ce dernier permet d'identifier et de clarifier les différentes étapes à suivre pour « éviter les points de tension et de rupture entre ces deux mandats », tel que cela est encore précisé dans ce document. Cette marche à suivre est importante dans la mesure où l'institution est responsable – contrairement au domicile – « des conditions d'organisation du suicide assisté et non pas de la réalisation proprement dite de celui-ci qui relève de la responsabilité de tiers mandatés par le patient ». C'est pourquoi le CHUV désigne un·e médecin cadre hospitalier et un·e cadre soignant·e, « responsables de l'ensemble du processus ». Dans ce cas de figure, la liberté de conscience du personnel institutionnel doit être respectée et mise en œuvre ; les associations d'aide au suicide sont quant à elles admises « en qualité de visiteurs avec l'accord du patient », le CHUV demandant par courtoisie à l'association Exit d'annoncer ses visites au personnel soignant.

Bérangère, une psychiatre du CHUV, connaît bien ce protocole. Elle estime à moins d'une dizaine par année les demandes d'assistance au suicide dans cet établissement – pour un total, sur les données de l'année 2019, de 51 205 patient·e·s hospitalisé·e·s – et à peut-être cinq le nombre de suicides effectués dans ses murs entre 2004 et 2018. L'une des difficultés que Bérangère relève concernant ces demandes tient dans l'évaluation de la capacité de discernement, qui est toujours fluctuante et circonstancielle. La psychiatre rappelle qu'en contexte hospitalier, une évaluation de la capacité de discernement se fait généralement en lien avec la pathologie de base pour laquelle la personne est hospitalisée. Face à une demande d'aide au suicide, cette évaluation doit pourtant être plus large. Comme le signale Bérangère, la démarche consiste à considérer la demande d'assistance au suicide « dans une perspective de vie, de sens de l'existence et dans un contexte donné ».

Autrement dit, poursuit-elle, « l'évaluation de la capacité de discernement dans ces situations ne doit pas être limitée à la prise en charge invasive ou pas, risques, bénéfices, alternatives, etc., de

la pathologie initiale.» C'est dès lors «le choix de mourir» qui doit être analysé pour établir la capacité de discernement en matière d'assistance au suicide: «La dimension cognitive et la dimension affectivo-relationnelle doivent être considérées et évaluées ensemble.» Au moment d'effectuer cette évaluation, et avec l'accord de la personne, les proches peuvent être consulté-e-s, ainsi que le ou la médecin traitant-e afin d'obtenir une appréciation de la demande à la lumière de la trajectoire de santé du ou de la patient-e. C'est pourquoi l'intervention d'un-e psychiatre est requise dans ce protocole, ce qui fait dire à Bérangère que ces demandes mobilisent «beaucoup de monde, de temps et d'énergie». Elle relève aussi que l'évaluation est toujours «empreinte de subjectivité», d'où l'importance de rester attentive aux éventuels troubles psychiatriques et autres signes de démence ou de confusion. Le risque serait, toujours aux yeux de Bérangère, «de coller à la demande ou d'y répondre sans l'explorer; de projeter sur la personne ses propres peurs et ses propres craintes, ses jugements». Dans cette même perspective, Louis, un autre psychiatre employé par cette même institution, fait remarquer que certaines demandes ne lui paraissent pas adéquates, quand une personne insiste par exemple pour obtenir une assistance au suicide rapidement, car elle dit craindre une mort imminente. En contexte hospitalier, ce type d'urgence comporte une difficulté en termes de capacité de discernement.

Par contraste, lorsqu'il est prévu que l'assistance au suicide se déroule à domicile, la production d'une attestation de capacité de discernement ne s'inscrit pas dans ces logiques institutionnelles. C'est généralement le ou la médecin traitant-e de la personne qui établit ce document, parallèlement à son rapport médical, et pour autant qu'il ou elle accepte de le faire. Cette attestation est parfois produite par un-e médecin qui est aussi médecin-conseil ou accompagnatrice auprès d'Exit. Il arrive encore – ce que certain-e-s procureur-e-s disent ne pas apprécier et que certain-e-s membres du comité d'Exit disent vouloir éviter le plus possible – que le même individu établisse le rapport médical, atteste la capacité de discernement et prescrive la substance létale. Des données plus précises sont présentées et commentées à ce propos dans notre quatrième chapitre. La date à laquelle ce document est signé importe par ailleurs, en particulier pour les personnes présentant une démence: pour l'association Exit, celui-ci doit dater de moins d'une année,

et de moins de six mois en cas de maladie de type Alzheimer ou Parkinson, le plus proche de la date du suicide étant souhaité.

Entre l'exemple somme toute assez contraignant du CHUV et le cabinet du ou de la médecin traitant-e qui est en contact direct avec un patient-e vivant à domicile, il existe une variété de contextes plus ou moins institutionnalisés : hôpitaux et leurs différents services, établissements pour personnes âgées, foyers, unités ou maisons de soins palliatifs. Les personnes concernées sont dès lors amenées à constituer leur dossier de demande d'assistance au suicide en fonction du contexte dans lequel elles évoluent. Face à ce constat, il est à relever que, dans les unités de soins palliatifs, la même logique institutionnelle s'applique dans les grandes lignes que celles en vigueur au sein des établissements hospitaliers. Cette logique mérite attention dans la mesure où ces deux secteurs sont souvent mis en tension, voire en opposition lorsqu'il s'agit d'évoquer l'assistance au suicide. Laura est médecin-chef de l'unité de soins palliatifs dans un hôpital régional ; elle dit à ce propos ne plus « supporter la dichotomie pour / contre » ; elle constate pourtant qu'en une vingtaine d'années, « il y a une évolution : on devient partenaire [avec Exit] ». Si ce propos ne doit pas être généralisé – parmi les professionnel-le-s de la santé et du social, un certain nombre s'opposent avec plus ou moins de véhémence au suicide assisté –, Laura explique la position des soins palliatifs en rappelant certaines complexités de ce type de soins, surtout si ces derniers sont spécialisés, sur le plan de la pharmacologie notamment. Elle donne l'exemple d'accompagnatrices d'Exit qui poussent les patient-e-s à arrêter la prise de morphine pour que le pentobarbital puisse déployer tous ses effets. Or, rappelle Laura, il n'y a pas de contre-indication médicale à poursuivre le traitement morphinique qui atténue les douleurs, à l'exception des personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Plus largement, Laura rappelle qu'elle doit parfois faire face à la suspicion des proches ou de certaines accompagnatrices de rendre confus-e un-e patient-e par la médication afin d'éviter que l'assistance au suicide ne soit pratiquée, la capacité de discernement ne pouvant, dans ce cas, plus être établie. Pour cette femme médecin, ce sont aussi les caractéristiques de la population en soins palliatifs qu'il convient de considérer : elle rappelle que 30 % de ses patient-e-s entrent déjà avec un état confusionnel dans son service et que cela augmente à 60 % par la suite. « Nous, on essaie de

limiter la confusion, indépendamment d'Exit. On cherche toutes les pistes pour atténuer la confusion, mais Exit n'entend pas. » C'est cette limite – selon ce point de vue – qui a fréquemment créé des incompréhensions. Laura estime néanmoins que les choses ont changé depuis deux ou trois ans : « Les bénévoles d'Exit sont ok. Il y a un partenariat. Ils viennent dire : “Bonjour, on est là.” » Mais Laura ne souhaite pas pour autant être associée à l'assistance au suicide : « Notre mission n'est pas de promouvoir l'assistance au suicide. [...] Exit gomme en fait le bout qui reste. » Selon son expérience, elle distingue parmi ses patient·e·s celles et ceux qui évoquent ce sujet sans aller plus loin de celles et ceux « qui vont jusqu'au bout, à peine un par an intra-muros, et peut-être deux qui rentrent le jour même à la maison ». Dans ce dernier cas de figure, les choses ne sont pas toujours faciles à vivre pour l'équipe soignante, comme le relève encore Laura : « Serrer la main à une personne qui part pour un suicide assisté est très différent, car il y a plein d'énergie vitale encore. » C'est pourquoi Laura demande à ses patient·e·s et aux accompagnatrices d'Exit « d'avoir une chance d'essayer quelque chose ». À ses yeux, la souffrance physique et la douleur peuvent être atténuées, il y a autre chose qui prévaut dans ces demandes d'assistance au suicide, une chose sur laquelle l'institution n'a pas toujours prise. Il n'est donc pas simple pour Laura d'articuler au mieux le rythme institutionnel et la mise en place d'une assistance dont le processus est géré par des tiers.

Certain·e·s professionnel·le·s refusent de s'impliquer dans ce processus, pour des raisons personnelles ou parce que les directives institutionnelles leur interdisent de seconder la personne; d'autres au contraire entreprennent des démarches et aident certain·e·s patient·e·s à finaliser leur demande d'assistance au suicide et à constituer leur dossier. L'exemple de Marlène se révèle encore intéressant sur ce point. Élisabeth – son infirmière référente, présente le jour du suicide dans l'EMS – a évoqué son rôle pour régler ces aspects administratifs : « Quand ils lui ont fait payer aussi sa cotisation, tout ça, ce sont des trucs très pratiques, mais qui sont compliqués quand elle ne peut pas se déplacer, quand elle ne peut pas parler, donc pour valider le fait que c'est bien elle qui décide et puis pas moi ou lui qui décidons pour elle. Nous, on est juste sa voix, ses bras, et il fallait bien après que, à chaque fois par téléphone, avec Exit, ils ont été très clairs, très compréhensifs, il n'y a pas eu de souci. »

Concernant les éléments clés à rassembler pour une demande d'assistance au suicide, il convient d'évoquer enfin le rapport médical. Ce dernier décrit l'état de santé de la personne; c'est sur la base de ce rapport que les critères établis par les associations d'aide au suicide ainsi que les recommandations des corps ou milieux professionnels concernés par ces requêtes – tant au niveau de la mise en place que du contrôle subséquent au suicide – sont appréciés. À ce propos, Exit stipule les éléments suivants: l'adhérent-e doit être atteint-e «soit d'une maladie incurable, soit de souffrances intolérables, soit de polyopathologies invalidantes liées à l'âge». Ces terminologies font l'objet de nombreux débats et controverses, et ont évolué au fil du temps. Il est surtout à relever que les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), intégrées au code déontologique de la Fédération suisse des médecins (FMH), stipulaient en 2004 que le suicide assisté ne faisait pas partie de l'activité médicale, mais qu'un-e médecin pouvait y consentir par «décision morale personnelle» pour autant que: «1) la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche; 2) des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre et 3) le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin. Il faut notamment exclure que le désir de suicide soit le symptôme d'une maladie psychique.» L'ASSM a modifié ses directives en mai 2018, remplaçant notamment le critère «fin de vie proche» par «souffrance insupportable», et n'associant plus l'assistance au suicide à un acte par principe contraire aux objectifs de la médecine. Ces modifications ont toutefois été rejetées par la FMH en octobre de la même année, et n'ont par conséquent pas été intégrées au code déontologique de cette fédération.

L'OBTENTION D'UN FEU VERT

Une fois le dossier complété et renvoyé, le secrétariat d'Exit le vérifie et s'assure que la cotisation a bel et bien été payée. Quand tout est en ordre, le dossier est transmis pour évaluation et validation à l'un-e des trois médecins-conseils de l'association, comme le relève Quentin: «On envoie au médecin concerné selon la région, avec une copie de la demande d'adhésion, le rapport médical, la lettre manuscrite; et lui [ou elle] juge si la personne répond aux critères,

sans voir la personne. La répartition se fait selon trois régions [chaque médecin-conseil étant en charge de l'une d'entre elles]: Genève, Vaud-Valais, Neuchâtel-Jura-Fribourg.» Les co-président-e-s de l'association précisent que les médecins-conseils sont défrayé-e-s à hauteur de 100 francs pour chaque évaluation de dossier.

Durant la recherche, des entretiens avec les trois médecins-conseils en activité ont été menés. Pour formuler leur avis, ces médecins s'assurent avant tout que les critères de l'association sont respectés. Au-delà des aspects formels – contrôler que tous les documents sont conformes et tous réunis –, l'un des points centraux de leur décision tient dans leur appréciation de l'état de santé de la personne. Elsa, qui s'est engagée dans ce rôle une fois sa retraite prise, il y a environ dix ans, note que, dans «la plupart des cas, c'est assez clair. Ce sont des cancers avec plein de métastases. Ce sont des cas terminaux. Ou bien ce sont des maladies neurodégénératives. [...] Là, on n'a pas tellement de doutes pour accepter le dossier.» L'évaluation est plus délicate quand les notions de polyopathie invalidante et de souffrance intolérable sont au cœur du rapport médical versé au dossier. Pour Elsa, une polyopathie est ce qui débouche sur une atteinte importante des fonctionnalités du quotidien et engendre une dépendance significative envers autrui, tout en générant un sentiment de dégradation de soi: «Dans les maladies cardiaques ou, par exemple, avec un gros diabète ou des choses comme ça, il faut encore voir si elles sont compensées ou pas. [...] On vous donne les médicaments qu'il faut pour, et puis vous ne vous sentez pas trop mal. Vous pouvez continuer à vivre comme avant.»

En d'autres termes, cette médecin prend en considération la possibilité de stabiliser la maladie de la personne. Mais, en lisant le dossier, c'est surtout la combinaison d'une pluralité de facteurs médicaux qu'elle interprète, à la lumière de leurs répercussions sociales: «C'est par exemple une personne qui a une maladie pulmonaire, qui a de l'oxygène, avec de l'arthrose partout. Et elle a d'horribles douleurs, puis elle devient incontinente anale et ne peut pas sortir de chez elle. [...] Le problème, dans les polyopathologies, je dirais que c'est surtout la dépendance.» Elsa illustre ces répercussions sociales péjorées par un échange qu'elle a eu avec le médecin traitant à propos de l'incontinence d'une femme: «Le médecin me disait: "Mais on la nettoie!" Je lui ai dit: "Le problème n'est pas qu'on la nettoie. Le problème est qu'elle ne peut plus recevoir ses

amis, parce que brusquement, comme cette femme le dit, «ça sent la merde».»

La médecin-conseil relève en outre qu'une indication médicale – bien qu'explicite dans un rapport – ne reflète pas toujours la réalité du quotidien. Il est donc important pour elle de se faire un avis directement auprès des personnes concernées, en les observant en situation. Elsa prend l'exemple d'un diagnostic de «fibrillation auriculaire» (un trouble du rythme cardiaque), «qui n'est pas un motif pour mourir [...]». On se dit, s'il n'y a que ça. [...] Alors il faut aller voir, parce qu'il y a des fibrillations très gênantes et d'autres qui le sont moins. Si on a très peu de diagnostic ou presque rien, on vous marque arthrose et puis voilà. [...] Alors vous vous dites l'arthrose, ça peut n'être presque rien, mais ça peut être catastrophique suivant combien vous en avez. Donc, au fond, des fois, vous ne savez pas très bien sur la base du dossier si c'est vraiment grave ou pas. Alors, très souvent, je dis: «Bon, ben, on accepte en l'état et puis, on va voir».» En cas de doute, Elsa considère que les accompagnatrices se font leur propre opinion en situation et peuvent refuser d'aller de l'avant.

Sur le principe, par contre, cette médecin-conseil n'accepte pas de donner un feu vert s'il n'y a pas de condition médicale péjorée: «On a tout à fait le droit de se suicider, mais ce n'est pas à nous de suicider les gens qui n'ont rien. S'ils n'ont rien, ils peuvent aller se suicider. Je ne trouve pas que c'est à nous de suicider les gens qui n'ont rien. On le fait parce que les gens souffrent. Moi, je ne suis pas encore prête, disons, à aller jusque-là.» Sur ce point, les avis des deux autres médecins-conseils présentent quelques nuances. Maurice est l'un d'eux; il milite depuis la fin des années 1970 pour les droits des patient-e-s et pour la liberté individuelle en général. À la demande de l'ancien président d'Exit Suisse romande, il a rejoint l'association en 2010, quand il a pris sa retraite, tout d'abord comme accompagnateur puis comme médecin-conseil: «À l'époque, l'association était petite et il y avait peu de médecins qui participaient. Parmi les médecins, il y avait beaucoup de divisions. Aujourd'hui, c'est un peu moins le cas, mais ça reste encore vrai. Mais c'est comme à l'époque pour l'interruption de grossesse.»

Pour expliciter la façon dont il prend sa décision, Maurice relève tout d'abord les conditions formelles pour accéder à une assistance au suicide: «Comme il n'y a pas de loi, c'est nous [l'association Exit] qui nous fixons nos critères. Je vous les rappelle: être membre;

être majeur, parce qu'on n'a pas voulu se charger des compliqués débats des enfants, comme il y en a en Belgique. La personne doit être capable de discernement, c'est la loi; nous voulons qu'elle ait des maladies, soit des maladies graves, terminales, mortelles, soit une polypathologie invalidante. Une partie des personnes âgées souffrent de multiples petits problèmes qui, réunis, rendent la vie très difficile.» Selon ce point de vue, c'est moins la condition médicale objective que la façon dont la personne apprécie sa propre situation qui compte; mais il ne s'agit pas non plus d'accepter n'importe quelle demande. Maurice cherche, d'une part, à se faire une idée de la péjoration de ce que les personnes aiment faire dans leur vie et distingue, d'autre part, les différents types de pertes: « Il y a des gens qui nous convainquent très facilement: 90 ans, des douleurs partout, la vue perdue, etc. Bon, à l'autre extrême, il y a ceux qu'on refuse toujours. Ce sont les gens de 30 ou 40 ans qui ont perdu... Un banquier qui a perdu l'argent de ses clients, des déceptions sentimentales ou autres affaires d'honneur, non. »

Ce médecin-conseil met l'accent sur la perception par la personne de sa propre qualité de vie. Cela est particulièrement manifeste dans l'appréciation des pathologies invalidantes liées à l'âge, quand les individus disent ne plus être capables d'effectuer certaines activités, ce qui induirait une souffrance insupportable. Maurice prend l'exemple de Charles, dont la situation sera reprise plus en détail dans notre cinquième chapitre. Il estime que celui-là vivait très mal ce différentiel entre ce qu'il aimait faire et ce qu'il parvenait à faire: cet homme âgé de plus de 80 ans, en sus d'une série de difficultés personnelles, souffrait de troubles rhumatismaux considérés comme bénins par son médecin traitant. Maurice prend cependant en compte le fait que Charles avait été un grand sportif et que ses performances physiques étaient clairement limitées: « Il y avait une série de vexations, de souffrances qui, peut-être, à 84 ans, lui faisaient souhaiter mourir. Mais la souffrance était bien là, quelle qu'elle soit. Il était capable de discernement. Il avait l'âge. Le médecin traitant attestait des différentes maladies. Pour nous, c'était un dossier clair et net. »

Le cas des départs en couple révèle également des positions nuancées entre médecins-conseils. Pour Elsa, une entrée en matière n'est possible que si les deux conjoint·e·s souffrent d'un état de santé péjoré; pour Maurice et Guy par contre, le lien les unissant et la perspective de la mort de l'autre sont à prendre en considération dans

la décision. Si ces exemples laissent apparaître des variations dans les façons d'interpréter certains dossiers entre médecins-conseils, ils montrent tous que la condition médicale reste toujours liée à une appréciation du contexte de vie de la personne. C'est cela qui peut conduire à une validation du dossier, ou à un refus. À ce propos, Guy – le troisième médecin-conseil en activité – raconte avoir répondu à un homme de 95 ans qui sollicitait une aide au suicide : « Écoutez, non ! Quand vous ne pourrez plus sortir de chez vous parce qu'il y aura un certain nombre de choses, bien sûr que je vous aiderai. Mais là, vous venez en voiture, vous vous mettez au parking. Vous avez une bonne autonomie et tout. »

L'interprétation qu'un·e médecin-conseil fait – généralement à la seule lecture d'un dossier – du contexte relationnel et social d'un état de santé péjoré et d'une perte d'autonomie dépend aussi de sa sensibilité. Cette marge de manœuvre est à relativiser : ces médecins-conseils ne sont pas isolé·e·s dans leur prise de décision. En aval d'un dossier, comme l'a relevé Elsa, il est possible de compter sur les accompagnatrices qui peuvent aussi le refuser ; en amont, les médecins-conseils peuvent encore demander aux médecins traitant·e·s d'étoffer les informations contenues dans le rapport médical. Ceci afin de lever une éventuelle incertitude ou d'obtenir des précisions supplémentaires. Guy souligne que certain·e·s médecins traitant·e·s ne fournissent pas toutes les informations requises, pensant être tenu·e·s par le secret médical : « On doit les relancer pour qu'ils envoient les renseignements, en leur rappelant que le patient les délie formellement du secret. » Engager une discussion sur cet élément permet de préciser les choses avec des collègues peu familières et familiers avec la procédure d'assistance au suicide et d'entretenir des relations avec ces collègues. Pour Guy, en effet, « prendre contact avec le médecin traitant a plusieurs buts : d'abord, c'est pour avoir certains renseignements, mais c'est aussi pour leur dire que – s'ils ont des relations particulières avec la personne – ils ne se sentent pas exclus d'un processus. S'ils souhaitent être avec nous à titre amical parce qu'ils ont des relations avec la personne ou ses proches, ils le peuvent. »

Au-delà de cet argument, les médecins-conseils entretiennent diverses hypothèses sur l'attitude de leurs collègues médecins traitant·e·s. Maurice estime que ces dernières et ces derniers sont généralement réticent·e·s à s'engager concrètement en faveur de l'assistance au suicide. Cela se remarque dans la difficulté à obtenir

de leur part qu'ils et elles se prononcent sur la capacité de discernement de leurs patient-e-s. Maurice dit ne pas comprendre pourquoi subsiste une telle réticence alors que ces médecins connaissent leurs patient-e-s depuis longtemps. Il entrevoit une explication dans le fait d'atteindre certaines limites personnelles face à l'assistance au suicide : « La plupart du temps, fait encore remarquer Maurice, ils ne désirent pas. Il y a quelques rares exceptions, des gens qui vraiment veulent accompagner leur patient jusqu'au bout. Mais la plupart du temps, par manque d'intérêt, manque de temps ou peur de conséquences fâcheuses, ils disent non. Et puis, là, ils disent avec une certaine logique : "Il y a des gens pour soigner et puis il y a des gens pour aider à mourir. C'est peut-être mieux de ne pas mélanger." »

Pour sa part, Elsa estime que les médecins traitant-e-s redoutent avant tout les ennuis et que ces refus ne reflètent pas forcément leurs convictions. Mais elle relève surtout un autre point d'achoppement, qui conditionne en partie son rôle de médecin-conseil : la prescription de la substance létale. Pour produire une ordonnance, il est nécessaire de voir la personne, ce que fait aussi très bien remarquer Maurice : « Je précise que c'est depuis les années 2000 que les médecins doivent voir le patient pour faire l'ordonnance [de pentobarbital, selon une décision du Tribunal fédéral de 2006], après avoir pris connaissance eux-mêmes de la personnalité du sujet. Dans les années 90, il y avait encore la possibilité de lire le dossier et dire "Ok, j'envoie l'ordonnance par la poste", sans avoir vu le patient. » Focaliser l'attention sur le prescripteur permet de révéler un premier enjeu : l'importance pour les médecins-conseils d'entretenir une relation fonctionnelle avec les médecins traitant-e-s, car, s'il n'est pas possible d'obtenir des second-e-s une prescription, d'autres médecins affilié-e-s à ou collaborant avec l'association peuvent être amené-e-s à voir la personne afin d'établir l'ordonnance. Cela n'est pas sans poser quelques difficultés car, en sus des démarches supplémentaires à effectuer, il n'est pas vraiment souhaité – comme nous l'avons relevé précédemment – que l'attestation de la capacité de discernement ainsi que la prescription de pentobarbital ne dépendent que de l'association Exit.

Le fait de prescrire ou non éclaire un deuxième enjeu : l'adéquation entre l'appréciation d'une pathologie invalidante, d'une souffrance existentielle ou d'un état de santé en général et le traitement proposé. Comme le relève encore Maurice, « il faut que le médecin

puisse dire: “Oui, ce traitement est nécessaire, ou utile.” Ce n’est pas une erreur. Ce n’est pas une négligence. [...] On ne doit donner ces produits [doses létales de barbituriques] que dans la mesure où c’est compatible avec les connaissances des sciences médicales et pharmaceutiques.» En d’autres termes, un·e médecin ne risque pas de commettre un délit au sens de l’article 115 du Code pénal sur l’assistance au suicide si la capacité de discernement est attestée, que la personne effectue le geste final elle-même et qu’il n’y a pas de motif égoïste; il ou elle risque par contre de contrevenir à la Loi sur les produits thérapeutiques (LPTh) et à la Loi sur les stupéfiants (LStup), dans la mesure où la prescription serait inadéquate à la condition médicale de la personne. Il est à noter que les trois médecins-conseils ont été convoqué·e·s à différentes reprises par l’un ou l’autre Ministère public à ce propos. La plupart du temps, leurs explications ont suffi à éclaircir la situation et aucune suite judiciaire n’a été donnée. Ces cas demeurent toutefois rares, comme nous le détaillerons encore dans le quatrième chapitre. Le fait de prescrire ou non équivaut à interpréter une polyopathie invalidante ou une souffrance existentielle comme étant suffisamment conforme pour solliciter une assistance au suicide. Bon nombre de médecins traitant·e·s ne semblent toutefois pas prêt·e·s à endosser ni à partager cette responsabilité avec les médecins-conseils.

Cela reflète l’une des particularités de l’assistance au suicide en Suisse: celle-ci n’est pas complètement médicalisée. Divers moyens – qui ne nécessitent ni prescription médicale ni intervention d’un·e médecin – peuvent être utilisés sans enfreindre le Code pénal. A minima, c’est la capacité de discernement qui est requise. Et c’est certainement ce dernier aspect qui s’avère le plus complexe à déterminer pour les médecins-conseils dans leur prise de décision et la délivrance d’un feu vert. Il y a tout d’abord les cas pour lesquels l’attestation de capacité de discernement est difficile à obtenir de la part des médecins traitant·e·s, ce que relève encore Maurice: «Et on leur [aux médecins traitant·e·s] demande qu’ils attestent du discernement. Et puis alors là c’est aussi un petit problème. Il y a des médecins qui sont d’accord de parler des pathologies de leur patient, mais qui ne veulent pas se prononcer sur le discernement. [...] Je n’ai jamais compris pourquoi. Pour moi, le discernement, c’est quelque chose qu’on peut déterminer de manière intersubjective. Le médecin le fait toujours d’ailleurs sans le savoir. [...] Mais cela devient monstrueux pour les médecins

qui sont opposés ou réticents vis-à-vis d'Exit. Ils disent qu'ils ne sont pas capables d'estimer le discernement. [...] L'Académie suisse des sciences médicales dit que même une personne non-médecin peut faire un certificat disant que tel ou tel a son discernement.» Cet élément semble marquer une délimitation entre celles et ceux qui acceptent de mettre en œuvre une pratique sociale tolérée – l'assistance au suicide – et celles et ceux qui en acceptent le principe mais ne souhaitent pas y participer, et celles et ceux qui ne l'acceptent pas. Le cas échéant, de la même façon que pour la prescription de pento-barbital, si le ou la médecin traitant-e n'accepte pas de statuer sur la capacité de discernement d'un-e patient-e, c'est un-e médecin-conseil ou un médecin proche de l'association qui pourra s'en charger.

Il convient d'évoquer enfin les situations pour lesquelles les médecins-conseils entretiennent des doutes quant à la capacité de discernement. Cela se produit notamment quand certaines indications du rapport médical demeurent trop succinctes, car cela pourrait donner lieu à des investigations plus poussées des procureur-e-s en charge de l'instruction pénale. Ainsi, lorsqu'un-e médecin-conseil lit dans un dossier « léger état dépressif ou anxio-dépressif », il ou elle va chercher à obtenir plus d'informations à ce sujet. Si les doutes s'intensifient ou s'il s'avère que la pathologie relève d'un trouble psychiatrique, la situation se complique. Elsa l'explique en ces termes: « En principe, pour moi, les malades psychiques ont les mêmes droits que les personnes qui ont des maladies physiques. Le problème, c'est que la jurisprudence nous oblige à avoir une expertise et, le problème, c'est de trouver des psychiatres qui soient d'accord de reconnaître que des patients psychiques, ça fait des années qu'ils les traitent sans succès. Et avoir une expertise de ce type disant: "Tout a été fait dans les règles de l'art pour essayer d'améliorer" et puis, que le résultat reste comme ça, je n'en ai vraiment pas vu beaucoup. » Pour cette médecin-conseil, la difficulté tient dans le fait que la plupart des psychiatres considèrent déjà la demande de suicide « comme un signe d'un état déprimé ».

Maurice abonde dans ce sens: « Si on a un dossier d'une personne schizophrène qui a une expertise disant qu'actuellement elle est stabilisée et que sa demande est constante et qu'on a fait tous les traitements qu'on pouvait, que son état ne pouvait pas s'améliorer, je ne vois pas pourquoi une personne qui a une maladie psychique serait moins bien traitée qu'une personne qui a une maladie physique. On pourrait entrer en matière s'il est évident que son état lui cause des souffrances, ou des choses comme ça, qu'on ne peut pas améliorer. »

D'ailleurs, le fait de souffrir d'un trouble psychiatrique n'est plus en soi un critère de refus, depuis un arrêté du Tribunal fédéral de 2006. Le cas échéant, l'acceptation par un-e médecin-conseil d'Exit passe par le rapport d'un-e médecin psychiatre, qui atteste que la personne jouit de sa capacité de discernement en dépit de sa maladie. Or, rares sont les psychiatres qui acceptent de le faire. Face à cette difficulté, les médecins-conseils peuvent refuser un dossier ou – ce qui arrive surtout lors d'un appel téléphonique spontané, car le secrétariat trie déjà la plupart des dossiers sur ce point – demandent à la personne d'effectuer une expertise psychiatrique. Mais cela coûte cher – entre 4000 et 5000 francs estime Maurice –, si bien que la plupart des personnes abandonnent. Ce point est important pour les médecins-conseils d'Exit car, comme le souligne encore Elsa, « j'aimerais bien qu'on ait un ou deux psychiatres [avec lequel-le-s travailler régulièrement]. Mais bon, pour le moment, on n'en a pas. Mais vous voyez, si c'était un psychiatre qui faisait partie d'Exit, je ne suis pas sûre que si un procureur regarde un dossier et dit: "Mais enfin, c'est un psychiatre d'Exit. C'est quoi cette expertise?" »

En cas de refus, les médecins-conseils n'orientent pas la personne vers un-e autre médecin de l'association. Comme option, elle peut demander à son ou à sa médecin-traitant-e de lui prescrire la substance, pour bénéficier d'une assistance au suicide en dehors d'Exit, ou solliciter une autre association d'aide à mourir active en Suisse. Comme le note Maurice, « tout ce qu'on peut lui dire, c'est que si elle veut aller dans une autre association, libre à elle. Elle peut tenter sa chance à Exit International, à Exit Suisse allemande, voilà. Mais pour le moment, nous, on n'a pas dit qu'on ne fera pas. On a dit pour le moment. Alors, il y en a qui sont très fâchés. » Ces situations restent toutefois minoritaires: « Neuf fois sur dix, termine Maurice, ce sont des cas clairs et simples: des personnes très âgées, multimorbides ou souffrant de maladie mortelle. Le monde est clair, le médecin traitant est clair. On donne le feu vert et une personne d'Exit est désignée pour aller rendre visite à cette personne. »

PRÉPARER UN ACCOMPAGNEMENT

Le processus d'attribution d'un dossier à une accompagnatrice se fait, depuis 2018, sur la base de deux critères principaux: la région géographique – « On regarde l'adresse de la personne, visualisée par rapport à celle de l'accompagnatrice pour ne pas lui faire

traverser le canton. C'est une logique de bon sens», relève l'une d'entre elles – et la répartition équitable des situations entre celles qui habitent une même région. Leur disponibilité entre aussi en jeu. Le personnel du secrétariat se concerte pour tenir compte des congés qui lui sont annoncés et des diverses démarches qui auraient déjà été effectuées dans l'intervalle. Quand une accompagnatrice accepte d'assister un suicide, cette information est enregistrée dans le système informatique d'Exit et la demande passe dans les dossiers « en cours ». La personne qui requiert cette assistance au suicide est généralement contactée dans les vingt-quatre heures qui suivent, en vue de fixer un premier rendez-vous.

L'attribution des dossiers peut encore se faire en fonction de la sensibilité de chaque accompagnatrice. Selon le secrétariat, certaines n'entrent pas en matière en cas de polyopathologies invalidantes sans souffrances intolérables ou si la perte d'autonomie n'est pas très conséquente. Ceci vaut également pour l'accompagnement des couples dont les deux membres souhaitent recourir, ensemble, à un suicide assisté. En effet, à l'instar d'Elsa, l'une des médecins-conseils, plusieurs accompagnatrices n'acceptent d'assister un suicide que si les deux conjoint·e·s remplissent chacune de son côté les critères posés par l'association. Il est à noter à ce propos que les accompagnatrices agissent sur mandat d'Exit, mais restent parfaitement libres de réaliser ou non un accompagnement, sachant que leur responsabilité civile ou pénale pourrait être engagée en cas de problème avéré et, dans ce cas, celle de l'association éventuellement. Il incombe donc à ces dernières – quinze ont été interviewées en dehors de nos observations directes durant leurs accompagnements – de trouver l'adéquation entre leurs compétences et la situation de la personne: celles qui n'ont pas une formation dans les soins, une minorité, ou qui sont en début de « carrière » sont à ce propos plus réticentes à accepter des situations complexes, surtout quand une maladie terminale n'est pas attestée.

Concernant le profil des accompagnatrices justement, nous avons adressé à la trentaine d'entre elles figurant sur la liste de l'association Exit en vigueur à la fin de l'année 2020 un court questionnaire pour renseigner leur formation et la durée de leur engagement. Vingt-six accompagnatrices ont fourni des indications: quinze réalisent des accompagnements depuis plus de dix ans; cinq entre trois et dix ans; six depuis moins de deux ans. Outre une déléguée commerciale et une indépendante, dix accompagnatrices sont retraitées ou

sans activité professionnelle. Douze exercent une profession dans le domaine médical, des médecins et des infirmières majoritairement, mais également une auxiliaire de santé, une assistante médicale, une aide-soignante ainsi qu'un ambulancier. Trois exercent une activité dans le domaine du social. En termes de formation, six ont obtenu un diplôme en médecine et deux en droit; neuf sont titulaires d'un diplôme en soins infirmiers; les autres – à l'exception d'une employée de commerce – ont obtenu un diplôme dans des domaines proches de la santé et du social: éducatrice spécialisée, aide-soignante, auxiliaire de santé, assistante médicale, assistante en soins et santé communautaire, ou encore dans le domaine de la pharmacie.

POSER LES BASES

Lors du premier contact, en principe téléphonique, l'accompagnatrice désignée s'assure que la personne est prête à donner suite à sa demande. Si tel est le cas, un rendez-vous est fixé l'un des jours suivants. Elle se rend au domicile de cette personne ou dans l'institution où elle réside. La rencontre initiale, en face à face, comporte deux objectifs: entendre, d'une part, la personne sur sa situation et sur sa volonté d'en finir avec l'aide d'Exit; vérifier, d'autre part, *in vivo* que la demande remplit tous les critères posés par l'association. La question de l'adéquation de la demande au cadre de référence et aux valeurs de l'accompagnatrice se pose également à cet instant, car cette dernière doit accepter en son âme et conscience d'effectuer une assistance au suicide: la condition médicale, la capacité de discernement et la cohérence des propos de la personne qui sollicite l'assistance sont alors passés en revue, sur la base des documents médicaux à disposition.

Les accompagnatrices mettent ces éléments en perspective avec leur appréciation de la volonté exprimée par la personne de recourir à une assistance au suicide et, surtout, de la stabilité de cette volonté. Éloïse le souligne ainsi: «J'essaie de voir si cette demande, je peux la recevoir, au-delà du fait d'avoir un diagnostic, au-delà du fait que j'ai des papiers en face de moi qui me disent: "La personne a fait une demande, les médecins certifient qu'elle a une pathologie x, etc." Et dans sa capacité de discernement, elle enregistre sa demande manuscrite, dans un acte de notaire, et donc il y a des éléments qui sont là. Mais est-ce qu'on est sûr que la personne, dans ce moment précis, c'est effectivement sa volonté?»

Si les documents fournissent un appui objectif important, les accompagnatrices cherchent à percevoir dans le discours des protagonistes les explorations des alternatives qui ont été effectuées non seulement en amont de la requête d'assistance, mais aussi dans la situation présente: «[...] On va rechercher les possibilités, poursuit Éloïse, tout ce que la personne pourrait encore utiliser. Et voir aussi si la personne envisage éventuellement d'essayer encore une solution ou une autre. Parce que, parfois, elle attend de nous qu'on lui dise: "Oui, c'est juste, c'est une bonne décision que vous êtes en train de prendre." Chose que nous, on ne dira jamais. C'est à la personne que cela revient de me dire, ce n'est pas à nous de dire: "Oui, c'est une bonne décision." »

Plusieurs éléments interviennent dans l'élaboration de l'intime conviction selon laquelle la personne rencontrée est vraiment décidée. Les accompagnatrices prennent tout d'abord en considération les valeurs et le positionnement de la personne vis-à-vis de la mort. Elles s'intéressent aussi au nombre d'années d'adhésion à l'association. À ce propos, Gisèle et Sally estiment que l'augmentation du nombre de demandes d'assistance au suicide effectuées par des membres fraîchement inscrit·e·s, de dernière minute, représente un défi; en l'absence d'un clair indicateur temporel, la stabilité d'une conviction paraît plus difficile à évaluer. Il leur importe ensuite d'écarter l'idée selon laquelle la personne se résout à se suicider par peur de souffrir à l'avenir, sous l'effet d'un déséquilibre émotionnel qui transparait durant l'échange ou pour échapper à des conflits relationnels. Les accompagnatrices sont d'autant plus attentives à ces aspects s'il s'agit d'assister une personne présentant des polyopathologies invalidantes liées à l'âge. En effet, ces dernières ne correspondent pas toujours à leurs représentations d'une « maladie incurable » ou d'une « fin de vie ».

C'est pourquoi les hésitations, le besoin de réassurance sur le bien-fondé d'une décision tout comme les possibilités concrètes d'opter pour une alternative à l'assistance au suicide conduisent les accompagnatrices à se dire que la personne n'est pas prête. Éloïse le résume en ces termes: « C'est comment la personne parle et s'exprime; comment elle a géré le tout avec sa famille, son entourage, ses amis, son tout. Est-ce que la personne a effectivement appelé ou a-t-elle activé les autres pour appeler? [...] C'est vraiment la rencontre, des documents, une personne qui manifeste une volonté, et là il faut aller décrypter cette volonté. Et comment on peut le

faire? [...] Les accompagnateurs sont des personnes expérimentées de la vie, en général professionnels, qui ont construit dans leur parcours de vie, dans le parcours professionnel, les critères pour pouvoir entrer en relation avec l'autre et pouvoir aller comprendre ce qu'une personne demande [...]. Après, ça peut rester toujours subjectif, bien sûr. De toute manière, si je me dis: "Je ne suis pas convaincue", moi, je n'y vais pas! Et puis je peux demander à un autre accompagnateur de venir avec [moi] pour voir comment lui il reçoit la chose.»

En lien avec cette conception, il est à préciser qu'en Suisse, aucune formation n'est requise pour accompagner un suicide. Ce sont les associations qui acceptent telle ou telle personne à exercer comme bénévole pour leur compte. Pour rejoindre Exit, une lettre de motivation, exposant le profil, le parcours et la motivation de la personne à officier en tant qu'accompagnatrice, est en principe adressée au comité de l'association pour décision. Parmi ces bénévoles, beaucoup sont au bénéfice d'une expérience médicale ou dans les soins; ce point fait d'ailleurs l'objet de discussions récurrentes au sein du comité et avec les accompagnatrices. Depuis 2020, la présidence vise à n'engager comme nouvelles accompagnatrices que des personnes ayant eu un parcours professionnel en lien avec le champ de la santé ou du social. De plus, l'un des objectifs – à terme – est de proposer de courtes formations à chaque accompagnatrice pour garantir un minimum de pratique et de connaissances communes. Cet aspect amorce un changement par rapport à la latitude dont pouvaient se prévaloir les accompagnatrices d'Exit durant les deux dernières décennies.

Cette première rencontre avec les personnes s'avère par conséquent déterminante. Elle fournit les repères nécessaires à l'évaluation du degré et de la nature d'une souffrance; de l'intensité d'une détermination; du processus ayant conduit à la décision de mourir par suicide assisté. L'échange entre Hélène, l'accompagnatrice, et Céline, une veuve de 82 ans vivant seule dans un appartement et déclarant souffrir de manière insupportable, a été observé. La mobilité de cette dernière avait été fortement réduite quelques mois auparavant, à la suite d'une chute qui a provoqué des douleurs importantes. Sur la base de cette information, Hélène a testé la détermination de Céline en lui proposant des alternatives – un déménagement dans un appartement plus accessible, une entrée en EMS –, avant d'affirmer: «Vous n'avez pas l'air si mal que

cela!», sur quoi Céline a répondu du tac au tac : «L'air ne fait pas la chanson. Cela fait longtemps que j'ai l'idée de m'en aller. Je ne vais pas changer d'idée; j'ai tout fait ce qu'on m'a dit de faire, j'ai pris les médicaments que la doctoresse m'a donnés. J'ai tout fait de tout mon cœur, mais maintenant cela suffit.» Face à cette réponse, Hélène a poursuivi la discussion en posant d'autres questions sur l'état de santé de Céline, sur les conséquences de la chute et sur ce qui avait été tenté pour soulager ses douleurs. Puis elle est revenue une nouvelle fois à la charge : «N'y a-t-il aucune chance de vous dissuader?» – «Aucune», a répondu Céline d'un ton péremptoire.

En d'autres termes, les accompagnatrices inscrivent les douleurs et les souffrances des personnes dans leur contexte de vie; elles évaluent leur demande en fonction du quotidien et de l'état et de la densité des relations familiales : est-ce que les proches sont au courant de la démarche? Y adhèrent-ils et y adhèrent-elles? Jusqu'à quel point? Hélène a demandé si Céline avait des enfants et si elle entretenait des relations avec eux, ce qui a été confirmé. Ont-ils par contre été informés de ce projet de suicide assisté? «Pas trop», a répondu Céline, ce qui a suscité chez Hélène une réaction immédiate : «C'est important que tout le monde soit bien au clair. Vous allez partir, mais vos enfants, eux, ils restent. Ce n'est pas suffisant si c'est moi qui leur dis.» Cette demande d'avertir les enfants a été réitérée à plusieurs reprises durant cette première rencontre, pour «que les enfants ne soient pas choqués», comme Hélène le précisera ultérieurement.

Les accompagnatrices ne partagent toutefois pas toutes la même sensibilité à cette circulation de l'information; certaines estiment que la décision concerne en priorité la personne qui recourt à l'assistance au suicide. Jocelyne n'en fait pas une condition sine qua non de ses accompagnements, tout en déclarant favoriser les discussions ouvertes : «Il y a des proches qu'on peut rencontrer, il y a des proches que le patient ne veut pas qu'on rencontre. Cela lui appartient. Ce n'est pas à nous de dire : "On veut rencontrer vos proches." On n'a pas à dire cela [...]. On n'a pas d'autres investigations à faire. Notre investigation essentielle, c'est de savoir si la personne est déterminée, si elle a mûrement réfléchi sa décision [...]. Une fois qu'on estime qu'elle est prête, c'est sa vie privée, cela la concerne.» Mais les situations varient selon les circonstances, puisque Jocelyne a aussi évoqué avoir une fois tout entrepris pour qu'une mère mette au courant son fils de

son intention. Indépendamment des sensibilités individuelles, inviter les personnes à parler avec leurs proches correspond aussi aux souhaits de la nouvelle présidence d'Exit.

L'engagement des accompagnatrices dans cette première phase de vérification et d'appréciation des critères et des motivations de la personne dépend encore de la conception qu'elles se font de leur rôle. Certaines le considèrent comme prioritairement instrumental: elles aident la personne à accomplir un suicide selon les modalités qui lui conviennent. Le focus de leur accompagnement reste sur la personne; il ne dépasse pas le cadre limité du contrôle des critères formels: la capacité de discernement, la détermination, l'absence d'une pression extérieure sur la décision, l'état de santé. C'est encore le cas de Jocelyne, pour qui il n'est pas souhaitable d'accompagner le processus décisionnel au-delà de ces aspects, ni d'instaurer un lien interpersonnel: « Mon rôle est vraiment d'apporter la solution létale pour permettre à la personne de partir, rien d'autre [...]. Si la personne n'est pas prête, elle doit se préparer. Pour moi, on fait appel à l'accompagnatrice quand on est prêt. Et l'accompagnatrice ne peut accompagner que quand la personne est prête. Je suis extrêmement claire sur ce point-là. Je dirais même que je suis extrêmement exigeante et intransigeante. Parce que ce n'est pas notre rôle que de, entre guillemets, "suivre les personnes", revoir la personne pour nouer une relation avec quelqu'un après qu'on va devoir assister. »

D'autres au contraire s'attardent sur la trajectoire de vie de la personne et sur ses relations avec les proches. Elles les rencontrent à de plus nombreuses reprises, entre une et trois fois avant le jour du décès, rarement plus. Une autre accompagnatrice, Monique, décrit en ces termes la dimension relationnelle de son rôle: « Il y en a qui ne veulent pas du tout s'investir, qui veulent aller juste à l'essentiel. Mais moi, je trouve qu'on ne peut pas aller à l'essentiel si on ne va pas un peu plus loin. Mais bon, c'est personnel. » Dans ce cas, les discussions s'orientent facilement vers la trajectoire de vie de la personne et sur le contexte de sa vie quotidienne. Une opposition forte des proches à une assistance au suicide apparaît comme un obstacle, voire une raison de ne pas entrer en matière. De la même façon, la sensibilité s'aiguise aux éventuelles influences de tiers sur l'intention et la décision de la personne de recourir à une assistance au suicide, comme le souligne cette fois Sally: « [...] C'est cela aussi qu'on doit voir: pas qu'elle soit poussée par la famille pour hériter. »

Dans tous les cas, l'appréciation de l'accompagnatrice est déterminante : un refus d'accompagner qui ne serait pas fondé sur une question de conviction personnelle ou de disponibilité implique le plus souvent un refus de l'association d'aller plus loin dans une démarche, en donnant par exemple le dossier à une autre bénévole. En 2020, l'association Exit ne prévoyait pas de droit de recours pour les individus s'étant vu refuser une assistance au suicide.

Lorsque les éléments convergent vers une acceptation d'accompagner, cette première rencontre devient l'occasion de préciser toutes les conditions requises pour la mise en œuvre d'une assistance au suicide : au moment de passer à l'acte, la personne doit être capable de discernement et être en mesure d'effectuer elle-même le geste ultime qui engendre la mort, soit en buvant la substance létale, soit en actionnant un dispositif relié à une perfusion qui la fera s'écouler dans le sang. Il arrive que les accompagnatrices doivent corriger de fausses idées chez les protagonistes ou leurs proches, notamment la représentation selon laquelle ce sont les accompagnatrices qui réalisent le dernier geste. Il est enfin rappelé que la personne peut changer d'avis jusqu'au dernier instant, ce qu'avait par exemple fait remarquer Héléne à Céline : « Jusqu'à la dernière seconde, vous pouvez arrêter. Mais si vous persistez, alors je vous donnerai du Motilium [médicament contre les vomissements] et ensuite la substance. »

Reste alors à expliquer dans les grandes lignes les démarches à accomplir ainsi que les préparatifs à envisager dans l'intervalle : il importe non seulement de préparer tous les documents à remettre le jour J – dont la carte d'identité de tous les individus qui souhaitent être présents et le livret de famille –, mais aussi de contacter au préalable les pompes funèbres pour la levée de corps et son traitement, et prendre toute disposition utile, comme la résiliation d'un bail à loyer ou de divers abonnements. L'évocation de ces démarches n'est pas sans surprendre parfois les personnes ou leurs proches : Céline se disait outrée de savoir qu'il fallait remettre les clés de son appartement à la police, qui les consignerait auprès de la justice de paix. Penser que ses proches ne pourraient pas avoir libre accès à son appartement et à ses biens les jours suivant son décès l'a clairement perturbée.

Pour conclure ce premier échange, les accompagnatrices laissent un dernier temps pour les questions. Le plus fréquemment, ces dernières portent sur les délais pour obtenir l'assistance au suicide ;

sur le goût de la substance ; sur le temps que cela prend pour mourir – est-ce rapide ? est-ce douloureux ? – ; sur les conséquences qu'une assistance au suicide peut avoir sur les personnes présentes. Fortes de leur expérience, ces accompagnatrices rassurent les personnes concernées et répondent en détail aux questions. Elles recourent à des mots qui visent à apaiser le passage de vie à trépas : « s'endormir », « partir en douceur », « mourir sans souffrance ». L'usage de cette terminologie rythme leur description des différentes phases du processus : la personne ingère la substance ; s'endort ; entre dans un sommeil profond puis dans le coma ; la respiration cesse et le cœur arrête de battre. Les accompagnatrices fournissent en outre deux raisons qui justifient d'avoir des proches présent-e-s le jour J. La première est médico-légale, à l'instar de ce qu'a pu dire Hélène à Céline : « Je ne peux pas être seule. Un membre de la famille doit être là afin de reconnaître la personne décédée lorsque la police arrivera, car c'est considéré comme une morte violente, un suicide, alors que c'est une mort douce. » La seconde raison est liée à la conception selon laquelle le deuil des proches serait facilité en cas de présence durant le suicide.

Si cette première rencontre revêt toute son importance pour les accompagnatrices et les personnes qui sollicitent une assistance, elle l'est bien souvent aussi pour les proches, qui se font une idée plus précise de la détermination qui sous-tend une demande et obtiennent des informations factuelles. Cela leur permet d'anticiper la mort de leur proche et de se positionner un peu plus clairement quant à leur rôle et leur éventuelle présence dans les dernières phases du processus. Pour clore la discussion, les accompagnatrices font part de leur perception de la situation. Elles reformulent avec leurs mots la requête de la personne et se prononcent sur le fait de l'accompagner ou non jusqu'au bout. En cas de non-entrée en matière, ou si un temps de réflexion, voire un autre avis est requis, la décision est communiquée oralement avant de prendre congé, avec une information sur la suite qui sera donnée à la requête. En cas d'acceptation, les accompagnatrices se mettent à disposition des protagonistes, qui devront reprendre contact pour aller de l'avant, une fois prise la décision de passer à l'acte. Ces accompagnatrices préconisent encore de s'assurer qu'en temps voulu un-e médecin traitant-e établira les attestations nécessaires et, si possible, prescrira la substance létale. En cas de doute, les accompagnatrices – du moins celles qui privilégient la composante relationnelle de

l'accompagnement – se proposent de faire l'intermédiaire entre les personnes – après avoir obtenu leur consentement – et ces médecins afin de clarifier la situation. S'il est déjà établi que le ou la médecin traitant-e n'entrera pas en matière, les accompagnatrices font remarquer qu'un-e médecin-conseil d'Exit ou collaborant régulièrement avec l'association pourra le faire.

L'acceptation du dossier par l'association et l'accord donné par les accompagnatrices de prodiguer une assistance ne signifient pas encore que la personne concernée meure ainsi. En effet, une partie non négligeable des demandes restent en suspens. En 2017, un tiers des dossiers étudiés et acceptés par Exit n'ont pas donné lieu à une assistance au suicide au cours de la même année. Une réalité statistique confirmée par l'expérience des accompagnatrices : « J'ai un dossier qui date de cinq ans, note Sally. Je n'ai jamais entendu parler de la personne [cette dernière n'a jamais pris contact]. Je sais qu'elle est vivante parce qu'elle paie ses cotisations. Parce qu'une fois par année, Exit nous demande nos dossiers suspendus. » En 2017, selon les données divulguées par Exit, davantage de personnes membres de cette association sont mortes autrement (374) que par suicide assisté (286).

UN REFUS D'ACCOMPAGNER : KATRINE EBENER

Une femme âgée de 88 ans, ancienne employée de commerce, mère d'un unique fils et veuve depuis plus de vingt ans, a fait face à un refus d'être accompagnée pour un suicide. Au début du mois de février 2019, cette personne a rencontré pour la première fois Alexandre avec Hélène, l'accompagnatrice. Katrine Ebener résidait dans un établissement médico-social public de courte durée. Depuis juin de l'année précédente, elle avait décidé de recourir à une assistance au suicide, avant même de s'inscrire en tant que membre – en janvier 2019 – auprès d'Exit. Son dossier a été accepté par un-e médecin-conseil en amont de cette première rencontre.

À la lecture préalable des divers documents renseignant ce cas, Hélène s'était déjà autorisée avec toi la réflexion suivante : « Je n'aime pas ces situations typiques d'un cas de polyopathie. » Le rapport médical indiquait des troubles de la mobilité et anxio-dépressifs ainsi qu'une cardiopathie rythmique et hypertensive; il précisait que Katrine se trouvait dans l'impossibilité de retourner à son domicile et que celle-ci refusait de manière persistante d'être placée

en institution. Ce dernier point a contribué à précipiter un souhait de recourir à une assistance au suicide. Cette première rencontre avait donc pour objectif de vérifier les indications médicales et les mettre en perspective avec une appréciation de la qualité de vie de Katrine, afin qu'Hélène pût se convaincre d'accompagner cette demande.

Après vous être présentés au personnel médical, vous avez engagé les échanges dans un petit salon privé, situé au deuxième étage de cette maison de soin, en présence d'Hélène, Katrine et son fils Michel. Katrine, en larmes, a tout d'abord évoqué la dernière année de sa vie. En juin 2018, alors qu'elle recevait des soins à domicile qu'elle n'appréciait guère – « On se sent comme dans une salle d'attente avec eux » –, elle a raconté avoir chuté une première fois. Après un séjour à l'hôpital d'environ une semaine, Katrine a été placée dans un établissement médico-social de courte durée, un mois, avant de rentrer chez elle. Elle a répété ce cycle – chute, hospitalisation, court séjour en EMS – quatre fois en moins de huit mois, sans jamais rien se casser. Elle a évoqué ensuite un mal de dos persistant et quotidien, dû à la pose d'une prothèse de la hanche. Cette douleur était traitée par des patchs de morphine et générait des difficultés pour se déplacer, comme en attestait l'usage d'un déambulateur.

Ne souffrant pas d'autre pathologie, Katrine a relevé les éléments suivants pour justifier sa démarche et son timing : l'impossibilité de retourner vivre chez elle compte tenu de sa mobilité réduite ; son refus d'être placée dans un établissement médico-social de longue durée ; sa dépendance grandissante envers les autres ; sa hantise de recommencer un nouveau cycle de prise en charge et de convalescence ; un fort sentiment de solitude doublé d'une lassitude de la vie qu'elle résume en ces termes : « Ce n'est pas une vie de vivre comme cela, de vivoter ainsi. » Pendant ces échanges, l'accompagnatrice prenait connaissance de ces diverses informations ; elle constatait que le fils, Michel, ne s'opposait pas à la décision de sa mère, sans y être non plus complètement favorable. Celui-ci estimait comprendre par empathie le choix de Katrine ; il ne souhaitait par contre aucunement s'impliquer dans un tel processus. Hélène est alors revenue sur la vie quotidienne de cette femme, notant que la solitude dont elle souffrait provenait en partie de l'éloignement géographique d'avec son fils et son petit-fils. Elle a également compris que Katrine s'ennuyait dans ce lieu de séjour.

Elle l'a donc invitée à s'imaginer vivre à domicile avec des aides appropriées ou résider dans un établissement médico-social plus adapté, deux propositions tour à tour rejetées sans ambages.

Hélène s'est interrogée sur les raisons qui fondaient sa détermination. À défaut d'une condition médicale péjorée explicite, les arguments de Katrine paraissaient insuffisants: sur les plans physique et social, le quotidien semblait pouvoir être amélioré. Au terme de l'entretien, Hélène a de plus compris que le médecin traitant de Katrine, signataire du rapport médical, avait refusé de rédiger l'ordonnance de pentobarbital. Elle s'est servie de cet élément factuel pour temporiser l'empressement de cette femme et lui indiquer qu'elle avait besoin d'un temps de réflexion supplémentaire pour décider si oui ou non elle allait l'accompagner. Un rendez-vous avec un-e autre médecin devait de toute façon être fixé pour obtenir une telle prescription. Il a donc été décidé de se revoir au début de la semaine suivante.

Quelques jours plus tard, une conversation entre Hélène et toi a eu lieu sur ce cas. En l'absence d'une maladie incurable, d'une souffrance intolérable ou d'une polyopathie suffisamment invalidante, Hélène estimait que Katrine exprimait avant tout « une détresse sociale et existentielle »; elle ne souscrivait donc pas à la légitimité de cette demande d'assistance au suicide, malgré le feu vert donné par l'un-e des médecins-conseils d'Exit. Hélène préférait patienter. « Un mois au moins », a-t-elle précisé. Comme convenu, une semaine après le premier rendez-vous, le docteur Chapuis – affilié à l'association – a accompagné Hélène pour rencontrer Katrine lors d'un deuxième entretien. Il a tout d'abord interrogé cette dernière sur le lien éventuel entre le souhait de se donner la mort et le fait de résider dans un établissement médico-social. Sans hésitation aucune, Katrine a répondu par la négative. Cette dernière – contre l'idée soufflée par le docteur Chapuis selon laquelle son désir était alimenté par un manque d'encadrement et d'activités – n'en démordait pas: sa décision, affirmait-elle, n'était en rien liée à son lieu de vie. Hélène s'est alors remémorée leur premier échange sur cette question pour faire état de la petitesse de sa chambre et de l'incongruité de sa relation avec sa colocataire; la perte d'intimité était évidente.

Face à ces arguments, Katrine cherchait à minimiser l'effet de ces variables contextuelles sur sa détermination. Le médecin a ensuite repris le fil de la discussion pour évaluer le niveau de

dépendance de Katrine selon ses capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne, sachant que celle-ci pouvait compter si nécessaire sur le soutien de son fils et de son petit-fils. Sur ce point, Katrine a déclaré rester capable de manger, de se lever, de s'asseoir, de se coucher, de faire sa toilette ou d'aller à selle. Elle a précisé s'habiller elle-même, à l'exception des bas de contention, que le personnel médical devait lui mettre chaque matin. Si Katrine était bel et bien aidée dans ce contexte institutionnel pour sa toilette quotidienne, elle soulignait pouvoir le faire toute seule, mais en prenant beaucoup plus de temps.

Ne goûtant guère les sorties, Katrine occupait son quotidien par quelques loisirs : sudoku, bridge, mots croisés. Elle n'entretenait que quelques liens avec les ami-e-s de sa génération qui lui restaient. Elle est revenue sur son mal de dos, récurrent : « Dommage que vous ne l'entendiez pas siffler ! » a-t-elle lancé. À la question du médecin qui a encore demandé comment elle se projetait dans un avenir proche, Katrine a insisté sur le fait qu'elle ne se sentait pas chez elle ; qu'elle ne pouvait pas non plus imaginer d'autre alternative à une mort imminente : « Je ne veux pas changer d'avis ! » a-t-elle ajouté. Le médecin a poursuivi : « N' imaginez-vous pas d'autre alternative ? » Sur quoi Katrine a une nouvelle fois refusé une vie diminuée, même à domicile, l'idée de « vivoter » ne lui plaisait pas, tout en signalant au passage que c'était l'autorité médicale qui lui interdisait tout retour chez elle. Le médecin l'a donc amenée à envisager la seule solution raisonnable : le placement dans un établissement médico-social de longue durée. Katrine, le souffle court, résistait : « Mais je ne veux pas cela. Cela ne me dit rien ! »

Pour terminer cette investigation, le médecin a qualifié la situation de cette façon : « Madame, votre situation est embarrassante. » Il a expliqué que les personnes recourant à une assistance au suicide sont en principe celles qui sont « vraiment au bout du rouleau, qui ont une maladie incurable ou des souffrances intolérables ». Tout en la fixant du regard, il lui a déclaré : « Vous, vous êtes trop bien ! » Katrine, les larmes coulant de ses yeux, n'était pas dupe : « Vous êtes en train de me dire que vous ne voulez pas ? » Hélène est intervenue pour rappeler que leur association a des comptes à rendre, que les cas limites peuvent poser problème. Selon son appréciation, l'accompagnatrice considérait que la situation médicale de Katrine ne correspondait pas aux critères fixés par Exit, lui répétant une nouvelle fois : « Vous, vous êtes encore trop bien ! »

Douze mois après cet entretien, tu as revu Katrine Ebener. Celle-ci partageait une chambre avec une autre résidente dans un établissement médico-social. Bon gré mal gré, elle s'est résignée à cette décision, tirant quelques menus plaisirs à vivre dans cet établissement. Lors de ta dernière discussion avec elle durant l'été 2020, seul à seul, Katrine a fait remarquer : « On est comme dans un château ici ! » Ce nouvel environnement lui a fait prendre la mesure de sa relative bonne santé, surtout en la comparant avec celle d'autres résident-e-s qui arpentent les couloirs et la salle à manger de cet établissement. Elle disait attendre patiemment – avec un mélange d'humour et de cynisme – que sa santé se dégrade suffisamment pour enfin réaliser son souhait de mourir dans le cadre d'une assistance au suicide.

PROCRASTINATION : MONIQUE DESCHAMP

Si certaines demandes d'accompagnement sont refusées ou temporisées, d'autres sont formellement acceptées sans contrainte supplémentaire, même pour la partie accompagnement. Or, ces demandes n'aboutissent pas toutes non plus à un suicide. Assurées de pouvoir bénéficier d'une assistance, certaines personnes en retardent l'échéance; elles hésitent et procrastinent. Une réalité bien connue des accompagnatrices. Alexandre a pu documenter une telle situation.

Tu as rencontré Monique Deschamp en mars 2018 pour la première fois. Cette femme de 83 ans était atteinte d'une maladie génétique dégénérative des intestins, qui nourrissait chez elle une angoisse de mourir d'une occlusion intestinale, comme jadis son père. Après une heure d'entretien aux côtés de l'accompagnatrice, sa requête a été acceptée : « Son dossier ne pose aucun problème », a confirmé cette dernière. Monique pouvait reprendre contact à tout moment avec cette accompagnatrice pour fixer une date de suicide. Pourtant, au début de l'automne 2020, Monique ne s'était toujours pas décidée à passer à l'acte. S'il est difficile de déterminer les raisons motivant la demande d'une assistance au suicide, il est également loin d'être aisé de faire ressortir clairement les composantes existentielles agissant sur le report d'une telle demande. Après cinq rencontres avec cette femme ainsi qu'avec ses trois filles lors d'entretiens individuels, tu ne peux relater qu'avec précaution la teneur des échanges partagés à propos d'un projet qui n'a pas abouti au moment d'écrire ces lignes.

Outre sa maladie, Monique a commencé par évoquer sa solitude, vécue au quotidien. Née d'une mère concierge et d'un père ouvrier dans l'industrie textile, elle a raconté avoir eu l'opportunité – après une enfance qualifiée de « difficile » – de s'orienter vers des études supérieures. Elle a gravi les échelons de la stratification sociale après avoir obtenu un diplôme de journaliste et en se mariant, tout d'abord avec un entrepreneur puis avec un professeur d'université. Elle aimait fréquenter ce milieu intellectuel, dont l'ambiance l'avait incitée – au début des années 1980 déjà, soit juste après la fondation d'Exit – à s'inscrire à cette association militant pour le droit de mourir dans la dignité. Parallèlement, elle avouait ne s'être jamais sentie complètement à l'aise dans cet environnement social. Monique s'était toujours perçue en marge, cultivant de ce fait un sentiment de solitude entretenu désormais par la faible fréquence des relations avec ses trois filles. Elle disait, d'une part, regretter de ne pas les voir régulièrement ; elle commentait, d'autre part, l'opposition de sa troisième fille à son projet de suicide assisté. À ses yeux, cette opposition contrastait avec son imaginaire d'une mort entourée par les personnes qui sont les plus chères à son cœur, comme Monique se plaisait à le relever : « La mère mourant avec tous ses enfants autour. Une belle scène comme on en voit sur les gravures. C'est une vision qui m'amuse. » Or, cette fille n'était pas opposée à ce projet, ce qui a été découvert lors d'un entretien avec elle en aparté ; une année et plusieurs discussions auront donc été nécessaires pour que l'incompréhension entre mère et fille fût levée et leur relation améliorée.

Monique entreprenait de nombreux projets. Malgré ses problèmes de mobilité, elle aspirait à se rendre encore une dernière fois à Paris ou à Rome, ou dans d'autres villes qu'elle affectionne. Elle venait en outre de s'engager dans une relation amoureuse avec un vieil ami d'enfance. Et quelques mois plus tard, l'une de ses filles décidait d'habiter avec elle, pour répondre à sa solitude et à son mal-être. L'un dans l'autre, cette idylle, la projection imaginée de l'opposition de l'une de ses filles tout comme l'amélioration de leur relation ainsi que cette récente cohabitation ont contribué à repousser sa décision, alors que sa situation s'était une nouvelle fois péjorée. Mais le temps passant, les préoccupations de Monique ont induit quelque lassitude chez sa fille. Après une discussion franche et ouverte, toutes deux décidaient de mettre un terme à leur colocation. Comme souvent un malheur n'arrive jamais seul, son nouvel

amour est décédé en moins d'un mois d'un cancer foudroyant. En larmes, elle a évoqué leur relation en ces termes : « Il venait ici tous les jours. Il m'aimait bien. Il me rendait des petits services tous les jours. On discutait beaucoup et se fâchait beaucoup, et on se réconciliait toujours. »

Affligée par la mort de son dernier partenaire de vie, elle a perdu le plaisir de lire et d'écrire; triste, elle a même « chuté » – pour reprendre ses termes – dans une nouvelle dépression. Puis elle a conclu le récit de ce dernier épisode de son histoire affective en affirmant avoir eu beaucoup de mal à s'en sortir. Elle a dû se faire aider dans son quotidien via les soins à domicile; sa mobilité s'est de plus en plus réduite; elle s'est mise à consulter un psychiatre. Lors de chaque séance thérapeutique, elle disait se plaindre d'un fort sentiment de désespoir : « Je perds le sens de la vie. Je me réjouis pour deux ou trois choses, mais qui sont très limitées. Cela ne dure jamais très longtemps quand j'en sors. » Elle a parlé à son psychiatre de son souhait de mourir, qui refaisait surface. Selon Monique, celui-ci a tout d'abord été surpris et déconcerté par sa demande. Il l'a ensuite entendue, acceptant même de réactualiser le rapport médical pour que sa patiente, si elle le souhaite, puisse accéder à une assistance au suicide.

Monique se plaignait de douleurs à la tête : « Une douleur qui part de derrière l'oreille et qui arrive sur la tête. Cela ressemble à une très forte migraine ou mal de tête; un sérieux, un puissant mal de tête. » La conséquence, disait-elle, d'une ancienne opération « qui a mal marché. Il y a des petits os qui bougent autour de mon oreille et, évidemment, ça fait mal. » Elle déclarait également ressentir tous les jours des douleurs dorsales. La morphine constituait son seul traitement contre la douleur : « Je dispose d'une petite bouteille à la maison. Je peux varier les doses selon la douleur. » Affirmant ne pas trop souffrir des effets secondaires, elle avouait tout de même perdre quelque peu sa stabilité et avoir des problèmes intestinaux : « Je flotte. » Elle souhaitait de moins en moins se rendre à l'extérieur, pour aller au cinéma ou au théâtre. Il lui est même arrivé d'avoir de fortes diarrhées en faisant ses courses : « C'est dur cela! Comment voulez-vous que j'aie l'air fière, sûre de moi et digne quand je fais cela dans un magasin? »

La mort de son dernier partenaire de vie et la dépression qui s'en est suivie ont retardé son projet de mourir par suicide assisté, comme l'a encore fait remarquer Monique : « Durant cette dernière année,

j'étais un jour pour, un jour contre. Mais j'ai toujours la même idée par rapport à Exit.» Monique avouait par ailleurs se sentir seule durant cette période; les contacts téléphoniques avec ses filles, qui prenaient régulièrement de ses nouvelles, ne compensaient pas l'absence d'échange en face à face. Tout en disant «entendre sa demande», celles-ci ont insisté pour que leur mère revienne habiter un appartement dans la ville où toutes trois résidaient, une ville que Monique avait quittée pour suivre son deuxième mari. Cette opportunité comportait les promesses d'une augmentation de la fréquence des visites familiales et représentait «l'expression de ma dernière volonté, a précisé Monique, de ne pas partir tout de suite». Si les choses ne devaient pas lui convenir à la suite de ce déménagement, elle pouvait toujours organiser son suicide assisté, ce qui l'a convaincue d'accepter cette proposition. Les filles se sont donc mises en quête d'un logement, qui a été trouvé dans un quartier quelque peu excentré aux yeux de Monique. Cette dernière a néanmoins apprécié toutes les sollicitations, aides et coups de main reçus dans le cadre de ce déménagement. Rétrospectivement, elle a affirmé que cette expérience avait non seulement renforcé son estime pour ses filles, qui s'étaient mobilisées «pour faire quelque chose pour moi», mais l'avaient aussi rapprochée d'elles.

Lors de ta dernière rencontre avec elle en institution, en juillet 2020, Monique se rétablissait d'une chute survenue quelque temps auparavant dans son nouvel appartement. Elle affirmait que l'assistance au suicide restait pour elle un projet d'actualité – «Il y a cette porte de sortie» – et ajoutait: «J'ai des difficultés à supporter la vie courante. Dès fois, ça m'est vraiment insupportable [...] l'impression de mourir dans le silence [...]. Tous les trois jours, je me dis: "Il y a cette porte de sortie."» Au fil de la discussion, elle relatait les raisons qui la retenaient toutefois de passer à l'acte. Deux semaines avant cet échange, elle avait rencontré un homme de 62 ans, pour qui elle entretenait des sentiments amoureux: «Le bonheur de connaître quelqu'un que j'estime beaucoup, cela me tient en vie. Je pense à lui avant de dormir, lorsque je me réveille. Dans le fond, je suis une éternelle amoureuse.»

Monique affirmait en outre s'être habituée à son nouveau lieu de vie. Elle prenait de nouveau plaisir à écrire et se réjouissait de participer à de prochains événements culturels. Sa santé s'étant stabilisée, tant au niveau de ses intestins que de sa mobilité – cette dernière s'étant même améliorée au cours des derniers mois,

Monique s'imaginait vivre encore quelques aventures – loin d'entretenir l'image d'une «vie complétée» et déjà derrière elle. Elle a affirmé cela malgré un quotidien décrit comme «pesant», «douloureux», «insupportable». Au final, c'est elle qui a le mieux résumé l'ensemble de ces tergiversations: «Plus je cherchais des solutions, moins je souhaitais faire un suicide assisté. J'ai tout essayé. Alors je gagnais du temps, encore trois mois, en essayant cela ou ceci. [...] À force d'attendre et de faire des efforts pour m'en sortir, je me suis mise moi-même en porte-à-faux avec la vie, parce que c'est une promesse [se donner la mort] que je me suis faite à moi-même.» Avant de conclure avec cette expression: «Je vis comme cela, sur la branche.»

DE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE À L'IMMINENCE DE LA MORT

Lorsque tout le monde s'accorde pour réaliser une assistance au suicide, les détails pratiques et organisationnels sont discutés. À la suite du premier rendez-vous, en fonction des accompagnatrices et des souhaits des personnes, soit d'autres rencontres sont mises à l'agenda, soit la date du suicide est programmée. Dans le premier cas de figure, c'est la personne concernée qui reprend contact; dans le second, et pour autant que tous les critères et documents soient remplis et réunis, un rendez-vous est pris. La mise en œuvre de l'assistance au suicide ouvre par conséquent un intervalle temporel entre l'acceptation d'accompagner un suicide et l'imminence de la mort. Durant cet intervalle, il s'agit de déterminer le «bon moment» pour passer à l'acte et se préparer concrètement pour le jour J, en «mettant en ordre les affaires», comme le précise l'accompagnatrice Sally.

La troisième section de ce chapitre fournit un éclairage sur ce temps particulier où la personne et en principe les proches connaissent la date et l'heure de la mort. Elle explore tout d'abord les considérations susceptibles de paramétrer l'appréciation du moment opportun pour mourir, ainsi que les dispositions qui sont prises pour s'y préparer. Elle aborde ensuite les dimensions relationnelles et symboliques qui sous-tendent la séparation finale. La dernière section est consacrée au rôle que jouent les pharmacies dans ce processus et sur la préparation de la substance létale, le pentobarbital de sodium, la plus communément utilisée lors d'une assistance au suicide en Suisse.

CHOISIR LE BON MOMENT ET PRENDRE SES DISPOSITIONS

Un soin particulier est apporté à la définition du moment opportun pour réaliser l'assistance au suicide; il importe également de se prononcer sur le lieu où celle-ci se déroulera, en considérant les dispositions matérielles à prendre et en anticipant toute question pratique concernant la partie qui suit immédiatement le décès. Sur le choix du « bon moment » tout d'abord: ce choix dépend du souhait et de la volonté de la personne concernée. Mais il est aussi tributaire d'une série d'éléments plus ou moins extérieurs. En premier lieu, la perception du « bon moment » se forge lorsque la santé ou l'état cognitif de la personne se péjore. Aussi bien les protagonistes que les accompagnatrices, ou encore l'entourage, tentent d'apprécier sinon d'anticiper l'évolution de l'état de santé, notamment en cas de maladie dégénérative ou de maladie d'Alzheimer. Dans ces conditions, trop tarder reviendrait à prendre le risque de ne plus pouvoir remplir les deux critères requis pour obtenir une assistance au suicide: accomplir soi-même le geste ultime et disposer de sa capacité de discernement. Les accompagnatrices s'emploient par conséquent à percevoir les signes indiquant que l'un ou l'autre de ces critères ne pourrait bientôt plus être satisfait. Les proches assument à cet effet une fonction de monitoring. Dans le cas de Germaine, abordé dans le premier chapitre et détaillé dans le suivant, l'accompagnatrice Hélène avait demandé à sa fille Marie de « surveiller » sa mère, qui souffrait à la fois d'un cancer et d'un alzheimer. Si Germaine avait perdu sa capacité de discernement, une assistance au suicide n'aurait plus été envisageable.

En deuxième lieu, le choix du « bon moment » dépend de la chronique familiale et de la pluralité d'événements qui la caractérisent: une date anniversaire, un voyage pour un-e proche qui souhaite assister au suicide; une fête qui réunit la famille élargie. Il peut encore être défini en fonction d'une saison particulièrement appréciée ou d'un projet qui reste à réaliser avant de passer à l'acte; ou du temps nécessaire à l'un-e ou à l'autre proche pour se rallier au projet d'assistance au suicide. À cela s'ajoute la disponibilité des accompagnatrices. Tous ces facteurs nécessitent un minimum de concertation qui limite la possibilité de la personne de fixer une date pour accomplir son suicide à l'aune de ses seuls desiderata.

Sur les dispositions à prendre ensuite, les accompagnatrices encouragent les protagonistes, et parfois leurs proches, à régler une multitude de détails pratiques: mesures testamentaires, dons d'objets,

résiliations de contrats, etc. Elles les incitent à régler d'éventuelles questions relationnelles en suspens, afin de pouvoir partir « en paix » et laisser les proches dans une situation aussi simple que possible après le décès. Si l'ensemble des accompagnatrices mentionnent les domaines à considérer et invitent les personnes à s'en occuper, seules celles qui conçoivent leur rôle de manière plus relationnelle vont s'engager concrètement jusqu'à contribuer à régler directement certains aspects. Elles prennent contact avec les pompes funèbres en l'absence de proches ou jouent un rôle d'interface entre la personne concernée et les proches, ou entre ces proches et les médecins-conseils, voire les médecins traitant-e-s.

Il leur importe dans tous les cas de s'assurer que le suicide assisté puisse se dérouler dans les meilleures conditions possibles. Pour cette raison, la question du lieu et des modalités choisies par la personne concernée pour le passage à l'acte est concrètement abordée, pour éviter toute mauvaise surprise. Les souhaits sont par contre limités par des considérations pratiques liées au cadre juridique et à la procédure médico-légale qui suit le décès. Sur ce point, les accompagnatrices découragent les protagonistes de réaliser un suicide en soirée ou durant le week-end, les effectifs de garde de la police et de la médecine légale, voire la disponibilité des professionnel-le-s en institution étant réduits. Techniquement par ailleurs, les accompagnatrices observent durant les entretiens avec les personnes prêtes à réaliser un suicide assisté leur capacité à boire et dans quelle quantité. Il faudra en effet ingurgiter un décilitre de liquide le jour J. Ruth, une accompagnatrice, a par exemple demandé à Stéphane, qui souffrait d'une maladie neuro-dégénérative, de prouver devant elle qu'il pouvait porter un verre d'eau jusqu'à sa bouche et le boire entièrement.

Si un doute persiste quant à la capacité de le faire, la question est reprise sans attendre avec la personne, parfois avec les proches ou encore avec le personnel soignant d'une institution. La pose d'une perfusion est alors envisagée. Le cas échéant, les accompagnatrices qui ne sont pas au bénéfice d'une expérience professionnelle dans les actes soignants sollicitent une tierce personne affiliée à Exit qui serait disponible pour installer le dispositif le jour du suicide. En contexte institutionnel, l'éventualité que le personnel soignant installe la perfusion demeure par contre exceptionnel, dans la mesure où la pose d'une canule intraveineuse en vue d'administrer la substance létale est considérée comme devant être prise en charge par les intervenant-e-s d'Exit. Et l'aide au suicide ne fait pas partie

des devoirs des médecins ni des soins infirmiers ; elle ne peut dès lors pas être présentée aux patient-e-s comme une option thérapeutique par le personnel soignant, qui peut néanmoins être présent durant une assistance au suicide à condition qu'il ne participe pas à l'acte.

Quoi qu'il en soit, accompagner une assistance au suicide requiert une diversité de connaissances et de savoir-faire pour en apprécier la faisabilité tant sur les plans légal et déontologique que technique : savoir si telle ou telle pathologie impacte le discernement ou induit une incapacité physique ne va pas de soi. De plus, il importe de comprendre dans les grandes lignes les traitements médicaux auxquels la personne est soumise et dans quelle mesure ceux-ci peuvent influencer le processus du mourir. À ce propos, des documents mis à disposition par l'association aident les accompagnatrices à se situer et à assumer leur tâche en cas de nécessité, pour évaluer au dernier moment une capacité de discernement si aucune attestation n'a été délivrée par un-e médecin, ce qui reste exceptionnel et relève de l'imprévu, à l'aide du « Questionnaire Exit » adapté du questionnaire « Silberfeld », ou pour fournir des indications sur les pathologies à propos desquelles il est conseillé d'envisager une perfusion.

Sur l'endroit précis où se déroulera l'assistance au suicide enfin, une discussion doit être engagée. Cela permet de définir les avantages et inconvénients de choisir telle pièce : la chambre à coucher, le salon, un balcon ? Est-ce que l'espace est suffisamment grand pour accueillir les proches qui prévoient d'être présent-e-s ? Convient-il de prévoir une musique spécifique ou un décor particulier ? Est-ce que la position du corps au moment du décès revêt une quelconque importance aux yeux des protagonistes ? Est-ce que des vêtements particuliers vont être portés ? Si la discussion sur ces thèmes se veut en principe ouverte, un ensemble de contraintes – organisationnelles, physiques et pratiques – sont de nouveau susceptibles de limiter les souhaits. Afin d'éviter la régurgitation de la substance par exemple, une position assise ou semi-allongée est conseillée, quitte à allonger la personne tout de suite après l'ingestion ou la libération de la substance, comme le précise Monique : « J'en discute avant. Je refuse qu'une personne soit dans un fauteuil, par exemple, qui ne s'allonge pas. C'est quand même moins agréable. [...] La personne choisit où elle veut mourir. Elle choisit l'endroit, elle choisit si elle a envie d'écouter de la musique ; elle choisit qui veut être autour d'elle. » Et sur toutes ces questions, les proches ont aussi leur mot à dire.

En abordant ces aspects, les accompagnatrices laissent apparaître le fait qu'elles ne sont pas uniquement les garantes du respect du cadre légal et de la faisabilité technique du suicide. Elles assument également un rôle de guide tout au long du processus, fournissant tous les repères nécessaires pour la personne concernée, les proches, voire le personnel soignant si l'assistance se déroule en institution. Autrement dit, les accompagnatrices développent une véritable « pédagogie de la mort ». Elles sont l'interface incontournable entre une diversité d'acteurs et d'actrices avant, pendant et après le décès; elles font preuve en alternance d'autorité, d'empathie, de soutien ou encore de conseil. Elles sont les garantes du cadre nécessaire à une « mort dans les règles de l'art », comme le soutient une accompagnatrice.

Pour celles aux yeux de qui la dimension relationnelle fait pleinement partie de l'accompagnement, les derniers jours de vie représentent encore une occasion de renouer un contact rompu avec un-e proche, à l'instar de ce que relève Sally: « J'ai dit: "Écoutez, il faut laisser réfléchir votre fils, il va venir. Il faut laisser passer le week-end." – "Ah, j'en ai marre, je ne veux pas." J'ai dit: "Si, cela serait bien. Cela serait bien pour lui et puis pour son avenir parce qu'il faut penser à ceux qui restent. Par ce que pour ceux qui restent, ce n'est pas évident." » Certaines encouragent à la rédaction d'un courrier pour tenter un rapprochement; ou, plus prosaïquement, pour prendre congé. Car il n'est pas toujours possible de réaliser ces rapprochements en temporisant l'assistance au suicide, ce que note pour sa part Mary: « C'était un monsieur qui ne voulait absolument pas que ses enfants soient au courant. Il avait deux fils. Et je l'ai traînée [la situation] pendant trois mois, parce que je lui disais qu'il fallait quand même qu'il en parle [...]. Et à la fin, [j'ai reçu] ce conseil [d'un collègue d'Exit]: "Faites-lui écrire une lettre [disant] qu'il ne veut pas et vous le filmez au moment où il prend sa potion." »

Dans bon nombre de situations, les proches s'impliquent durant les semaines ou les jours qui précèdent le décès. Ils et elles s'occupent de démarches administratives. Dans le cas de Céline, les proches ont contacté la régie pour résilier le bail à loyer; ils et elles ont aussi pris des dispositions pour vider l'appartement, prévu une réserve suffisante d'argent retiré afin de solder les frais post-mortem et parer à l'éventualité d'un blocage par la justice de paix des comptes de la défunte. Pour certaines familles, ce blocage

des comptes représente d'ailleurs une difficulté supplémentaire et une source de stress, d'où l'importance d'anticiper au mieux ces contraintes administratives. L'ensemble de ces discussions génère par conséquent des sentiments ambivalents chez les un·e·s et les autres: aller vers une mort planifiée est une épreuve autant qu'une opportunité de prendre congé de la personne, ce qui, par contraste avec d'autres types de mort, est rarement aussi explicite.

PRÉPARER LE DÉPART ET SE DIRE AU REVOIR

Les derniers jours qui précèdent le décès sont généralement riches en rencontres et en émotions, aussi bien pour les protagonistes que pour les proches, y compris parfois le personnel de santé ou social qui s'en occupe au quotidien. Des temps de convivialité voire des repas sont organisés, avec la perspective à très court terme d'une séparation définitive. Le cercle de la famille et d'autres connaissances tend alors à se restreindre; les invitations ne se font pas de manière anodine. Elles rendent manifestes les réseaux relationnels existants ainsi que les complicités, qui ne dépendent pas forcément des liens de parenté mais d'affinités électives; sélectionner les proches n'est pas sans faire apparaître des divergences. De plus, il n'est pas rare que les protagonistes n'avertissent que les personnes partageant ou tolérant le projet d'une assistance au suicide. Les autres personnes sont tenus à distance ou carrément écartées, afin de protéger celles et ceux qui s'engagent dans le processus. Thierry avait par exemple demandé à son épouse et à sa fille de garder le secret sur son suicide assisté, survenu à l'hôpital, vis-à-vis de ses petits-enfants.

Les tout derniers jours, ce sont les accompagnatrices – du moins celles qui mettent l'accent sur l'aspect relationnel – qui reprennent contact avec la personne concernée, voire les proches, pour vérifier que les démarches convenues ont bel et bien été effectuées: avoir averti le service de soins à domicile de ne pas passer le jour J ou encore le ou la médecin traitant·e de la date du suicide. La veille, elles contactent en principe la personne concernée pour vérifier que cette dernière est toujours décidée à passer à l'acte et pour se faire une idée des proches qui seront présent·e·s. Elles appellent aussi les proches pour traiter d'éventuels derniers détails logistiques et s'enquérir de leur état d'âme. Lorsque tout a été vérifié et confirmé, elles se rendent à la pharmacie et prennent la substance létale après avoir montré un document officiel d'identité et un document de certification d'appartenance à l'association Exit. Il arrive – rarement – que cette

substance soit prise en pharmacie le jour même de l'assistance au suicide, certaines accompagnatrices ne souhaitant pas la conserver à domicile. C'est en particulier le cas des mères ayant des enfants en bas âge ou des adolescent-e-s vivant sous le même toit. Les autres mettent cette substance en lieu sûr, car si cette dernière devait tomber en mains de tiers, elles seraient tenues pour responsables des éventuelles conséquences liées à un usage indu.

Sur un plan personnel, les accompagnatrices disent se préparer aussi bien concrètement que mentalement à leur intervention du lendemain. Elles passent en revue une énième fois la procédure et les indications de l'association pour vérifier que tout est en place, concernant le lieu où se déroulera le suicide assisté et les individus qui interviendront; elles contrôlent tous les documents en leur possession et s'assurent de la disponibilité du ou de la collègue prévu-e pour poser la perfusion si besoin. Le matériel est aussi préparé: un verre, une cuillère, de l'alcool ou du sirop, comme en témoigne Monique: «Moi, j'ai des verres en plastique. [...] Jamais utilisés évidemment. Toujours prendre des choses qu'on peut enlever après; ne rien laisser traîner au niveau verre. Donc moi je prends des verres en plastique double. [...] On est toujours avec ce produit miracle qu'on doit garder précieusement. [...] Alors j'ai toujours un petit sac si j'ai une perfusion, j'ai une petite trousse que j'ai avec moi. Ne jamais rien laisser traîner, [sinon] c'est une catastrophe.»

Mentalement, voire spirituellement, diverses actions sont entreprises: méditer, écouter de la musique, se promener dans la nature, ne pas dormir ou jeûner avant l'assistance au suicide. Les habitudes varient en fonction des accompagnatrices pour approcher un acte qu'aucune d'entre elles ne définit comme ordinaire ou routinier. La conscience du caractère extraordinaire de leur pratique est sans cesse présente, la plupart considérant même que c'est un privilège de pouvoir assister des personnes souffrantes. Cette pratique génère chez les accompagnatrices une expérience intense, souvent gratifiante, parfois éprouvante aussi bien au niveau physique qu'émotionnel selon les contextes, la situation de la personne concernée ou la relation entretenue avec cette dernière, durant plusieurs années parfois.

De leur côté, les proches préparent le livret de famille et les documents d'identité à présenter à la police. Ils et elles rangent diverses affaires ou déplacent déjà quelques objets. Les nécessités pratiques se combinent avec des séquences émotionnelles vives et intenses: veiller les protagonistes le dernier soir; jouer aux cartes; visionner des films

ou des vidéos de famille, comme le relate Sally: «Il ne voulait pas aller se coucher, et puis il faisait beau. Il y avait ses enfants, il y avait ses petits-enfants qui sont venus le voir. C'était vraiment magnifique, ils ont dit. Ils ont baigné dans une sérénité d'amour durant toute cette nuit.» Cette accompagnatrice considère ces moments comme intenses et précieux; comme les ultimes saveurs d'une vie partagée. Elle rapporte encore les propos d'une épouse: «Mais ils étaient bénis ces moments, mais vraiment bénis.»

Les dernières heures sont rythmées tant par la répétition des dernières volontés de la personne concernée et des dernières recommandations que par le partage et la remémoration de moments heureux ou significatifs vécus ensemble. Pour les proches moins à l'aise avec l'assistance au suicide et qui ont néanmoins accepté d'accompagner la personne soit jusqu'au moment du passage à l'acte, soit en étant présent·e·s lorsque celui-ci a lieu, les dernières heures s'avèrent éprouvantes émotionnellement. C'est le cas de Jean, le filleul de Marlène: «Donc, moi, je n'ai pas beaucoup dormi tous ces derniers jours et euh... malgré le fait qu'on est content que ça s'arrête. Parce que c'était le calvaire pour elle. Mais quand même, je trouve que c'est insupportable à part ça. [...] Ce qui était dur, c'était de savoir qu'il y avait ce compte à rebours [...]. La nuit qui a précédé, je n'ai rien dormi je pense, donc je suis arrivé dans un état [...]» Malgré le stress et l'épreuve émotionnelle, les proches – qui jouent un rôle important dans les discussions dans bon nombre d'assistances au suicide – souhaitent que la personne parte le plus paisiblement possible, selon ses souhaits et désirs, quitte à prendre sur soi et fournir des efforts conséquents pour articuler souffrance de devoir se séparer de la personne aimée et soutien à la personne dans son projet de mort planifiée.

SUBSTANCE LÉTALE ET PHARMACIE

Quelle est la solution létale utilisée et comment celle-ci est-elle fabriquée et remise? Dans la littérature, très peu d'informations existent sur le rôle des pharmacies en lien avec la mise en œuvre d'un accompagnement d'un suicide assisté en Suisse. C'est pourquoi cet important maillon du dispositif a aussi été documenté. Les autorités ont élaboré des directives en la matière dès que la pratique de l'assistance au suicide est devenue récurrente. Le 11 janvier 2008, la Direction générale de la santé du canton de Genève a par exemple adressé un courrier aux médecins et pharmaciens·ne·s responsables dudit canton,

intitulé « Directives concernant la remise de pentobarbital sodique dans le cadre d'une assistance au suicide ». Ce courrier rappelle dans les grandes lignes le contexte et la procédure de cette pratique, avant de souligner que la prescription de ce produit – il y est fait mention d'une dose « en principe » de 10 g en poudre ou en solution – est avant tout le résultat d'un échange entre médecin et patient·e : « Ainsi, dans cette relation thérapeutique étroite et particulière, le pharmacien d'officine arrive généralement en bout de processus et ne peut pas juger du bien-fondé de la décision d'assistance au suicide. »

La remise de ce barbiturique – utilisé en premier lieu comme anesthésiant pour les êtres humains avant d'être limité à des euthanasies vétérinaires, vu la maîtrise aléatoire de ce produit jusqu'au tournant du XXI^e siècle – dépend de la Loi sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTh) et de la Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup). En 2014, l'Association des pharmaciens cantonaux a établi une interprétation technique de la remise de pentobarbital sodique dans le cadre d'une assistance au suicide. Dans la version mise à jour de ce document, en octobre 2017, il est indiqué que la remise ne peut se faire que sur prescription médicale ; cette dernière ne doit pas dater de plus de six mois et doit être annoncée par le prescripteur ou la prescriptrice au médecin cantonal. De plus, une prescription doit pouvoir « être honorée par une pharmacie publique. [...] La préparation doit être caractérisée avec la mention “dose létale” ou “pour l'assistance au suicide” et porter la référence “seulement pour “nom”, “prénom”, “date de naissance” ». Au cas où une deuxième dose (dose de réserve) devrait être livrée, il convient de caractériser les deux flacons avec les mentions “1^{re} dose”, respectivement “2^e dose”. » Ces préparations sont à mettre sous clé.

Durant la recherche, une collaboration a été effective avec une pharmacie vaudoise qui fournit depuis une quinzaine d'années le pentobarbital aux médecins ainsi qu'aux accompagnatrices d'Exit qui sont porteuses d'une prescription. Comme le note Carole, sa responsable, cette pharmacie est orientée « santé publique, pas business ni marketing ». Elle occupe une dizaine d'employé·e·s, parmi lesquel·le·s Pierre – pharmacien d'une soixantaine d'années –, qui y travaille depuis bientôt vingt ans. Durant nos échanges, ce dernier a souligné sa longue expérience de ce produit. Avant même le développement de la pratique de l'assistance au suicide via Exit, il se souvient de requêtes de médecins, dont l'un de ses amis, qui – dans les années 1990 – avait souhaité aider une personne en fin de vie à « abréger ses

souffrances»: « C'est moi qui lui ai dit comment il fallait faire. [...] La pharmacologie, on connaît. » Il précise à ce propos que l'usage des barbituriques est adéquat: « Nous, on sait très bien du point de vue pharmacologique que le pentobarbital est le moyen le plus doux. » La préparation des premières solutions s'est faite de manière empirique, jusqu'à trouver la formule utilisée désormais, qui « est beaucoup plus douce et rapide ».

Pierre souligne l'importance d'absorber le plus rapidement possible la solution afin d'éviter des « réactions paradoxales » – des agitations – au moment de la prendre, ce qui peut survenir lorsque le produit est conditionné sous la forme de gélules: « Avec une dose massive, on évite en général ces problèmes. 6 à 7 grammes, ça suffit largement. [...] Le principe d'une dose massive est que la personne s'endorme très rapidement. » Ce pharmacien rappelle néanmoins que les réactions physiologiques varient selon les personnes, celles par exemple dont le système digestif est atteint: « Il y a des contre-exemples dans tous les produits. [...] C'est malheureusement le cas [aussi avec le pentobarbital] ». En ce sens, techniquement, la perfusion s'avère être le moyen le plus rapide. Pierre estime toutefois que la pose intraveineuse ne devrait pas être systématique: « Psychologiquement, c'est peut-être mieux que la personne boive elle-même, parce qu'elle n'est plus dans un contexte pharmacologique. [...] S'il y a perfusion, la personne doit pouvoir tourner la molette elle-même. »

René, un autre pharmacien, fournit pour sa part quelques indications sur la fabrication du produit. Il précise qu'à son arrivée dans cette officine, il y a un peu plus de trois ans, il n'avait aucune expérience en la matière. C'est un collègue qui lui avait expliqué le procédé: « Ça n'a jamais fait partie de mes études », relève-t-il. « On a un protocole interne. L'erreur serait de ne pas mettre la bonne poudre [chez le fabricant, un grossiste pharmaceutique basé en Suisse alémanique] ou le mauvais dosage. Donc le risque d'erreur au niveau de la pharmacie est très faible, même nul. » La poudre arrive par flacons de 50 grammes; l'exemple que montre René indique « Reçu 23.12.14, expiration 01.02.19 ». Une vérification intervient avant la fabrication et après: « La poudre est vérifiée quand elle arrive; on a un appareil de spectrométrie qui nous dit ce que c'est. Toutes les poudres sont analysées, pour être sûr que la poudre corresponde à ce qui est indiqué sur le flacon. Légalement, on est tenu de le faire. »

Concernant la préparation du barbiturique, c'est Sonia – pharmacienne depuis quatre ans, toujours dans la même entreprise –

qui détaille cette phase quelque peu technique: «On a toujours des conditions d'hygiène contrôlées; on met des chaussures adaptées, on met des gants, une charlotte pour éviter les cheveux; le plan de travail, on le désinfecte. Une fois qu'on a pesé la poudre, on imprime une étiquette pour qu'on puisse faire un double contrôle de la préparation.» Le grammage est celui indiqué sur l'ordonnance, avec parfois de petites nuances, comme le fait encore remarquer Sonia: «On pèse le flacon vide puis le flacon plein. [...] Moi, je mets un petit peu plus pour être sûre. Selon ce que j'ai appris, à partir de 6 à 7 grammes, la potion est létale. Mais pour des raisons de sécurité, parfois en fonction du poids de la personne, ça a été fixé d'office à 12 grammes [comme indiqué plus haut, ce grammage, en 2020, est généralement de 15 grammes]. Mais moi, pour ma tranquillité, je fais 12,4, 12,5, juste un petit peu plus.» Parallèlement au flacon de pentobarbital, il convient d'en préparer un autre comportant du sirop avec du propylène glycol pour enlever le goût amer et un petit peu d'alcool pour dilater les vaisseaux sanguins, facilitant ainsi la prise du pentobarbital. Le barbiturique devra quant à lui être dilué dans 60 ml d'eau au moment de sa prise, la quantité nécessaire pour bien dissoudre la poudre; davantage de liquide n'est pas contre-indiqué, mais donnerait plus à boire aux personnes qui présentent parfois des problèmes de déglutition.

La préparation de la poudre et du sirop est assez rapide: «Cinq minutes maximum pour peser la poudre, cinq minutes pour le sirop, indique Sonia. Ce qui est long, c'est le protocole, la préparation des étiquettes, la vérification des étiquettes par un·e pharmacien·ne, puis la libération du protocole.» En tout, il faut compter une demi-heure, le travail et le produit étant facturé à Exit sur la base d'un forfait de 50 francs. Sonia se rappelle avoir été surprise la première fois qu'elle a préparé cette solution, et se dit toujours un peu «touchée» quand elle doit le faire. Mais elle ne refuse jamais de le faire, car elle se déclare favorable à la pratique de l'assistance au suicide. Cette position est similaire chez son collègue René: «La première fois, c'est un peu bizarre; on s'applique pour faire bien; maintenant c'est devenu comme mettre du sucre dans un café. [...] J'ai été utile dans une mise à mort, comme celui qui remplit le chargeur pour tirer une balle; mais cela ne m'a pas dérangé. Dans l'esprit des gens, j'ai collaboré à ça. Je suis complètement pour le système Exit. C'est un honneur de participer à ça. Ce n'est pas anodin dans le travail de quelqu'un. Maintenant, c'est devenu banal. Mais la première fois,

ça ne laisse pas indifférent.» René argumente sa position de la façon suivante : «Ma vision de la vie, c'est qu'on a le droit de la finir quand on veut, et ça me dérange qu'on interdise aux gens de se suicider. [...] On ne choisit pas quand on naît, mais on a le droit de choisir quand on meurt.» Comme pour justifier son point de vue, il poursuit en faisant part d'une expérience personnelle : il y a quelques années, un ami proche s'est suicidé. René signale combien cela avait été difficile, car le corps n'avait pas été retrouvé durant plusieurs années : «Ça a pourri trois ans de ma vie, on l'a retrouvé trois ans après ; ceux qui restent souffrent de voir des visages déformés [après un suicide non assisté] ; pour ceux qui restent, c'est dur. Mon ami aurait pu partir par Exit. Il faut réfléchir à ceux qui restent.»

René fait ensuite remarquer que toutes les pharmacies n'ont pas cette approche ni cette ouverture, sans pour autant en faire un trait saillant de l'entreprise : «On ne fait pas de pub. Il n'y a pas de promotion autour de ça.» Il suffit au fond de faire marcher le bouche-à-oreille : «On sait que ce n'est pas compliqué chez nous, rajoute René, c'est ça qui compte.» De son côté, Pierre ajoute un argument tout à fait pragmatique : «Nous, on est ouverts tous les jours de l'année. Si c'est lundi matin, il faut aller chercher le samedi [dans une autre pharmacie], donc c'est moins pratique. [...] On n'a pas le monopole, mais on est plus disponibles, pour des gens qui souffrent, qui sont en fin de vie.» Autrement dit, cette pharmacie bénéficie d'une expérience solide concernant la remise du pentobarbital sodique ; elle a travaillé avec l'association Exit pour mettre en place un dispositif de remise de la substance létale, comme le relève encore Pierre : «On est obligé de mettre en place un protocole, extrêmement clair, car ce n'est pas nécessairement un médecin qui vient. [...] On a des gens habilités ; on sait qui sont les gens pour remettre le produit. [...] Ou alors on a un médecin qui demande pour son usage personnel, mais là ce n'est plus notre affaire [l'assistance au suicide pouvant se faire – théoriquement – en dehors d'un cadre associatif].»

Concernant la gestion de ces dossiers, Carole mentionne pour sa part l'existence d'un classeur interne avec indication «Exit» ; tous les dossiers y sont classés par ordre alphabétique. Elle évoque également l'existence d'un «flacon d'urgence», toujours prêt dans le coffre de la pharmacie. Les préparations se font sinon sur le moment. Cette responsable rappelle par ailleurs qu'un-e pharmacien-ne est en droit de refuser une prescription médicale, car celui-ci ou celle-ci porte la responsabilité du dosage et, corolairement, la responsabilité en cas

de décès. Dans ce cas de figure, cette responsabilité apparaît comme paradoxale étant donné la nature même du produit et des effets escomptés. Carole relève en outre que le personnel peut faire valoir la clause de conscience et refuser de préparer le produit. En l'occurrence, les quatre pharmacien-ne-s rencontré-e-s acceptent de le faire; sans « jamais juger les situations », comme le souligne Sonia. Aux yeux de cette dernière, il importe que la personne dont le nom figure sur l'ordonnance soit clairement déterminée. Or, il lui est très difficile de le savoir, car les pharmacien-ne-s ne disposent quasiment d'aucune information sur les situations. Sonia dit parfois le regretter, car elle ne peut que les imaginer et rester avec des questions ouvertes. Il lui arrive néanmoins d'avoir des indices; dans le classeur des documents relatifs aux suicides assistés, Sonia a pu lire une lettre manuscrite jointe à l'ordonnance d'un-e patient-e qui exposait ses motifs. Lire cette lettre l'a confortée dans son acceptation de préparer la substance létale; elle affirme s'être rendu compte à cet instant de l'ampleur et de la singularité de chaque souffrance.

Sonia ne prépare donc pas volontiers le produit, mais elle sait qu'elle répond au désir d'une personne en particulier. Elle cherche l'équilibre entre son devoir de pharmacienne, qui consiste à remettre la substance létale si sa conscience l'accepte, et son appréciation morale, à partir d'indices très ténus sur chaque situation. Cet équilibre semble par contre plus difficile à atteindre lors de circonstances ou d'exigences particulières: « Des fois, c'est un peu agressif. Je me rappelle une personne qui appelle et dit: "J'ai besoin du produit pour demain matin." C'est 20h30 et je me dis: "Ouf, c'est vraiment à la dernière minute." Cette personne planifie comme ça la fin de vie à 8h30, comme s'il s'agissait d'aller boire un petit café à 8h30. C'est quand même assez direct. [...] J'aime bien quand même que les personnes qui parlent de ça utilisent un vocabulaire un peu plus sensible. Après c'est clair que le but final c'est le même, je ne le conteste pas. Mais moi, c'est un souper que je planifie comme ça avec mes copines.» Ce dernier exemple montre que Sonia reste concentrée dans son travail et entend bien le faire, mais qu'elle se laisse interpellé par les bribes d'informations dont elle dispose au moment de préparer la substance létale. Au fond, chacun-e à sa manière accorde sa sensibilité au moment de préparer puis de remettre le pentobarbital, sans entraver pour autant – tel que cela ressort des discussions avec ces différent-e-s pharmacien-ne-s – un service décrit avant tout comme professionnel et de qualité.



3. DE 8 HEURES À 12 HEURES

Les accompagnatrices des associations d'aide au suicide vont en principe chercher la substance létale la veille de l'événement en pharmacie. Tout est ainsi prêt le jour J, qui concrétise tant l'imaginaire du possible – forgé au fil des derniers jours ou des dernières semaines – que le dispositif d'accompagnement qui encadre cet acte. Avec ce troisième chapitre, nous adoptons de nouveau un style narratif pour être au plus près des événements que nous avons eu l'occasion d'observer. Dans un premier temps, nous décrivons par le menu la réalisation du suicide assisté de Germaine, dont la situation a déjà été évoquée dans la deuxième section du premier chapitre. Cette assistance au suicide se déroule durant toute une matinée, ce qui est assez courant. Des raisons pratiques l'expliquent en partie, dans la mesure où la personne qui se suicide doit idéalement être à jeun ; de plus, la durée de l'accompagnement peut sensiblement varier et, parfois, durer une journée entière. Mieux vaut donc débiter assez tôt l'assistance au suicide. Enfin – et cela est particulièrement souhaité par les médecins légistes ou la police –, il est bienvenu d'accomplir le suicide durant un jour de semaine, sachant que d'autres urgences occupent ces deux corps professionnels dont les effectifs peuvent être réduits durant les fins de semaine. Cela n'empêche toutefois pas que des suicides débutent l'après-midi – rarement le soir à notre connaissance –, ni qu'ils soient réalisés un samedi ou un dimanche.

Passer une nouvelle fois par la narration – qui reprend ici les mêmes principes que dans le premier chapitre – renforce la compréhension de ces moments souvent vécus dans l'intimité familiale. Notre présence a nécessité bon nombre de précautions méthodologiques, éthiques et d'engagement de la part des quatre membres de l'équipe de recherche, tel que nous l'avons exposé en introduction.

C'est à ce prix que nous parvenons à offrir une entrée sur les scènes de l'assistance au suicide et dans leurs coulisses, tout en faisant varier – dans la deuxième section de ce chapitre – les contextes de nos observations. Si le cas détaillé de Germaine se déroule à domicile, le lieu le plus fréquent en Suisse pour une assistance au suicide, les situations suivantes passent d'un environnement à un autre : à l'hôpital tout d'abord, puis en établissement médico-social pour personnes âgées. Ces deux exemples fournissent une idée de l'importance du contexte institutionnel dans le paramétrage de l'assistance au suicide. Deux autres cas sont ensuite présentés : le premier se déroule dans un milieu social très aisé ; le second revêt un caractère inédit dans la mesure où il a fallu gérer des imprévus, impliquant la police d'une manière plus active que d'habitude. La description de cette dernière scène fait office de transition vers notre quatrième chapitre, consacré à la levée de corps.

LE SUICIDE DE GERMAINE STALLIAN

Un contre-jour faisait apparaître la silhouette d'une femme de petite corpulence, aux cheveux courts, légèrement courbée par les affres du temps. Derrière elle, les baies vitrées s'ouvraient sur une vallée verdoyante des montagnes valaisannes, illuminant les pièces d'un chalet digne d'une carte postale. Un énorme poêle réchauffait le corps décharné de cette montagnarde devenue quelque peu frileuse. Il trônait au milieu de la pièce et irradiait sa chaleur jusque dans les nœuds des innombrables boiseries : lambris, étagères, meubles et tables se fondaient dans une atmosphère qui refusait de laisser entrer dans ce havre de paix des matériaux industriels. C'est dans ce décor que j'ai rencontré pour la première fois – en compagnie d'Hélène, l'accompagnatrice d'Exit – Germaine Stallian, une femme de 78 ans atteinte d'une double problématique de santé.

La problématique la plus inquiétante, du point de vue de cette accompagnatrice, relevait de la maladie d'Alzheimer, diagnostiquée deux ans auparavant. Cette affliction aurait en effet pu déployer ses effets sur l'esprit et la mémoire de Germaine jusqu'à lui faire perdre sa capacité de discernement. Le cas échéant, sa volonté de partir par une assistance au suicide aurait été impossible à concrétiser. Hélène a manifesté sa préoccupation, car elle avait déjà rencontré auparavant ce type de situations lors desquelles la fenêtre d'opportunité pour réaliser un suicide assisté demeurait fluctuante et incertaine, voire

réduite. À tel point ici que la seconde raison médicale, un cancer des intestins – qui pourtant ne facilitait guère le quotidien de Germaine, ni celui de sa fille Marie –, n'était plus apparue lors de nos nombreux échanges et observations réalisées durant le suivi de cet accompagnement. Cinq mois après notre première rencontre, la date du suicide assisté a été fixée au vendredi 10 août de l'année 2018.

À L'AUBE D'UNE MORT ANNONCÉE

Ce vendredi inaugure chez moi une expérience assez particulière. Pour la première fois depuis le début de la recherche, je vais observer un suicide assisté. Ma présence durant cet instant précis est en grande partie due à Hélène. En grande partie seulement, car il ne faudrait pas sous-estimer l'engagement du chercheur et la relation de confiance qui s'est établie depuis notre première rencontre : les échanges répétés avec Germaine et sa fille Marie, les discussions cordiales et la création d'un espace de réflexion engendrés par l'ethnographie contribuent certainement à cette présence durant un moment que je conçois comme hautement intime et privé. Il me vient d'ailleurs en tête certaines études qui décrivent les rapports à la mort dans notre société contemporaine comme étant « intimisés », vécus sur un mode subjectif, dans le cercle des relations affinitaires. Cela me fait aussi penser que ma présence a été négociée avec les autres membres de la famille convié-e-s à ce moment singulier : les deux fils de Germaine, sa belle-fille et ses deux petites-filles. Pour me sentir à la hauteur, j'ai tenté de me préparer au mieux. J'ai notamment passé la soirée à réfléchir à une tenue convenable compte tenu des circonstances : n'allais-je pas reproduire maladroitement une solennité de bon aloi pour observer un accompagnement au suicide ? Je n'ai par contre pas oublié de prendre le matériel de recherche habituel, nécessaire complément à une mémoire qui risque d'être submergée par le caractère nouveau de cette situation : formulaire de consentement, au cas où une personne supplémentaire serait présente ; enregistreur ; cahiers, stylos, crayons et marqueurs. Or, ce matériel n'aura peut-être que peu d'utilité durant le suicide assisté ; j'imagine déjà la difficulté à occuper une position de retrait aussi bien qu'un espace suffisamment discret pour prendre des notes sans que cela paraisse incongru sinon inapproprié.

Je retrouve Hélène à 6h25. Cette dernière s'excuse de m'avoir fait lever aussi tôt pendant mes vacances. Durant le trajet en voiture, elle s'enquiert de mes éventuelles appréhensions. Je peine à

lui répondre, restant partagé entre la curiosité de tout chercheur face à la nouveauté de son objet d'étude, la reconnaissance liée au privilège de pouvoir observer ce moment et le questionnement sur la légitimité de ma présence. À cet instant, je tempère intérieurement mes angoisses en me disant que j'ai entretenu jusqu'ici avec Germaine ce que je considère être de très riches et sincères échanges ; je crois même que j'apprécie la personne. De plus, je ne me sens pas complètement « étranger » à la situation, ayant pu rencontrer et mener des entretiens avec la majeure partie des individus qui seront présents ; j'ai obtenu leur assentiment pour observer ouvertement la concrétisation de ce suicide assisté. Enfin, pour contrer l'impression que je nourris de transgresser une norme sociale en allant regarder mourir quelqu'un, je me rassure en me rappelant combien Germaine a présenté un discours aussi bien que des dispositions visant à désacraliser l'expérience de la mort et du mourir.

Nous sommes un peu en avance et il est hors de question d'arriver plus tôt que l'heure annoncée – 8h00 – ni plus tard d'ailleurs. Nous ne dérogerons pas à la norme de ponctualité. Une occasion pour Hélène et moi de nous restaurer au bistrot du coin avant un accompagnement dont la durée est toujours variable, s'étalant parfois sur une journée entière. Un café pour Hélène ; un thé pour moi. Les croissants sur la table ne nous font pas particulièrement envie. Le simple plaisir gustatif semble perdre de son attrait devant l'évidence de la mort qui nous attend. Hélène en profite pour me rappeler quelques éléments du dossier de Germaine : sa maladie, son âge, la date et le signataire de l'attestation de sa capacité de discernement. Elle ajoute une petite anecdote concernant la rédaction de l'ordonnance de pentobarbital, le barbiturique utilisé pour la rapidité de ses effets et ses conséquences sur la physiologie des corps et des visages. Cette anecdote est la suivante : sur suggestion d'Hélène, Germaine, accompagnée de sa fille, est allée rencontrer il y a quelques jours son médecin traitant pour actualiser son dossier médical. Une récente jurisprudence stipulait qu'en cas de maladie d'Alzheimer, l'attestation de capacité de discernement ne devait pas dater de plus de six mois. Plus la date est récente, moins elle attire l'attention des médecins légistes, des agent-e-s de police ou des procureur-e-s, selon Hélène, qui a souhaité anticiper les discussions prenant place durant la phase de contrôle post-mortem. Cela permettait de demander au médecin, en plus d'établir le rapport médical et l'attestation de la capacité de discernement, de prescrire

l'ordonnance de pentobarbital. Tous ces documents ont été produits et remis à Germaine au terme de la consultation.

Germaine, son ordonnance en poche, s'est aussitôt rendue à la pharmacie la plus proche pour obtenir la substance létale. Or, le pharmacien, quelque peu surpris et confus, a dû lui expliquer qu'il ne pouvait pas lui remettre ce produit en main propre, avant d'empoigner le téléphone et de contacter le médecin concerné pour lui demander de clarifier la situation. Ce dernier a rectifié le quiproquo en expliquant que, effectivement, si l'ordonnance était bien adressée au nom de sa patiente, ce n'était pas à elle de venir chercher le pentobarbital; c'était à l'accompagnatrice de l'association de s'en charger, la veille ou le jour même du suicide assisté. En écoutant cette anecdote, je me dis que cela reflète toute la détermination de Germaine, et peut-être aussi une certaine naïveté quant aux connaissances de celle-ci des modalités pratiques d'organisation d'une assistance au suicide. Durant cette petite demi-heure passée au café, nous avons encore le temps d'évoquer nos projets de vacances respectifs. Une petite bouffée d'air qui occupe les dernières minutes avant d'entrer en scène, pour mon premier suicide assisté. C'est le quatrième de la semaine pour Hélène, dont la fatigue se fait quelque peu ressentir.

Devant le chalet, deux voitures sont déjà garées sur le petit parking qui le surplombe. Face à nous, portant lunettes et queue de cheval, une jeune femme se dirige vers l'entrée d'un pas décidé; vêtue d'un t-shirt décoloré, d'un short et d'une petite jaquette légère de randonnée, elle croise notre regard, un peu interloquée. Sans mot dire, nous lui emboîtons le pas. Elle s'engouffre à l'intérieur, attrape la poignée de porte en se retournant pour la fermer. Comprenant à cet instant que nous allons au même endroit, elle la retient et nous invite à entrer, ce que je devine aux deux fossettes qui se creusent sur son visage. Aucune parole n'est encore échangée. La jeune fille oriente sa voix vers l'intérieur de la maison: «Mamie, les gens d'Exit sont là!» Hélène entre la première. Je la suis. Marie, la fille de Germaine, nous reçoit dans le vestibule. Elle serre la main d'Hélène puis la mienne. Cette formalité me surprend puisque, lors de nos dernières rencontres, nous nous étions fait une triple bise aussi bien pour nous accueillir que pour nous quitter. La situation qui se présente exige apparemment d'adopter une attitude moins familière. Puis la silhouette effilée de sa mère apparaît à la lumière de l'embrasement de la porte; un grand sourire dévoile des

dents parfaitement blanches, refaites il y a deux semaines à peine. Germaine nous salue sans poignée de main ni accolade, mais par une déclaration cordiale : « Entrez ! Venez-vous installer ! »

Plusieurs personnes sont déjà présentes autour de la grande table en bois de la salle à manger. Certaines figures me sont familières et d'autres encore inconnues. Les présentations mutuelles s'engagent : Nadine, la femme de Norbert, à savoir le frère de Germaine encore absent ; David, le cadet de ses enfants, et sa femme Virginie, ainsi que leurs deux filles adolescentes, Daphné et Sarah, cette dernière étant plus jeune que sa sœur de quelques années. C'est elle que nous avons croisée en sortant de la voiture. La mère présente Sarah comme « l'émotive » ; celle-ci a pleuré peu après nous avoir vus, comme si notre présence avait d'un seul coup rendu réelle cette entreprise. Il y a enfin Jérémy, petit-fils de Germaine et enfant de Georges, son autre fils également absent à ce moment. Face à cette assemblée, je me remémore les questionnements que Germaine avait entretenus sur la présence ou non des un·e·s et des autres lors de nos entretiens précédents. Elle nourrissait de sérieux doutes quant à la présence de ses deux fils, autant qu'à celle de son frère, décrit comme trop émotif et trop attaché à elle pour participer à cette « mise à mort », pour reprendre ses termes. Germaine disait s'attendre à l'absence de ses deux fils, en commentant leur caractère : deux « irrécupérables montagnards », un peu bourrus, avais-je alors pensé, peu enclins à s'épancher sur leurs émotions et refusant de faire de cet événement quelque chose d'extraordinaire. Puis Héléne se présente comme accompagnatrice de l'association pour le droit de mourir dans la dignité et je clos le tour de table en rappelant pour les un·e·s ou en précisant pour les autres mon rôle de chercheur. Je demande si ma présence indispose quelqu'un, ce qui ne semble pas être le cas.

Les salutations sont brèves – un simple « bonjour » paraît suffire – et quelques formules de politesse sont partagées. Durant ces premières minutes, la communication est avant tout non verbale : regards, sourires, pincements de lèvres, crispations zygomatiques, haussements d'épaules, soupirs, auxquels se mêlent les quelques larmes de la plus jeune des petites-filles de Germaine. Assise en bout de table, cette dernière commence à animer la discussion avec Héléne. Elle rit et plaisante ; je crois qu'elle cherche à détendre l'atmosphère pour restituer un caractère plus ordinaire à ce dernier moment d'échange. Héléne, avec une certaine douceur dans la

voix, prend la parole pour rassurer, expliquer ou encore répondre aux interrogations des personnes peu informées des modalités de l'assistance au suicide. Je ressens une tension entre, d'une part, l'aisance d'une femme résolue à cette finalité et le tact de l'accompagnatrice habituée à vivre de telles situations et, d'autre part, l'inconfort des autres membres de la famille, qui semblent s'approprier de manière individuelle et quasi spontanée les comportements à adopter face à cette mort à venir. Rires et pleurs s'entremêlent ; la machine à café n'arrête pas de fonctionner et la consommation de caféine me paraît excessive. Mon regard s'arrête sur le t-shirt rouge vif de Daphné, en particulier sur l'imprimé qui stipule en toutes lettres : « JUST DO IT ». Celle-ci tient ses genoux entre ses mains, recroquevillée sur elle-même. Son cousin Jérémy ne tient pas en place : un électron libre circulant entre la salle à manger, le salon et la terrasse, où il se retire à plusieurs reprises pour fumer. David est quant à lui debout, à l'autre bout de la table, en face de sa mère. Hélène l'invite à s'asseoir, ce qui fermerait le cercle de la table ; mais David décline la proposition.

Des boissons sont proposées, ainsi que des petits sablés recouverts d'un glaçage au citron, préparés exprès pour l'occasion. Seuls David et Jérémy se laissent tenter ; ils en enfournent quelques-uns d'affilée avec un sourire, un peu moqueur à mon sens. Mi-figue, mi-raisin, Virginie réprimande son mari : « Ce n'est pas très malin de manger des biscuits devant Germaine, qui doit rester à jeun. » L'atmosphère se détend. Durant les dix prochaines minutes, les plaisanteries se font plus franches. Germaine joue son rôle de maître de cérémonie ; j'ai l'impression qu'elle rassure tout le monde par sa détermination. Elle plaisante sur les larmes de sa petite-fille : « C'est quand même un comble ! C'est moi qui devrait pleurer ! » Et Germaine rappelle dans la foulée qu'elle ne croit en rien ; qu'il est ordinaire de mourir et que cela ne prêtera guère à conséquence, car elle sera vite oubliée. Sur quoi Hélène et d'autres membres de la famille interviennent : « Vous êtes aimée ! [...] Vous avez pensé à votre fille en disant cela ? » – « Tu es ma mamie adorée ! » – « Tu vas nous manquer. » S'ensuivent une discussion et des pronostics sur les éventuelles arrivées du deuxième fils et du frère de Germaine. Hélène en profite pour remercier d'ores et déjà David de sa présence : « C'est une bonne chose que vous soyez là ! » David rétorque qu'il n'a jamais eu l'intention d'être absent, surtout depuis que son permis de conduire lui a été retiré, dit-il en rigolant. L'absence

de Georges est attribuée à son habitude d'être toujours en retard. David lui téléphone et lance : « Il est en chemin. Il vient de quitter le bistrot. » Quelqu'un demande à son fils Jérémy s'il va rester : « Je ne sais pas », répond-il, en précisant avoir averti son patron qu'il arriverait certainement en retard au travail, vers 10h du matin.

Personne n'ose par contre avancer une explication sur l'absence de Norbert, le frère de Germaine. Sa femme, Nadine, précise qu'il ne faut pas l'attendre vu qu'il est parfaitement au courant de ce qui est en train de se passer. Hélène rebondit sur cette remarque pour évoquer les effets positifs sur le processus de deuil chez celles et ceux qui sont présent-e-s. Elle décrit la mort par suicide assisté comme rapide et sans douleur, ne laissant aucune marque de crispation sur le visage ni sur le corps, un gage de quiétude. Y participer, relève encore Hélène, empêche des représentations fantasmées et permet d'éviter de se faire « des films dans sa tête ». L'assemblée acquiesce, à l'exception de Nadine ; cette dernière oppose à ce discours la liberté de chacun-e de choisir ce qui lui convient et dit comprendre les réticences de son mari compte tenu de l'amour qu'il porte à sa sœur. Hélène n'insiste pas ; la norme de liberté et le respect du choix d'autrui sont fortement incorporés au sein de cette famille : accepter la décision de Germaine implique d'accepter celle de son frère. Hélène poursuit en s'enquérant de la compréhension de chacun-e sur le déroulement à venir de cette assistance. Toutes et tous semblent en avoir déjà une certaine idée, inspirée par les documentaires télévisés sur le sujet.

L'accompagnatrice poursuit en demandant si Germaine est bien à jeun, ce que confirme Marie : « Elle n'a rien mangé ce matin. » Cela importe, avec la prise de l'antiémétique, pour prévenir les risques de régurgitation ; la solution de pentobarbital est amère et quelque peu visqueuse. Afin de limiter cette impression d'amertume, Hélène fait remarquer qu'il est d'usage de boire ou manger autre chose avant, pendant et après l'absorption de la substance létale ; un verre d'alcool ou du chocolat par exemple. Germaine oriente son corps et son regard vers la table située à côté de la porte vitrée qui donne sur le balcon : il reste un fond de vieille prune, un alcool qu'elle apprécie particulièrement et que Marie est allée chercher à la cave pour cette occasion. Hélène sort ensuite de son sac une boîte de médicaments et détache de leur pellicule trois pastilles qu'elle pose sur le bout de ses doigts. Elle les donne à Germaine, qui lui demande si elle doit les avaler : « Non ! » répond Hélène, « il

faut les garder sur la langue et les laisser fondre tranquillement.» Germaine s'exécute immédiatement, tout en nous offrant un petit intermède clownesque : durant quelques secondes, elle reste bouche ouverte, les yeux grands écarquillés, en attendant que fondent les trois pastilles. Nous rigolons devant ce spectacle. Puis elle enchaîne sur un ton pressé : « Alors, on peut y aller ? » – « Non », lui répond l'accompagnatrice. Il faut attendre entre vingt et trente minutes que l'antiémétique fasse son effet. Moue de déception. Dans son empressement, Germaine a oublié l'absence de son second fils, qui est pourtant en chemin pour les rejoindre, ce que lui rappelle Marie afin de tempérer ses ardeurs. À cet instant, les deux petites-filles peinent à se contenir ; elles sortent sur le balcon pour fumer une cigarette, assez loin de la vue de leurs parents, qui ne manquent pas cette occasion pour signifier leur réprobation : « Vous ne voulez pas arrêter de fumer ? » S'ensuivent quelques commentaires sur la « bêtise de détruire si jeune déjà » son capital santé. Ce qui déplace quelques instants la focale des discussions.

Je me perds également dans mes pensées. J'imagine la place particulière qu'occupe la fille de Germaine dans ce contexte. Lors de nos précédents échanges, Marie m'avait dit habiter avec elle depuis plus de douze ans et avoir pris soin de sa mère au quotidien, sans interruption. À 55 ans, elle avait dit ne pas regretter d'être célibataire ; elle travaillait depuis plus d'une décennie au sein d'une entreprise de sertissage spécialisée dans la confection de bijoux. Sans Marie, les dernières années de vie de Germaine auraient sans aucun doute été bien différentes. Si l'un des frères de Marie venait prendre le café tous les matins avec leur mère et que l'autre lui rendait visite régulièrement – à savoir plusieurs fois par semaine –, cette fille vivait avec Germaine. Marie m'avait raconté la façon dont elle l'assistait dans la réalisation des activités de la vie quotidienne : repas, ménage, habillement, hygiène corporelle, course, lessive, intendance administrative, transport, sans compter son rôle de soutien depuis l'occurrence des premiers symptômes de la maladie d'Alzheimer pour organiser et stimuler sa mémoire confuse. Même lors de son travail à l'usine, Marie restait disponible, sa mère l'ayant fréquemment appelée pour lui demander comment allumer ou éteindre tel appareil, ou plus simplement lancer un jeu sur l'ordinateur portable laissé à sa disposition pour occuper ses journées.

En me remémorant ces échanges, je me dis que Marie a tout fait pour protéger sa mère des contraintes liées à la vieillesse et

lui permettre de conserver une forme de dignité. À ce propos, elle m'avouera – lors d'un autre entretien réalisé après le suicide – quelques rudes épisodes vécus au quotidien : devoir changer la poche gastrique trois fois par semaine, sa mère en étant incapable ; observer cette dernière sur le chemin des commodités sans pouvoir atteindre à temps sa destination ; la trouver souillée dans son lit, changer les draps – ou les jeter parfois afin de laisser ces épisodes dans le secret de leur relation – et les laver au milieu de la nuit, le moment le plus agréable, le moins douloureux, le moins long et le moins ennuyeux aux yeux de Germaine. Marie me précisera encore sa lassitude de faire mine d'intérêt face aux mêmes histoires répétées par sa mère. Elle évoquera un certain soulagement à la voir se coucher tous les soirs comme une horloge à 19h, lui laissant un peu de répit, d'intimité et de tranquillité. Un tel engagement de la part de Marie est reconnu par ses frères et son oncle par de nombreux signes d'empathie et expressions de soutien, tels que j'ai pu les observer au fil de nos différentes rencontres : des sourires, des gestes de compassion, une main posée sur l'épaule. Ceci est aussi vrai en ce 10 août : autour de la grande table en bois, j'ai l'impression que les autres membres de la famille sont conscient-e-s du dévouement de Marie ; j'interprète cela en estimant que les larmes de Sarah, la plus jeune des petites-filles, sont gentiment moquées, alors que celles de Marie ne le sont pas du tout. Je me dis finalement que ce temps de la mort qui approche agit comme un excellent révélateur de l'investissement personnel au sein de cette configuration familiale. À la différence de leur sœur, les deux fils de Germaine – du moins dès que Georges nous aura rejoints – sont plus en retrait dans l'occupation de l'espace, à une distance qui m'apparaît proportionnelle à l'intensité de leurs investissements respectifs durant les mois, voire les années ayant précédé ce moment.

ÊTES-VOUS BIEN DÉCIDÉE À RÉALISER UN SUICIDE ASSISTÉ ?

Le suicide est maintenant imminent. L'accompagnatrice, à l'instar d'autres occasions observées, demande si Germaine reste bien décidée à réaliser son suicide ; elle ajoute pouvoir interrompre la procédure à tout instant et sans conséquence. « Je suis prête », répond Germaine, qui énumère aussitôt les raisons l'ayant conduite à faire ce choix : elle affirme ne plus supporter sa dépendance, en particulier à l'égard d'autrui ; elle n'en peut plus de sa poche gastrique ; elle ne tolère plus non plus les atteintes corporelles et

évoque à ce sujet une chute survenue il y a quelques mois lors de sa visite quotidienne chez son frère et sa belle-sœur. Cette chute a réveillé une ancienne fracture, contraignant depuis lors sa mobilité. Germaine rappelle de surcroît les effets de plus en plus visibles de la maladie d'Alzheimer, et l'accroissement des difficultés qui lui seront liées dans un avenir proche. De mon point de vue pourtant, durant toute cette préparation de l'assistance au suicide, l'aplomb, l'espièglerie et la lucidité de Germaine – outre ce court passage évoquant certaines conséquences liées à ses problématiques de santé – mettent à l'arrière-plan les raisons médicales justifiant le recours à cette assistance. Ces raisons ne sont jamais convoquées comme les déterminants de sa décision. Germaine passe plutôt en revue une pluralité de motifs qui l'ont convaincue de partir aujourd'hui et de cette manière : une lassitude de vivre, un poids trop lourd à porter ; un fort sentiment de solitude ; un ennui quotidien, malgré la présence de sa fille et de son entourage ; une hantise de terminer sa vie dans un établissement médico-social de la région, où elle dit avoir vu dépérir nombre de ses anciennes connaissances.

Ces propos rencontrent l'assentiment des personnes présentes, en particulier celui de Marie. En dépit de tous les efforts fournis par son entourage pour rendre l'existence de Germaine plus supportable, chacun-e semble avoir intégré l'idée que démontrer affection et soutien ne compense plus les désagréments et la souffrance du quotidien. Hélène avait pourtant, lors d'un entretien précédent, cherché à rassurer Germaine sur le fait que les maisons de retraite offrent désormais de bien meilleures conditions de vie et d'encadrement. Mais sans effet. Sur ce point, les avis sont même tranchés : ni les enfants de Germaine ni son frère ni sa belle-sœur n'envisagent de finir leurs jours dans l'un de ces établissements. David affirme pour sa part savoir comment terminer sa vie, lui qui n'est pas membre d'une association pour le droit de mourir dans la dignité, au contraire de sa sœur Marie, de son oncle Norbert et de sa tante Nadine : dans un précipice, au fond de l'une des vallées de la région qu'il affectionne. Chasseur lui-même, c'est en aidant les gardes-chasse à recenser la population de bouquetins qu'il dit avoir repéré un lieu qui conviendrait parfaitement à cette entreprise. Voilà qui donne une indication – me dis-je – du degré d'ouverture de cette famille face à la mort volontaire. Je ressens alors comme un souffle de liberté, qui se traduit par une sorte de désintérêt à l'encontre de toute idée de sacralisation de la mort. Se célèbre ici

la fin de vie d'une femme qui décide librement du moment de sa mort, après avoir vécu une vie qualifiée d'«épuisante», «dure» et «chargée de responsabilité»; une vie marquée par le deuil et la violence, spécialement subie durant son premier mariage. Mon intuition se renforce ainsi: au-delà des raisons médicales donnant accès à l'assistance au suicide, un ensemble de justifications sociales et existentielles se dévoile dans l'intimité de cette configuration familiale.

J'ai l'impression que ce temps d'attente s'égrène avec une lenteur surprenante. Hélène demande à Germaine si elle a bien dormi: «Non!» répond-elle. Et cette dernière d'ajouter, avec toute la franchise qui la caractérise, avoir subi la nuit passée «une terrible diarrhée» qui l'a empêchée de dormir: elle a dû se lever toutes les heures pour aller aux toilettes. Visiblement – et je m'en rends compte alors –, avoir une poche gastrique n'empêche pas ce genre d'écoulement par les orifices naturellement destinés à cet effet. En voyant l'air dépité de Marie, j'en déduis que cet inconvénient l'a aussi contrainte à passer une nuit longue et difficile pour venir au secours de sa mère. L'occasion est trop belle pour David, qui mime sa sœur en train d'effectuer ces nettoyages nocturnes peu ragoûtants. L'effet recherché est visiblement réussi, puisque les deux petites-filles répliquent par des gestes de dégoût, tandis que l'épouse de David effectue un mouvement de tête exprimant son dépit. Au-delà de cette boutade, j'y vois une forme de reconnaissance du rôle joué par sa sœur dans la prise en charge de leur mère.

À la suite de ses premières explications, Hélène se montre rassurée par la connaissance des personnes présentes quant au déroulement de la première phase de l'assistance au suicide qui va suivre; elle complète son propos en décrivant les éléments moins connus, qui surviendront après le décès. Elle rappelle que le suicide assisté, «c'est un suicide»; il reste par conséquent considéré comme une «mort violente». Cette catégorisation juridico-administrative implique l'intervention et la présence d'autres corps professionnels ayant la charge de vérifier que toutes les conditions ont été remplies et qu'un certain nombre de «bonnes pratiques» – associées à l'évaluation de l'accompagnement et à sa mise en place – ont été respectées. Hélène précise qu'elle devra obligatoirement informer la police après le suicide, qui contactera à son tour – comme le veut l'usage dans ce canton – un médecin de district pour établir le constat de décès. Prenant la parole, Marie affirme qu'elle estime

qu'un tel encadrement est nécessaire et justifié; pour sa part, David questionne l'accompagnatrice sur la provenance et le type de police intervenant sur ce type de situation, car il appréhende la venue des agent-e-s de la région, spécialement après s'être fait retirer son permis de conduire par l'un deux, il y a quelques mois. À l'inverse des femmes présentes, il y voit surtout une intrusion inutile: «Ils se mêlent toujours de ce qui ne les regarde pas. [...] De toute façon, tout le monde est au courant!» Il est à noter à ce propos que Germaine habite un village d'environ deux cents âmes. Il y a environ six mois, lors d'une sortie de famille dans le seul café de la région, Germaine avait publiquement déclaré sa volonté de mourir par une assistance au suicide. Sa famille et les personnes présentes l'avaient ouvertement soutenue dans sa décision, à l'exception d'une personne âgée offusquée de cette annonce. Cette dernière a rétorqué – selon le récit qui m'avait été fait en entretien avec Germaine et sa fille – qu'il était «intolérable de faire une telle chose au regard des commandements divins».

Hélène reprend les commentaires de David sur les forces de l'ordre. Elle convoque sa longue expérience – huit ans d'assistance – pour faire état de l'attitude toujours sympathique de la police dans ce type de situation, et en particulier dans ce canton. Elle ajoute que ce contrôle peut prendre du temps, car il requiert le déplacement du ou de la médecin de district et de la police. Hélène en profite pour se renseigner sur le respect d'une consigne qu'elle avait transmise à Marie une semaine auparavant: chaque personne présente ne devait pas oublier de prendre une pièce d'identité et devait prévoir suffisamment de temps, car il ne sera pas possible de quitter les lieux – du moins pour les témoins de l'absorption par Germaine de la substance létale – avant le terme de la procédure judiciaire. Tout le monde hoche la tête. Hélène, une fois l'assemblée prévenue des phases consécutives au suicide, demande encore si des dispositions ont été prises avec les pompes funèbres, ce que confirment Marie et sa mère. Tout est donc organisé. Le corps de Germaine partira pour une crémation et ses cendres seront dispersées sur un flanc de vallée, là où elle a passé son enfance. Marie transmet à Hélène l'adresse et le numéro des pompes funèbres, déjà averties du fait que le suicide assisté se déroule en ce jour.

Il est 8h40. Hélène se renseigne une nouvelle fois sur la constance de la décision de Germaine: souhaite-t-elle vraiment partir par suicide assisté? Cette dernière répond sur le ton de la plaisanterie que,

à la différence de l'antiémétique et du temps nécessaire pour que celui-ci déploie ses effets, elle est prête depuis un bon moment. Sur quoi Hélène fait part de son désir de se retirer dans une autre pièce pour préparer la « potion » et demande à Marie où cela convient le mieux. Cette dernière lui propose la salle de bains, qui se trouve au même étage, juste à côté de la cuisine; Hélène prend toujours des précautions pour que cette partie de l'accompagnement reste invisible aux yeux d'autrui. Elle s'y rend; Marie lui emboîte le pas, après avoir subrepticement dérobé à la vue de sa mère la bouteille de vieille prune. Hélène – à l'instar de chaque accompagnatrice d'Exit – a ses habitudes pour préparer la substance létale, une activité qui lui rappelle les années durant lesquelles elle a occupé un poste de préparatrice en pharmacie. Elle verse dans un gobelet en plastique, qu'elle a elle-même amené, un décilitre d'eau du robinet, puis y déverse le pentobarbital de sodium. Elle secoue vigoureusement cette solution afin de la rendre homogène et de dissoudre le solide ajouté. À la différence d'autres accompagnatrices, Hélène n'ajoute pas à ce mélange une petite dose de glycogène facilitant le processus de dissolution, ni d'ailleurs les quelques gouttes de sirop destinées à amoindrir l'amertume de ce breuvage. Elle préfère y ajouter une larme de l'alcool ou de la boisson non alcoolisée que la personne choisit sur le moment. Avec la complicité de Marie, Hélène ajoute à ce mélange un peu de vieille prune. Hélène ressort de la salle de bains en tenant dans ses mains la solution juste préparée et invite Germaine – qui est déjà debout, avec une main posée sur sa hanche pour tenir sa poche gastrique – à se rendre là où elle souhaite terminer sa vie.

Nous nous dirigeons vers la chambre à coucher, qui se situe en face du vestibule d'entrée. Cet emplacement offrira une discrète sortie aux pompes funèbres pour emporter le corps une fois le suicide accompli. La lourde porte en bois de cette chambre ouvre sur une pièce de grande taille pouvant accueillir suffisamment de monde. À l'intérieur, le lit double est agrémenté de coussins, ce qui convient très bien à l'accompagnatrice. Le choix de cette pièce semble évident, dans la mesure où Germaine y a passé durant ces dernières années les « meilleures » heures de ses journées, pour reprendre son qualificatif; mais il est aussi hautement symbolique car, trente-cinq ans auparavant, son fils de 22 ans y mourut d'une insuffisance cardiaque et pulmonaire, allongé sur ce même lit, dont elle ne s'est jamais séparée. Concernant le choix de la pièce et du mobilier pour accueillir et soutenir les personnes qui se donnent

ainsi la mort, il est à noter qu'il est généralement laissé à leur discrétion. Hélène conseille néanmoins – sans jamais contraindre – de réaliser l'assistance dans un lit, ce qui lui paraît plus confortable qu'une chaise, un canapé ou encore un fauteuil. De plus, la position couchée est adaptée aux effets de la substance létale, qui produit un endormissement avant d'arrêter les fonctions respiratoires et de conduire à la mort.

Devant nous, la chambre de Germaine se prête donc bien à l'assistance au suicide. Mon regard s'attarde à présent sur Marie, qui se tient juste à côté de moi. Je sens de la tension chez elle. L'imminence de la fin de vie de sa mère est palpable; même si elle a toujours affirmé être en accord avec cette décision, elle semble appréhender ce qui va suivre. Je dépose spontanément ma main sur son épaule, que je serre un peu pour lui marquer ma sollicitude. Elle dépose sa main sur la mienne et la serre, tout comme j'ai serré son épaule. Ce moment se dispense de parole. Marie lève ses yeux embrumés et les sèche discrètement. Georges arrive enfin; il entre sans sonner, embrasse sa mère et sa sœur, puis salue le reste de l'assemblée. Nous nous présentons aussi rapidement. Tout est désormais en place pour passer à la prochaine étape de cette assistance.

DERNIÈRE RÉPÉTITION ET ACTION

Germaine, sans aucune hésitation et d'un pas décidé, entre dans sa chambre à coucher. Hélène et Marie l'installent confortablement le temps que le reste de l'assemblée se regroupe; tous les proches quittent la salle à manger et entrent l'un-e après l'autre dans la chambre. Chacun-e reste debout autour du lit, formant un cercle proche de Germaine. J'entre le dernier et me positionne au bout de ce cercle, de l'autre côté du lit. Les rideaux atténuent la luminosité d'une matinée ensoleillée et renforcent une impression d'intimité. Germaine n'est pas encore tout à fait couchée; elle s'est placée tout au bord du lit, du côté gauche, à l'opposé de ma position. Le haut de son corps repose sur quelques coussins entassés les uns sur les autres, placés dans son dos. Ses jambes refusent de s'aligner avec le reste du corps et pendent à l'extérieur du lit, sans que les pieds touchent tout à fait le sol. Ce petit détail géométrique perturbe mon esprit, car j'y vois un désordre qui contrarie mes anticipations d'un corps mourant confortablement. J'entretiens l'envie – pendant deux bonnes minutes – d'agir et de prendre les jambes de Germaine pour les aligner avec son tronc.

En tant qu'accompagnatrice, tout à la gauche du lit, Hélène occupe la position la plus à proximité du corps de Germaine. Elle tient dans chacune de ses mains deux récipients : l'un en plastique contenant la substance létale, l'autre en verre et rempli aux trois quarts de vieille prune. Marie est juste à côté d'elle, à hauteur du bassin et des jambes de sa mère. Elle lui tiendra la main tout le long. En face de Germaine se trouvent David et sa femme, ainsi que leurs deux filles, agrippant chacune un bras de leur mère. Georges se tient un peu plus en retrait, proche du seuil de la porte. Son fils, Jérémy, n'est pas entré dans la chambre. Et Nadine se situe à mes côtés, sur la gauche des deux adolescentes. Je reste positionné un peu plus en retrait que les autres, sans pour autant casser la logique de ce cercle ; je crois marquer ainsi symboliquement une différence de statut dans cette configuration familiale.

Avant d'entreprendre les derniers gestes de cette assistance, Hélène s'adresse à Germaine et, par la force des choses, à toutes les personnes autour. Elle fait œuvre de pédagogie en décrivant le processus physiologique qui suivra l'ingestion de la solution létale : « Vous allez d'abord vous endormir, puis vos fonctions respiratoires vont s'arrêter, ce qui va occasionner un arrêt du cœur. Vous serez profondément endormie lorsque votre respiration s'arrêtera. » Daphné, la plus âgée des deux petites-filles, l'interrompt : « Mais elle va souffrir en s'étouffant ! ? » Hélène la rassure en lui expliquant que cela ne sera pas le cas. Lorsque cela arrivera, sa grand-mère aura d'ores et déjà sombré dans un profond sommeil. Hélène précise, comme pour confirmer ce qu'elle vient d'expliquer, qu'il n'est pas rare dans ce type de situation d'entendre les personnes ronfler ; cela survient entre cette phase de sommeil et l'arrêt respiratoire. Hélène fournit donc un indicateur d'absence de souffrance et assimile ce moment à une sieste sans réveil. Daphné paraît rassurée. À cet instant, Germaine, assistée par sa fille et l'accompagnatrice, se redresse pour se mettre en position assise. Hélène lui glisse dans les mains les deux récipients contenant respectivement la solution létale et le verre d'alcool. Germaine plaisante une dernière fois, sourire aux lèvres : « Je commence par lequel ? » Hélène lui répond que cela n'a pas d'importance, et qu'elle peut même boire un peu de vieille prune avant et après l'absorption du barbiturique si tel est son désir. Je regarde les aiguilles de l'horloge de la chambre. Il est 8h49. Germaine avale la substance létale. Pas tout à fait en une gorgée ; elle parvient à consommer en trois fois ce décilitre. Sa première réaction

est de commenter la faible amertume de la boisson ; le goût en serait même agréable. David fait remarquer qu'elle a toujours eu un goût prononcé pour les choses amères, tandis qu'Hélène, avec un petit sourire malicieux, regarde Marie et annonce avoir également ajouté un peu de vieille prune dans ce mélange.

Forte de son expérience, par des gestes, l'accompagnatrice invite Germaine à s'allonger maintenant sur le lit. Cette dernière résiste pourtant. Une dernière expression de son caractère ? Elle se maintient en position assise. Le rythme s'accélère. Hélène s'adresse aux proches : « Il serait souhaitable que Germaine s'endorme avec de belles pensées. Pensez à quelque chose qui vous fait du bien. » Elle se remémore un détail de ses échanges précédents : « À l'Amérique par exemple. » Rire collectif. Les proches, avec beaucoup d'humour, corrigent l'inexactitude de cette référence en faisant remarquer que Germaine n'a aucune affinité particulière avec ce pays, bien qu'elle y ait séjourné un certain temps avec le dernier homme de sa vie, Bob. Marie semble apprécier l'expression spontanée de cette complicité familiale ; elle sourit au chevet de sa mère qui agonise. Virginie rectifie : « Non. Pas l'Amérique. À Bob ! » – « Oui, pense à Bob ! » ajoute Marie, ce qui est repris en chœur par les autres : « Oui, pense à Bob ! »

Fidèle à l'espièglerie la caractérisant, Germaine entame une dernière plaisanterie après avoir vanté le bon goût de la substance létale. Mais elle ne termine pas sa phrase. Quelques mots sont prononcés avec clarté, puis les syllabes se découpent progressivement ; le son de sa voix s'atténue jusqu'à ne devenir plus qu'un inaudible chuchotement. Avec son torse relevé et ses jambes toujours pendantes au bord du lit, Germaine s'affaisse dans un profond sommeil. Hélène laisse délicatement retomber le corps dans ses bras avant de le déposer complètement sur le lit. Elle ajuste les coussins sous sa nuque, pour un plus grand confort. Après quelques secondes, Germaine se met à ronfler, tel qu'annoncé auparavant. Chacun prend la mesure de la fulgurance du barbiturique. Quelque peu interloquée, Virginie fait remarquer que, malgré l'air paisible et endormi de Germaine, cette dernière garde les yeux ouverts. À nouveau, Hélène rassure l'assemblée ; elle explique que cela est tout à fait ordinaire et abaisse simultanément les deux paupières. Dans le regard des spectateurs de cette mort annoncée, la tension demeure palpable. Hélène va bientôt annoncer le décès. Les proches me paraissent très concentrés sur ce passage de vie à trépas, chacun-

cherchant à identifier les signes de la mort de l'être aimé. Afin de répondre à cette attente, à l'aide principalement de son oreille et de son expérience en la matière, Hélène commente ses perceptions : « Là, elle est endormie très profondément. Là, sa respiration s'est coupée. On peut entendre l'air qui remonte des poumons. » Puis Germaine produit un autre son, plus sourd cette fois, et à mon sens plus angoissant ; comme un râle d'une sonorité particulière, d'une tonalité bien plus basse que les ronflements précédents. La quiétude ambiante est quelque peu secouée. La plus grande des petites-filles s'exclame avec étonnement : « Mais elle respire encore ! » Hélène lui répond que ce n'est plus une respiration, mais simplement l'air qui s'échappe des poumons. Elle appose ses doigts sur la carotide, constate l'affaiblissement progressif du rythme du cœur, d'abord très léger mais présent, puis imperceptible. Hélène déclare la mort de Germaine à 8h52.

Je me dis que « Oui, pense à Bob ! » auront été les dernières paroles adressées à cette femme de son vivant. Par contraste avec l'impression de lenteur – comme si le temps était suspendu – durant la première phase de cette assistance, je reste frappé par la fulgurance des effets de la substance létale : ces derniers sont immédiats, pour ne pas dire instantanés. En moins de trente secondes, Germaine est tombée dans un profond sommeil et a pris de court la plupart des membres de la famille. La rapidité avec laquelle cette scène s'est déroulée n'a pas permis de partager quelques paroles de réconfort ; de prononcer un mot d'adieu ; de l'êtreindre ou de partir en sanglots. Lors d'un entretien ultérieur avec Marie, cette dernière confirmera d'ailleurs ne pas avoir eu le temps de lui dire adieu, ni d'avoir pu prendre une dernière fois sa mère dans ses bras. J'avais aussi imaginé de mon côté que ce dispositif d'assistance au suicide permettrait de concrétiser des actions un peu plus solennelles, pour ne pas dire ritualisées. En l'occurrence, cela ne s'est pas produit. Durant ce temps compressé, la parole s'est soudainement tarie. Entre le temps d'ingurgiter la solution létale et celui de s'endormir puis de mourir dans le plus grand calme, trois minutes ont suffi.

Ce n'est qu'après avoir annoncé le décès qu'apparaissent – après un moment de silence – les gestes de compassion, de consolation, de tristesse et de recueillement. La plus jeune des petites-filles reste agrippée à sa mère et pleure ; Marie, toujours à côté de sa mère, lui tient la main ; elle l'embrasse sur le front ; Nadine appose sa main sur le corps de sa belle-sœur en guise de dernier adieu. Tout cela se

passé avec une certaine sobriété, sans effusion de cris ni de larmes. Chacun-e reviendra d'ailleurs plus tard dans la chambre, pour une marque plus personnelle et intime, sous forme de dernier hommage, ce que je ferai également. Nous restons ainsi toutes et tous prostrés dans le silence jusqu'à ce que David – son frère Georges ayant déjà quitté la chambre – interpelle à haute voix les autres personnes: «Bon, ben on ne va pas rester comme ça dans cette chambre, dans le silence!» Chacun-e sort de la pièce et retourne dans la salle à manger, à l'exception d'Hélène et de Marie, qui restent encore quelques instants avec la défunte.

ENTRE DÉTENTE ET PROCÉDURE MÉDICO-LÉGALE

À notre arrivée, la grande table en bois avait servi de point de ralliement pour la famille et de lieu pour préparer l'assistance au suicide. Chacun-e occupe désormais l'espace à sa guise. Georges et David trouvent refuge sur la terrasse, un espace qu'ils ne quitteront pratiquement plus. Nadine et Virginie s'activent à la préparation de rafraîchissements et de quelques mets destinés à agrémenter un apéritif. Elles mettent à cuire des rissoles à la viande et des croissants au jambon; assiettes, couverts, verres et serviettes sont disposés sur une grande table au milieu de la terrasse. Georges me propose une bière, ainsi qu'à son frère et à son fils. Marie sort de la chambre et vient sans attendre seconder Nadine et Virginie dans les préparatifs. Sarah et Daphné se sont éclipsées. Il est à peine 9h du matin. Hélène, s'adressant à tout le monde, demande s'il est souhaitable de disposer d'un temps de recueillement avant d'engager les suites de la procédure et d'avertir la police. Comme cela n'est pas nécessaire, l'accompagnatrice propose d'aller de l'avant et rappelle quelques principes pour la suite: il n'est pas nécessaire dans ce canton d'auditionner un-e membre de la famille; toutes les personnes ayant été témoin du décès – donc celles qui étaient présentes dans la chambre à coucher – doivent par contre rester jusqu'au terme de l'investigation médico-judiciaire. Hélène s'assure que ces personnes-là ont bien avec elles une carte d'identité, que chacun-e dépose sur un coin de table. À l'exception de David et de Georges. Le premier mentionne que la validité de sa carte est depuis longtemps dépassée. Hélène sourit et précise que cela n'a pas grande importance. Le second réagit plus fortement. Il affirme en substance ne vouloir en aucune circonstance être confronté à la police et qu'il partira avant son arrivée: «S'ils me cherchent, eh bien je serai en

train de boire un godet au troquet du coin.» Hélène n'insiste pas. Les deux petites-filles de Germaine sont de retour et déposent leur carte d'identité, non sans avoir pris le temps de les examiner une par une: «Mais c'est qui Alexandre?» Surprise, Virginie regarde à son tour la carte: «C'est vrai, c'est qui Alexandre?», en tournant son regard dans ma direction et lançant – avec une petite moue d'excuse – «Ah, mais c'est lui! C'est le chercheur!» Je les rassure en disant qu'elles me font là un joli compliment: mon observation semble avoir été discrète.

Nous attendons l'arrivée de la police et du médecin, ce qui peut prendre du temps, une heure peut-être. Durant cet intervalle, les interactions se font et se défont. J'en profite pour approcher Georges et David, avec lesquels je n'ai pas pu avoir d'entretien jusqu'à ce jour. Captifs de cette situation, les fils de Germaine entament avec moi une discussion, glissant ici et là de courtes réflexions sur la décision de leur mère. Ils évoquent tout d'abord la mort de leur frère aîné qui, à une période similaire de l'année, mais trente-cinq ans auparavant, est décédé d'une insuffisance cardiaque et pulmonaire. Ils recourent à l'image du cycle de vie, l'histoire se répétant désormais avec leur mère. Une différence est néanmoins soulignée: ils disent ne pas percevoir d'injustice dans le cas présent. Leur mère était résolue à mourir. Ils y voient en outre une contrepartie bénéfique, en considération de leur sœur désormais libérée d'une lourde charge. Georges se lance dans un long discours pour exposer son accord avec le choix de sa mère. Cet homme de petite taille, à la peau mate et aux yeux clairs, trapu, baraqué, avec de larges épaules, des jambes et des mollets endurants et habitués à la marche de montagne et aux bras sculptés par l'effort répété d'un travail manuel quotidien, en impose par sa prestance. Il porte un short de courte taille et une paire de chaussures de montagne; son t-shirt est recouvert d'une veste à damier rouge et noir. Il arpente de long en large la terrasse. Il ne tient pas en place. Durant quarante-cinq minutes, il ne consommera pas moins de trois cafés et quelques bières. En comparaison, son frère David paraît plus grand, plus mince et plus calme. Il porte un pantalon avec un trou sur la jambe droite, un t-shirt gris et des sandales.

Georges insiste sur la notion de liberté: «Tout le monde est libre. Et ce n'est certainement pas à nous de lui dire ce qu'elle doit faire.» Il dépeint ensuite son image de la famille et des liens sociaux: «La famille, c'est de la merde; c'est une prison dont il faut

savoir s'échapper.» Il évoque encore des modèles familiaux d'antan et file une métaphore animale: les animaux de sexe différent ne partagent pas une couche commune, à l'instar de ses grands-parents qui ne dormaient pas dans la même chambre. Il estime que les êtres humains sont devenus trop sentimentaux, trop sociables, les empêchant de tendre vers cet idéal de liberté. Il termine son propos en rappelant la dureté de la vie vécue par sa mère, une vie mouvementée. Il dit comprendre parfaitement sa lassitude: «Il n'y a donc pas à faire d'histoires.» Cet épanchement semble lui avoir quelque peu coûté; il boit d'un trait le reste de sa bière, nous salue, annonce son départ à sa sœur et lui demande de l'appeler une fois la police partie. Pour sa part, David, charpentier de métier, évoque d'autres souvenirs. Il se remémore la construction de ce chalet avec le second mari de sa mère, de qui elle tient son nom de famille, de même que ses enfants. Il raconte – tout en soulignant l'absence d'investissement de son frère dans cette entreprise – le bonheur qu'il a connu de le construire avec cet homme. Cela l'a rapproché de cette figure paternelle, qui contraste avec la relation distante qu'il avait entretenue auparavant avec un père biologique violent et alcoolique. Une autre manière en somme de décrire cette période difficile que sa mère et lui ont traversée. Il souligne, à force d'anecdotes, que sa mère en a «bavé» et qu'elle «mérite», dans un sens positif, son suicide assisté.

À propos de ce chalet, lors d'un précédent entretien, Marie m'avait dit souhaiter déménager, après le décès de sa mère, dans un petit appartement plus haut dans le village; elle désirait vendre le chalet. J'aborde donc le sujet avec David quand il évoque ce temps de construction. Je lui demande si cette décision est toujours d'actualité, ce qui n'est visiblement plus le cas. Les deux frères ont en effet proposé à Marie de l'aider pour son entretien et son financement, ce qui l'a convaincue de rester. David m'entraîne alors dans une visite des fondations de la terrasse, agrandie il y a deux ans par ses soins. Il interpelle sa sœur, sortie sur cette terrasse en compagnie d'Hélène et de Virginie, et l'invite à le rejoindre. Tous deux se remémorent le temps de la rénovation; puis David lui conseille de rapidement ravalier une façade, le bois étant trop sec. Marie acquiesce. Je m'adresse à elle en lui disant que je suis au courant qu'elle restera, tout au moins pour un temps, dans ce chalet: «Oui, c'est bien», me répond Marie, «mais cela va me faire beaucoup de travail. Mais c'est vrai, je suis bien ici.» Sur quoi

intervient son frère: «Oui, comme ça on continuera à venir te dire bonjour pour prendre le café le matin sur la terrasse.» Je constate que, mine de rien, ce chalet demeure un centre de mémoire. C'est le point de rencontre où des trajectoires fortement individualisées se retrouvent. Il faudra désormais réinventer une nouvelle configuration.

À 9h45, quelqu'un sonne à la porte. Un policier en civil entre, habillé d'un jean foncé et d'un polo de couleur claire. Après quelques salutations d'usage, chacun-e décline son identité et le lien qui justifie sa présence. Sur un ton cordial, l'agent invite toutes les personnes présentes à s'asseoir autour de la table de la salle à manger, tout en précisant les raisons de sa venue: le suicide assisté étant considéré comme un suicide, il est traité comme une mort violente, ce qui demande l'intervention des autorités. Après un petit temps d'observation des personnes présentes, il déclare être persuadé de l'intention bienveillante de chacun-e, écartant ainsi toute suspicion d'homicide. Il se renseigne ensuite sur la localisation du corps. Hélène lui indique l'endroit. Il s'absente brièvement et revient s'asseoir; il pose une question aux personnes présentes sur la condition médicale de Germaine, ce qui suscite différentes réponses. Avec beaucoup de spontanéité, Daphné, la plus âgée des petites-filles, prend la parole: «Mais Mamie n'était pas vraiment malade!» Regard réprobateur de sa mère et sourire crispé de l'accompagnatrice; je m'interroge aussi. Cette remarque n'attire toutefois pas particulièrement l'attention du policier. Daphné semble au fond incapable d'associer l'image de sa grand-mère à celle d'une personne âgée malade et dépendante, si bien que les autres membres de la famille relativisent cette affirmation et la complètent. Nadine mentionne tout d'abord une perte de mobilité survenue il y a quelques mois. Cela a contraint sa belle-sœur à suspendre les visites de Germaine à son domicile. «Elle portait une poche gastrique», ajoute David, tout en mentionnant un fort sentiment de solitude, qui s'est renforcé ces dernières années.

Hélène intervient; elle semble être la seule qui dispose d'une vision globale de la situation médicale de Germaine. Elle sait aussi quels éléments transmettre pour satisfaire les finalités de cette investigation. Elle mentionne la présence d'un cancer et d'un alzheimer; elle précise que ces éléments sont indiqués dans le rapport médical produit par le médecin traitant, qui est au courant de la décision de sa patiente. Hélène ajoute que c'est lui qui a

attesté, il y a quelques jours à peine, de sa capacité de discernement et prescrit l'ordonnance pour le barbiturique. L'autorité médicale est ici convoquée comme un garant supplémentaire du respect en amont des « bonnes pratiques » sous-tendant l'organisation de cette assistance, ainsi que des recommandations médico-éthiques qui l'encadrent. Hélène lui remet le dossier contenant divers documents, tels que le rapport médical, le protocole utilisé par l'association Exit décrivant les différentes phases de l'assistance. Le policier prend note de ces différents éléments. Il se renseigne ensuite sur les personnes présentes pendant l'administration de la solution de pentobarbital. Hélène lui suggère de prendre connaissance des différentes cartes d'identité et de parcourir le protocole indiquant le nom de chaque personne présente pendant l'acte terminal. Elle n'oublie pas de mentionner que l'un des fils est déjà parti; ce dernier n'est pas resté malgré ses recommandations. Le policier ne s'en offusque pas, note sur un document ces informations et laisse à la vue de tous le protocole rempli par les soins d'Hélène. Virginie, curieuse, parcourt le contenu de celui-ci. Ses filles font de même et s'offusquent devant une irrégularité : leurs deux noms ne sont pas mentionnés sur la liste des personnes présentes lors du suicide assisté. Elles le verbalisent et Hélène s'excuse, un peu surprise par cette remarque. Cette dernière invoque un manque de place sur la feuille. La mise en scène quelque peu comique de cet outrage relevé par les deux jeunes femmes perturbe quelque peu la contenance du policier, qui laisse échapper un timide sourire. Son intervention reste somme toute sobre, discrète et neutre; elle est marquée par une claire économie de paroles et une absence explicite de soupçons.

La sonnette d'entrée retentit à nouveau. Le médecin de district vient d'arriver. Il a quitté sa permanence au cabinet, après s'être déplacé pour quelques rendez-vous organisés dans le courant de la matinée. Il porte des lunettes et une chemise avec les deux premiers boutons ouverts, laissant transparaître quelques poils qui rejoignent une grande barbe entourant le visage paisible d'un homme d'une cinquantaine d'années. Il dépose avec précaution sa mallette noire sur la table, l'ouvre et en extrait calmement un document : le constat de décès à remplir. Ses yeux se fixent en captant l'un après l'autre le regard des personnes présentes. Après une longue inspiration, sa première question est la suivante : « Comment allez-vous dans cette situation ? » Salve de réponses courtes ou non verbales, signifiant

une absence de troubles et d'inquiétudes. À l'instar du policier, le médecin précise les raisons qui fondent son intervention, en indexant cette fois le suicide assisté non pas à une mort violente, mais à une mort « non naturelle ». Cela implique pour lui deux choses. La première : constater la mort de Germaine. Ce motif est brièvement justifié par une anecdote à propos d'une personne déclarée décédée avec trop de hâte et emportée par les pompes funèbres alors qu'elle s'accrochait encore à la vie. Il s'agit donc de constater le décès avec certitude. La deuxième chose consiste à vérifier l'absence de violence ou de marques de contention, en procédant à un examen du corps. Ces motifs exposés, le médecin se dirige avec le policier vers la chambre à coucher. L'accompagnatrice leur emboîte le pas, mais le policier, d'un geste de la main et du corps, lui bloque le passage, lui signalant une réticence quant à sa présence durant l'examen. Surprise, Hélène pose la question : « Cela vous dérange si je suis présente ? » – « Non, pas du tout », tranche le médecin, réglant du coup cette légère ambiguïté. Cinq minutes plus tard, tous trois ressortent de la pièce, laissant suggérer un examen très sommaire du corps. Lorsque j'aurai l'occasion de rendre une dernière fois hommage au corps défunt de Germaine, je me rendrai compte qu'il n'y a sans doute eu aucun examen à proprement parler, ce que trahira – entre autres éléments – la position des deux jambes qui hésiteront encore à s'allonger sur le lit et qui tracasseront encore mon esprit, tout comme l'ordre que je projette sur les corps morts. Hélène me confirmera un peu plus tard l'absence d'une quelconque manipulation de la défunte. Aux alentours de 10h10, après un bref aparté avec le médecin de district, le policier contacte par téléphone le procureur ; il lui transmet les informations récoltées sur cette situation. L'échange terminé, il informe l'accompagnatrice de l'autorisation délivrée pour procéder à la levée de corps. La procédure de contrôle est désormais close. Le policier prend congé de la famille en la saluant de loin ; le médecin transmet ses condoléances à Marie, personnellement, puis aux autres proches, avant de rejoindre son collègue sur le pas de la porte.

RESPIRATIONS, REMÉMORATIONS ET ATERMOIEMENTS

Il est maintenant 10h25. Après un petit temps de respiration et quelques soupirs, l'assemblée quitte le centre d'attraction que constitue la table de la salle à manger et se disperse à nouveau. David informe son frère que le policier est maintenant parti.

Hélène conseille d'appeler les pompes funèbres. Marie prend en charge cette démarche; c'est elle qui est responsable de la gestion des affaires de sa défunte mère. J'entends Marie prononcer ces mots juste après les salutations d'usage: «Oui, c'est fait. Vous pouvez venir maintenant?». Elle repose le combiné et annonce l'arrivée prochaine des pompes funèbres. Les discussions vont bon train durant les cinquante minutes qui suivent. Nous parlons de tout et de rien; l'ordinaire des conversations se mêle à une entreprise de remémoration des principales étapes de la trajectoire de vie de Germaine, ainsi que des traits saillants de sa personnalité. Virginie insiste sur le fait que sa belle-mère adorait vivre ici; que cet endroit marquait pour elle une rupture avec les premières années difficiles de son existence. Sont alors successivement évoqués le spectre de son premier mari alcoolique, la précocité du décès de son premier fils, puis la rencontre de son deuxième mari jusqu'au décès de ce dernier et toute l'affection que Germaine lui accordait. La famille se rappelle le plaisir qu'avait cette femme à arpenter son espace de vie, avant que celui-ci ne devienne contraignant. Quelqu'un contrebalance son caractère casanier par les qualités de son entre-gent; un-e autre mentionne ses fréquentes relations avec les ami-e-s et les voisin-e-s. Marie se remémore chacune de ses connaissances et les localise précisément dans la géographie du village, tout en précisant lesquelles étaient appréciées ou non de sa mère.

La discussion s'oriente ensuite sur le déroulement de la semaine précédant la mort de Germaine, en particulier la grande fête organisée le samedi précédent. Avec l'aide de ses proches, celle-ci a préparé un grand repas afin de prendre congé des membres de sa famille éloignée, de ses voisin-e-s, de ses ami-e-s et connaissances. De nombreuses personnes sont venues. «C'était une belle fête», se remémore à haute voix Marie. Si certain-e-s lui ont fait l'hommage de lui rendre visite lors de cette journée festive, d'autres – ce que relève aussi David – ont alimenté le flux des visites durant les autres jours de la semaine. Autant de petites scènes d'adieu qui se sont répétées au fil des journées qui ont précédé ce dernier épisode que nous venons de vivre. J'entrevois ici l'expression d'une solidarité qu'il est encore possible d'apprécier au cœur de cette ruralité; cela fait d'ailleurs écho à l'une de mes visites de ce village, la seconde fois que j'ai rencontré Germaine pour un entretien. Dans le bus qui m'y emmenait, la conductrice m'a demandé ce que je faisais ici; je lui ai répondu de manière assez vague que je venais faire un entretien

avec une personne âgée. Elle a tout de suite su qui je venais voir et deviné le motif qui m'amenait à la rencontrer. Cette conductrice de bus, comme bien d'autres habitant-e-s de ce village, avait aussi pris le temps – autour d'un café, d'un verre d'eau ou simplement lors d'un court échange – de lui adresser quelques mots réconfortants.

Nous changeons de sujet et abordons cette nouvelle que je venais d'apprendre: Marie ne quittera pas le chalet et ne le vendra pas non plus; durant une période d'essai du moins. Virginie exprime quelques inquiétudes: est-ce que cela ne va pas être trop dur de vivre seule dans un tel espace? Georges, de retour du café, le visage coloré, ajoute que tant qu'il y aura de l'alcool dans ce chalet, Marie ne sera jamais tout à fait seule. Tout à coup, l'assemblée s'agite; un silence rompt le flux ininterrompu de la discussion. Norbert, qui n'a pas désiré assister au suicide de sa sœur Germaine, vient d'arriver. J'accompagne les autres pour aller le saluer. Norbert est là, dans le vestibule. Les larmes ruisselantes de ses yeux brillants reflètent le vert de ses iris avec d'autant plus d'éclat. C'est un homme de petite taille, qui tremble de tout son corps. Je lui adresse mes condoléances, juste après Hélène. Les salutations sont brèves et l'échange de regards aussi. Il se tourne vers Marie et l'étreint. Pour la première fois, j'ai l'impression de ne pas être tout à fait à ma place, de transgresser quelque chose. Rien dans ses gestes n'exprime directement un reproche, mais j'ai le sentiment qu'il aurait préféré ne pas nous rencontrer, en particulier l'accompagnatrice; un peu comme si notre présence venait lui signifier malgré lui l'actualité et les modalités particulières du décès de sa sœur tant aimée. Il m'est impossible de confirmer ce sentiment, mais Hélène posera ouvertement la question à l'assemblée après le départ de Norbert. Il est difficile d'estimer le bien-fondé des réponses des autres membres de la famille, qui nous rassurent; le simple fait que Norbert et sa femme soient membres d'Exit atténue cependant la validité de mon premier ressenti.

Effondré, ce frère ne reste que quelques minutes. Il ne bouge pas du vestibule; il pleure, immobile, et se recueille dans les bras de sa nièce. Nadine, sa femme, reste à distance pour, dit-elle, «le laisser vivre ce moment». Après une courte hésitation, Norbert renonce à pénétrer dans la chambre à coucher, où repose le corps inerte de sa sœur. Ne tenant plus, il prend congé des personnes présentes et quitte aussitôt les lieux. Plusieurs proches estiment que cette situation est trop dure émotionnellement pour Norbert; ce dernier

est décrit comme ayant une « nature sensible ». C'est que Germaine s'était substituée très jeune à sa propre mère pour le prendre en charge et parfaire son éducation ; le rôle de sa sœur a donc été très important dans sa vie. Norbert est désormais le dernier survivant de cette fratrie. L'assistance au suicide – tel que le relève encore Nadine – n'est pourtant pas la cause de sa tristesse ; elle n'est que l'expression saisissante du lien perdu.

À la suite de cet événement, Marie cherche à retrouver une certaine quiétude en parcourant avec attention les deux ou trois recommandations notées sur un bout de papier concernant les indications à transmettre aux pompes funèbres ; il s'agit de respecter les dernières volontés de sa mère. Je m'assieds à côté d'elle et lui demande comment ça va. « Ça va », me répond-elle. À la lumière de nos entretiens préalables, je sais pourtant que les volontés de sa mère à ce sujet sont fort différentes de ses propres souhaits. C'est surtout l'absence d'un lieu de recueillement qui trouble sa fille, mais cela ne l'empêchera pas de respecter scrupuleusement les consignes transmises. À cet instant, je lui demande la permission de rendre une dernière fois hommage à sa mère. « Bien sûr », me répond-elle.

Dans la chambre à coucher, je reviens sur la scène de la mort pour l'appréhender de manière renouvelée. Cette seconde observation est à présent libérée d'une concentration orientée sur les aspects techniques et relationnels de l'assistance au suicide. Pour la première fois durant cette journée, je m'arrête sur l'aspect général de Germaine et prends le temps d'apprécier le décor dans lequel cette assistance s'est produite. Je me dis d'emblée, indépendamment du fait que le corps n'a pas été manipulé par le médecin, que l'idée de dignité et de sérénité souvent mentionnée par les accompagnatrices n'est pas galvaudée. Si Germaine était simplement endormie devant moi, je ne parviendrais pas à faire la différence. Je comprends mieux pourquoi la mort – dans le cadre de ces assistances – est souvent décrite comme sereine, digne, paisible, tranquille ou encore douce. Ces qualificatifs se laissent apprécier non seulement durant la phase d'agonie, mais également après le décès, comme une empreinte déposée sur l'enveloppe charnelle de ce corps inanimé. Je trouve que cette femme conserve sa beauté dans la mort.

Sans en avoir particulièrement l'air, Germaine est bien apprêtée. Ses cheveux blancs coupés courts lui vont à merveille. Elle porte un pantalon bleu marine et une jaquette dans les mêmes tons. Sa tête repose sur un coussin. Aucune ride ne vient marquer son visage, ce

qui me surprend par rapport à la quinzaine de cadavres que j'ai déjà vus en accompagnant des médecins légistes lors de levées de corps à la suite d'une assistance au suicide. L'une des différences tient également dans le fait que Germaine n'a pas la bouche ouverte. L'ouverture de la mâchoire inférieure peut perturber un certain sens de la dignité; or, il n'a pas été ici nécessaire d'intervenir pour atténuer cet effet. Je crois que cela offre à la physionomie de ce visage une dimension supplémentaire de sérénité. Je prends la main de Germaine, la remercie et lui souhaite bon voyage, peu importe où. À part le corps, c'est aussi l'environnement de la chambre qui m'apparaît avec plus d'acuité; non seulement les rideaux sont fermés, mais les volets le sont aussi. Je ne me suis pas rendu compte que la luminosité de la pièce, pendant le suicide assisté, était artificielle, diffusée par deux petites lampes trônant sur des tables de chevet de chaque côté du lit. La pièce est, dans tous les cas, plus petite que je ne l'imaginai. Peut-être une douzaine de mètres carrés? Une grande commode occupe le côté droit du lit. Sur la table de chevet, je découvre le portrait de ses trois enfants ainsi qu'une photographie de Bob.

À 11h15, encore un coup de sonnette. Les pompes funèbres arrivent. Deux hommes d'une cinquantaine d'années – l'un chauve avec un peu d'embonpoint et l'autre plus grand avec un air absent – entrent dans le vestibule. Le premier, visiblement le supérieur hiérarchique, salue les membres de la famille, tandis que le second ne semble pas y être autorisé. Le premier s'adresse à son subalterne et lui demande d'aller chercher les papiers oubliés dans la voiture. Il prend place autour de la table de la salle à manger pour un nouveau rassemblement familial. Si les deux employé·e·s des pompes funèbres ont été mis au courant de la date de la mort de Germaine, il convient à présent d'organiser la prise en charge du corps et de définir les modalités concrètes des obsèques. Marie, selon les souhaits de sa mère, indique qu'il n'y aura pas de cérémonie; pas d'enterrement, ni de tombe. Germaine sera incinérée. « Que faire alors des cendres? » demande un employé. Marie répond qu'elle aimerait les récupérer pour les disperser dans l'un des précipices de la vallée. L'employé prend note et relève qu'en Suisse, il n'y a pas de restriction en la matière. Il demande néanmoins si la famille a pensé à la possibilité de mettre les cendres dans un columbarium pour bénéficier d'un lieu de recueillement. « Non », répond Marie, sur quoi l'employé souhaite encore savoir s'il faut prévoir une urne funéraire. « Non », réplique encore Marie, « cela n'est pas nécessaire ». Virginie ajoute: « Ben

comme ça, elle sera dans un sac!» Rires de l'assemblée, en particulier chez Sarah et Daphné, qui commencent à trouver le temps long. Ces dernières semblent vouloir s'extraire de cette situation pour retrouver leur vie, que j'imagine trépidante, de jeunes femmes, quand elles lancent un : «On va faire la fête ce soir?» L'une d'elles s'intéresse toutefois aux modalités de transport du corps. L'employé funéraire lui explique que cela se fera sur une civière. Une fois le corps arrivé aux pompes funèbres, une toilette et quelques soins d'usage seront effectués. Puis le corps sera conservé pendant quarante-huit heures avant la crémation. Marie demande quand il sera possible de disposer des cendres de sa mère, car Hélène s'étonne que les cendres doivent être acheminées dans un autre canton. Les fours du crématoire de la région, justifie alors l'employé, sont en révision. Mais les cendres seront très rapidement mises à disposition.

À la suite de ces vérifications administratives, les deux employés des pompes funèbres entrent dans la chambre avec la civière repliée. Ils en ressortent cinq minutes plus tard, avec le corps de Germaine emballé dans un sac de couleur bleu clair. Avec beaucoup de discrétion, ils l'acheminent jusqu'au coffre de leur voiture. Les deux petites-filles, leur mère et moi sortons, intrigués de savoir dans quel véhicule sera transporté le corps : «C'est une Merko [Mercedes]?» lance Virginie. Marie nous a rejoints : «Non, ce n'est pas une Audi?» Nous restons dehors jusqu'à ce que disparaissent de l'horizon les courbes allongées du corbillard. En retournant dans le chalet, il me revient à l'esprit une discussion partagée tôt ce matin avec Hélène. Cette dernière me faisait remarquer que de plus en plus de personnes, parmi celles qui recourent à une assistance au suicide, ne souhaitent rien – ou alors très peu – pour leurs obsèques : pas de cérémonie, pas de florilège, pas de tombe. Hélène pense que cela provient du fait que, dans les situations de suicide assisté, le deuil a déjà commencé avant même le décès, puisque la mort a été annoncée. Je reste songeur, sans toutefois réfuter la pertinence des propos d'Hélène.

Le départ des pompes funèbres signifie qu'il est bientôt temps pour l'accompagnatrice et moi de nous retirer. Le rôle d'Exit s'achève en général à cet instant. Mais ce sont les deux petites-filles de Germaine, Sarah et Daphné, qui prennent congé les premières, sans oublier de remercier Hélène. Toutes deux disent avoir beaucoup apprécié ses explications rassurantes, à chaque étape de l'assistance. Marie, Nadine, David et Virginie convergent dans cette reconnaissance et la remercient également. Mais il est temps de manger les

croissants au jambon ainsi que les rissoles à la viande disposés sur des assiettes en terrasse. Les membres de la famille encore présent-e-s s'y installent pour les déguster. D'un signe de la tête, Hélène me fait comprendre que c'est le moment de partir. Elle se lève et prend son sac. Face à l'imminence de ce départ, les proches protestent ouvertement; David, espiègle, affirme qu'il est « tout à fait scandaleux » de partir sans avoir partagé un dernier moment ensemble autour de ces victuailles. Hélène ne résiste pas longtemps à l'invitation. Nous sortons sur la terrasse et restons encore une heure environ, avant de véritablement prendre congé de la famille. Debout dans le salon, m'apprêtant enfin à partir, j'observe les photographies exposées contre un mur et apprends que Bob vient d'appeler pour savoir si tout s'était bien passé. Il est 11h30. Hélène salue tout le monde en rappelant qu'elle reste disponible en cas de besoin, et Marie reprend son rôle de maîtresse de maison.

SCÈNES ET COULISSES DE L'ASSISTANCE AU SUICIDE

En Suisse, la plupart des assistances au suicide se déroulent au domicile des personnes; les accompagnatrices d'Exit doivent par conséquent s'accommoder des espaces à disposition. Elles s'adaptent aussi aux desiderata des individus qu'elles accompagnent dans des lieux qui leur sont familiers. Autrement dit, les contextes sociaux et les configurations familiales varient dans chaque assistance au suicide, ce qui requiert une capacité d'adaptation de la part de ces accompagnatrices. Dans certaines circonstances, une dimension institutionnelle supplémentaire s'ajoute à l'organisation d'un suicide assisté, lorsque les personnes sont hospitalisées et se trouvent dans l'incapacité de quitter l'hôpital le jour J, ou lorsqu'elles sont résidentes d'un établissement médico-social pour personnes âgées. Le cas échéant, il convient d'intégrer les directives institutionnelles et de composer avec les pratiques d'une pluralité de professionnel-le-s aux opinions parfois divergentes en matière d'assistance au suicide.

Pour rendre compte de cette diversité de situations, nous décrivons dans cette deuxième section de chapitre, et de manière plus succincte que précédemment, quatre autres suicides que nous avons observés. Le premier résulte d'un accompagnement qui a pris place dans un établissement pour personnes âgées; l'accent est notamment mis sur l'implication – ou non – du personnel soignant dans la mise en place et la réalisation de l'assistance au

suicide de Marlène Chapuis ; le deuxième retrace la mort volontaire de Thierry Galland en hôpital, le lieu où se pratique le moins d'assistances au suicide, après un long séjour de traitement et de prise en charge. Les deux dernières descriptions décrivent l'assistance au suicide d'une femme issue d'un milieu aisé et d'un homme ayant invité une tierce personne en catimini, ce qui a obligé l'accompagnatrice à gérer les imprévus. Pour restituer ces quatre temps d'observation, vécus sur un plan individuel mais traités collectivement dans l'analyse et l'écriture, nous recourons une nouvelle fois dans cette partie de chapitre à l'usage du « tu ».

L'AIDE AU SUICIDE EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL :

MARLÈNE CHAPUIS

Lorsqu'elle était installée en Asie du Sud-Est dans un pays où elle désirait terminer sa vie, Marlène Chapuis a subi une chute qui lui a fracturé le fémur et l'a contrainte à revoir ses plans. Alitée pendant cinq longues semaines, elle s'est résolue à rentrer en Suisse et à choisir un établissement médico-social de Genève pour demeure, où Angela l'a rencontrée. Sans conjoint ni enfants, Marlène disposait d'une quasi pleine autonomie lors de son entrée en EMS, en janvier 2018, date à partir de laquelle elle animera la quiétude de l'établissement avec son caractère déterminé, son parler franc, son style vestimentaire coloré et ses écarts aux conventions. Yvan, aide-soignant, qui a développé au fil du temps une relation de confiance et de complicité avec cette nouvelle résidente, s'est rappelé de ces premiers moments : « Quand elle est arrivée, en janvier, Madame faisait tout : elle prenait le taxi, allait en ville, se promenait au jardin. Et nous, on lui courait après. »

Élisabeth, son infirmière référente, a relevé que sa santé physique s'était rapidement dégradée, ce qui avait décidé Marlène – au printemps 2018 – à s'inscrire à Exit pour réaliser une assistance au suicide le jour de son anniversaire, en octobre 2018. Sa santé ayant décliné plus rapidement que prévu, Marlène a souhaité organiser avec plus d'empressement cette issue, en juillet 2018. Élisabeth, sans être tout à fait au clair sur les tenants et aboutissants d'une participation à une assistance au suicide en qualité de soignante, s'est alignée sur sa décision, « par amitié » et « par empathie » ; au vu de sa condition médicale, « c'était une évidence », a relevé cette infirmière. Elle a même effectué certaines démarches, dans un contexte institutionnel

plutôt hostile à l'idée de cette réalisation: «Tout était compliqué dans cette situation.» Le dossier a été constitué – comme cela a déjà été évoqué dans le deuxième chapitre – avec l'aide de Jean, le filleul de Marlène. Le médecin traitant de cette dernière a attesté de sa capacité de discernement et rédigé un rapport ne laissant aucun doute quant à la légitimité des raisons médicales permettant l'organisation d'une assistance au suicide. Une fois le dossier validé par le médecin-conseil d'Exit, Sandra, l'accompagnatrice, a pris un premier contact. Un médecin proche de l'association, après un entretien, a accepté de lui prescrire une dose de pentobarbital. Élisabeth, sur son temps libre, et Myriam, une amie de Marlène, ainsi que Jean ont ensuite passé les deux derniers jours auprès d'elle et partagé ses derniers repas. Âgée de 82 ans, Marlène était atteinte d'une maladie dégénérative qui lui avait soustrait son autonomie et l'usage de son bras gauche, avait atteint la fonctionnalité de son bras droit ainsi qu'une partie de ses capacités d'élocution.

Un mercredi matin du mois de juillet 2018, habillée d'un tailleur pantalon-veste, tu attends l'arrivée de l'accompagnatrice d'Exit dans le hall d'entrée de l'établissement. La réceptionniste t'interpelle et, par une moue que tu interprètes comme dépréciative, signale qu'elle comprend la raison de ta présence; elle te demande d'attendre sur l'un des sièges d'un petit salon, en face de la réception. Sandra, l'accompagnatrice, vêtue d'un tailleur bleu, s'inquiète quelque peu, dès son arrivée, des capacités physiques de Marlène pour actionner le dispositif: «Espérons qu'elle puisse tirer sur la perfusion.» Une bénévoles de l'association formée en soins infirmiers est passée encore ce matin pour introduire une aiguille hypodermique dans le bras de Marlène: «Il faut nous débrouiller car le personnel ne veut pas [le faire]», précise l'accompagnatrice. Sandra te signale ensuite la présence d'un nombre de personnes plus important que prévu. Si Yvan et Élisabeth, sur leur temps libre, seront bien présents, Jean, le filleul de Marlène ainsi que Myriam, une amie, le compagnon de cette dernière et son chien viendront également.

Vous entrez dans la chambre de Marlène, qui s'est séparée durant ces derniers jours de la plupart des objets lui appartenant: la télévision n'est plus sur son meuble; les étagères, pratiquement vides, supportent quelques cartons remplis d'enveloppes volumineuses, comportant les photographies de nombreux voyages. Autant de signes de l'imminence du départ. Sandra se présente et salue les présent-e-s qui se tiennent sur le petit balcon de la chambre. Tu fais

de même. Marlène porte un short souple noir ainsi qu'un ample débardeur blanc. Un cathéter est fiché dans son bras gauche. Avec Myriam, elle entre dans la salle de bains afin de s'approprier. Dans l'intervalle, Sandra cherche à installer le dispositif de la perfusion; elle se questionne sur l'endroit où Marlène va mettre un terme à sa vie. Une chaise sur le balcon paraît appropriée aux yeux du filleul, puisque Marlène adore la nature et se prélasser en extérieur. Une chaise longue paraît envisageable, mais Marlène – l'ouïe fine – intervient – « Le lit! » – avant de retourner dans la salle de bains en s'exclamant : « La sortie des artistes, la loge. » L'assemblée rigole : « Toujours votre humour! » Myriam en profite pour remercier Marlène de l'aider à gérer ses émotions : « Tu m'as enlevé la pression. » Yvan, l'aide-infirmier, renchérit, diminuant quelque peu la charge émotionnelle de cette situation en adoptant des attitudes visant à faire rire les personnes présentes.

Quelqu'un souligne la détermination de Marlène : « Pour ne pas dire autre chose, ah cela oui », ajoute Jean. Puis une ola accompagne le trajet de Marlène jusqu'à son lit : « Bravo, courage, tu peux le faire! » On s'organise pour l'allonger dans une position confortable. Sandra, insatisfaite du fonctionnement de la perfusion, se retire dans la salle de bains pour remédier à ce contretemps technique. Les proches de Marlène en profitent pour saluer une nouvelle fois son courage : « Un choix courageux, en ligne avec ce qu'elle est. Ici, c'était comme une prison pour elle », entends-tu dire, tandis que Marlène se préoccupe de savoir si tout est organisé pour l'apéritif après son départ. Jean la rassure sur ce point et note chez elle un flux de paroles qu'il n'avait plus entendu depuis longtemps. Dans l'intervalle, la perfusion est installée; reste à trouver la manière la plus appropriée pour que Marlène, fortement diminuée physiquement, puisse actionner le dispositif. Chacun y met du sien pour trouver, collectivement et après plusieurs tentatives, le procédé qui convient : un fil de bonne longueur, attaché à une pince à linge pour tenir plié le tube relié à la perfusion. L'inventivité du dispositif encourage l'accompagnatrice à vouloir filmer le dernier geste.

Sandra interpelle Marlène : « Voulez-vous continuer? Il est encore temps d'arrêter. Je peux enlever la perfusion. Voulez-vous continuer? » Marlène réitère sa détermination par un signe de la tête et par un mot que personne ne comprend à l'exception de Jean, qui traduit : « Pressée », dit-elle. À l'aide d'une seringue, Sandra injecte la solution létale dans la poche à perfusion. Myriam, s'adressant à

toi, demande si la police viendra après la mort. Ton statut semble se confondre ici avec celui d'un tiers accompagnateur. Tu la rassures : « La police, comme vous l'a indiqué Sandra, n'intervient qu'après le décès. » Sur quoi Sandra, consciente de la rapidité des effets du barbiturique – « avec la perfusion, cela ira vite » –, invite chacun à prendre congé de Marlène. Jean prend l'initiative en lui chuchotant quelques mots à l'oreille et la remercie. Ému, il se retourne, essuie ses larmes en cachette. Myriam, son compagnon, Yvan et Élisabeth, chacun à sa manière, font de même. Tu restes à distance, ne souhaitant pas briser ce cercle d'intimité qui s'est formé autour de Marlène. Cette dernière sourit et, par un geste, invite le chien à la rejoindre. Ce dernier s'approche et pose sa tête sur ses jambes. Un moment de connivence qui surprend.

Marlène en perd sa contenance. Elle a les yeux rouges, des larmes coulent sur son visage. Le chien se retire. L'accompagnatrice signale à Marlène qu'elle peut réaliser le dernier geste si elle le souhaite : « Quand vous voulez ! » N'ayant pas suffisamment de force pour actionner le dispositif, Marlène s'y reprend à plusieurs reprises. La troisième fois, le bruit sec de la pince qui lâche se fait entendre. « C'est bon », dit l'accompagnatrice. « Voir », prononce alors Marlène pour que les personnes masquant la fenêtre donnant sur le parc se déplacent. Sandra regarde sa montre : « 9h32. ». Quelques secondes passent. Le regard de Marlène se fixe sur l'horizon. Sa bouche s'ouvre. Jean s'accroupit au bord du lit, lui caresse le haut du bras et lui chuchote quelques mots. Yvan lui caresse la jambe et le pied. Myriam lui parle : « Tu peux te laisser aller, Marlène. Tu t'es bien battue. Tu peux te laisser aller au paradis. Merci pour tout, tu as été si courageuse. » Les émotions et les attentes sont palpables ; un silence s'installe. Il est 9h45. Sandra prend le pouls et déclare à voix basse : « Elle est dans un coma profond. »

Après avoir inspecté les pupilles de Marlène, Sandra annonce qu'il sera bientôt temps de contacter la police et le centre de médecine légale. Myriam aimerait bien fermer la bouche de son amie, mais cela n'est pas possible. Cette manipulation n'est pas souhaitée avant l'examen du corps, fait remarquer Sandra. Cela pourrait signifier une intervention d'une tierce personne, tandis que chacun continue de caresser Marlène. Sans changer de position le corps, Myriam se permet malgré tout de lui abaisser les paupières, de lui nettoyer le contour des lèvres en leur appliquant du beurre de cacao et de la recoiffer. Les émotions se libèrent. Jean, Myriam et son

compagnon laissent s'écouler des larmes jusqu'ici contenues. Yvan, masquant sa tristesse, se retire avec Élisabeth sur le balcon de la chambre. Sandra récapitule les éléments factuels de la procédure à suivre et certain-e-s s'en étonnent. Jean, sur un ton humoristique, fait remarquer qu'il a laissé des empreintes partout. Élisabeth se dit surprise que ces assistances soient considérées comme des suicides, alors « que tout est programmé et organisé ».

S'ensuit un temps de remémoration : la vie, le tempérament de Marlène, la femme qu'elle était font l'objet de commentaires : « C'était une femme très indépendante, très pionnière. Elle portait des jeans quand c'était un scandale » – [Elle se] « foutait des conventions » – « Elle appréciait voyager, toujours avec son sac à dos. Elle dormait à même le sol, même pas dans une tente. » Puis Jean remercie Sandra pour la douceur de son accompagnement et te remercie également. Sandra précise que chaque situation est différente ; elle dit apprécier la présence des proches durant ces moments de fin de vie, ce qui rend les choses plus faciles. Un tel départ entouré est possible même sans enfants, y compris en établissement médico-social, comme le relève Élisabeth, l'infirmière référente : « Avoir des enfants, cela ne veut rien dire. Nous, on voit cela ici : il y a des enfants, on ne les voit jamais. » Élisabeth et Yvan expriment donc leur contentement d'avoir pu être présents.

Puis le processus du mourir est décrit comme rapide : « C'est ce qu'elle voulait ; elle n'attendait que cela, elle n'en pouvait plus de souffrir, de dépendre des autres. » Une personne commente l'apparence de Marlène après son décès : « Elle a l'air sereine, détendue. C'est tout à fait elle, sauf pour la bouche. » Jean ose une boutade : « Elle l'avait souvent ouverte de toute manière ! » Tout le monde rigole. Élisabeth et Yvan évoquent quelques souvenirs de son passage en maison de retraite : elle était certes petite, mais « elle avait une sacrée force ». Marlène a fait sensation dans cette institution : « Elle marchait pieds nus, même en hiver, ou venait manger en tongs jaunes, avec des vêtements très colorés. » Est ensuite évoquée la souffrance de Marlène lorsqu'elle a perdu son autonomie : « Les derniers mois de sa vie, elle a beaucoup souffert ; elle ne supportait pas de dépendre des autres, pour tout. » Il en va de même de son rapport conflictuel avec l'infirmière cheffe de cette institution, qu'elle prénomait « la méchante ». L'infirmière cheffe était opposée au projet de suicide assisté. Élisabeth et Yvan ont affirmé ne pas avoir été soutenus dans leur démarche.

Marlène détestait la nourriture servie dans cet établissement médico-social et s'en est souvent plainte. Comme le rappelle Élisabeth, c'était un « sacré bout de bonne femme. Toute petite et menue, mais tellement déterminée et indépendante. Elle disait les choses clairement, disait haut et fort : "Non!" » Son passage a certes été court et succinct, mais Marlène « a marqué tout le monde. [...] Elle nous a appris beaucoup de choses. Elle nous aura fait faire des expériences, on ne va pas l'oublier », note encore l'infirmière. Jean ajoute que, « pour elle, ici, c'était une prison, prisonnière de son corps, de ce lieu, des autres. Elle était une femme d'extérieur qui défendait son intimité. » Après qu'Élisabeth a mentionné la qualité de la relation de Marlène avec Yvan, son préféré, Jean précise encore : « C'était quelqu'un de très entier. Elle a évolué ici au home, grâce à vous. Vous l'avez aidée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour elle. » Puis la question des funérailles est abordée : Jean a accepté de prendre en charge leur organisation, car le cousin de Marlène – opposé à cette assistance au suicide – a refusé de le faire.

Ce travail de mémoire et d'évocation de la personnalité de Marlène se termine par un second temps fort en émotions. Les yeux s'embuent, les joues se colorent, les larmes ruissellent. Pour Jean, il est maintenant temps de respecter l'une des dernières volontés de Marlène : fêter son départ autour d'un apéritif. Vin blanc, rosé, bières et jus remplissent les verres des présent-e-s. Jean s'inquiète : quelle image cela va-t-il donner à la police ? Sandra le rassure : « Ils sont habitués, ils ont tout vu. » Les personnes boivent, s'embrassent et remercient Sandra à nouveau. Ta discrétion est soulignée. Un moment opportun pour toi de préciser le cadre de cette étude ; tout le monde en souligne l'importance, en particulier le compagnon de Myriam qui, venant d'Espagne, souhaiterait que le cadre légal évolue dans son pays.

Sandra expose à présent la prochaine phase de cette assistance, avec l'arrivée de la police et d'un légiste : « Il faudra sortir tous, cela va durer dix minutes. » Les documents, le flacon de pentobarbital ainsi que les cartes d'identité des personnes présentes sont préparés sur une table du balcon. Pour sa part, Élisabeth doit notifier à son institution le décès de Marlène. Elle hésite pour la formulation : « Comment dois-je annoncer, ici à l'interne, ce décès ? Dois-je mettre "suicide assisté", ou autre ? » Sandra l'oriente : « Comme un décès normal. » Devrait-elle aussi mentionner les pathologies ? Sandra le confirme : « On met les maladies dont souffrait la personne. » Tu te

demandes si ces hésitations d'Élisabeth ne révèlent pas une assistance au statut quelque peu ambigu au sein de l'institution. Élisabeth et Yvan se rendent sur le balcon; ce dernier pose sa tête entre ses mains. Tous deux ont l'air éprouvé, n'ayant reçu aucune directive ni apparemment de soutien concret de la part de leur établissement: « Il n'y avait pas de marche à suivre. On a fait de notre mieux, et il y a eu des obstacles. [...] L'important, c'est que Marlène a eu la mort qu'elle souhaitait », déclare Élisabeth, la voix quelque peu brisée, avant d'ajouter: « Mais bon, c'est quand même un suicide. Mais je trouve cela mieux. C'est mieux pour le corps. Elle est belle, là, comme elle était. Alors qu'avec un suicide, le corps est... Tu ne crois pas Yvan? » Ce dernier répond, les larmes aux yeux: « Elle nous en aura fait voir des choses! Nous avons beaucoup appris grâce à elle; je suis reconnaissant à Exit, car elle est partie comme elle le voulait. »

On sonne à la porte. Trois personnes habillées en civil, entrent. Il s'agit de deux lieutenants de police et d'un médecin légiste; on demande aux autres personnes de sortir. Sept minutes durant, l'accompagnatrice répond à leurs questions. En sortant de la chambre, elle raconte que les policiers lui ont demandé d'explicitier la manière dont elle avait été assurée de sa détermination, compte tenu des difficultés d'élocution de Marlène. Yvan s'emporte. Sandra tempère: « C'est la jeunesse! Les plus expérimentés ont le coup d'œil, ils voient tout de suite. Eux, ils doivent faire tout selon le protocole. Ils m'ont demandé la vidéo. » Jean poursuit: « Heureusement que l'on a fait tout comme il faut! On a été chez le notaire, qui a attesté sa capacité [de discernement]. »

Une demi-heure passe. Trois aides-soignantes, deux en blouse et une en civil, ont rejoint le petit groupe de proches attendant la fin de la procédure de contrôle à l'extérieur de la chambre, dans le couloir de l'institution. Celle en civil pleure et laisse entendre que, malgré sa volonté d'être présente, sa hiérarchie ne l'y a pas autorisée. Yvan s'absente et revient avec une résidente qui désire prendre congé de Marlène. La résidente attend, assise sur son déambulateur. Mais c'est au tour de Jean d'être convoqué par la police pour une audition. Tout le monde trouve le temps long; après encore une dizaine de minutes, les policiers et le médecin légiste prennent congé des personnes présentes.

Recouverte d'un drap et d'une couverture, la tête légèrement tournée vers la gauche, Marlène repose sur son lit. Sa voisine prend congé de sa co-résidente; l'aide-soignante vient l'embrasser,

en larmes, avant de se blottir dans les bras d'Yvan. Jean, Myriam, Yvan et enfin Élisabeth s'entretiennent une dernière fois avec la défunte. Tu t'inclines aussi devant son corps et salues les personnes présentes. Jean remercie une dernière fois l'accompagnatrice. Il vous accompagne à la sortie. En sortant de l'ascenseur avec toi, il ajoute : « C'est maintenant que le vide se fait. » Tu acquiesces de la tête et lui présentes tes condoléances. Les larmes aux yeux, il te remercie.

UNE FIN DE VIE SUSPENDUE À L'HÔPITAL :

LA MORT DE THIERRY GALLAND

Âgé de 94 ans, Thierry Galland est alité en hôpital depuis plus de trente-deux jours. Il a pris la décision de recourir à une assistance au suicide un lundi du mois de mars 2019. Né dans un petit village en périphérie de Lausanne, Thierry a consacré la première partie de sa vie professionnelle à l'agriculture. Lors de sa trentième année, à la suite d'une opération de la colonne vertébrale et d'une complication postopératoire, il a réorienté son activité professionnelle dans le domaine de la petite restauration, puis dans la vente en centre commercial. Marié depuis plus de soixante ans, père de deux filles et d'un fils et grand-père de plusieurs petits-enfants, il porte encore à ce jour la tristesse d'avoir vu disparaître l'une de ses filles dans son jeune âge. En 1988, les médecins lui ont diagnostiqué un adénocarcinome prostatique métastatique. Son parcours de santé va alors être ponctué de nombreux traitements, examens, séjours hospitaliers et interventions chirurgicales. À partir de 2012, il a côtoyé régulièrement les unités d'urologie des hôpitaux de la région. Depuis février 2019, il souffrait d'une importante insuffisance rénale. Refusant traitements et interventions, il s'est décidé à réaliser une assistance au suicide. C'est dans ces circonstances qu'Alexandre a eu l'occasion de le rencontrer.

Aux alentours de 8h30, tu retrouves l'accompagnatrice, Hélène. Vous vous rendez à la pharmacie pour disposer des quinze grammes de pentobarbital. Le nom de la substance n'est jamais prononcé à voix haute. Avec rapidité et discrétion, la transaction ne demandant sur place aucun paiement, la pharmacienne vous remet la solution létale dans un sachet blanc opaque. Vous partez ensuite pour l'hôpital où séjourne Thierry et gravissez les étages conduisant à la réception de l'unité concernée. Le chef infirmier, Javier, accompagné d'un certain nombre d'infirmières et d'infirmiers qui ont été de

près ou de loin impliqué·e·s dans la prise en charge de ce patient, vous accueille et engage la discussion avec Héléne. Il attendait son arrivée, d'une part, pour installer le dispositif de perfusion et, d'autre part, pour avertir qu'il avait prévu un temps de discussion avec son personnel infirmier pour un débriefing.

Javier demande à Héléne si elle est disposée à participer à cette séance de débriefing; elle répond par l'affirmative, puisque les assistances en milieu hospitalier restent rares. La possibilité qui est donnée ce jour de réaliser cette assistance au suicide est attribuée à ce jeune chef infirmier, décrit par ses collègues comme un soignant « plus adapté à la société actuelle », qui a convaincu sa hiérarchie de réaliser intra-muros cette assistance. Suivant Héléne dans les couloirs rectilignes de cette unité animés par les nombreux va-et-vient du personnel, entre regards curieux et interrogateurs ou sourires complices, tu entres dans la chambre de Thierry. Il y règne un calme absolu. Thierry est habillé d'une simple blouse d'hôpital. Le regard embrumé, il sourit. Jeanne, sa conjointe, est vêtue d'une chemise aux couleurs sombres, sertie de motifs floraux, d'un pantalon bleu marine et de chaussures derbies dans les mêmes tons. Elle est accompagnée de Stéphanie, leur fille, qui a opté pour un pantalon noir et une chemise blanche recouverte d'une jaquette aux tons sombres.

Héléne lui demande comment il se sent : « Je suis prêt », répond-il. Elle poursuit en s'assurant de la constance de sa décision. Thierry, Jeanne et Stéphanie – comme si la question leur avait été adressée aux trois – répondent « oui » collectivement. Thierry discute avec sa femme et sa fille, pendant qu'Héléne ferme l'arrivée du sérum physiologique. Installant le flacon de la solution de pentobarbital à l'une des extrémités du dispositif, elle s'informe des préférences de Thierry: soit celui-ci actionne une valve à trois voies, soit elle lui remet une pince à linge clampant le tube en plastique de la perfusion. Thierry opte pour la seconde solution. Héléne demande alors aux membres de cette assemblée s'ils et elles souhaitent disposer d'un temps de discussion avant d'envisager les suites de la procédure. « Non », répond-on en chœur.

À ce stade, le temps n'est plus aux échanges mais à la réalisation du geste terminal. Reste toutefois à régler la « bonne distance » pour chacun·e de ces protagonistes. Suivant une consigne de Thierry, afin de marquer spatialement la non-implication de sa femme et de sa fille dans ce dernier geste autant que pour exprimer sa volonté

et sa détermination à accomplir seul cette action, Jeanne s'installe à la gauche de son conjoint et Stéphanie à la droite de son père, à une distance d'environ deux mètres qui ne permet plus de contact physique. Thierry appuie sur la pince; le liquide s'écoule dans ses veines. Au plus près de lui vers sa gauche, proche du dispositif de perfusion, Hélène répète une série de petits gestes pour comprimer le flacon et accélérer la progression du mélange le long du tuyau s'enfonçant dans le bras, à la jointure du coude gauche de Thierry. Debout, en retrait, Jeanne t'invite à t'asseoir à ses côtés. Hélène, observant ton déplacement, se rend compte de la distance qui sépare Thierry de Jeanne et Stéphanie. Elle leur propose de se rapprocher. Ces dernières résistent à cette invitation, en précisant vouloir respecter la volonté de Thierry. Hélène insiste et réitère sa proposition: «Approchez-vous. Venez tenir la main de votre mari!» Des larmes s'écoulent des yeux de Thierry lorsque ses deux mains se glissent dans celles de sa femme et de sa fille. Ensemble, ils échangent quelques dernières paroles: «Tu ne souffriras plus maintenant», «Tu vas être bien.»

La scène est émouvante et décroche presque quelques larmes à l'accompagnatrice, qui se concentre sur le dispositif de la perfusion pour contenir son émotion. Trois ou quatre minutes seront nécessaires pour observer les premiers effets du barbiturique, laissant le temps à Thierry de s'adonner une dernière fois à l'une des passions de sa vie, le chant. Il entonne avec une voix aiguë et quelque peu chancelante la première strophe de cet ancien chant écossais célèbre: «Ce n'est qu'un au revoir.» Si les premières paroles sont audibles, le reste des mots n'est plus qu'un mélange de sons incompréhensibles. L'énergie qui s'en dégage entraîne toutefois les cordes vocales de sa femme et de sa fille, entonnant avec lui ces premières strophes. Chacun.e – à défaut de se rappeler les paroles – se lance dans une improvisation disharmonieuse, produisant un moment de communion qui souligne la proximité et la complicité de ces trois personnes. Thierry pleure et remercie chaleureusement sa femme et sa fille. Après trente secondes de silence, Hélène demande à Thierry comment il se sent: «Je me sens bien. Je ne ressens rien pour l'instant», répond-il.

Une dernière volonté traverse ses pensées. Il aimerait saluer une dernière fois le chef infirmier. À sa demande, tu te rends diligemment vers la porte, l'ouvre, et le cherches désespérément. Mais Thierry a déjà abandonné cette pensée fugace. Sa voix se perd

de plus en plus dans l'écho de cette chambre blanche d'hôpital. Hélène fait remarquer que le produit commence à faire son effet. Une dizaine de secondes plus tard, Thierry s'endort. Il ronfle paisiblement. Sa femme lui cramponne la main, alors que sa fille se distancie du corps. Hélène, par de courtes affirmations, décrit l'arrêt de la respiration, des battements de cœur, puis annonce la mort : « Il est parti maintenant. » La mère et la fille, chacune de leur côté, se recueillent. Hélène leur demande si toutes deux souhaitent disposer d'un moment seules auprès du corps. Stéphanie répond par la négative; elle ne peut et ne veut pas rester en présence du défunt. Jeanne s'aligne sur cette position et ajoute : « Maintenant, il est tranquille. Il ne souffre plus. »

Stéphanie est désormais pressée de sortir de la pièce et de retrouver ses esprits dans les volutes blanchâtres de la fumée d'une cigarette. Jeanne s'assied sur l'un des bancs, à proximité de la réception de cette unité de soin. Tu restes dans la pièce avec Hélène pour ne pas laisser le corps seul avant l'arrivée de la police, contactée sans attendre. Dans l'intervalle, Javier vous rejoint dans la pièce. Il vient rendre un dernier hommage à son patient. Il questionne Hélène sur le déroulement de cette assistance. Elle le lui décrit et l'infirmier, avant de prendre congé, exprime son contentement quant à son bon déroulement. Hélène prend le soin de refermer les paupières du défunt. Elle attire ton attention sur la coloration très prononcée du réseau veineux par lequel a transité la substance létale. Une empreinte rouge et violacée, qui évoque une brûlure, apparaît souvent depuis que le standard de la dose de pentobarbital est passé de 11 à 15 grammes. Thierry ne s'en est pas plaint.

Dix minutes plus tard, deux policiers en habit civil, portant une arme de poing à la ceinture et arborant leur matricule, entrent dans la pièce. Chacun se présente et décline son identité. L'atmosphère est glaciale. L'un d'eux se montre particulièrement froid dans ses échanges avec Hélène. Une attitude qui semble dénoter une forme de suspicion a priori concernant le respect des règles de cette assistance. Ce n'est que plus tard que le policier s'en expliquera. Lors de deux interventions précédentes sur d'autres assistances au suicide, plusieurs éléments n'avaient pas été respectés, ce qui avait conduit à un signalement au Ministère public. Dès lors, le ton est un peu plus agressif : « En aucun cas vous ne devez toucher le corps », lance un policier, qui demande encore qui restera dans la pièce pendant les auditions. Ils somment Hélène, avec peu de convenance, de leur

remettre les documents d'usage et de leur décrire la situation médicale de Thierry. Hélène obtempère. Les policiers prennent note de quelques indications. Hélène leur précise que le personnel médical leur a mis à disposition une chambre, un espace quelque peu à distance dans lequel réaliser ces auditions. Jeanne et Stéphanie s'y rendent en premier.

Tu restes dans la chambre jusqu'à l'arrivée, quelques minutes plus tard, de la légiste. Les échanges sont bien plus cordiaux. Accompagnée par toute une série d'infirmières et d'infirmiers curieux d'observer ses pratiques, elle entreprend l'examen du corps. Elle te propose de rester. Tu déclines en la remerciant et tu sors de la pièce. Tu retrouves Hélène assise sur un banc devant la réception. Elle est énervée. Les contacts avec les policiers étaient secs, distants, voire teintés de suspicion. Elle s'insurge d'avoir été prise de haut et souligne toute la fluidité du processus jusqu'à leur arrivée. De toute évidence, ce n'est pas la seule à partager ce sentiment. Une jeune femme, Irène, vêtue de noire de la tête aux pieds, debout, fixant avec insistance la pièce dans laquelle se déroule l'audition, exprime toute sa colère de voir Jeanne et Stéphanie être soumises à cette procédure. Elle se présente comme la fille de cœur de Thierry, depuis que ce dernier et sa femme se sont substitués à des parents alcooliques maltraitants. Selon sa demande, tu lui présentes le déroulement de cette assistance. Elle semble émue par le récit du chant entonné au dernier moment. Un signe pour elle que Thierry était heureux à cet instant : « Chanter, souligne-t-elle, était son vrai plaisir durant son existence. »

Après quarante-cinq minutes, l'audition n'est toujours pas terminée. Hélène ne tient plus en place et se rapproche de la porte de la pièce dédiée à ces échanges. La légiste vient pour sa part de terminer son examen et attend aussi la fin de la procédure policière. Lorsque les agents terminent cette étape, ils s'enferment encore avec la légiste dans une petite pièce au centre de la réception de cette unité de soin. L'un des policiers fait pivoter les lamelles d'un store afin de masquer leurs échanges. Hélène s'esclaffe : « Ils se prennent pour les experts à Miami, ceux-là, ou pour des agents du FBI ! » Durant ce moment, tous trois ont néanmoins pris soin d'écrire le constat de décès et de contacter la procureure de district pour obtenir l'autorisation de lever le corps.

Jeanne et Stéphanie sortent de la pièce dans laquelle elles ont passé l'audition ; elles se jettent dans les bras d'Irène, qui leur demande si

l'audition n'était pas trop perturbante. Stéphanie répond : « Ils nous ont posé des questions. On a répondu. Rien de problématique », avant d'aller fumer une seconde cigarette et d'avertir ses proches du décès de Thierry. C'est désormais au tour d'Hélène de passer l'audition. Jeanne prend sa place et s'assied à côté de toi. Tu lui demandes comment elle va. Elle dit aller bien, qu'elle ressent bien sûr de la tristesse tout en se sentant libérée d'un poids : « Je me sens soulagée. » Elle précise être heureuse que son mari ne souffre plus et qu'il ait pu partir de cette façon. Cependant, quelque chose la préoccupe. Elle ressent un sentiment qui s'apparente à de la culpabilité. Elle s'explique : depuis maintenant plus de trente ans, elle prend soin de son conjoint malade. Cette lourde tâche, qui a accaparé la majeure partie de son temps et de son énergie, n'est pas, selon elle, reconnue à sa juste valeur. Thierry a vraisemblablement toujours eu soin de présenter publiquement une version très optimiste de sa condition, d'un certain bien-être malgré les douleurs et les maux que lui ont occasionné ses polymorbidités. Même durant ce dernier mois d'hospitalisation, Thierry a su entretenir l'image d'un homme qui se plaint rarement. Jeanne pense que la plupart des personnes qui ne connaissent pas les détails intimes de son existence percevaient Thierry comme une personne âgée, certes fatiguée, mais finalement pas en si mauvaise santé que cela. Elle se questionne : n'a-t-elle pas failli à son devoir de solidarité et de responsabilité envers son mari en ne le confrontant pas plus à sa décision de recourir à une assistance au suicide ? Sa fille partage ce sentiment.

Ces deux femmes craignent au fond d'être l'objet de jugements sociaux, en étant associées aux figures de la « mauvaise » conjointe et de la fille « ingrate », pressées de se débarrasser d'un proche encombrant. Raison pour laquelle cette assistance s'est partiellement organisée dans le secret. Les petits-enfants, les membres de la parenté éloignée, autant que certain-e-s ami-e-s de Thierry ne sauront vraisemblablement jamais les circonstances exactes de sa mort. Un arrangement qui semblait convenir tant à Jeanne et Stéphanie qu'à Thierry. Puisqu'il avait été fermement opposé durant sa vie aux pratiques de la mort volontaire, Thierry a insisté sur l'importance de ne pas mentionner le fait qu'il s'est suicidé, même dans le cadre d'une assistance : « Pour eux, je serai mort à l'hôpital », avait-il déclaré.

Il est maintenant temps d'informer les proches. Il s'agit de ne pas faire d'impair et de maintenir un contrôle quant à la diffusion de

l'information. On appelle d'abord le fils de Thierry et de Jeanne, puis sa sœur ainsi que son meilleur ami. La jeune infirmière, Irène, contacte quant à elle l'un des membres de sa famille. Les échanges téléphoniques qui s'ensuivent sont fort succincts et ne mentionnent que rarement les circonstances de la mort de Thierry. Les conversations sont brèves, plutôt informatives: «Il est parti à telle heure»; «Tout normal»; ou alors «Maintenant, c'est fait». Les autres seront averti-e-s le jour de la diffusion du faire-part. Les policiers terminent l'audition avec l'accompagnatrice. Ayant pris connaissance du respect des bonnes pratiques dans cette situation, ils saluent Jeanne, Stéphanie, Hélène et toi-même sur un ton plus cordial.

Aux alentours de 12h30, Jeanne, après avoir pris conseil auprès d'Hélène, contacte les pompes funèbres. Ces dernières ne sont pour l'instant pas disponibles; il faudra les rappeler dans une demi-heure. Pendant ce temps, Jeanne décide de retourner une dernière fois auprès du corps de son mari. Elle demande à Stéphanie de l'accompagner. Sa fille refuse, ne souhaitant pas être à proximité de ce corps qui n'est déjà plus tout à fait son père. Irène se propose de l'accompagner. À leur sortie de chambre, tu vas récupérer tes effets personnels et t'arrêter quelques instants sur la physionomie du défunt. Tu découvres qu'un membre du personnel soignant a placé sur le cou de Thierry une mentonnière couleur chair, qui reproduit les rides et plis du cou d'une personne âgée. Un artefact souvent utilisé dans les institutions hospitalières afin d'effacer l'un des stigmates corporels les plus expressifs de la mort: la béance d'une bouche ouverte.

Lorsque tu sors de la chambre, le téléphone de Jeanne sonne. Les pompes funèbres sont disponibles. Jeanne précise que les vêtements sélectionnés pour habiller le défunt se trouvent dans le coffre de sa voiture. Elle ajoute que le faire-part est déjà écrit et que, selon les volontés de Thierry, il sera incinéré puis inhumé après une cérémonie en l'église de son village d'enfance. Les choses paraissent claires; elle raccroche. Jeanne et Stéphanie remercient vivement l'infirmier chef, Javier, de son soutien, de sa présence et de son aide dans l'organisation de cette assistance. Elles remercient également Hélène de la qualité de son accompagnement et de son savoir-faire, et t'adressent leurs remerciements pour ta discrétion.

Tu accompagnes enfin Hélène pour la séance de débriefing avec le personnel de l'hôpital. Une quinzaine de personnes, principalement des infirmières et des infirmiers, sont présentes. Javier rappelle la raison de cette rencontre. Conscient du fait que la réalisation

d'un suicide assisté pourrait affecter certains collaborateurs et certaines collaboratrices impliqués dans la prise en charge de Thierry, Javier souhaite leur présenter comment le suicide assisté s'est déroulé et répondre aux éventuelles questions et remarques. L'infirmière de nuit, qui a passé les trois dernières nuits au chevet de Thierry, pleure à chaudes larmes lorsque vous lui décrivez le déroulement du suicide assisté. Hélène souligne la beauté de ce moment, en évoquant le chant collectif. Une infirmière fait remarquer que, dans cette situation, elle n'aurait pas réussi à retenir ses larmes. Hélène acquiesce et précise s'être concentrée sur le dispositif technique pour ne pas laisser apparaître son émotion : « Il faut maintenir une certaine constance », conclut-elle.

UNE MORT SPECTACULAIRE : MARIE DUMAS

Marie Dumas, une femme de 78 ans, de nationalité française, atteinte d'un cancer en phase terminale, a pris la décision en début d'année 2020 de mettre fin à ses jours en recourant à une assistance au suicide dans l'intimité de son domicile. Malade depuis douze ans, elle a pris sa décision de vivre en Suisse en 2013, décision qui a été largement déterminée par la possibilité de recourir à un suicide assisté dans ce pays. Marie a adhéré à Exit en 2014 ; elle a rencontré pour la première fois Hélène, l'accompagnatrice, et Alexandre dans le courant de l'automne 2018. Il lui aura donc fallu un an et quatre mois, plusieurs rechutes et développements de son cancer, divers soins, opérations chirurgicales et examens en tous genres pour se convaincre que rien ni personne ne pouvait désormais améliorer un quotidien se dégradant de jour en jour.

Née en Algérie, elle a quitté ce pays avec ses parents lors de la guerre d'indépendance, en 1962. Elle a grandi dans différentes demeures appartenant à sa famille ou au réseau de connaissances de cette dernière, avant de s'installer dans la capitale française et d'y mener une vie de rentière faite de mondanités. « Je n'ai jamais travaillé », souligne-t-elle. Mariée et veuve d'un médecin, elle est mère de trois enfants, deux fils et une fille. Depuis maintenant douze ans, alors qu'elle jouit pleinement d'une fortune conséquente, son quotidien est rempli de loisirs et de voyages, entrecoupés par de fréquents épisodes dans des cliniques privées de la région. À distance des codes et des réseaux mondains, elle se constitue une retraite à la carte et réalise ses désirs, entourée de quelques ami-e-s trié-e-s sur le volet. Durant ces derniers mois, son corps autant que sa vitalité

se sont fortement dégradés, comme tu as pu le constater entre ta première rencontre avec elle et le jour de l'assistance au suicide. Un constat qu'elle avait elle-même établi : « Tout est en train de claquer là-dedans ! »

En ce mercredi matin hivernal, Marie Dumas est prête. Elle est déterminée à se donner la mort. Après avoir passé les deux portes du sas d'entrée de l'immeuble, tu empruntes l'ascenseur jusqu'au quatrième étage, accompagné d'Hélène et de Viviane, une infirmière bénévole qui travaille depuis peu pour Exit. Vous longez les murs décorés de divers tableaux jusqu'à la porte de son appartement et vous vous apercevez que celle-ci est ouverte, laissant s'échapper les notes d'une musique moderne aux rythmes syncopés et aux harmonies arabes. C'est Raquel, l'intendante de Marie, qui vous reçoit ; elle est en larmes. Cette femme dort depuis plusieurs semaines dans l'une des pièces de l'appartement. Hélène lui adresse quelques paroles bienveillantes ; tu la salues et la remercies encore pour le repas de la veille, puisque, comme le désirait Marie, un dernier dîner avait été organisé dans la simplicité avec quelques ami-e-s proches. À l'intérieur, tu notes que l'appartement s'est peu à peu vidé de ses nombreux objets, tableaux, statues, plantes et autres pièces de mobilier. Une précaution inspirée non seulement par une éventuelle pose de scellés à la suite du contrôle post-mortem, mais aussi par le désir de Marie de partager avec ses proches quelques objets qu'elle avait en affection. Ce matin pourtant, cette sensation de vide génère chez toi un étrange sentiment, comme si une partie de Marie était déjà partie.

Hélène entre dans la chambre à coucher afin de saluer Marie, qui est allongée dans son lit. Hélène salue également Richard, propriétaire d'une boutique de seconde main et également son majordome. Il est sans aucun doute son ami le plus proche désormais. Si proche qu'il semble faire l'objet de jalousies de la part des enfants de Marie, qui habitent loin d'elle et ont donc moins l'occasion de la côtoyer : « Notre mère, ces dernières années, t'a donné ce qu'elle ne nous a jamais donné durant toute sa vie », avais-tu un jour entendu. Les trois enfants – ni tout à fait pour, ni tout à fait contre ce projet de mort volontaire – sont aujourd'hui absent-e-s, conformément à la volonté de leur mère. Marie t'avait en effet précisé qu'elle ne souhaitait en aucun cas d'effusion émotionnelle ni de règlement de compte durant ces derniers instants. Elle a donc fait ses adieux auprès de ses enfants la semaine précédente, lors d'un temps de partage qui leur a été spécifiquement dédié.

Pour les mêmes raisons, Marie n'était d'ailleurs pas sûre d'autoriser la présence de Richard durant son suicide, comme elle te l'avait fait remarquer : « Je ne sais pas s'il ne va pas pleurer. Il est émotif, vous savez ! » Pourtant, ce matin, Richard est bien là, fidèle à lui-même et à la relation qu'il a entretenue avec Marie ces dernières années. Tu le perçois comme souriant, drôle, tentant à chaque occasion de détendre l'atmosphère et de faire rire Marie avec quelques anecdotes croustillantes. Richard apporte tant de soin à ce rôle – pour correspondre aux prescriptions de Marie – que l'accompagnatrice et l'infirmière n'auront que peu de place pour orchestrer et présenter les différentes phases de l'assistance, pour échanger quelques mots réconfortants ou pour s'assurer à plusieurs reprises que cette femme est bien décidée à accomplir le geste ultime.

Au fil des échanges, différents sujets sont abordés. Richard vous propose la lecture d'un article sur les personnes qui décident de mourir par suicide assisté ; il vous présente un cliché de Marie jeune adulte : une femme d'une grande beauté, penses-tu. Par contraste avec les convenances souvent affichées dans ce type de milieu social, la vulgarité trouve ici un espace d'expression : le sexe et la baise occupent un moment vos conversations. À ce propos, Richard relate la soirée d'hier, durant laquelle des films pornographiques ont été visionnés pour se distraire. Le ton est léger. Richard fait mine d'étouffer Marie avec un coussin lorsqu'elle le taquine en présentant quelques frasques de leurs aventures. D'une certaine manière, ces récits résonnent comme un hymne à leur complicité, comme un dernier hommage à la qualité de leur relation et comme l'exécution de la volonté de cette femme de partir dans la joie, les rires et la bonne humeur. Hélène, pas tout à fait dupe quant à la légèreté de ces échanges, demande à Marie ce qu'elle ressent au moment de mettre un terme à sa vie. Celle-ci rigole et dit avoir bien plus peur de la piqûre que de la mort : « J'adore les anesthésies, en particulier la narcose ! »

Après une bonne demi-heure de rires et d'échanges, Hélène, avec le consentement de Marie, propose à Viviane d'installer l'aiguille hypodermique. Raquel et Richard ne souhaitent pas être présents au moment de l'absorption du barbiturique ; tous deux viennent embrasser leur amie et employeuse une dernière fois. Hélène te propose de sortir de la pièce afin de les laisser seul-e-s un instant. Sans même que tu aies le temps d'obtempérer,

Marie t'agrippe le bras : « Racontez-moi une histoire », dans le but avoué de détourner son attention. Rien ne te vient à l'esprit. C'est finalement elle qui te parle, mais la stratégie fonctionne. Après un petit sursaut lorsque l'aiguille entre dans sa chair, elle remercie l'infirmière pour sa délicatesse. Ce mauvais moment passé, l'infirmière et toi sortez afin de laisser, à Richard cette fois, un dernier espace d'intimité.

Après quelques minutes, Hélène, Viviane et toi rejoignez Marie, couchée dans sa chambre. Bien qu'elle eût prévu de porter une robe noire en caftan, elle a finalement estimé cette couleur « un peu glauque » pour les circonstances ; elle a donc revêtu ce matin une robe colorée, de simple facture, achetée lors d'un voyage à Tunis. Malgré les conseils de ses amies de se maquiller et de se vernir les ongles des mains et des pieds pour cette occasion, Marie a décidé que cela n'en valait pas la peine. Cette femme d'un mètre septante environ, au corps mince et au regard perçant, bien confortablement allongée sur son lit, sourit à Hélène. Elle la remercie et lui fait remarquer qu'il est désormais temps de partir : « J'ai déjà trop attendu. » Hélène lui demande une dernière fois si elle est tout à fait décidée à accomplir son suicide. Dans la lumière tamisée d'une pièce qui a conservé tout son mobilier contrairement au reste de l'appartement, à quoi s'ajoutent quelques photographies et cinq bouquets de fleurs ornés de petits mots d'adieu, Marie répond sans hésitation par l'affirmative.

L'infirmière relie le flacon contenant la solution de pentobarbital de sodium à la perfusion. Elle coince le tube à l'aide d'une pince. Hélène explique à Marie la procédure à suivre. Cette dernière détourne son regard du dispositif, qu'elle ne veut pas voir, et dit : « Je n'ai jamais senti autant d'amour autour de moi. » Hélène réfute. Marie insiste et laisse apparaître quelques larmes dans ses yeux, elle qui avait souhaité que personne ne pleure durant ces derniers instants. L'accompagnatrice lui dépose la pince à linge dans la main. N'ayant pas particulièrement été attentive aux indications mentionnées par Hélène il y a quelques minutes, Marie reste interloquée et demande ce qu'elle doit en faire : « Quand vous êtes prête, vous appuyez dessus. » Marie appuie. Hélène et l'infirmière, assises sur le bord du lit, lui souhaitent « bon voyage » et de se « retrouver parmi les anges ». Après une quinzaine de secondes, Marie ressent les premières sensations d'endormissement. Par un léger mouvement de la tête et des mains accompagné d'un profond

soupir, elle dit dans une dernière respiration : « Je le sens. » Sans que Marie ronfle ou ait le temps de transiter par une phase de sommeil, l'infirmière constate le décès en moins d'une minute. Hélène cherche à fermer les paupières de Marie qui, à la suite d'un traitement agressif de son cancer et malgré deux opérations de chirurgie esthétique, ne le peuvent plus. Richard a anticipé ce détail et déposé une paire de lunettes aux verres opaques sur la table de chevet. Hélène les lui met sur le visage.

Un temps de recueillement plus tard, vous sortez de la pièce. Assis sur le grand canapé du salon, Richard et Raquel vous attendent : « C'est fait ? » – « Elle est comment ? » – « C'est fait, elle est toute belle, toute sereine », leur répond Hélène. Le temps que cette information soit intégrée, l'accompagnatrice demande si elle peut contacter la police. Richard répond par l'affirmative et s'empresse de prendre son téléphone portable pour signaler la mort de Marie à ses proches, soit de vive voix, soit en rédigeant des messages. Il note au passage que si les enfants étaient au courant de la démarche de leur mère, ils n'étaient pas au courant de la date à laquelle l'assistance au suicide était prévue.

Tu sors sur le balcon. La vue est magnifique et le temps ensoleillé. Hélène et Viviane te rejoignent. Vous vous remémorez quelques impressions et détails de la scène que vous venez de vivre : la mort rapide et douce de cette femme ; sa beauté et son élégance ; la décoration et l'espace de la chambre à coucher, qu'Hélène trouve à son goût. Viviane précise un détail technique : elle a dû faire un trou à l'aide d'une aiguille en haut de la poche à perfusion afin que la solution de pentobarbital, de nature plus visqueuse que l'eau, s'écoule avec plus de facilité.

Hélène jette un bref coup d'œil à travers la porte vitrée, afin d'observer si Richard est toujours en train de téléphoner. Ce petit aparté terminé, vous retournez au salon. Le majordome, dans un mouvement inverse, déchargé de son rôle d'annonceur, est submergé à présent par les émotions. En larmes, il se rend discrètement sur la terrasse pour bénéficier de quelques instants de solitude. Raquel, quant à elle, a préparé des cafés, agrémentés de croissants achetés à prix d'or ce matin même. Le prix excessif de ces viennoiseries donnera l'occasion à Richard, un quart d'heure plus tard, de rappeler cet élément de la relation qu'il partageait avec Marie. Cette dernière lui donnait carte blanche pour organiser vacances et repas de fête. Richard se remémore les

colères de Marie quant aux prix exorbitants des factures de cette boulangerie ; il vous exhorte donc à ne pas en laisser une miette. Il en profite pour poser quelques questions : « Est-ce qu'elle a souffert ? » – « Non », lui répond Hélène. Richard exprime son contentement : « Il n'y a eu aucune fausse note depuis ce matin. Tout s'est déroulé comme prévu, comme elle le voulait. » Raquel, catholique de confession, prend position pour la première fois sur ce qui vient de se passer ; elle dit comprendre la décision de sa patronne et amie, mais ne pourrait pas l'imaginer pour elle-même ; elle aurait préféré s'occuper d'elle jusqu'à sa « mort naturelle ». Sur quoi chacun·e exprime ses croyances respectives sur l'au-delà.

Richard revient auprès de vous ; il a définitivement ôté son masque d'amuseur. Il ne pleure pas, mais son corps tressaille ; une certaine agitation indique une forme de désorientation. Tu le comprends aisément. Pendant ces sept dernières années, Richard et Raquel ont organisé et construit leur vie autour de Marie, de ses rythmes, de ses envies et de ses fantaisies. Comme une forme de compensation et de cadeau d'adieu, Marie leur a d'ailleurs proposé de réaliser un voyage à ses frais après sa mort : dans quelques heures, Richard et Raquel seront dans un avion en direction de contrées ensoleillées. Un moyen pour ces deux personnes de prendre de la distance et, comme l'explique Richard, ne pas avoir à répondre à de nombreuses sollicitations sur le déroulement de cette journée.

La police sonne à l'interphone et vous rejoint dans l'appartement. Un stagiaire policier prend la parole, un peu mal à l'aise d'expliquer que le suicide assisté est une mort violente et que cela implique une investigation judiciaire. L'objectif de l'enquête, précise-t-il, « est de constater si le suicide assisté a été réalisé selon certaines normes ». Son collègue lui rappelle de mentionner la venue des médecins légistes. Richard demande s'il doit leur laisser les clés du domicile, tout en précisant sans attendre une réponse que tout est déjà organisé avec le notaire en charge du testament de Marie, et à qui il doit normalement remettre ces clés. Le stagiaire demande si une autre personne est domiciliée à cette même adresse, ce qui n'est pas le cas. Puis le policier plus expérimenté se rend avec Hélène auprès du corps. De retour de la chambre à coucher, il s'assied à votre table et demande à chacun·e de présenter sa carte d'identité et d'indiquer l'adresse de son domicile. En présentant sa carte, Richard explique la raison de sa présence ;

il déclare être un ami, voire « un fils de cœur » de Marie, et que Raquel était l'intendante.

Vers 11h, l'interphone retentit de nouveau, annonçant un bouleversement dans l'ordre d'apparition des acteurs. Les pompes funèbres, qui avaient été conviées la veille par téléphone à intervenir à cette heure précise, arrivent. L'examen médico-légal du corps reste à faire; elles doivent patienter. Vers 11h15, la légiste arrive à son tour. Elle salue les deux policiers ainsi qu'Hélène; elle se rend sans autre explication – et sans se présenter à Richard ni à Raquel – dans la chambre de la défunte. Vous vous asseyez sur le canapé. Regardant en direction du lac, Richard dit apercevoir le spectre de Marie, qui a déjà organisé sa cérémonie funéraire; celle-ci se déroulera avec faste sur un bateau, avant la dispersion des cendres, en présence des convives. Richard précise que Raquel est encore payée jusqu'à la fin du mois, une manière de rappeler une dernière attention de Marie à son égard.

À cet instant, Richard se demande s'il doit aller voir le corps de Marie; Raquel, pour sa part, ne peut s'y résoudre. Il vous demande si cela va le perturber; si sa physionomie a changé. Viviane le rassure: « Elle est sereine, très belle et très digne. » La légiste ressort de la pièce et demande à l'infirmière de la rejoindre, visiblement pour reprendre le dispositif qu'elle a installé pour la perfusion. Elle se rend ensuite vers les policiers pour faire son rapport et rédiger le constat de décès. Hélène passe l'audition avec les deux policiers, et tu continues d'échanger avec Raquel et Richard. Ce dernier mentionne un dernier voyage réalisé avec Marie et ses enfants au nord de l'Europe, juste avant les fêtes de Noël; il en profite pour signaler que la fortune de cette femme provenait de son défunt mari.

La légiste prend congé de vous par une salutation discrète et collective. Richard rappelle les pompes funèbres. Avant leur arrivée, l'un des policiers lui confirme la possibilité de remettre les clés au notaire, à condition que Richard le fasse encore aujourd'hui. Quand les pompes funèbres sonnent à l'interphone, tu t'adresses à Richard et lui conseilles, si tel est son désir, de rendre un dernier hommage au corps de son amie: « Tu ferais quoi à ma place? » – « J'irais », lui réponds-tu. Richard se décide et entre une première fois dans la chambre à coucher, puis en ressort pour prendre son téléphone portable en déclarant: « Peut-être que ses enfants aimeraient avoir une idée de comment elle est morte? »

Il retourne une dernière fois dans la pièce, juste avant l'intervention des pompes funèbres pour emporter le corps de Marie sur une civière, recouverte d'un plastique bleu. Richard s'enquiert du chemin que les deux employés vont emprunter. L'un d'eux répond qu'ils vont prendre l'ascenseur avec le corps, traverser la rue et le déposer dans le corbillard parké en face de l'immeuble. Se demandant à haute voix si Marie apprécierait que son corps soit ainsi exposé dans la rue, il leur conseille de passer plutôt par le garage. Vu la hauteur du corbillard, plus de deux mètres, cela n'est toutefois pas possible. Contrarié, Richard laisse faire les pompes funèbres comme bon leur semble ; il leur demande tout de même de le faire rapidement et discrètement.

Dans l'intervalle, les policiers ont terminé leur enquête et rangé leur matériel. Sur le point de partir, le plus expérimenté des deux s'adresse à Richard pour lui expliquer qu'il vient de vivre une expérience difficile et pour l'inviter à en parler à des personnes proches ou à des spécialistes. Richard le remercie et les policiers prennent à leur tour congé. Il ne lui reste à présent plus qu'à attendre l'arrivée du directeur de l'entreprise des pompes funèbres pour organiser les derniers détails pour les obsèques. Il vous demande de rester un peu ; vous l'aidez à mettre de l'ordre dans l'appartement. Vous éteignez la quarantaine de bougies encore allumées sur la table de la salle à manger et rangez un peu de vaisselle. S'excusant d'en être incapable, Richard vous demande d'enlever les draps et taies d'oreiller du lit sur lequel Marie est décédée. Il invite ensuite Hélène et Viviane à choisir, comme le souhaitait Marie, quelques bijoux de fantaisie. Ouvrant une bouteille de vin blanc, Richard vous convie à porter un toast à sa mémoire et remercie l'accompagnatrice, avant de te proposer d'emporter avec toi bouquets de fleurs et autres bouteilles d'alcool fort. Rien ne restera dans cet appartement, où ni Richard ni Raquel ne retourneront.

GÉRER LES IMPRÉVUS : ALDO PORCHET

Dans un café de la ville, à 9h du matin, Marc-Antoine attend l'arrivée d'Hélène pour aller rencontrer Aldo Porchet à son domicile et finaliser les préparatifs de son suicide assisté. Ce dernier est prévu deux jours plus tard, un vendredi de mai 2018. Il y a moins d'une semaine, l'accompagnatrice t'avait informé par téléphone que cet homme souhaitait – « un peu en catastrophe » – recourir à une assistance au suicide. Elle t'avait proposé de la suivre durant

cet accompagnement. Aldo souffre d'un cancer de la prostate depuis six ans, ainsi que d'incontinences. Hélène t'avait dit que cela devenait insupportable pour lui, qu'il n'avait pas de famille, qu'il se sentait très seul. Cet homme de bientôt 80 ans habite un appartement simple et sobre dans un petit immeuble, vraisemblablement construit dans les années 1950. Il vous accueille au troisième étage ; il porte un pantalon de ville beige foncé et une chemise bleue ; il a des lunettes et s'aide parfois d'une canne pour se déplacer. Vous vous installez au salon.

Dès le début de la discussion, Aldo revient sur son histoire personnelle. Tu lui demandes s'il accepte que tu prennes des notes, sans oser lui proposer – vous n'avez pas vraiment eu le temps de vous présenter – d'enregistrer cette première conversation. « L'année 2009, avance Aldo, a été horrible pour moi. J'ai accompagné ma femme, malade d'alzheimer. Mon épouse était infirmière. Durant sa formation, c'était comme à l'armée », dit-il encore en riant. Il raconte comment elle est décédée dans un établissement médico-social : « Pas de chance, ni pour elle, ni pour moi, elle a eu trois cancers. Chaque fois, les médecins étaient pessimistes et elle s'en est sortie. C'était une battante ; une croyante. » Il relève que leur médecin généraliste était aussi très croyant ; il avait une bible posée sur la table de sa salle d'attente. Mais cela avait contrarié sa femme, qui le trouvait finalement trop sectaire. Tous deux ont alors changé de médecin traitant. Aldo précise être lui aussi « croyant, mais pas pratiquant. J'ai été dégoûté de l'Eglise protestante. Il y a des limites à tout ; ils ont été trop loin. Je ne vais plus au culte. » Dans le flux de cet échange, tu notes en particulier ce qui suit :

Aldo Porchet : « C'est très clair pour moi. [La vie] c'est comme une bougie sur laquelle on souffle, puis après plus rien. Je suis déterminé. »

Hélène Kaplan : « Quand une date est posée, on s'y tient. Mais ce n'est pas un peu vite ? »

Aldo Porchet : « L'être humain est capable de se surpasser face à la douleur. J'ai pris deux Dafalgan ce matin sachant que vous alliez venir. Je ne pourrai plus tenir longtemps. Je ne peux plus dormir. Sept à huit heures de sommeil, c'est fini depuis longtemps. »

Marc-Antoine Berthod : « Vous n'avez pas des visites à domicile, pour des soins ? »

Aldo Porchet: « Surtout pas. Je suis un vieux loup solitaire. [...] J'ai passé une partie de ma vie comme chauffeur de camion, à la municipalité. Puis comme formateur pour les apprentis. J'ai passé de bons moments avec eux. »

Marc-Antoine Berthod: « Et aller dans un établissement médico-social? »

Aldo Porchet: « C'est l'horreur, surtout pas. Ma femme y est restée trois ans et quatre mois. On allait beaucoup visiter des personnes dans ces maisons. Je n'irai jamais dans ces boutiques à dix centimes. »

Marc-Antoine Berthod: « Que cela vous fait-il d'avoir le rendez-vous fixé pour vendredi? »

Aldo Porchet: « Je suis très content. La vie est un marathon, je le termine vendredi. Avoir une date fixée, c'est un soulagement. Vous savez, je biffe chaque jour les jours du calendrier. »

Hélène Kaplan: « "Est-ce que je fais bien ou pas?" Toutes les personnes que j'ai rencontrées se posent la question; mais quand je pars, c'est bon. Car faire ça soi-même, il faut une bonne dose de courage. Pour Exit aussi, il faut une bonne dose de courage. »

La conversation digresse sur des questions financières. Bien qu'Aldo affirme ne pas avoir de problèmes de ce côté-là, il évoque le fisc et la police judiciaire, « des menteurs et des voleurs ». Il parle de jalousie. Tu t'étonnes de la tournure de cette discussion à propos de la police qui le surveillerait et viendrait même, à son insu, dans son appartement. Hélène t'avait averti juste avant d'arriver qu'Aldo nourrissait parfois ce sentiment de persécution, de manière passagère. Elle en profite d'ailleurs pour lui rappeler que la police judiciaire viendra après son décès: « Vous vous rappelez que la police judiciaire va venir? Car c'est considéré comme une mort violente. » – « Pour moi, répond Aldo, ce n'est pas du tout le cas. C'est dommage. Il faudrait changer. » Puis Hélène demande si d'autres personnes ont la clé de son appartement et pourraient entrer. Vous apprenez que sa fille – seule membre de la famille qui lui reste – en dispose d'une; celle-ci pourra donc venir après le décès, car elle semble ne pas vouloir assister à son suicide. « Et pour les pompes funèbres? » demande encore Hélène. Aldo: « Rien du tout. Ma fille sait ce que je veux. Elle contactera les pompes funèbres. Incinération, cendres au jardin du souvenir, et rien dans les journaux. De toute façon, on ne fait qu'un passage, faisons-le du mieux possible. C'est mon point de vue. »

Aldo poursuit l'échange en affirmant être à jour sur un plan administratif: « Je n'ai rien en suspens. Il n'y a pas de dettes, rien. Quelques factures en suspens, à la banque, aux services industriels. Tout est réglé. Ma fille a des procurations. » Il enchaîne à propos de sa condition physique, déplorant ses douleurs au niveau des cervicales; il peine à tourner la tête. L'entretien prend tranquillement fin; c'est le moment de lui remettre le flyer de présentation de la recherche. Aldo le prend et lance: « Ça a été écrit pour moi! » Tu t'étonnes et comprends qu'il vient de lire le titre: *La mort appréciée. Ethnographie du suicide assisté en Suisse*. Avant de partir, Hélène confirme le rendez-vous de vendredi et s'assure que l'heure convient à tout le monde: 8h. Sur ces entrefaites, Aldo vous accompagne vers la sortie et insiste pour aller prendre un café ensemble; il prend sa canne et vous descendez tous les trois au restaurant en contrebas de son immeuble. En sortant, Hélène demande à Aldo, en lui posant la main sur l'épaule, si elle pourra mettre une annonce dans le bulletin d'Exit pour le remercier, avec sa photographie et celle des locaux du secrétariat qui ont pu être en partie rénovés grâce aux dons qu'il a fait à l'association. Il acquiesce. En vous quittant peu après, Hélène te précise que ces dons à l'association sont possibles, mais qu'elle les refuse systématiquement à titre personnel.

Deux jours plus tard, le vendredi, tu te retrouves avec l'accompagnatrice devant l'immeuble d'Aldo, à 7h50. À droite dans le couloir, après les boîtes aux lettres, un petit ascenseur s'ouvre. À l'intérieur, une femme d'une soixantaine d'années, embarrassée par plusieurs piles de carton, vous fait face et demande: « Nous sommes à quel étage? » – « Au rez-de-chaussée », répond Hélène. Comme l'espace est trop étroit pour entrer avec elle, vous montez à pied et vous vous retrouvez nez à nez avec cette même femme au troisième étage. Vous découvrez Caroline, la fille d'Aldo, qui a finalement décidé de venir, et entrez ensemble dans l'appartement. Caroline dépose ses cartons dans le couloir, vous déposez vos vestes dessus. Une fois tout le monde installé dans le salon, Hélène explique la démarche et rappelle les consignes générales d'une assistance au suicide. Puis Aldo dépose sur la table son livret de famille, cacheté dans une enveloppe, comme demandé. Hélène demande s'il est toujours prêt et déterminé à réaliser son suicide, ce qu'il confirme. Aldo répète ce qu'il vous a dit mercredi: « La vie est un marathon, j'arrive au bout. » Il échange ensuite avec

Caroline, qui lui dit comprendre son choix mais ne pas être d'accord avec la démarche. Celle-ci estime que les humains ont été créés par une entité supérieure, en pointant le plafond du doigt; elle dit respecter toutefois le choix de son père et le comprendre. Hélène fait remarquer qu'il s'agit là d'une belle preuve d'amour. Caroline, qui a pris un tranquilisant avant de venir, remercie son père pour ce qu'il a fait pour elle, notamment d'avoir accepté de repousser son suicide assisté afin de régler une série d'éléments administratifs.

Vers 8h10, Hélène recommande à Aldo de prendre le Motilium, un anti-vomitif. Juste après avoir avalé les trois cachets, celui-ci vous informe – à votre surprise – qu'une femme va encore arriver. Hélène demande de qui il s'agit. Aldo raconte alors qu'un jour il était couché par terre, avec son dos bloqué. Il est arrivé avec peine à se déplacer jusqu'au téléphone et avait une liste de personnes à appeler, pour des aides de ménage. C'est ainsi qu'il a rencontré cette femme et que des contacts se sont ensuite instaurés de manière régulière, depuis environ 2015. Il s'agit de Dora Simel, qui a trois enfants, tel que le précise Aldo: «Elle est illettrée, mais vient me donner de temps en temps un coup de main, faire des courses ou boire un café avec moi. [...] Il n'y a jamais rien eu entre nous; vous savez, depuis mes cancers en 2006, je n'ai plus connu...» Caroline semble contrariée; vous apprenez que si elle connaît l'existence de cette femme, elle ne l'a encore jamais vue: ce sera leur première rencontre. Dora doit venir à 8h30. Caroline, sur le ton du reproche, fait remarquer à son père que cette femme lui prend de l'argent et lui vole des choses. Aldo reconnaît qu'il lui donne régulièrement de l'argent, pour quelques services rendus, et s'en accommode: «J'aide cette dame de temps en temps; elle vient chaque semaine chercher son enveloppe.» Caroline s'en méfie pourtant, c'est pourquoi elle a déjà prévu le déménagement de l'appartement et est venue avec quelques cartons pour le préparer. Elle a donné rendez-vous aux déménageurs: «Ils viennent tôt demain matin avec le camion, tout doit être emballé.» Face à la tournure que prend la discussion, Hélène demande à Aldo s'il souhaite bien que Dora soit présente: «Elle fait comme elle veut», répond-il.

Quelqu'un sonne justement à la porte. Il est 8h30. Dora entre et vous faites connaissance; elle est au bord des larmes. Vous vous regardez avec Hélène et tu ne sais pas quoi penser.

La configuration relationnelle est difficile à saisir. Vous échangez quelques courtoisies pendant une dizaine de minutes. Aldo se permet même quelques plaisanteries, notamment sur la coupe de cheveux de sa fille, qui se justifie : « Je n'ai pas eu le temps de bien me préparer ce matin. » Hélène demande ensuite s'il souhaite se mettre sur son lit : « Ici, ça ne va pas ? [Sur le fauteuil du salon] » demande Aldo. « Vous serez mieux couché », suggère Hélène. La décision est prise de se déplacer dans la chambre à coucher.

Après avoir rappelé une nouvelle fois la procédure, l'accompagnatrice se retire dans la cuisine pour préparer la substance létale et en ressort après quelques minutes. Tout le monde se déplace dans la chambre à coucher. Les stores sont à moitié fermés, laissant toutefois une bonne clarté dans la pièce. Aldo dépose sa canne contre un petit meuble au pied de son lit : « J'en ai besoin pour l'aller, plus pour le retour. » Caroline lui reproche de plaisanter de cette façon et à ce moment-là, Aldo s'assied sur le bord du lit. Sa fille se tient debout à côté de lui ; tu es aussi debout, en face de lui, mais un peu plus en retrait. Hélène s'accroupit pour lui demander une nouvelle fois si c'est bien ce qu'il souhaite. Aldo acquiesce. Hélène lui suggère de penser à quelque chose qu'il aime au moment de se sentir partir et lui tend le verre. Aldo le prend dans ses mains et plaisante sur le fait que cela ressemble à un verre de vin rouge : « Je dois ne boire que ça ? », et ingurgite aussitôt le liquide, de manière tout à fait sereine, comme un simple verre d'eau, en trois gorgées. Puis il s'adresse à sa fille, qui le remercie. Tous deux partagent quelques paroles affectueuses. Hélène se lève et lui dit au revoir ; tu t'approches et lui tends la main pour lui dire adieu et le remercier. Caroline s'approche ensuite de son père et l'étreint. Elle pleure. À cet instant, Dora apparaît dans le pas de la porte et demande : « Il a déjà bu ? » – Hélène : « Oui. » Caroline se relève et Aldo, toujours en position assise, fait remarquer qu'un store est légèrement cassé : « Il faudra le signaler à la régie. » – Hélène : « Oui, on pourra y penser plus tard. » Il demande encore à Caroline si tout ira bien avec l'armoire de la chambre, et si celle-ci passera bien dans son appartement. Elle le rassure, lui disant qu'elle a mesuré correctement les dimensions. Hélène lui demande s'il se sent partir : « Un peu, oui », répond-il. Elle l'aide alors à se coucher sur le lit qui n'est pas défait. Aldo repose tout habillé sur un couvre-lit vert.

Il s'endort avec ses lunettes, la bouche grande ouverte. Hélène dit que si une personne a l'habitude de ronfler, cela peut se produire. Dora – qui fait des va-et-vient entre la cuisine et le pas de la porte – demande s'il est possible de lui ôter ses lunettes. « Non, répond Hélène, il ne faut rien toucher, car après il y a le contrôle judiciaire. Tout doit rester comme ça, il ne faudrait par exemple pas fermer la bouche. » L'accompagnatrice s'assied à présent à côté d'Aldo, proche de son buste; elle caresse doucement son torse. Caroline est aussi assise à la hauteur des jambes de son père et lui prend la main. Après quelques minutes, Aldo tousse. Hélène le tourne un peu sur le côté, puis le remet droit en redressant un peu l'oreiller. Aldo s'arrête de respirer, dans un dernier râle, commenté par Hélène: « L'air s'échappe de ses poumons, c'est normal. » Le pouls bat encore. Pendant ce temps, vous échangez – Caroline, Hélène et toi – quelques mots sur le déménagement à venir et son organisation. La fille lâche la main de son père lorsque la conversation change de registre. Puis Hélène déclare ne plus sentir le pouls et prononce le décès. Elle prend Caroline dans ses bras, qui pleure; toutes deux sont assises sur le bord du lit. Dora se met contre ton épaule et pleure aussi. Durant quelques instants, tu ressens une grande intensité émotionnelle.

À peine quelques minutes après le décès, vous retournez dans le salon. Caroline s'assied sur le fauteuil, Dora et Hélène sur le divan, toi sur la chaise du petit bureau. Il est environ 9h20. Caroline prend un verre d'eau à la cuisine: « Je ne vous ai même pas offert à boire. Je fais comme chez moi, je suis chez moi. » Mais vous déclinez cette invitation à boire quelque chose, sans qu'elle vous le propose vraiment. Caroline reçoit un message de son médecin sur son téléphone; très touchée, elle lui renvoie un mot – « Je me sens comme nue au milieu de la rue » –, qu'elle répète à haute voix. Elle montre à Hélène le message reçu et sa réponse, puis encore la réponse du médecin, comme pour souligner combien ce dernier est adéquat et soutenant. Caroline reçoit également un message de son employeur. Puis elle fait quelques coups de téléphone. Aldo a en effet noté sur un petit carnet les personnes qu'elle devait appeler tout de suite après le décès, notamment le notaire. De son côté, Hélène appelle la police judiciaire pour signaler le décès. Tu notes en parallèle cet échange surprenant entre Caroline et Dora à propos de la grande télévision :

Dora Simel: «Monsieur Aldo aimait regarder la télévision, le sport; mes enfants aussi; il avait dit qu'il leur donnerait la télévision. [Silence] Est-ce que vous avez besoin de la télévision?»

Caroline Porchet: «Oui, je n'en ai qu'une petite chez moi.»

Dora Simel: «Ah, oui d'accord, pas de problème alors.»

Tu es surpris par la teneur de la conversation; tu notes que Caroline ne s'énerve pas, alors qu'elle ne dira plus tard que du mal de cette femme «venue extorquer [son] père et lorgner sur les biens de l'appartement». La police arrive vers 10h. Deux agents se présentent à la porte: un officier et sa collègue. Lui porte un costume bleu foncé, avec une cravate bleu clair. Elle est aussi en civil; elle a des vêtements noirs. Sous sa veste, tu remarques une arme de poing accrochée à sa ceinture, alors qu'elle se baisse pour installer le matériel qu'elle a pris avec elle: un ordinateur portable et une petite imprimante. Hélène l'observe et lui lance: «Vous avez même pris une rallonge? Vous pensez à tout!» Le bureau où Aldo était assis il y a à peine une heure se transforme en petit poste mobile pour la déposition des témoins. Depuis ce moment, tu te tiens plus régulièrement dans la cuisine, en réalisant quelques incursions dans le salon. Tu profites de la présence de la police pour commencer à prendre des notes, sur des feuilles volantes. Tu entends l'officier demander à Dora de décliner son identité; cette dernière ne parvient pas à épeler correctement son nom et hésite sur sa date de naissance. Le policier lui demande aussitôt: «Je vais vous poser une question toute simple: êtes-vous en situation illégale?» Dora répond que non, qu'elle peut aller chercher ses papiers; elle dit ne pas habiter très loin. Le policier la rassure pourtant; elle peut le dire sans crainte, si c'est le cas. L'officier – qui avait été informé par Hélène au moment de l'appeler que les choses seraient potentiellement compliquées entre cette femme et la fille – dit: «On ne va de toute façon pas rester toute la journée.» Avec Hélène et toi, il entre dans la chambre et referme la porte. Il prend cinq ou six photographies du corps, tout en discutant avec Hélène de la situation. Vous ressortez cinq minutes plus tard; le médecin légiste, en jeans et t-shirt jaune, arrive avec sa mallette au même moment. Hélène te signale que c'est la première fois que la police demande à vérifier l'identité d'une personne qui n'était pas dans la pièce – en l'occurrence Dora – au moment où la

personne a bu la potion. Elle est désolée de t'avoir invité dans une situation aussi singulière, qu'elle n'a jamais connue durant toutes ses années d'accompagnement.

Dora en profite pour sortir de l'appartement, en disant : « Je pars, je vais chercher mes papiers. » La policière restée dans le salon lui demande de rester, mais Dora n'écoute pas et s'en va. La policière s'empresse de la suivre dans le hall de l'immeuble et l'appelle, sans succès. Elle revient en disant : « Je n'y crois pas, elle est partie ! » Les deux agents discutent ensemble ; ils passent un coup de fil pour, comme tu le devines, appeler une autre patrouille afin de signaler cette fuite. L'officier reste néanmoins très serein, car il convient de bien distinguer les événements. À ses yeux, cela n'a pas d'incidence sur le suicide assisté qui fait l'objet ici de leur intervention. La procédure peut suivre son cours. Il cherche surtout à rassurer Caroline et lui dit qu'elle peut penser à son père, et penser à ses affaires, surtout que les pompes funèbres viendront tout bientôt. Le policier te dit encore, en aparté : « Vous voulez que je fasse quoi ? Que je lui cours après, la plaque au sol et la menotte ? Cela ne servira pas à grand-chose. On finira bien par la trouver ; et il est possible qu'elle agisse de la même façon avec d'autres personnes. » La policière découvre à ce propos une carte avec le numéro de téléphone de Dora dans le porte-monnaie d'Aldo. Pour l'instant, il s'agit surtout de vérifier que cette femme n'a pas la clé de l'appartement. Un jeu de clés a été trouvé dans la poche du pantalon porté par le défunt ; les deux autres jeux sont trouvés dans l'appartement, et comme il n'y a que trois jeux de clés sécurisées, tout le monde est rassuré. En évoquant la possibilité de changer immédiatement les cylindres, le policier précise : « Il faut compter environ 300 francs, à vos frais. » Cette option est tout de suite mise de côté. Tu notes à ce propos que le policier s'est lui-même proposé d'appeler un serrurier pour que le cylindre puisse être changé rapidement, sans attendre le feu vert de la régie. En commentant la situation, il dit : « On connaît le dossier ; déjà on traite le décès, après vous pourrez porter plainte si vous le souhaitez. » L'officier estime que Dora ne reviendra pas ; il suggère toutefois à Caroline, par précaution, de s'enfermer une fois seule dans l'appartement et de ne pas lui ouvrir si elle devait se présenter à la porte. Le cas échéant, il lui demande d'appeler la police pour signaler qu'il y a devant l'appartement une personne indésirable.

Le légiste termine son travail à 11h; il salue les agents et la famille. Dans l'intervalle, la policière prend la déposition de Caroline, assise sur une chaise à côté du bureau, et lui dit: « Je tape au kilomètre. Il faut relire. » Cette dernière fait corriger une faute de temps sur le rapport, précisant « être secrétaire de profession ». Caroline doit apposer ses initiales sur chaque page, puis signer le rapport à la fin. Après quelques minutes, le procureur appelle l'officier de police, qui prend l'appel en entrant dans la chambre d'Aldo afin d'être seul pour parler avec lui. Il est 11h20, et c'est au tour d'Hélène de témoigner. Tu l'entends évoquer ta présence; la policière n'est pas sûre de bien comprendre et t'appelle – tu es dans la cuisine – pour que tu puisses préciser ton rôle et ta fonction; tu donnes ton nom, ton affiliation institutionnelle et ta date de naissance. Elle intègre ces éléments à la déposition d'Hélène. Le policier revient ensuite dans le salon:

Le policier: « J'ai eu le procureur. Je vous ai dit tout juste. Vous vous occupez des obsèques, puis quand vous aurez accusé le coup, vous regarderez s'il y a des choses anormales avec vos affaires. Elle [Dora] a réussi à l'amadouer [en parlant d'Aldo]. »

Caroline Porchet: « Elle a pris des choses: elle a par exemple pris un tapis. »

Le policier: « Mais si ce n'est qu'un tapis, il faut évaluer les conséquences d'un dépôt de plainte. »

Caroline Porchet: « Mais c'est un Pfister! »

Le policier: « Oui, mais ça reste un tapis. Je ne dis pas de ne pas déposer plainte, mais de bien apprécier les conséquences. »

Caroline Porchet: « Le fait d'aller au tribunal, je sais. »

Le policier demande si toutes les cartes bancaires sont bien là; Caroline fouille et trouve différentes choses. Tout semble en ordre. Il lui demande encore de regarder s'il n'y a pas d'autres éléments suspects. Hélène est avec toi dans la cuisine; elle se demande quelle suite il va y avoir en entendant tout ça: « Pas pour Exit, te dit-elle, mais peut-être en lien avec la venue de cette personne durant la procédure. » Les relations entre Aldo, Dora et Caroline semblent compliquées, pour ne pas dire ambiguës, autour de certaines sommes d'argent notamment. Caroline lâche, un peu dépitée: « Mon père n'avait plus la force de lutter » [pour contrer les demandes de Dora vraisemblablement].

Les pompes funèbres arrivent à 11h30. C'est le policier qui descend au bas de l'immeuble pour les accueillir, les deux employés funéraires ne disposant pas du code d'entrée. Ces derniers viennent prendre le corps et repasseront vers 14h pour discuter des obsèques, ce qui semble rassurer Caroline dans la mesure où elle ne sera pas toute seule en début d'après-midi. Ils portent tous deux un costume anthracite et une cravate jaune rayée de gris. Ils observent rapidement l'espace et la situation après avoir salué sobrement les personnes présentes, avant de redescendre chercher un chariot dans le corbillard pour transporter le corps. Celui-ci devra être levé à la verticale pour entrer dans l'ascenseur. Les policiers vous saluent et s'en vont. Les pompes funèbres remontent et prennent le corps, l'emballent et le sortent sur le chariot dans le couloir. Le départ est rapide, sans au revoir. Vous sortez sur le balcon ; le corbillard est visible au bas de l'immeuble. Le temps de charger le corps et le véhicule s'en va ; Caroline se précipite à l'intérieur. C'est ce moment qui est le plus dur pour elle. Resté seul un instant sur le balcon avec Hélène, tu lui demandes si elle n'en a pas des fois assez de réaliser ces accompagnements, à quoi elle répond : « Non, pas encore, car j'ai toujours la conviction. Nous avons la chance de pouvoir faire ça. »

De retour dans le salon, vous vous installez encore un petit moment pour vous dire au revoir. Hélène avait indiqué un peu plus tôt dans la matinée que vous resteriez jusqu'à l'arrivée des pompes funèbres, qui sont parties vers 11h45. Durant ces derniers échanges, Caroline relève que son père n'avait que 18 ans quand il s'est mis en ménage avec sa mère, de dix-huit ans plus âgée. Elle a été adoptée à l'âge de 6 mois et dit avoir beaucoup souffert étant enfant : « C'était l'horreur. "Ce n'est pas ton père, ce n'est pas ta mère" ; on disait tout le temps ça à l'école. » Caroline a 62 ans et relève que le départ de son père est beaucoup plus difficile que celui de sa mère, survenu en 2013. Car son père était présent ; désormais, elle est toute seule. Elle se dit plus proche de son père, avant de faire remarquer qu'elle adore ses animaux. Caroline vit avec douze chats et une chienne : « C'est un peu stupide, mais les animaux ne me font jamais rien, au contraire des humains. » Vous évoquez encore les souhaits d'Aldo en matière de funérailles. Caroline dit souhaiter enterrer son père au cimetière de son village, où repose déjà sa mère. Hélène se permet de rappeler qu'Aldo lui avait indiqué une préférence pour l'incinération, puis

une dispersion des cendres au jardin des souvenirs. Mais Caroline hésite encore, préférant le mettre au cimetière de son village, car ce serait plus facile pour elle en termes de recueillement. Elle discutera de ces aspects avec les pompes funèbres durant l'après-midi. Hélène relève aussi qu'Aldo ne souhaitait pas d'annonce dans le journal. Mais Caroline le fera tout de même, car elle estime important d'annoncer le décès, ne serait-ce que pour les personnes de son entourage ainsi que pour son employeur. La discussion se termine sur ce sujet. Vous réitérez vos condoléances. Caroline vous remercie pour votre écoute et votre sympathie, et remercie en particulier Hélène pour son accompagnement. Elle vous raccompagne sur le pas de la porte, qui se referme à clé derrière vous.



4. POST-MORTEM

En Suisse, un suicide assisté – comme n'importe quel autre suicide – est administrativement catégorisé en tant que « mort violente ». De ce fait, une enquête est systématiquement ouverte selon l'article 253 du Code de procédure pénale suisse. Ce quatrième chapitre focalise sur le travail d'investigation relatif à cette enquête, qui requiert l'implication de la police, de la médecine légale et du ministère public. Au terme de cette investigation, la levée de corps peut être prononcée et les pompes funèbres peuvent intervenir. Nous décrivons par le menu les interventions de ces différents groupes professionnels; nous rendons compte de leurs pratiques et des interactions entre eux ainsi qu'entre les représentant·e·s de ces groupes professionnels et les familles ou les accompagnatrices de l'association Exit. Nous détaillons ces éléments sur la base des observations et entretiens menés avec l'ensemble de ces corps de métier, ce qui permet de restituer leurs points de vue; afin de distinguer nos sources d'information au fil du chapitre, nous prénommons nos interlocuteur·trice·s lorsque nous nous référons à des observations directes et restons génériques lorsque nous mobilisons les entretiens, réalisés en sus de ces observations.

Nous suivons par ailleurs l'ordre chronologique de leur apparition durant la procédure. Cette dernière est lancée par les accompagnatrices qui – après avoir constaté l'arrêt des fonctions vitales et laissé aux proches le temps de rendre un dernier hommage à la personne défunte – contactent la police. Il est à noter que les proches ont été informé·e·s en amont de cette procédure pour prévenir certaines réactions, des personnes pouvant se sentir offusquées par l'intrusion policière. Mais cette information est

surtout importante à fournir au préalable, car toute personne témoin du suicide et, plus précisément, de la prise de la substance létale ne peut pas quitter les lieux avant d'y être autorisée. En d'autres termes, une assistance au suicide ne s'arrête pas avec la mort de la personne, mais se poursuit avec la procédure judiciaire et ne se termine qu'après la levée de corps, effectuée par les pompes funèbres.

Bien que cette procédure médico-légale varie d'un canton à un autre et se modifie au cours des ans sur certains détails pratiques, il convient de retenir que la phase post-mortem de l'assistance s'avère généralement plus longue que celle de l'accompagnement au suicide à proprement parler. Cela ressort de nos analyses statistiques des dossiers de suicides assistés archivés au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML). Pour des questions de volume, nous nous sommes focalisé·e·s sur les cinq années les plus récentes par rapport à la temporalité de notre recherche et sur les cantons de Vaud et de Fribourg, où nous avons réalisé nos observations, soit un total de 558 dossiers entre 2014 et 2018. Nos chiffres indiquent une durée moyenne de cinquante-cinq minutes entre l'arrivée des accompagnatrices et le moment où ces dernières déclarent le décès; le temps le plus court est de quatorze minutes et le plus long de quatre heures et quarante-deux minutes. La durée moyenne entre cette même déclaration et l'arrivée des médecins légistes est quant à elle de une heure et vingt-cinq minutes. À cela s'ajoute – mais il s'agit ici d'une estimation, car les dossiers ne contiennent pas d'indications sur l'heure d'appel au ministère public – entre vingt et trente minutes pour réaliser l'examen médico-légal, remplir le constat de décès et obtenir par téléphone la décision de lever ou non le corps. En d'autres termes, cette procédure dure généralement une heure et cinquante minutes, soit environ le double de la phase d'accompagnement. Et cela sans compter l'attente de l'arrivée des pompes funèbres pour emporter la personne défunte, ni le temps qu'il faut aux accompagnatrices pour prendre congé des proches encore présent·e·s. En somme, un retour à une certaine forme d'intimité – sans la présence de professionnel·le·s et de bénévoles – survient rarement moins de deux heures après le suicide (Tableau V).

Tableau V. Durée des différentes phases de l'assistance au suicide

Phases	Temps minimum	Temps maximum	Temps moyen
Phase I (Arrivée de l'accompagnatrice – constat de décès)	14 minutes	4 h 42 minutes	55 minutes
Phase II (Temps d'action du pentobarbital de sodium)	Moins d'une minute	3 h 06 minutes	21 minutes
Phase III (Constat de décès – arrivée de la police)	1 minute	3 h 40 minutes	59 minutes
Phase IV (Constat de décès – arrivée du médecin légiste)	3 minutes	3 h 50 minutes	1 h 25 minutes

Source: tous les dossiers archivés au CURML pour les années 2014-2018 concernant les cantons de Vaud et de Fribourg (N = 558, les chiffres du tableau ont exclu les dossiers dont les données étaient manquantes)

Les proches vivent ce temps d'attente – qui dépend aussi bien de la disponibilité de la police et des médecins légistes que de la distance géographique à parcourir jusqu'au lieu de décès – sur des modes très différents, qui se combinent parfois: temps de recueillement et de partage durant lequel des souvenirs sont remémorés; temps de larmes, d'affliction et de tristesse; temps de rangement et d'organisation administrative; temps de commensalité et d'anticipation sur ce qu'advientra le lieu de vie de la personne décédée et sur la répartition de ses biens; temps de communication encore avec l'extérieur, pour avertir d'autres membres de la famille notamment; un temps d'ennui et perçu comme long encore par les personnes. Cette investigation médico-légale structure dans tous les cas ce temps d'attente, marqué par un relâchement de la tension émotionnelle qui s'exprime par une grande diversité de pratiques et de ressentis. Elle modifie aussi le rôle des accompagnatrices, qui adoptent une posture de soutien tel que cela ressort de notre précédent chapitre.

CONTRÔLE DE POLICE

Plusieurs corps de police interviennent sur une assistance au suicide selon les lieux et les cantons: police judiciaire pour la

ville de Lausanne, gendarmerie pour le reste du canton de Vaud; police cantonale pour Fribourg (ville et canton); police criminelle à Genève; police judiciaire en Valais; gendarmerie à Neuchâtel; police judiciaire dans le Jura. Pour cette section, nous centrons nos descriptions sur l'activité des polices vaudoise et fribourgeoise, avec lesquelles nous avons collaboré et pour lesquelles nous avons le plus de documentation de première main. Outre les observations de l'activité policière durant les suicides assistés où notre présence a été rendue possible par les familles (à sept reprises) ou par les légistes (à dix-neuf reprises), nous avons accompagné plusieurs patrouilles de police appelées sur trois levées de corps Exit et interviewé plusieurs agent·e·s dans les cantons de Vaud et de Fribourg en dehors de nos observations. Ces corps de police travaillent avec le site lausannois du CURML, ce qui permet de restituer la chaîne d'acteurs et actrices concerné·e·s par une même procédure.

ALERTE ET INSPECTION

Peu après le suicide, les accompagnatrices de l'association Exit appellent la centrale d'alarme de la police de la juridiction concernée. Cette centrale contacte le poste de police le plus à proximité de la scène de l'assistance au suicide. À Fribourg, l'appel est réceptionné par un·e chef·fe de groupe qui, disposant de plusieurs patrouilles, en désigne une selon sa connaissance de la situation, pour éviter notamment que les agent·e·s dépêché·e·s dans le cadre de cette intervention ne soient trop concerné·e·s ou sensibles à certains aspects liés à cette scène. La plupart de ces professionnel·le·s, sans que la clause de conscience soit explicitement mentionnée, confirment pouvoir demander, si besoin, à ne pas intervenir. Les raisons les plus fréquemment évoquées relèvent de la proximité relationnelle ou de circonstances personnelles, comme le fait d'être enceinte, de traverser un épisode de vie compliqué (le décès d'un·e proche par exemple) ou de connaître la personne défunte. Très rares sont pourtant les cas où les agent·e·s de police – tout comme les légistes d'ailleurs – activent cette clause de conscience, et cela encore moins lors de «levées de corps Exit», décrites comme moins «traumatiques» que les autres scènes de «mort violente».

Pour la Ville de Lausanne, une fois la police avertie par les accompagnatrices, c'est le Centre d'engagement et de transmission (CET) qui contacte une unité de la police judiciaire afin d'intervenir dans les meilleurs délais sur la scène du suicide assisté. À la différence du

canton de Fribourg, la police de la brigade de Lausanne intervient généralement en habit civil et se déplace à l'aide d'un véhicule banalisé; au niveau de la gendarmerie cantonale vaudoise, les accompagnatrices demandent aux proches présent-e-s si cela ne les dérange pas que les agent-e-s interviennent en uniforme et arrivent avec une voiture de fonction – ce qui peut attirer l'attention du voisinage – pour éviter de retourner se changer au poste. Ces arrangements résultent en partie de discussions avec l'association Exit pour limiter l'éventuel impact négatif sur les proches de l'intervention policière, le plus souvent associée à l'occurrence d'un délit. Selon plusieurs accompagnatrices, l'habit civil contribuerait à «humaniser» les échanges entre la police et les proches en deuil (Tableau VI).

Tableau VI. Personnes présentes durant l'assistance au suicide

Personne(s) présente(s)	Minimum	Maximum	Moyenne
Personne(s) présente(s), accompagnatrice y compris	1	16	Entre 3 et 4
Personne(s) présente(s), sans accompagnatrice	0	15	Entre 2 et 3

Source: tous les dossiers archivés au CURML pour les années 2014-2018 concernant les cantons de Vaud et de Fribourg (N = 558, les chiffres du tableau ont exclu les dossiers dont les données étaient manquantes)

Au début de l'année 2020, vers 9h30, Angela est contactée par la centrale fribourgeoise de police afin d'accompagner une patrouille sur le départ pour une levée de corps Exit.

Tu te rends sur place, une ferme rénovée en milieu rural, par tes propres moyens. Après avoir garé ta voiture à côté de celle de la police, tu rencontres l'agent avec qui tu avais parlé au téléphone, qui est venu à ta rencontre. Vous êtes entré-e-s ensemble dans une antichambre, assez sombre et au plafond bas, avant de longer un couloir; sur la droite, tu as aperçu la chambre à coucher et le corps d'une femme, cheveux blancs, bouche ouverte, installée sur un lit surélevé. Dans le salon, tu as ensuite été présentée aux sept membres de la famille, à qui tu as serré la main et témoigné ta

sympathie; tu leur as également demandé l'autorisation d'observer le travail de la police. Dans l'intervalle, le policier a vu deux de ses collègues arriver, en charge d'établir le rapport; il est sorti les accueillir. Il prend ensuite congé des présent-e-s et laisse les collègues, qui assument le tournus de polyvalence (ce qui signifie qu'ils ne sont pas de patrouille) poursuivre les investigations. De retour à l'intérieur, l'accompagnateur vous a invité-e-s à vous retirer dans la cuisine pour ne pas déranger la famille. Une fois assis autour d'une petite table, les deux agents ont pu commencer à remplir les formulaires, en consultant les documents qui ont déjà été préparés par l'accompagnateur.

En règle générale, les agent-e-s de police endossent plusieurs rôles à la suite d'une assistance au suicide. Ils et elles coordonnent tout d'abord l'action des différent-e-s intervenant-e-s de la procédure médico-légale. C'est en effet la police qui, en se rendant au domicile de la personne décédée ou une fois sur place, informe le CURML et sollicite son intervention à la suite d'une assistance au suicide. Par téléphone, elle transmet l'adresse et quelques informations sur la situation: les nom et prénom de la personne défunte, et parfois son âge ou des indications médicales, pour autant que ces éléments aient été transmis par les accompagnatrices. S'ajoutent à cela d'éventuelles informations pratiques: code d'entrée de l'immeuble, étage ou type de résidence (domicile, hôpital, établissement médico-social).

Les agent-e-s de police isolent la scène du suicide (en faisant en sorte par exemple que plus personne n'y accède avant l'arrivée du médecin légiste) et s'assurent ensuite du fait que le décès relève bien d'une assistance au suicide et non pas d'un autre type de mort violente. Ils et elles cherchent à écarter tout soupçon d'action de tiers non souhaitée – une contrainte physique ou psychologique sur la personne défunte – et tout mobile égoïste. Pour ce faire, leur intervention se fait presque toujours en binôme, sur une scène de décès que les accompagnatrices s'efforcent de laisser en l'état – notamment le corps –, puisqu'il s'agit d'une scène d'enquête. À leur arrivée, les agent-e-s de police consignent les documents et indices utiles à cet effet et prennent quelques photographies de la scène. Une audition au minimum avec l'accompagnatrice est demandée. Il est à noter à ce propos que la procédure, du moins dans le canton de Vaud, s'est allégée en juin 2019: la Directive N° 4.5 du procureur général – intitulée *Procédure en cas de décès résultant d'une assistance au suicide EXIT* – stipule le point suivant: « Il est renoncé à l'audition

des autres personnes présentes et ayant assisté au suicide (parent, proche, ami, etc.). Leur nom et leurs coordonnées seront consignés dans le rapport de police. Elles seront néanmoins informées par la police de la possibilité de demander leur audition dans un délai de sept jours suivant le décès.»

Formellement, la police doit identifier la personne défunte et toutes celles ayant été témoins du suicide. Les agent·e·s demandent les cartes d'identité de chaque individu, les examinent et reportent les indications utiles dans leur rapport; la correspondance entre les personnes présentes, les noms indiqués sur les documents d'identité ainsi que ceux relevés dans le protocole d'Exit est vérifiée. Durant les observations, il est régulièrement arrivé que les personnes déclinent spontanément leur identité au moment de saluer les agent·e·s de police, tout en précisant le lien qui les unit à la personne défunte. Les chercheur·e·s ont également dû se soumettre à cette procédure, en déclarant leur statut et en précisant que leur présence était rendue possible soit par l'accord de la personne défunte, soit par celui des légistes. Il est à noter que cela n'a jamais posé de difficulté – un peu de surprise parfois – pour ces agent·e·s de police, sachant que les autorités judiciaires et policières des cantons de Vaud et de Fribourg avaient été informées en amont et avaient donné leur aval.

En attendant l'arrivée des légistes, les agent·e·s de police sont amené·e·s à discuter avec les personnes présentes. Cette composante relationnelle est diversement endossée, certain·e·s se limitant à parler des aspects administratifs et procéduraux, d'autres engageant une conversation plus informelle. Cela n'est pas dû qu'à la personnalité des agent·e·s, mais également à la configuration des espaces, au nombre de personnes présentes, à l'ambiance générale, à la clarté de la situation. Toutes les informations utiles sont compilées par la police sur la scène du suicide assisté. À Fribourg, celle-ci remplit un formulaire intitulé «Procès-verbal de perquisition et de mise en sûreté provisoire», sur lequel sont listés l'ensemble des éléments saisis, principalement des documents et des objets: une copie du formulaire d'adhésion de la personne défunte à l'association pour le droit de mourir dans la dignité; une copie de la lettre de vocation – manuscrite ou notariée; les copies des différents rapports et certificats médicaux, contenant une appréciation de la capacité de discernement de la personne; une copie de l'ordonnance; le matériel ayant été utilisé pour le suicide, notamment le flacon de pentobarbital de sodium, le verre et la cuillère.

Consigner le matériel ayant servi à l'assistance au suicide sert en cas d'analyses complémentaires demandées ultérieurement par la justice; il est détruit lorsque cette dernière l'autorise. Une fois les informations et le matériel collectés, le formulaire de perquisition est signé tant par les agent-e-s de police que par les accompagnatrices d'Exit. Il est à noter que ce formulaire n'est pas spécifique, à Fribourg, à un décès par suicide assisté; il est utilisé lors de toute interpellation ou intervention conduisant à une fouille ou à une saisie. Il est par contre spécifique aux pratiques de la police fribourgeoise. Dans d'autres cantons – dans le Jura par exemple –, cette démarche est réalisée par les accompagnatrices, qui transmettent ce même type d'information à la police judiciaire directement; dans le canton de Vaud, le matériel ayant servi au suicide n'est pas obligatoirement séquestré.

En pratique toutefois, ces perquisitions peuvent soulever quelques ambiguïtés, comme a pu le constater Alexandre. Lors d'un suivi de levée de corps avec une légiste au printemps 2018 dans une ville du canton de Vaud, tu es entré dans la chambre d'un homme de 80 ans qui venait de se suicider à son domicile, avec deux agents de police en uniforme. D'emblée, l'un d'eux a remarqué quelque chose: «Le pentobarbital, le verre et le flacon ont déjà été enlevés» – [L'accompagnatrice] «Ça fait douze ans que je fais des accompagnements, j'ai toujours fait comme ça» – [Le policier] «Eh bien ça fait douze ans que vous êtes dans l'erreur.» Sur ce bref échange, l'accompagnatrice a justifié son action en disant qu'elle préférerait ne pas laisser le verre sur la table de nuit, avec le risque que quelqu'un vienne et y appose les lèvres. Comme pour tempérer ces interpellations quelque peu tendues, la légiste est intervenue, en préparant son matériel pour l'examen corporel; en ne s'adressant ni au policier ni à l'accompagnatrice directement, elle a fait remarquer à haute voix que certain-e-s agent-e-s demandaient d'enlever rapidement le flacon, d'autres pas. Pour le procureur en charge de ce dossier, l'important a été de s'assurer que ces produits aient été détruits.

Pour compléter les informations contenues dans les documents et tirées du matériel utilisé pour réaliser l'assistance au suicide, une audition de témoin – il n'y a pas de prévenu à ce stade de la procédure – est requise; au minimum, l'accompagnatrice d'Exit fait une déposition, prise sur place. Les agent-e-s en charge de l'audition s'installent en fonction des espaces disponibles, idéalement dans une pièce un peu à l'écart des membres de la famille, et si possible à distance de la personne défunte. Les individus concernés s'asseyent

autour d'une table ou d'un bureau; parfois, la police utilise ses propres ordinateur et imprimante portables afin de pouvoir apposer les signatures manuscrites sur les documents au terme de la procédure. Pour reprendre l'exemple de Fribourg, ce document est dénommé «Audition de la personne appelée à donner des renseignements». Il comporte différentes rubriques, dont le nom de famille, la date de naissance, le lieu d'origine, la profession, l'adresse du domicile de l'accompagnatrice, la langue maternelle, le type de permis de séjour, si pertinent; la case intitulée «en présence» permet d'indiquer le nom de l'agent-e de police qui a réalisé l'audition. Une deuxième partie est réservée à toute «information juridique» utile, alors qu'une troisième partie sert à relater l'«audition des faits»: le déroulement de l'accompagnement jusqu'à l'assistance au suicide y est synthétisé dans les grandes lignes, sans reprendre les nombreuses indications déjà contenues dans le protocole d'Exit ou dans les rapports médicaux et autres certificats. Une dernière rubrique est consacrée à d'éventuelles remarques et à la collecte des signatures.

Lorsque tu as suivi l'intervention de la police décrite plus haut, l'un des deux agents a pris la déposition de l'accompagnateur, qui a d'emblée souligné que la défunte «souffrait», qu'elle avait des douleurs, mais surtout qu'elle en était arrivée à un stade où la vie «était devenue impossible»; qu'elle «avait peu d'autonomie». L'accompagnateur a présenté le certificat du médecin, daté du mois précédent. Il a encore expliqué que le médecin traitant n'avait pas souhaité prescrire la solution de pentobarbital; il était par conséquent revenu voir la personne une quinzaine de jours avant le suicide avec une doctoresse d'Exit. Cette dernière a également rédigé une attestation pour la capacité de discernement, puisque cet élément ne figurait pas non plus dans le rapport du médecin traitant. Selon l'accompagnateur, le «choix était hyper clair» dès son premier rendez-vous avec la personne; il a souligné la constance de sa volonté. Puis il a fourni des indications sur son profil, avant d'exposer le déroulement de l'assistance au suicide. L'agent de police notait rapidement le récit, presque mot à mot jusqu'au terme de l'audition.

Juridiquement, les accompagnatrices peuvent refuser de témoigner, mais cela n'est jamais arrivé à notre connaissance. Selon nos observations, durant l'audition, elles décrivent les raisons médicales qui sous-tendent l'assistance au suicide à la lumière des recommandations médico-éthiques en vigueur. Elles commentent la temporalité de la dégradation de l'état physiologique et de la perte d'autonomie

de la personne; les souffrances vécues au quotidien; la détermination de celle-ci à réaliser le suicide; l'absence d'une influence de tiers dans la décision et la réalisation de l'acte; la position des membres de la famille et des proches, entre l'adhésion à Exit et l'assistance au suicide; l'implication, ou non, des médecins travaillant pour l'association dans la production des documents utiles. Au fond, les accompagnatrices font le récit de l'assistance au suicide en mettant en exergue les événements justifiant le calendrier qui a rythmé ses différentes étapes (Tableau VII).

Tableau VII. Médecins signataires des divers documents nécessaires à l'accomplissement d'une assistance au suicide

Documents	Signataires	Fréquence	Pourcentage (%)
Capacité de discernement et	Même médecin de l'association Exit A.D.M.D. Suisse romande	89	17
Ordonnance de pentobarbital de sodium			
Capacité de discernement et	Trois signataires distinct-e-s	240	45,8
Ordonnance de pentobarbital de sodium et			
Rapport médical	Même médecin de l'association Exit A.D.M.D. Suisse romande	8	1,5

Source: tous les dossiers archivés au CURML pour les années 2014-2018 concernant les cantons de Vaud et de Fribourg (N = 558, les chiffres du tableau ont exclu les dossiers dont les données étaient manquantes)

La police verse encore à son rapport les photographies prises de la scène, en cas d'arrivée avant les légistes. Aucune recommandation ne définit la façon de photographier ces scènes. Les agent-e-s se basent sur leur expérience: «Il s'agit de photos générales», indique un agent. Les clichés doivent néanmoins permettre d'identifier la personne décédée. Le visage est donc photographié, ainsi que le corps dans son entier, notamment pour en déterminer la position en lien avec le dispositif technique ou le matériel utilisé pour la réalisation du suicide; l'ambiance de la pièce où celui-ci

s'est déroulé est également photographiée. L'objectif est de pouvoir évaluer, si nécessaire et a posteriori, la congruence entre les indications transmises par les accompagnatrices et la scène telle qu'elle a été documentée par la police : est-ce que le dispositif a pu être actionné par la personne s'étant donné la mort ? Est-ce que le verre ayant servi à l'administration du pentobarbital était à portée de main ? Dans le cas de l'usage d'une perfusion, est-ce que le mécanisme permettant la diffusion du barbiturique dans le sang était atteignable compte tenu de la position du corps et de la distance qui le séparait du dispositif ? Ces photographies ne sont toutefois pas jointes au rapport officiel de la police, mais restent à la disposition de la justice.

Un troisième document est complété sur place. Pour le canton de Fribourg, celui-ci s'intitule « Ordonnance de libération du corps » ; il est rempli conjointement avec les légistes au terme de leur examen. Dans ce document figure l'heure de décès constatée et non pas celle indiquée par les accompagnatrices, qui ne disposent pas, du point de vue des légistes, des compétences médicales pour la déterminer précisément. C'est sur la base des indications stipulées dans ce dernier document qu'un appel téléphonique a lieu ensuite avec un·e procureur·e, qui autorise ou non la police, sur délégation, à prononcer la levée de corps, qui sera effectuée ultérieurement par les pompes funèbres. Indépendamment de cette autorisation, la police peut encore poser des scellés et interdire l'accès au lieu du décès ; cela se produit lorsque des objets de grande valeur sont à disposition et que des conflits transparaissent entre les proches, lorsque la suspicion de la police est éveillée. Si cela n'a jamais été observé sur la trentaine de situations suivies, plusieurs accompagnatrices ont relaté les effets d'une telle mise sous scellés sur les membres de la famille, parfois venu·e·s de loin et contraint·e·s de se loger ailleurs pour finaliser les démarches administratives et funéraires.

La police met enfin au courant les légistes pour faciliter leur travail et les aide parfois à manipuler le corps durant l'examen, auquel les proches n'assistent pas vu son caractère intrusif. La scène de l'assistance au suicide devient ainsi un lieu de repli pour certain·e·s agent·e·s, qui échappent en quelque sorte aux questions de la famille et s'extrait, le temps de cet examen, d'une situation chargée sur un plan émotionnel et relationnel. Entre professionnel·le·s, la parole se libère, le ton se fait plus ordinaire et des plaisanteries peuvent prendre place, ce qui relâche quelque peu la tension inhérente à ces

situations. C'est ce qui a été notamment vécu par Marc-Antoine en accompagnant une autre légiste. Tu es entré dans la chambre à coucher d'une femme d'une septantaine d'années. Au-dessus du lit où celle-ci reposait – tenant entre ses mains et sur sa poitrine une photographie de son fils décédé, avec un doudou sous un genou –, il y avait un crucifix, un chapelet et une représentation du Christ. L'un des deux agent·e·s de police a fait remarquer, sur une petite commode à côté du lit, la présence d'une bouteille de vin rosé entamée et trois verres encore à moitié remplis: «Ils auraient au moins pu finir leur verre!» Sur quoi sa collègue a précisé: «C'est pour enlever le mauvais goût en bouche!» Et le premier d'ajouter: «Je ne sais pas, je n'ai jamais essayé», ce qui a provoqué quelques légers sourires.

Lorsque toutes ces démarches de contrôle ont été effectuées et que tous les documents ont été remplis, le travail de la police in situ prend fin. Les agent·e·s rangent leurs affaires, saluent les personnes présentes et prennent congé. Mais leur travail n'est pas encore tout à fait terminé. De retour à la centrale, ils et elles entreprennent encore quelques démarches administratives et complètent le «Rapport de constat: levée de corps» qui récapitule le déroulement de leur intervention avant de clore le dossier et de le transmettre au ministère public.

REGARDS POLICIERS SUR LA PROCÉDURE

En matière d'assistance au suicide, les agent·e·s de police considèrent leur intervention comme «facile», «agréable», «légère» ou encore «sans grande confrontation avec les membres de la famille présents». La scène qui en résulte se distingue à leurs yeux des autres scènes de «mort violente»: la famille s'y est préparée, c'est donc «moins lourd pour nous», relève un agent. Un autre précise: «Les situations d'Exit sont plus détendues; les gens sont prêts. Les personnes qui meurent étaient souffrantes.» Un autre poursuit: «Avec le suicide assisté, la famille est en général calme. Donc, c'est calme comme intervention, ce qui n'est pas le cas pour les autres interventions.» Cela ne signifie pas pour autant que l'intervention est toujours simple pour la police, qui doit entrer en interaction avec des personnes en deuil.

Pour leur part, les agent·e·s – du moins dans les cantons de Vaud et de Fribourg – ne sont pas informé·e·s en amont d'une assistance au suicide et ne se rendent sur place qu'une fois le suicide

accompli. Cela notamment pour éviter tout conflit déontologique avec les principes de prévention qui requièrent potentiellement l'interruption de l'assistance prévue en cas d'arrivée anticipée. Il est à noter que les avis sont néanmoins partagés à ce propos, la plupart regrettant cet état de fait pour des questions organisationnelles. Il n'est pas rare en effet que plusieurs assistances au suicide aient lieu le même jour et dans le même territoire ou canton, ce qui implique d'intervenir simultanément en des endroits distants; or, cela n'est pas toujours possible et génère pour les proches des temps d'attente plus longs. Le cas échéant, les échanges avec la famille s'avèrent plus tendus. D'autres dispositions ont ainsi été prises ailleurs, dans le canton de Genève notamment, où il est d'usage que l'association Exit prévienne la police pour faciliter l'intervention de cette dernière.

Quoi qu'il en soit, les agent·e·s n'ont généralement pas de suspicion en arrivant sur les lieux. Ils et elles ne partent généralement pas du principe que ce dispositif d'assistance au suicide sert à masquer un meurtre sur demande de la personne ou un homicide. La police estime toutefois nécessaire d'effectuer ce contrôle post-mortem pour écarter toute éventualité de ce type. Selon nos observations et entretiens, l'investigation sert surtout à s'assurer du fait que l'accompagnement au suicide a respecté les « bonnes pratiques » et les recommandations médico-éthiques en vigueur. Elle a d'ailleurs été allégée et simplifiée au fil du temps: le corps n'est plus envoyé systématiquement au centre de médecine légale pour être examiné; les témoins sont moins nombreux à être auditionnés; le matériel n'est, en certains endroits, plus séquestré d'office; la visibilité de l'intervention policière fait l'objet de considération. Ces allègements dénotent la volonté de calibrer l'écart entre la catégorisation administrative de « mort violente » et la perception que les professionnel·le·s entretiennent de la scène où ils et elles interviennent, ce que résume cet agent: « Il s'agit d'une belle mort, propre, en comparaison d'un suicide, par exemple à l'arme à feu. » Si certain·e·s agent·e·s vont même jusqu'à déclarer être pour un abandon complet de cette procédure, la plupart pensent qu'il est nécessaire de maintenir ce contrôle pour, comme le relève l'un d'entre elles et eux, « s'assurer qu'on reste dans le cadre ». Sur un plan légal et formel d'ailleurs, il conviendrait de changer la loi et la catégorisation d'un suicide assisté avant d'imaginer arrêter cette procédure.

Des proches ayant expérimenté cette investigation médico-légale, tout comme certaines accompagnatrices, sont toutefois enclin·e·s à dénoncer un certain zèle pratiqué durant la procédure, ce que les agent·e·s confirment parfois. La grande majorité des personnes impliquées perçoit néanmoins ce contrôle non seulement comme utile, mais aussi comme rassurant. Pour les représentant·e·s d'Exit tout d'abord, l'investigation médico-légale valide d'un point de vue externe la qualité et la conformité de leurs prestations et de leurs accompagnements. Les proches ensuite, bien qu'ils et elles puissent nourrir l'impression de participer à un potentiel délit du seul fait de l'intervention policière, se disent rassuré·e·s une fois le corps libéré. Ils et elles trouvent néanmoins souvent long ce temps d'investigation.

Sur un plan émotionnel enfin, les agent·e·s disent vivre ces interventions avec une certaine distance, à l'instar de ce policier qui déclare : « C'est une procédure comme pour un accident ; finalement, je suis détaché. » Détaché certes, mais la police reste impliquée dans une procédure qui met néanmoins à l'épreuve des compétences d'investigation, aussi bien qu'une capacité à entrer en relation avec la famille endeuillée d'une manière particulière, puisque la mort a été prévue et décidée. Cette compétence relationnelle s'exerce formellement lors de l'audition des témoins, et plus informellement en attendant l'arrivée d'un·e médecin légiste, voire pendant l'examen du corps. Ces discussions relèvent de sujets qui permettent aux différents individus de clarifier certains aspects de la procédure ou d'apprécier le traitement de cas limites : suicides assistés de couples, demandes d'assistance pour les personnes souffrant d'une maladie psychique ou encore pour des détenu·e·s.

Lors de ces temps d'échange, souvent brefs, une série d'enjeux éthiques, légaux et moraux sont débattus. Les accompagnatrices en profitent pour exemplifier l'équilibre à trouver entre le respect des « bonnes pratiques », la volonté de la personne qui accomplit son suicide et la position des proches. Comme le relève un accompagnateur, il faut être « hyper prudent, sinon c'est le procès ! » En présence des agent·e·s, les accompagnatrices font part de leurs connaissances du dispositif médico-légal et de leur attitude respectueuse des principes en vigueur et des recommandations, comme le souligne cette autre accompagnatrice : « Je respecte la ligne légale, la ligne à ne pas franchir. » De même, un accompagnateur à qui un proche, en présence du médecin légiste et des autres agents de police, demande s'il est possible de lui faire un don en espèces pour le remercier de

la qualité de son accompagnement a répondu ouvertement, d'une voix forte et audible, qu'accepter un tel don à titre personnel était contraire aux principes de l'association et constituerait un risque de mobile égoïste. Il a précisé qu'aucun individu ne doit retirer de bénéfice personnel d'un accompagnement au suicide et a conclu, sur un ton plus doux : « Ne le prenez pas mal. »

En d'autres termes, ces micro-échanges entre agent·e·s de police, accompagnatrices d'Exit et membres de la famille en deuil sont un moyen de partager les appréciations respectives sur un dispositif complexe porté par une diversité d'acteurs et d'actrices. Ces échanges leur donnent également l'occasion de rectifier ou d'actualiser certains détails de procédure, de comparer les pratiques cantonales ou encore d'énoncer des souhaits pour faire évoluer les modalités de ce contrôle post-mortem. Les échanges plus informels sont aussi l'occasion de mettre un peu à distance la réalité de la mort, qui justifie la présence de ces professionnel·le·s. Avec les proches plus particulièrement, la police exploite les quelques informations qui lui ont été transmises par l'accompagnatrice pour aborder aussi des sujets qui ne concernent pas directement l'enquête. La dimension ordinaire de ces sujets permet de tisser du lien et d'alléger la situation. Un policier a déclaré, sur le ton de la boutade, qu'il faudrait augmenter les standards physiques des agent·e·s, car des collègues ne parviennent pas à courir après quelqu'un qui s'échappe, ce qui n'est « pas bien pour la sécurité ». Sur quoi tout le monde a rigolé de bon cœur.

Ne poursuivant pas spécialement d'objectif d'investigation, ces conversations informelles attestent des compétences relationnelles des agent·e·s de police qui cherchent à minimiser l'impact de leur présence sur les proches, qui n'est pas toujours bien comprise ni acceptée, tel que le relève enfin cet agent : « On a le sentiment qu'on est de trop [...] ». C'est pourquoi la police – soucieuse de respecter l'intimité des proches – se tient le plus possible à l'écart ; les agent·e·s limitent leurs échanges aux strictes exigences de leur fonction et préfèrent discuter avec leur collègue ou rester auprès des médecins légistes après leur arrivée.

L'INVESTIGATION MÉDICO-LÉGALE

Les médecins légistes du CURLM ont été suivi·e·s sur dix-neuf levées de corps faisant suite à une assistance au suicide. Si le CURML est réparti entre deux sites, l'un à Lausanne et l'autre à Genève, la

collaboration s'est surtout faite avec le site de Lausanne, qui couvre à la fois les cantons de Vaud et de Fribourg. Partant d'un seul lieu, ces médecins légistes peuvent être amené·e·s à parcourir de longues distances par rapport à la police ou aux pompes funèbres, dont les ancrages territoriaux sont plus diversifiés. En conséquence, le temps moyen d'arrivée sur les lieux d'une assistance au suicide est d'une heure et vingt-cinq minutes, soit vingt-cinq minutes de plus que le temps moyen nécessaire à la police pour se rendre au même endroit.

Cette durée ne dépend pas que de la distance géographique à parcourir. Deux autres facteurs entrent en jeu. Le premier est d'ordre médico-légal. En effet, à la différence des accompagnatrices d'Exit, qui constatent la mort avec l'arrêt des fonctions vitales, du cœur en particulier, les signes d'une mort certaine pour les légistes sont les rigidités cadavériques (*rigor mortis*) et les lividités cadavériques (*livor mortis*). Les premières font référence à la perte progressive d'élasticité des tissus, en particulier musculaires, causée par des transformations biochimiques irréversibles; les secondes correspondent à la palette des colorations, le plus ordinairement violacées, qui s'observent dans les parties déclives du corps. Ces lividités résultent d'une accumulation progressive de masse sanguine. Ces deux processus ne se manifestant pas tout de suite après l'arrêt des fonctions vitales; il n'est pas rare qu'une fois averti·e·s, les légistes attendent quelques dizaines de minutes avant de prendre la route vers une scène d'assistance au suicide.

Le second facteur, le plus important, dépend du nombre d'interventions à effectuer, parfois en des endroits très éloignés sur ces territoires. En effet, c'est l'un·e des deux médecins légistes assistant·e·s de garde qui intervient non seulement sur toute occurrence de « mort violente », mais aussi lors d'agressions traumatiques ou sexuelles. Le nombre de médecins légistes mobilisables peut augmenter en cas de surcharge et d'urgences, mais il sera toujours plus réduit que celui des agent·e·s de police. La combinaison de ces facteurs rallonge le temps de déplacement sur une scène, surtout lorsque plusieurs assistances au suicide sont pratiquées le même jour. Selon nos statistiques, le plus long temps d'arrivée pour un·e légiste a été de trois heures et cinquante minutes.

MISE EN ROUTE ET CONSULTATION DU DOSSIER

Une fois alertées, les polices des cantons de Vaud et de Fribourg appellent le secrétariat du CURML qui, à son tour, transmet

l'information à l'un-e des médecins légistes de garde. Ce dernier ou cette dernière note sur une « feuille de transmission » les nom, prénom et âge de la personne décédée, l'adresse où se rendre ainsi que le nom de l'accompagnatrice d'Exit qui a contacté la police ; des informations sur la pathologie dont souffrait la personne sont parfois communiquées. Sur un plan vestimentaire, les médecins légistes portent des habits civils pratiques et confortables afin d'intervenir en tout lieu et à toute heure. En quittant le CURML, ils ou elles emportent une petite mallette en métal qui contient un thermomètre, des pinces de différentes tailles, des instruments de mesures électrochimiques et électromécaniques, ainsi qu'un appareil photographique. D'ordinaire, ces interventions se font seul-e pour une assistance au suicide ; elles sont toutefois perçues comme formatrices par bon nombre de légistes, il n'est donc pas rare que des stagiaires accompagnent le ou la médecin de garde.

Les légistes effectuent le trajet au volant d'une voiture du CURML ; un autocollant de l'institution est apposé sur les portières. Le coffre contient une réserve de gants blancs ou bleus en nitrile et des combinaisons pour les levées de corps en extérieur ou dans des lieux contaminés ; il n'est fait aucun usage de ces combinaisons lors d'une « levée de corps Exit », toutes les assistances au suicide s'effectuant en intérieur. En route, des compléments d'information peuvent être échangés par téléphone entre la police et les légistes sur les possibilités de stationnement, le nombre de personnes présentes ou d'éventuelles particularités d'accès. Lorsqu'Isabelle était accompagnée de Marc-Antoine, ainsi que du stagiaire Hervé, il a été nécessaire de rappeler la police pour trouver une maison quelque peu isolée en campagne. Cette légiste a demandé si une voiture de police était déjà sur place, ce qui aurait facilité le repérage du domicile ; comme cela n'était pas le cas, il a fallu interpréter le regard de certaines personnes à l'extérieur d'une maison pour savoir si vous arriviez à la bonne destination : « Ce n'est pas la première fois, relevait Isabelle, qu'on me donne une fausse adresse et que je tourne un peu en rond. »

La pratique reste la même que le suicide assisté ait lieu en institution, dans un établissement médico-social ou en hôpital : les légistes s'annoncent à la réception et exposent les motifs de leur venue. Au domicile des personnes, ce sont les accompagnatrices d'Exit ou la police qui les accueillent, souvent avec un-e proche. Les salutations sont brèves ; les condoléances ne sont

pas systématiquement présentées aux membres de la famille et la nature de l'examen à réaliser n'est pas non plus exposée en détail ; des précisions sont volontiers fournies en cas de questions de la part des proches qui, rappelons-le, ont été informé-e-s au préalable de leur intervention. La police ainsi que les accompagnatrices d'Exit fournissent également des indications si cela est souhaité. Ces dernières commentent surtout la souffrance de la personne accompagnée ou sa détermination ; elles donnent une appréciation de l'évolution de la maladie ou de l'état de santé durant les dernières semaines ou mois de vie de la personne, font part de leur appréciation des relations sociales et familiales ou informent encore sur le profil des proches.

Avec Isabelle, vous vous êtes présentés aux proches avant d'entrer dans la maison, où vous avez emprunté un escalier en bois équipé d'un monte-chaise. À l'étage, un déambulateur se laissait apercevoir dans l'entrebâillement de la porte de la salle de bains ; vous avez longé le couloir où se trouvait un fauteuil roulant pour rejoindre la chambre du fond. Vous ayant montré le chemin, l'une des deux accompagnatrices – Chloé – a refermé la porte derrière elle avant d'apporter quelques précisions sur la situation : « Je suis venue voir la personne mardi et, son état se dégradant rapidement, Madame a souhaité recourir au suicide assisté aujourd'hui. Elle pensait initialement recourir vers fin juin au suicide assisté [nous sommes à la mi-juin, en 2018], mais son état ne l'aurait peut-être plus permis. Elle souffrait de plusieurs cancers. Elle avait des problèmes de déglutition. On ne souhaitait pas prendre de risque, j'ai donc appelé Nathalie, une infirmière d'Exit, pour poser la perfusion. On a ouvert la perfusion avec la pincette à linge. »

Les légistes s'assurent généralement qu'aucun-e proche ne reste dans la pièce où se trouve le corps de la personne défunte pendant leur examen. Ceci permet d'éviter que les membres de la famille n'entendent des commentaires très factuels et techniques, et ne soient exposé-e-s à des manipulations du cadavre dérangelantes, puisque toutes les parties du corps – y compris génitales – peuvent être déshabillées l'une après l'autre et photographiées avant d'être rhabillées. Assister à un tel examen peut s'avérer difficile à supporter pour les non-initié-e-s, même si les gestes pratiqués sont efficaces et précautionneux ; ils démontrent une grande expérience quant au rapport au corps. Dans certaines situations toutefois, lorsque l'assistance s'est déroulée dans une pièce ouverte qui ne permet

ni une forme d'intimité ni de tenir à distance le regard des personnes présentes, les légistes se montrent inventifs et inventives sinon autoritaires pour demander à l'assistance de quitter les lieux, cette dernière devant se rendre dans un espace extérieur ou sur un balcon par exemple. Cela peut occasionner quelques désagréments pour les proches, qui ne disposent plus à bien plaisir de leur espace de vie; il n'y a cependant guère de heurts ou de résistance, les proches ne souhaitant en principe ni voir ni savoir ce que vont concrètement faire les légistes.

Isabelle n'a pas eu besoin de faire sortir quiconque pour pratiquer son examen, tous les proches ayant attendu sur la terrasse de la maison. La défunte, âgée d'une cinquantaine d'années, reposait sur un lit simple, non médicalisé. La tête du lit était légèrement surélevée. La défunte avait la bouche légèrement ouverte, les cheveux coupés courts; elle était vêtue d'un pantalon noir et d'un pull blanc fin à longues manches; un châle mauve la recouvrait. Elle portait une écharpe à son cou, ressemblant à un keffieh. Deux petites peluches étaient posées sur son épaule gauche; dans le prolongement, son bras était étendu sur un coussin, le cathéter bien visible et une pince à linge noire posée juste à côté.

Formellement, quatre actions successives constituent l'intervention des légistes: la consultation du dossier remis par les accompagnatrices, l'examen du corps, la rédaction du constat de décès et la prise de contact avec les procureur·e·s. Si les pratiques qui sous-tendent chacune de ces actions sont fortement standardisées, l'ordre et la manière de réaliser les deux premières varient non seulement en fonction des circonstances, mais aussi selon les habitudes des légistes. Certain·e·s consultent d'abord le dossier, d'autres préfèrent réaliser l'examen du corps en premier. L'objectif reste pourtant le même, à savoir comparer deux histoires: la première qui se révèle dans les contenus du dossier et la seconde dans l'examen externe du corps. Lorsque ces deux histoires concordent, les légistes écartent toute éventualité, d'une part, d'intervention non souhaitée d'une tierce personne et, d'autre part, de contention ou de maltraitance.

Dans notre exemple, Isabelle a expliqué à son stagiaire la manière de procéder, tout d'abord avec les documents: «Il faut une feuille manuscrite ou un document notarié, ce qui est le cas ici, la dame ne pouvait sûrement plus écrire. La lettre du médecin, là, c'est hyper clair. Tout est noté là-dessus. C'est par contre

embêtant s'il y a des métastases cérébrales par rapport à la capacité de discernement, ce qui est aussi le cas ici. Le certificat officiel stipule « pleine capacité de discernement ». » En règle générale, la consultation du dossier ne prend guère plus de cinq minutes, mais certains documents attirent plus que d'autres l'attention des légistes : les rapports et certificats médicaux, l'attestation de la capacité de discernement ainsi que l'ordonnance de pentobarbital. À leur lecture, les légistes cherchent à savoir si une ou plusieurs pathologies sont spécifiées et, le cas échéant, lesquelles. Dans leur jargon, il s'agit des « indications » qui attestent des raisons – du moins au niveau médical – susceptibles de justifier le recours à une assistance au suicide. Les légistes sont également attentifs et attentives aux signataires de ces documents ainsi qu'à la date d'émission, ce qui était le cas d'Isabelle. Il est intéressant de noter que, pour certain·e·s légistes, ces documents ne devraient pas dater de plus d'une année, alors que d'autres considèrent une limite de six mois comme étant appropriée, en particulier pour l'attestation de la capacité de discernement. L'appréciation de cette temporalité varie en fonction de la pathologie mentionnée. Il n'y a par contre pas de délai légal à respecter. À ce propos, après notre départ, Isabelle – lors du trajet de retour en voiture vers le CURML – a contacté sa superviseuse pour obtenir son avis sur le fait que l'attestation de capacité de discernement datait de six semaines alors que la personne défunte présentait des métastases cérébrales, ce qui est apparu comme acceptable. Concernant la prescription de pentobarbital enfin, il convient de vérifier que le grammage se situe entre 11 et 15 grammes, cette dernière valeur étant désormais la plus standard.

En règle générale, les légistes se montrent plus à l'aise dans la procédure lorsque les signatures sur ces différents documents ne proviennent pas toutes de la même main, mais de différent·e·s médecins, si possible indépendant·e·s d'Exit, ce qui répond à l'une des recommandations médico-éthiques de la Fédération suisse des médecins. Lorsqu'au contraire ces documents – l'attestation de la capacité de discernement, le rapport médical et la prescription de pentobarbital – ont tous été signés par la même personne, à savoir un·e médecin-conseil d'Exit ou un·e médecin qui est également accompagnateur ou accompagnatrice, cela aiguise l'œil des légistes sur l'ensemble des circonstances du décès ; ce point est alors signalé à la justice lors de l'appel téléphonique.

Les légistes consultent encore la lettre manuscrite ou notariée de la personne qui atteste de la volonté de cette dernière de mettre un terme à sa vie. Cette lettre correspond la plupart du temps au modèle mis à disposition par Exit; la date et l'origine de la personne signataire sont relevées. Enfin, les légistes s'intéressent au formulaire d'adhésion à l'association pour se faire une idée de la temporalité de l'assistance au suicide. Mises bout à bout, ces dates fournissent un indice de la volonté de mourir d'une personne et de la persistance de sa décision, ce dernier élément faisant également partie des recommandations médico-éthiques. Les légistes se figurent ainsi le caractère plus ou moins précipité d'une décision, qui pourrait résulter d'un raptus dépressif. Les assistances au suicide organisées en quelques semaines ou en quelques jours seulement, « en urgence », sont souvent considérées avec circonspection, mais pas forcément avec suspicion. Il est à relever que la consultation de ces documents est souvent agrémentée de commentaires oraux émis par les accompagnatrices d'Exit. Ces dernières introduisent quelques précisions et ressentis sur la condition médicale et l'environnement de vie de la personne. Les légistes en profitent pour comparer ces commentaires avec les informations contenues dans le dossier et le protocole d'accompagnement. Dans cette perspective, plus les éléments concordent, plus leur évaluation gagne en évidence et en clarté.

L'EXAMEN DU CORPS

Plus l'expérience des légistes – dont la majorité sont des femmes – est grande, plus leurs gestes sont rapides et précis; le temps pour effectuer l'examen est dès lors raccourci. Non pas que certaines parties de cet examen ne soient pas réalisées, mais elles le sont avec dextérité et avec une compréhension quasi instantanée de ce qui doit ou ne doit pas être documenté. Par contraste, et par souci de bien faire, les légistes moins expérimenté·e·s passent plus de temps sur certaines parties du corps; ils et elles se demandent par exemple si telle tâche observée sur la partie inférieure d'une paupière correspond à une pétéchie, une petite marque violacée provenant d'un saignement sous-cutané relatif à un traumatisme, un étouffement notamment. Sinon, les variations observées concernent l'ordre des opérations effectuées sur le corps, certains légistes préférant commencer par les bras, d'autres par le crâne et le visage. Ces variations ne tiennent pas seulement aux habitudes,

mais aussi à la position du corps, qui peut être allongé ou assis. Les vêtements peuvent avoir une incidence pour les manipulations : l'accès à certaines parties corporelles s'avère moins aisé lorsqu'il s'agit de déboutonner une chemise et un pantalon que quand il suffit de défaire une blouse d'hôpital.

Les corps révèlent leur histoire. Toute marque apparaît comme la signature d'un événement particulier : chute, intervention chirurgicale, pathologie ou incapacité physique. Chaque lésion, chaque dermabrasion, chaque ecchymose, chaque hématome, chaque cicatrice renseigne sur les chocs et interventions extérieures subis. L'observation de leur couleur fournit une indication sur leur temporalité : passant du rouge et violet au jaune et verdâtre, les différentes colorations des marques permettent de déterminer depuis combien de temps celles-ci existent. Tous ces détails vont être recensés selon un protocole bien établi ; les légistes, toujours équipé·e·s d'un appareil photographique, prennent des clichés de chacune de ces marques, à côté desquelles est apposée une règle pour mesurer leur dimension.

Parmi les dix-neuf levées de corps observées par les membres de l'équipe de recherche, Marc-Antoine a accompagné Martine pour la levée de corps d'un homme de 80 ans. Ce dernier était couché dans un lit double. Il était habillé d'un marcel noir, d'un pantalon foncé, chaussettes aux pieds. Le défunt était installé légèrement de travers sur le lit, la tête surélevée par un grand coussin blanc. La bouche était entrouverte, les paupières fermées et les mains croisées sur le ventre. Dans ce cas de figure, le policier présent a demandé à l'accompagnatrice de sortir de la chambre pour « nous laisser faire notre travail », tandis que la famille – une dizaine de personnes – patientait dans le salon. Après avoir pris quelques photos d'ensemble, Martine a mis ses gants bleus. Elle a soulevé les paupières avec une pincette, pris des photos supplémentaires sur des points précis en posant une équerre pour les dimensions ; elle a ensuite tourné la tête pour voir le cou, regardé les bras, soulevé le marcel pour photographier le torse, relevé les canons du pantalon. Elle a ensuite ôté les chaussettes et fait un cliché des pieds. Pour observer le dos, Martine a dû retourner le corps. À cet effet, elle a poussé une épaule et la base du tronc, ce qui s'est avéré difficile : « Je glisse avec mes sandalettes. » Elle s'est alors déplacée de l'autre côté du lit pour tourner le corps vers elle, puis retrousser la chemise, baisser le pantalon et inspecter les hanches. Elle a encore

soulevé les deux jambes pour observer les mollets et les cuisses, après quoi elle a déclaré : « L'accompagnatrice me parle de maladie de Parkinson, de rétinite. Mais rien. Le document médical date de 2012. Par contre, la capacité de discernement a été attestée en 2018 [année de notre observation]. »

La légiste a tapoté avec son poing le dos du défunt et constaté des rougeurs sur la cuisse droite et une cicatrice : « Je le trouve très rigide à cet endroit. » Puis elle a rhabillé le corps et l'a remis dans sa position initiale, en s'adressant au mort directement, ce qui a très rarement été observé : « On va essayer de vous remettre comme vous étiez avant. » Cette remise en place, a précisé Martine, est effectuée « pour montrer que je ne l'ai pas laissé tout nu ou n'importe comment. » Au terme de la procédure, la légiste a fait remarquer que plusieurs pathologies pouvaient être présentes ; elle n'a toutefois pas pu vérifier si la personne était effectivement aveugle. En situation, Martine s'est reposée sur le fait que l'évaluation de la capacité de discernement était récente et a informé la procureure avec qui elle a parlé au téléphone qu'elle appellerait le médecin traitant pour obtenir plus d'informations, vu que le dossier médical datait de 2012. Dans l'intervalle, le corps a été libéré.

À l'instar de cet exemple, les légistes commencent leur examen en observant plutôt le visage et le crâne du cadavre. Muni-e-s d'une paire de gants, ils et elles palpent le sommet puis la base de la tête ; de petits coups lui sont parfois administrés afin de déterminer la présence d'éventuelles fractures. En ce qui concerne le visage, les légistes sont particulièrement attentifs et attentives aux pétéchies : le dessus et le dessous des paupières sont auscultés à l'aide d'une pince lisse, pour ne pas marquer la peau par cette opération. Cette dernière est répétée tant à l'intérieur des lèvres inférieures et supérieures que derrière les oreilles. Puis les légistes inspectent les bras. Lorsque la personne défunte est habillée, les manches de la pièce vestimentaire recouvrant le haut et l'avant-bras sont retroussées. À ce niveau, quand c'est nécessaire, il s'agit surtout d'identifier le dispositif de perfusion intraveineuse encore en place, juste après le pli du coude. La présence d'une intraveineuse témoigne de la prise de médicaments et du moyen utilisé pour administrer la solution de pentobarbital. Les légistes regardent l'entier du système : le cathéter, les tuyaux, la perche et la poche qui contient la solution physiologique dans laquelle a été ajouté le barbiturique sous forme liquide. Ils et elles s'intéressent à la façon dont le mécanisme a

pu être activé par la personne elle-même, qui doit tourner une mollette; en cas de difficulté motrice, il arrive que celle-ci ôte une pince à linge (comme dans la situation documentée avec Isabelle) ou – encore plus rarement – relâche simplement ses doigts qui tenaient le tuyau plié afin de laisser s'écouler la substance létale dans les veines. Les légistes observent encore les mains, faces dorsale et palmaire, ainsi que l'intersection des doigts, afin de détecter une éventuelle marque de piqure. À noter que les mains comme le cou sont fréquemment ornés de bijoux et de parures dont la présence sera indiquée dans le rapport.

Pour scruter le haut du corps, il convient de déshabiller la personne défunte. Il n'est pas nécessaire d'enlever complètement les vêtements; les légistes s'arrangent pour relever un pullover ou un t-shirt, pour déboutonner une chemise. Ils et elles parviennent à documenter ainsi le haut du corps, du thorax à l'aîne. Pour la partie inférieure, les légistes abaissent le pantalon, le short ou le bas de training jusqu'aux genoux ou aux talons, si nécessaire. Ils et elles peuvent abaisser la culotte ou défaire une couche pour examiner la peau de l'entrejambe. Reste à observer les pieds, après avoir retiré chaussettes et chaussures chez celles et ceux qui en portent: les surfaces dorsale et plantaire médiale et latérale sont analysées, tout comme les parties entre chaque doigt de pied, toujours pour identifier une éventuelle trace d'injection.

Il s'agit ensuite de retourner la personnes défunte. Pour y parvenir, la présence d'un tiers est souvent requise: la police, un-e stagiaire ou une accompagnatrice. Martine avait noté à ce propos: «Beaucoup [en parlant de la police] mettent la main à la pâte. Mais pour certains, c'est la punition quand on le leur demande.» Cette aide s'avère particulièrement précieuse lorsque le corps est positionné autrement qu'allongé et qu'il n'occupe pas un lit médicalisé ajustable. Dans bon nombre de situations, les légistes doivent s'accommoder du domicile des personnes: ils et elles sont amené-e-s à monter sur un lit double pour retourner la personne défunte; à manipuler un corps habillé de pied en cap en position assise, sur un fauteuil, une chaise de bureau, un canapé du salon ou – plus compliqué encore – une chaise à bascule; ces positions assises représentent d'ailleurs un peu plus du quart des cas de suicides assistés. Dans de très rares situations, il est impossible de retourner le corps, qui est déposé à terre avant d'être examiné, puis remis dans sa posture initiale (Tableau VIII).

Tableau VIII. Position du corps post-mortem

Position du corps	Fréquence	Pourcentage (%)
Décubitus dorsal (sur le dos)	387	69,6
Décubitus latéral (sur la tranche droite ou gauche)	19	3,4
Assis/couché (inclinaison du haut du corps entre 45 et 90°)	150	27

Source: tous les dossiers archivés au CURML pour les années 2014-2018 concernant les cantons de Vaud et de Fribourg (N = 558, les chiffres du tableau ont exclu les dossiers dont les données étaient manquantes)

Concrètement, lorsque les légistes bénéficient d'une aide, le corps n'est pas complètement retourné. Ils et elles prennent soin de croiser les jambes de la personne défunte pour faciliter sa bascule sur chacune de ses « tranches », successivement. Les légistes passent une main sous l'aisselle et empoignent le bras avec l'autre main afin de tirer le corps par une pression exercée sur le dos. Le corps obtempère sans trop de résistance selon sa corpulence. La personne qui assiste les légistes applique une main au bas du dos et l'autre au niveau du cou, voire de la tête, afin que celle-ci ne s'affaisse pas contre le sol ou sur une partie molle du sommier ou d'un coussin. Les légistes peuvent observer ainsi les parties les plus difficiles d'accès : le dos dans son ensemble et la partie antérieure du cou et de la tête.

Ces manipulations permettent de constater les accumulations de sang qui apparaissent comme autant de taches violacées sur les parties déclives du corps, autrement dit en dessous des tissus cutanés, une fois la circulation sanguine interrompue. Ces taches surviennent généralement sur les parties antérieures du corps – les jambes, les cuisses, les fesses – ainsi que sur certaines parties du dos, plus rarement sur la partie antérieure des bras. Elles correspondent aux lividités survenant dans l'heure qui suit le décès et constituant l'un des signes d'une mort certaine. En exerçant une pression sur les différentes parties du corps, les légistes observent si ces lividités sont déjà fixées ou si elles disparaissent, ce qui permet de confirmer la position dans laquelle la personne est décédée.

Le degré de rigidité du corps est examiné grâce à des stimulations mécaniques des jambes et des bras – au niveau du biceps par

exemple, il s'agit de recréer une contraction musculaire –, sachant que ce processus de rigidification commence par le haut du tronc avant de s'étendre aux différentes extrémités du corps. Dans les cas de suicide assisté, l'absence de rigidité confirme la temporalité indiquée dans le protocole d'accompagnement, puisqu'elle n'apparaît en principe que plusieurs heures après la mort, avant de disparaître après quarante-huit heures environ. Une dernière opération de l'examen médico-légal consiste à comparer la température ambiante de la pièce avec celle du corps. Depuis quelques années, les légistes évitent dans la mesure du possible une prise de température rectale; ils et elles apposent simplement la paume de leur main sur une partie dévêtue de la personne défunte, ou optent pour une pratique intermédiaire en usant d'un thermomètre placé sous les aisselles. Cette comparaison thermique permet, à l'instar de l'observation des lividités et des rigidités, d'établir l'heure du décès.

Enfin, les différents objets apposés ou introduits dans le corps sont décrits et documentés, comme l'entrée d'une poche gastrique dans une partie de l'abdomen ou la présence d'un patch diffusant quelques doses de morphine, ces dernières étant susceptibles d'attester de probables souffrances. Les prothèses, pacemaker et autres interventions chirurgicales – une ablation d'un sein, une opération de la hanche ou une césarienne – sont également indiqués dans le rapport comme autant d'éléments qui reflètent la condition médicale et l'histoire de ces corps. Au terme de cet examen, les légistes rhabillent les parties du corps de la personne défunte qui ne le seraient pas encore avant de remettre ce dernier dans la posture qui était la sienne au moment du décès. Une photographie est encore prise pour attester, si nécessaire, du fait que leur intervention se veut peu intrusive et respectueuse; une intervention qui n'est alors guère perceptible pour les proches lorsqu'ils et elles retournent auprès du cadavre.

Selon les données issues de leur examen médico-légal, les légistes peuvent questionner les accompagnatrices ainsi que la police afin d'obtenir des compléments d'information ou des explications quant à certaines marques corporelles, qui sont nombreuses chez les personnes âgées notamment. Ils et elles font des observations et des constats qui ne sont pas toujours indiqués dans le dossier ou qui n'ont pas de lien direct avec l'assistance au suicide; les membres de la famille peuvent être sollicité·e·s pour élucider des points qui nécessitent une connaissance fine du parcours de vie et de santé de la personne

défunte. Une fois que tout est clarifié et qu'aucun doute ni aucune suspicion ne subsiste, les légistes, de concert avec la police, font une appréciation globale de la situation. Puis les agent-e-s contactent le ministère public pour transmettre les informations et demander la libération du corps; les légistes prennent le relais au téléphone pour fournir les principaux résultats de leur examen et récapitulent les indications médicales qui sous-tendent l'assistance au suicide. Il est à noter que, lorsque les légistes ayant procédé à l'examen n'ont pas encore obtenu leur titre FMH, ils ou elles doivent contacter la personne qui les supervise, nécessairement titulaire de cette certification. Le cas échéant, l'échange porte sur certains points techniques: le degré d'attention à porter aux pétéchies sous l'une des paupières par exemple ou la pertinence de prendre un cliché de la voie veineuse dans laquelle le pentobarbital a été injecté.

Après des procureur-e-s, les légistes insistent sur le fait que le cas examiné relève bien d'une assistance au suicide, sans l'intervention de tiers. Dans la situation documentée avec Isabelle, l'usage de la pincette l'avait par exemple interpellée: «C'est trop simple comme mécanisme. Il faudrait un mécanisme plus actif; on préfère que les gens fassent un mouvement plus actif.» Isabelle avait en outre relevé le lapsus de l'accompagnatrice qui, en arrivant dans la chambre, avait dit: «On a ouvert la perfusion avec la pince à linge.» Cette expression avait d'ailleurs été relevée durant l'échange par le policier présent, qui avait demandé à l'accompagnatrice si la personne avait bel et bien enlevé elle-même cette pince. L'accompagnatrice avait aussitôt répondu par l'affirmative. Isabelle a donc transmis ces éléments à la procureure avec qui elle a parlé au téléphone, en relayant les propos de l'accompagnatrice. Sur cette base, cette procureure a autorisé la levée de corps par les pompes funèbres. L'alternative, qui ne s'est jamais produite lors de nos observations sur le terrain, aurait été de demander un transport du corps au CURML pour réaliser un examen externe approfondi, voire une autopsie. En l'occurrence, cela n'aurait toutefois pas permis de déterminer qui avait ôté la pince.

Une fois l'examen du corps terminé, reste à rédiger le constat de décès, qui diffère du certificat de décès utilisé, dans les cantons de Vaud et de Genève, pour les «morts naturelles». Sur le document en question figure un petit texte introductif indiquant que le ou la légiste en question est autorisé-e à constater le décès d'un individu. Sont notés les nom et prénom de la personne décédée, sa date de

naissance, son adresse de résidence, l'heure et la date tant de la mort que de son constat, le lieu du décès; il est ensuite mentionné – ce qui importe pour la finalisation de l'assistance au suicide – que «selon ses constatations rien ne s'oppose à l'inhumation ou à l'incinération dans le délai légal» et que «le corps peut être transporté, sans danger de contagion». Les légistes apposent un timbre sur le document avant de le dater et de le signer. Ils et elles conservent ce document en y ajoutant la mention «suicide assisté», alors que deux copies sont remises aux pompes funèbres, le police prenant une photographie du document. Parallèlement, des discussions peuvent s'engager entre les différents protagonistes, soit pour renseigner l'absence de tel ou tel document, soit pour s'accorder sur l'appréciation générale de la situation, ou encore mieux connaître les pratiques et procédures des un·e·s et des autres. Ces micro-échanges permettent de formuler des avis sur les «bonnes pratiques» de l'assistance au suicide; sur les cas limites et leur traitement par la justice ou la presse; sur les différentes configurations et dynamiques familiales observées lors de ces «levées de corps Exit».

Les légistes étant toujours susceptibles d'intervenir sur une autre scène, ils et elles ne tardent pas à retourner au CURML une fois leur travail réalisé et les documents remplis. De retour à leur bureau, ils et elles rédigent leur «rapport de levée de corps», qui reprend de manière détaillée les différents points de leur intervention, les documents remis par les accompagnatrices, ainsi que les principaux résultats de l'examen corporel. Ce rapport – qui, si nécessaire, doit être relu par un médecin légiste FMH – est envoyé non pas à la personne ayant ouvert l'enquête, mais à la division des affaires spéciales du Ministère public central, tout au moins dans le canton de Vaud. Ce rapport est conservé dans les archives électroniques du CURML, avec les photographies prises en situation et toutes les autres annexes scannées (rapports médicaux, lettres manuscrites ou notariées, attestation de la capacité de discernement). Il peut être mobilisé ultérieurement en cas de poursuite de l'enquête pénale ou de dépôt de plainte.

ENCADREMENT, CONFIANCE ET SUSPICION

Lors des interviews avec les légistes du CURML – vingt en tout, en plus des dix-neuf observations de levées de corps –, personne ne s'est dit clairement opposé à l'assistance au suicide. Certain·e·s ont quelque peu esquivé la question, alors que d'autres n'ont pas souhaité prendre clairement position. Toutes et tous ont du moins considéré

l'importance de cette procédure médico-légale, qui fait entièrement partie de leur mission professionnelle. Un légiste la résume très bien : « Chacun est libre de demander l'assistance au suicide s'il l'entend. Maintenant, de donner la possibilité de le faire, ce n'est pas mon rôle. Une fois que j'interviens, mon rôle n'est pas d'être jugeant sur ce type de chose-là, si ce n'est de donner les indications au procureur qui se détermine sur la situation. » D'autres légistes se déclarent ouvertement en faveur de cette pratique, à l'instar de cette femme : « Oui, moi je suis favorable. Mais je trouve qu'il faut une bonne raison pour faire un suicide assisté. Mais c'est mieux qu'un suicide ordinaire. Les gens trouvent un moyen. Ils sont déterminés. Donc autant faire cela dans un cadre agréable, avec les proches et non tout seul. Au moins, ils sont partis comme ils ont voulu ! Et peut-être que moi aussi, un jour, j'aurai besoin de recourir au suicide assisté. » Une autre légiste abonde dans ce sens : « Je trouve bien qu'une personne d'un grand âge, qui estime avec sa capacité de discernement, puisse être capable de prendre cette décision, de mettre un terme à sa fin de vie. [...] Je trouve que c'est la moins mauvaise solution pour elle [...]. En général, on dit que se suicider, ce n'est pas un choix, mais une absence de choix. Là, les gens ont choisi, et je sais par expérience que l'on pourrait les retrouver sur une voie de chemin de fer. Donc je trouve bien qu'un pays introduise cet arsenal pour sa population. »

L'ouverture des légistes à l'égard de l'assistance au suicide reste cependant liée, d'une part, aux conditions qui la cadrent, comme l'avait résumé Isabelle lors de l'une de nos observations : « Personnellement, je suis favorable au suicide assisté, mais j'aime bien que les règles soient respectées. » Cette ouverture dépend, d'autre part, de l'interprétation par les légistes des « bonnes raisons » d'y recourir, autrement dit de la condition médicale et de la qualité de vie de la personne. Lors d'une autre observation, avec Oscar cette fois, ce dernier avait répondu ainsi à la question de l'importance de la présence d'une maladie incurable : « Ce n'est pas la pratique du suicide assisté qui me gêne ; ça ne me pose pas de problème. [...] Pour moi, il faut une maladie incurable ; pénalement, non. S'il n'y a rien, je demande plus. » Ce respect de la procédure tout comme ces interprétations de la condition médicale de la personne défunte définissent au fond le rôle très particulier de ces légistes engagé-e-s sur une levée de corps à la suite d'une assistance au suicide. Ce type d'intervention reste en marge des standards de leur profession, puisque l'heure et la cause du décès sont déjà connues, ce qui rend le travail – comme le notait encore

Oscar – «humainement intéressant, mais professionnellement pas trop». Autrement dit, lors d'une levée de corps Exit, les légistes se bornent à contrôler les «bonnes pratiques» et le «respect des règles de l'art». Ils et elles «représentent sur la levée de corps – comme le relevait encore une autre interlocutrice – les yeux du Ministère public».

Il est vrai que le nombre de cas demandant une investigation judiciaire approfondie ou débouchant sur une plainte pénale demeure très ténue. Il faudrait pour cela qu'un mobile égoïste soit avéré, qu'une tierce personne soit explicitement intervenue ou que la capacité de discernement fasse défaut. Ces trois dimensions légales étant respectées dans la très grande majorité des cas, l'intervention des légistes se limite à constater certaines inadéquations entre les recommandations promulguées – notamment – par l'Académie suisse des sciences médicales, la Fédération suisse des médecins et l'Association pour le droit de mourir dans la dignité. Comme le note ce légiste, en sus de la composante pénale, l'intervention permet de vérifier «que l'éthique médicale soit respectée» pour une aide à mourir qui – en soi – n'est pas médicale. Or, savoir si la personne défunte a pris par ses propres moyens le barbiturique, si elle était décidée et jouissait pleinement de sa capacité de discernement le moment venu, si toutes les alternatives médicales ou de prises en charge ont été présentées par le passé à la personne défunte, voire si c'était bien du pentobarbital qui a été utilisé pour donner la mort, n'est pas directement observable a posteriori. L'évaluation des légistes repose donc en grande partie, à l'exception de l'examen du corps, sur les documents produits par des collègues médecins et sur la relation de confiance avec les accompagnatrices d'Exit, comme le relève encore ce légiste: «C'est basé sur une question de confiance [...] parce qu'il y a un cadre et une confiance dans la manière de procéder de l'association.» Une autre légiste renforce le trait à ce propos: «On fait confiance, on doit faire confiance. Mais on n'en sait rien, tout pourrait être faux.»

En d'autres termes, les légistes opèrent dans une zone liminaire, puisque la loi n'est a priori pas enfreinte, ce que cette autre légiste fait bien remarquer: «On n'a pas de suspicion en arrivant, mais on cherche à voir s'il y a des éléments pour en avoir.» Ils et elles agissent dans une zone où s'entremêlent incertitudes, doutes, questionnements et demandes de clarification, et parfois volonté de signalement ou encore réprimandes envers les accompagnatrices d'Exit. Cela peut générer de la frustration, car le sens de l'intervention paraît limité

aux yeux de certain·e·s, surtout que la décision revient toujours aux procureur·e·s. Cette répartition des rôles n'est toutefois pas remise en question, ce que relève encore ce légiste: «Ce n'est pas à nous de trancher. On n'est pas là pour dire le droit. [...] On est là pour vérifier si les associations n'ont pas interféré avec l'autonomie de la personne de choisir sa propre mort.» D'ailleurs, comme le fait remarquer un autre légiste, «il n'y a pas d'autre mort violente qui est aussi encadrée que celle-là».

L'attention des légistes se renforce surtout quand les indications médicales leur semblent inappropriées: une incontinence, une diarrhée chronique, une hypertension, du cholestérol ou un problème de mobilité. Elle s'aiguise encore plus lorsqu'il n'y a aucune indication de maladie ou lorsque les accompagnatrices transmettent des informations vagues et imprécises. Ces différents éléments éveillent d'éventuels soupçons et constituent ces «cas limites» qui – tel que le fait remarquer ce légiste – «justifie une tutelle de l'État sur les associations pour le droit de mourir dans la dignité» et légitime ce contrôle post-mortem, même si, dans les faits, les conséquences judiciaires sont rarement effectives. Certain·e·s légistes estiment en ce sens qu'il serait préférable de ne plus intervenir du tout in situ, mais de vérifier uniquement les documents. Quoi qu'il en soit, toutes et tous considèrent, du fait que les assistances au suicide sont organisées par des associations et réalisées par des bénévoles, qu'il est nécessaire de préserver une telle investigation médico-légale.

Bon nombre de légistes font remarquer que la procédure requérant leur intervention permet de prévenir ainsi les éventuels excès. Sans juger au niveau personnel et individuel une liberté admise et même défendue, la mise en place d'un garde-fou collectif revient régulièrement dans leurs propos pour éviter de possibles dérives. «On est à la porte de l'eugénisme quand même» ou il ne faut «pas créer les opportunités d'une purge» sont autant d'expressions qui reflètent une crainte entretenue non seulement par leurs observations directes, mais aussi par certains fantasmes, à l'instar de ce légiste qui soutient «que, lors de l'entrée dans un EMS, on leur propose d'être adhérent à l'association Exit». Les légistes estiment contribuer à diminuer la pression sociale pouvant s'exercer à l'encontre des personnes âgées, malades ou en situation de handicap; ils et elles considèrent parallèlement que leur intervention garantit la possibilité de recourir à un suicide assisté pour défendre une liberté individuelle.

L'équilibre entre efficacité et préservation du corps reste pourtant difficile à trouver. Étant au cœur du dispositif de contrôle post-mortem, les légistes ne sont pas avares en commentaires sur la pertinence ou non d'alléger la procédure, du moins celle en vigueur dans le canton de Vaud. Un examen trop intrusif pourrait abîmer les vêtements ou modifier la position de la personne défunte, au risque de perturber le recueillement et le deuil des proches; un examen trop allégé ou une attention réduite à certaines recommandations médico-éthiques laisserait accroître une complaisance à propos d'une pratique qui reste toujours liée à une forme de « mort violente ». Du point de vue professionnel, il manquera cependant ce qui fait le sel de leur profession, à savoir déterminer l'heure, voire la date, et la cause d'une mort violente ou suspecte. C'est pourquoi les levées de corps Exit sont perçues comme routinières, suivant un strict protocole et dénuées d'intérêt professionnel. Elles sont décrites comme « sereines » sinon « reposantes », « sans grande surprise », si ce n'est de découvrir la position du corps et le mobilier sur lequel celui-ci repose (Tableau IX).

Tableau IX. Pièce de mobilier sur laquelle repose le corps

Pièce de mobilier	Fréquence	Pourcentage (%)
Lit médical	48	8,6
Lit	401	72,3
Fauteuil	37	6,7
Canapé	57	10,3
Chaise	7	1,3
Chaise longue	5	0,9

Source: tous les dossiers archivés au CURML pour les années 2014-2018 concernant les cantons de Vaud et de Fribourg (N = 558, les chiffres du tableau ont exclu les dossiers dont les données étaient manquantes)

Les légistes qualifient par ailleurs l'atmosphère de ces situations et l'attitude des proches de « calmes », « tranquilles », « emplies de tristesse », voire « joviales ». Ces qualifications contrastent fortement avec les autres scènes de « mort violente » sur lesquelles ils et elles se rendent, comme le souligne cette légiste: « L'atmosphère est plus détendue en comparaison d'un accident. Émotionnellement, c'est moins dur. La famille est moins dans un état traumatique. Parfois, les gens boivent l'apéro ou discutent. C'est plus facile de

saluer les gens. Ils sont plus sereins et on connaît déjà l'accompagnatrice, pour l'avoir croisée sur d'autres lieux.» Pour d'autres, le suicide assisté est comparé à un « événement familial ». En somme, dans les situations d'assistance au suicide, le travail émotionnel semble faible; il suppose par contre d'engager – même de manière succincte – un travail relationnel avec des proches en deuil, des proches que les légistes ne croisent généralement pas sur les autres scènes de « mort violente ».

LE MINISTÈRE PUBLIC

La dernière étape de la procédure de contrôle de la pratique d'assistance au suicide est la décision de justice de poursuivre ou non l'investigation. Ce sont tout d'abord les procureur·e·s de garde de la région où est survenu le décès qui vont faire une appréciation de sa conformité légale, sur la base des indications fournies par les légistes et la police par téléphone. Dans un premier temps, ils et elles vont autoriser la levée de corps, le contraire étant extrêmement rare; dans un second temps, ils et elles vont constituer un dossier numérique et papier avec ses annexes, dossier qui sera ensuite transmis à la Division des affaires spéciales du ministère public central (MPC), du moins dans le canton de Vaud.

Pour produire cet éclairage sur le rôle et l'action des magistrat·e·s, nous avons obtenu l'autorisation des procureurs généraux des cantons de Vaud et de Fribourg non seulement d'accompagner et de nous entretenir avec les polices de ces cantons et les légistes du CURML sur ces deux territoires, mais aussi, d'une part, d'interviewer les procureur·e·s de district ayant reçu un appel lorsque nous étions sur une scène d'assistance au suicide et, d'autre part, de rencontrer le procureur en charge de la Division des affaires spéciales du MPC vaudois. Nous décrivons donc le rôle du ministère public à partir des conversations que nous avons entendues en situation avec les accompagnatrices d'Exit, les légistes et la police, ainsi que des cinq entretiens réalisés ultérieurement dans les bureaux respectifs des procureur·e·s ayant instruit l'un ou l'autre dossier.

L'appel téléphonique

En janvier 2011, un nouveau Code de procédure pénale (CPP) est entré en vigueur en Suisse. Il a modifié l'activité professionnelle des procureur·e·s, auparavant juges d'instruction. Continuant d'instruire

les enquêtes pénales pour lesquelles ils et elles sont saisi-e-s – toutes les morts « non naturelles » ainsi qu'une pluralité d'affaires allant des violences conjugales aux querelles de voisinage –, les procureur-e-s sont désormais amené-e-s à défendre aussi l'instruction devant les tribunaux, autrement dit à soutenir l'accusation et à requérir une peine. Comme le relève le procureur rencontré, « avant on établissait les faits, on procédait aux investigations et on envoyait [le dossier] au tribunal. Ensuite, c'était le procureur qui reprenait le dossier pour défendre le point de vue de l'État. Maintenant ont fait les deux choses. »

Les magistrat-e-s ouvrent chaque jour de nouvelles enquêtes, les dossiers d'assistance au suicide ne représentant que la partie congrue de leur activité quotidienne. En cas de « mort violente » ou de mort inexplicquée, ils et elles ordonnent une enquête policière et, si nécessaire, des examens médico-légaux, parfois une autopsie ; ils et elles sollicitent également des auditions, déléguées à la police ou réalisées directement par leurs propres soins, de personnes en leur qualité de témoin, de padre – un statut hybride entre témoin et prévenu-e – et de prévenu-e justement. Selon les éléments recueillis lors de l'instruction, les procureur-e-s rédigent une ordonnance de condamnation, de classement ou encore de non-entrée en matière. Ils et elles assument par ailleurs une permanence 24 heures sur 24 permettant de traiter une diversité de situations urgentes et imprévues. Dans le canton de Vaud, une trentaine de procureur-e-s se répartissent cette permanence, entre des « gardes d'arrondissement » durant la semaine et des « gardes cantonales » durant les week-ends.

Les assistances au suicide se pratiquant avant tout durant les jours ouvrables, les procureur-e-s instruisent généralement ces dossiers durant les « gardes d'arrondissement » relatives à la partie territoriale du district correspondant. Ils et elles ne se déplacent pas sur les lieux de décès, sauf circonstances particulières : lors d'un accident grave par exemple, d'une mort suspecte ou inexplicquée, ou quand l'impact médiatique est potentiellement élevé. Aucun-e des procureur-e-s interrogé-e-s ne s'est déplacé-e sur une situation de suicide assisté : « Il faudrait vraiment que quelque chose cloche », relève un magistrat. En règle générale, les procureur-e-s de service reçoivent un appel téléphonique de la police, plus rarement d'un-e légiste, entre 11h et 14h. Cet appel les avertit de la survenue d'une assistance au suicide. Pour prendre leur décision, ces procureur-e-s (vaudois-e-s en l'occurrence) suivent la directive N° 4.5 du procureur

général mentionnée précédemment, dont la dernière modification connue au moment de rédiger ce texte date du 27 juin 2019. Ils et elles s'assurent que les documents requis ont bien été remis par Exit à la police et que les légistes ont procédé à un examen médico-légal directement sur place. À noter que cette procédure est spécifiquement dédiée aux assistances au suicide réalisées par Exit, comme le note encore ce procureur : « La procédure du suicide assisté est vraiment faite pour l'association Exit. Si ce n'était pas le cas [via un médecin traitant-e par exemple, ce dont aucun-e procureur-e n'a le souvenir], la situation serait discutée. »

Après avoir contacté la centrale de police pour obtenir le nom et le numéro de téléphone du procureur ou de la procureure de service, la police sur la scène d'une assistance au suicide lui transmet l'adresse et l'identité de la personne défunte. Elle fait état des documents collectés et de l'audition effectuée ; sur cette base, elle indique si la procédure d'Exit a été respectée ou non. À la raison médicale du suicide systématiquement mentionnée, la police peut compléter les renseignements avec quelques éléments contextuels ou sociaux. Le légiste ou la légiste transmet ensuite par oral son évaluation de la situation. Si les représentant-e-s de ces deux corps professionnels rapportent chacun à leur tour les informations utiles à l'instruction du dossier, les procureur-e-s s'appuient essentiellement sur l'avis des légistes, comme le souligne ce magistrat : « Pour moi, si le légiste n'a pas de souci – plus que la police je dirais [...], [parce que] c'est vraiment le spécialiste de la procédure plus qu'un[e] gendarme qui intervient sur les lieux – si le légiste me dit que c'est tout bon, on y va comme cela. » Un autre l'indique de cette façon : « Tant que la check-list est respectée, tant que les légistes ne voient pas de souci, et puis ils sont assez pointilleux, quand il y a quelque chose qui les dérange, ils préfèrent prendre le corps au CURML pour faire des investigations supplémentaires. Donc là, je leur fais confiance. Et si eux me disent très spontanément que tout est ok, c'est ok. »

Les procureur-e-s sont néanmoins attentifs et attentives à certains détails, ceux qui constituent les « cas limites » de l'assistance au suicide : « Est-ce que quelque chose paraît surprenant dans l'enchaînement du processus, des dates ? Est-ce qu'il y a de la précipitation ? Est-ce que le document attestant de la capacité de discernement n'est pas daté ? Est-ce que la personne a toute sa tête ? Est-ce qu'un proche était très opposé à la démarche, virulent, disant : "On n'a pas pris soin de veiller que la personne était en

état de consentir”?» Au fond, la procureure évoquant ces aspects interprète un faisceau d'informations pour se déterminer et s'assurer du fait «que l'on est dans un cadre serein, où les choses ont été faites tranquillement, dans les règles». Pour un autre procureur, «c'est la capacité de discernement et la problématique sanitaire, de santé» qui importent, alors qu'un autre encore relève les éléments suivants: «Deux choses: d'une part, que le protocole Exit tel que l'association l'a mis en place est respecté, et être attentif à cette qualité de vie tellement dégradée ou à la présence de souffrances ou d'une maladie incurable [d'autre part].»

Si la capacité de discernement et l'intervention d'une tierce personne font l'objet d'attention, la question d'un éventuel mobile égoïste n'est par contre jamais évoquée spontanément, à l'instar de ce que relève ce procureur: «Mon premier réflexe, c'est de discuter avec les médecins légistes, histoire d'avoir une vision plus claire de tout cela. Il y a aussi un raisonnement de juriste par derrière, qui consiste à dire qu'au-delà de ces questions-là [médicales], l'assistance au suicide est punissable selon le droit pénal suisse. Il faut qu'il y ait un mobile égoïste: la méchanceté crasse, la vengeance et le cas classique de l'héritage. Là [avec l'assistance au suicide], évidemment, on est toujours à des années-lumière de ce genre de problématique. Ce qui permet aussi de faciliter la réflexion. Cela, il ne faut pas s'en cacher. Jamais ce type de mobile [n'apparaît] dans les situations Exit.» Notons également que les procureur-e-s de service sont attentifs et attentives non pas à la séquestration, mais à la destruction des contenants de pentobarbital, comme le relève ce magistrat: «J'ai un réflexe qui consiste à m'assurer que le produit ne reste pas sur place; on ne sait pas dans quelles mains il peut rester.» Rien n'est toutefois indiqué dans la procédure No 4.5 à ce propos.

Ces éléments montrent que les situations d'assistance au suicide n'occasionnent guère de soupçons chez les procureur-e-s, qui reconnaissent néanmoins qu'il n'est pas si évident de déterminer les limites appropriées d'une assistance au suicide. C'est ce que relève cette procureure: «On est parfois dans une zone grise.» Des incertitudes peuvent être entretenues sur le fait qu'une accompagnatrice a – trop? – aidé une personne à absorber la solution létale, ou que l'attestation de la capacité de discernement est datée de plus d'une année. Mais cela n'empêche pas une levée de corps: «Si la police me dit que c'est ok et que le légiste me dit que c'est ok, j'autorise la levée de corps», déclare un procureur. Dans le cas

contraire, « charge à nous de donner des directives précises sur les mesures à entreprendre, à supposer qu'il y en ait. C'est rarement le cas », poursuit-il. En cas de doute, les procureur-e-s de district peuvent encore se référer à l'instance supérieure, la Division des affaires spéciales, qui dépend directement du service du procureur général.

INSTRUIRE UNE ASSISTANCE AU SUICIDE

L'appel téléphonique nécessaire à la libération du corps ne dure que quelques minutes. Sur la base des notes manuscrites prises, les procureur-e-s rédigent un « procès-verbal des opérations » qui indique l'identité de la personne, la date de naissance, l'adresse et les circonstances du décès : « J'écris ce que la police m'a dit, que tous les documents étaient réunis, que la procédure a été respectée, que le légiste m'a confirmé cela et que le corps est libéré », commente un magistrat. Ils et elles mentionnent, si besoin, les mesures édictées pour compléter un dossier ou obtenir ultérieurement des informations manquantes. Les procureur-e-s ouvrent ensuite un document informatique comme pour n'importe quelle autre situation de « mort violente », attribuent un numéro d'enquête et instruisent formellement le dossier. Ce document indique la date de l'ouverture de l'affaire, que le décès d'une personne a été constaté dans le cadre d'une garde « arrondissement » ou « cantonale », et que cela concerne une assistance au suicide. Parallèlement, les procureur-e-s produisent le mandat d'intervention pour la police et les légistes ; ils et elles adressent à l'état civil un avis pour informer du décès de la personne.

Si une infraction pénale devait être soupçonnée, voire constatée durant cet appel téléphonique ou sur les bases des informations reçues via la police ou le CURML, les procureur-e-s de district seraient amené-e-s à poursuivre l'instruction en vertu du nouveau Code de procédure pénale. Si aucune suite n'est donnée à l'affaire, chaque dossier d'assistance au suicide assisté est envoyé « sans tarder » à la Division des affaires spéciales (DIVAS) du ministère public central : « Quand on transmet au MPC, c'est le cas classique qui ne pose pas de problème », note un magistrat. La DIVAS pourrait toutefois décider de poursuivre l'affaire. C'est pourquoi les procureur-e-s de district disent se situer à l'interface de plusieurs instances : « Je me considère comme un initiateur dans la chaîne de traitement légal des cas de suicide assisté », relève un procureur.

Cela est spécifique aux dossiers Exit, avec d'autres cas ponctuels concernant d'autres types d'enquêtes très spécifiques sur lesquelles le ministère public central souhaite avoir une vue d'ensemble des affaires, par exemple sur les escroqueries aux affaires sociales. Les procureur·e·s de district n'ont pas connaissance des suites éventuellement données à l'un ou l'autre dossier transmis, à moins de consulter leur statut directement dans le système informatique. Cela fait d'ailleurs écho aux propos de plusieurs légistes, qui ne savent pas très bien ce qu'il advient de leurs propres commentaires et remarques formulés dans les rapports médico-légaux.

Une autre spécificité de cette instruction est à la fois procédurale, technique et chronologique. Lorsqu'ils et elles sont informé·e·s par la police – et tout particulièrement la police scientifique – d'une « mort violente », suspecte ou inexplicquée, les procureur·e·s de service orientent la police sur les démarches à entreprendre et mandatent au besoin les légistes pour une intervention in situ. Dans le cadre d'une assistance au suicide, la chronologie de cette démarche s'inverse, puisque ce mandat est délivré à la suite de l'intervention – qui, dans ce cas de figure, est systématique –, comme l'explique ce procureur : « Le mandat de police et le mandat pour l'examen externe sont autorisés a posteriori. [...] Pour les Exit, les médecins légistes interviennent avant que le procureur soit averti [...]. C'est une particularité des suicides assistés qui a été négociée. »

Cela provient du fait que la pratique de l'assistance au suicide est encadrée par une procédure connue et partagée par l'ensemble des accompagnatrices et autres représentant·e·s de l'État qui y prennent part. En ce sens, à l'instar des médecins légistes, les procureur·e·s en vérifient avant tout la conformité, ce que fait encore remarquer ce procureur : l'instruction d'un dossier d'assistance au suicide s'apparente à « un contrôle des bonnes pratiques [...]. Là, quelque part, on ne fait que valider ce qui est toujours fait. On n'ajoute pas d'éléments supplémentaires. » Cette procédure n'est jamais considérée comme contraignante, plutôt comme une façon de clore une démarche : « Je le vois comme cela. Elle met un point final à un processus qui a été long jusque-là. Donc je ne vais pas mettre un bâton dans les roues à ce moment-là s'il n'y pas lieu de [le faire] », note ce magistrat.

Les procureur·e·s ont conscience de faire partie d'une longue chaîne d'individus encadrant l'assistance au suicide. Les différentes étapes de contrôle en amont de leur décision les rassurent. Selon

l'un des points de vue, « il n'y a pas de risque de manquer quelque chose, parce qu'il y a tellement d'intervenants. Il y a vraiment beaucoup de gens qui sont impliqués. » Un autre procureur résume cet enchaînement: « Dans la procédure actuelle, il y a plusieurs acteurs différents qui font cette chaîne de contrôle. Il y a d'abord la personne concernée, qui donne son consentement et qui fait un acte positif en adhérant à l'association en payant une cotisation; il y a les médecins traitants, qui établissent les rapports et la capacité de discernement. Ensuite, vous avez une association qui amène son aide, c'est-à-dire que cela ne se fait pas comme ça. On téléphone en disant: "Écoutez, demain je veux mourir!" Il y a quelque chose de préalable. Il y a des discussions. On regarde si la personne est vraiment déterminée. On regarde si les conditions sont réalisées, puis il y a cette volonté de dire: "On arrête une date, vous venez chez moi mercredi prochain." Et puis il y a ce contrôle a posteriori de la justice qui dit: "Attention, voilà, là, c'est un cas qui est clair. On peut être d'accord avec vous. Là, c'est un cas qui pose problème, attention la prochaine fois." C'est aussi une manière de régler les choses. »

Bien qu'il s'agisse de cas relativement peu fréquents, les accompagnatrices, la police, les médecins légistes et les procureur-e-s ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde. Dans certaines circonstances, les points de vue sont disputés et doivent parvenir à s'accorder pour construire une appréciation un minimum partagée du cadre de la réalisation de telle ou telle assistance au suicide. Un fait constaté par Alexandre lors d'une observation.

En août 2018, lorsque tu as suivi une légiste lors d'une levée de corps Exit, tu as pu entrevoir en situation ces divergences. Aux alentours de 15h, Doris, médecin légiste assistante, se présente à la réception d'un établissement médico-social du canton de Vaud. La réceptionniste lui indique l'étage et le numéro de chambre dans laquelle l'assistance au suicide s'est déroulée. Elle monte au premier étage et frappe à la porte. Une accompagnatrice et un accompagnateur, Émilie et Henry, l'accueillent en compagnie des deux enfants et de la petite-fille de la défunte. Coutumière de la procédure médico-légale, Doris consulte le dossier que lui remet Henry, sans que celui-ci en expose les détails. À sa lecture, plusieurs éléments l'inquiètent. La lettre de volition n'est pas manuscrite, mais notariée. « Pourquoi? » demande-t-elle. « Elle était trop fatiguée », lui répond l'accompagnateur. Doris poursuit: « Pourquoi

l'usage de la perfusion?» Henry répond : « Parce qu'elle ne pouvait pas boire. » – « Et pourquoi elle ne pouvait pas boire ? » renchérit Doris. « Parce qu'elle était trop fatiguée », répète l'accompagnateur. Plus inquietant, la légiste ne trouve aucun rapport médical dans le dossier. Elle en demande la raison. Henry n'en a pas, mais il précise que la requête a été validée par un médecin-conseil d'Exit et ajoute : « Cela ne fait que quatre jours que je suis ce dossier. »

Deux autres éléments attirent l'attention de Doris : deux pansements au niveau des bras et une pincette. Elle demande des explications. Les deux premières tentatives pour introduire l'aiguille hypodermique ont échoué. Quant à la pincette, elle a permis à cette femme de réaliser le geste terminal. Doris marmonne : « Comment une dame trop fatiguée pour écrire, signer ou boire serait-elle capable d'avoir la force de presser sur une pincette ? » Henry, confus, précise : « Elle avait suffisamment de force dans une main, mais pas dans l'autre. » La légiste remarque alors que la lettre notariée ne comporte pas de signature. Henry lui assure qu'il dispose d'une copie signée, qu'il lui remettra par courrier dans les prochains jours. Après que Henry est sorti de la pièce, les bras ballants, la légiste s'exclame : « C'est n'importe quoi, ce dossier ! » Elle procède ensuite à l'examen du corps, qui ne révèle aucune irrégularité.

Dans l'attente de l'arrivée de la police, Doris, interloquée par l'indication médicale qui ne stipule que la présence d'une « maladie neurologique progressive », décide de rendre compte de cette situation à sa cheffe de service. Cette dernière lui conseille de contacter le médecin ayant signé ce document et la rassure sur le fait que, malgré la fatigue de cette femme, il reste plausible qu'elle ait pu actionner le dispositif par ses propres moyens. Accompagnés par Henry, deux policiers entrent alors dans la chambre. Doris leur présente la situation et insiste sur le fait que l'indication médicale lui paraît insuffisante et quelque peu troublante. L'un des policiers consulte le dossier et s'adresse à son collègue : « Pour nous, cela suffit comme info. » Il demande alors à la légiste l'intérêt d'avoir plus d'informations : « Mais la loi ! » répond-elle sur un ton énervé.

Lorsque l'accompagnateur transmet à Doris le numéro de téléphone du médecin signataire du certificat médical, celle-ci comprend : c'est le même médecin qui a rempli le certificat médical, attesté la capacité de discernement de la défunte et prescrit l'ordonnance de pentobarbital. Une concordance qui attise d'autant plus

la suspicion de la légiste. Malgré plusieurs sonneries, le médecin traitant ne répond pas. À la suite de cette première tentative infructueuse, le policier insiste : « Pour nous, c'est en ordre, ce dossier, comme cela. » Doris persévère toutefois dans sa démarche, ce qui incite le policier à investiguer d'autres moyens pour contacter le médecin, tandis que son collègue s'est proposé pour interroger un membre de la famille et obtenir plus d'informations sur cette situation. « Aucun membre de la famille n'est au courant de la pathologie de cette femme », affirme le premier policier, alors que le second mentionne que le numéro de téléphone du médecin fourni par l'accompagnateur n'était pas le bon. Deuxième tentative pour s'entretenir avec le médecin, qui répond. Doris lui demande des précisions. Le médecin obtempère et précise : « Elle avait une maladie neurologique progressive. » – « Autrement dit ? » reprend Doris. Le médecin précise : « Une cardiopathie ischémique. » La légiste lance alors sur un ton étonné : « Mais ce n'est pas suffisant pour avoir recours à Exit ! Il faut qu'il y ait une maladie mortelle à court terme, incurable. » Le médecin ajoute qu'il n'a pas vraiment réalisé d'examen médical. Consternée, Doris raccroche et admoneste les policiers : « Ce n'est pas seulement qu'il n'y a pas de pathologie claire, mais en plus il n'y a pas eu d'investigation ! »

Lors de la transmission des informations concernant cette situation au procureur de garde d'arrondissement, les policiers – bien qu'ils n'aient pas encore réalisé d'audition ni avec l'accompagnateur ni formellement avec l'un des membres de la famille présente – réitèrent leur position – « Au niveau police, il n'y a rien de suspect » –, avant de passer le combiné à la légiste. Doris revient sur le fait qu'il n'y a ni diagnostic, ni investigation médicale. La procureure lui répond néanmoins que « c'est parfaitement en ordre ». Elle lui explique que sa maman est morte par suicide assisté il y a de cela quelques mois, également en l'absence d'une maladie incurable, et que cela n'exclut pas la possibilité de réaliser une assistance au suicide.

En quittant les lieux avec la légiste, l'échange suivant a eu lieu :

« Tu es un peu énervée ? »

« Moi, énervée, pourquoi ? Non ! »

« D'accord, d'accord, tu n'es pas énervée. J'ai cru que la situation avec l'absence de diagnostic, et les échanges avec les policiers t'avaient un peu tendue. »

« Eh bien c'est pénible, ils n'écoutent pas ce que je leur dis. Évidemment que, pour eux, la situation n'est pas problématique, ils sont pas médecins. »

« Donc tu es quand même un peu énervée? »

« Non, mais ils sont soûlants, et ils pourraient m'écouter. Et quand je dis que ce n'est pas en ordre, eh bien ce n'est pas en ordre. »

« Et, pour toi, ce n'est pas en ordre parce qu'il n'y a pas de diagnostic? »

« Ben ouais, il n'y a pas de rapport médical, pas de diagnostic et pas de maladie incurable comme le veut la loi. Alors oui, à moi cela me pose un problème. »

Ce court récit d'une situation complexe met en exergue non seulement une divergence de point de vue, mais aussi des connaissances et interprétations variables – et qui restent implicites – du dispositif d'assistance au suicide en Suisse dans certains cas. Pour cette légiste, médecin de formation, les indications médicales doivent être conformes à certaines recommandations – du moins à leur interprétation – édictées par les associations pour le droit de mourir dans la dignité ou d'autres organismes professionnels ou comités d'éthique. Ces recommandations, qui ne se recourent pas complètement par ailleurs, ne sont nullement inscrites dans une loi, si bien qu'elles revêtent une moindre importance pour les policiers et la plupart des procureurs. En l'absence d'un mobile égoïste, d'une remise en question de la capacité de discernement, de preuves d'intervention d'une tierce personne, l'assistance au suicide fera l'objet selon toute vraisemblance d'une décision de classement. Dans d'autres cas « limites », des auditions complémentaires peuvent néanmoins être demandées ; les accompagnatrices concernées, voire les personnes ayant été témoins du suicide, peuvent alors être convoquées. Cela reste toutefois très rare au niveau des procureur-e-s de district tout comme au niveau de la Division des affaires spéciales. Les magistrat-e-s tendent à considérer les dossiers d'assistance au suicide comme « des petites choses faciles qui rendent la journée agréable », par contraste avec des affaires bien plus complexes qui mobilisent leurs compétences de juge, d'avocat-e et de procureur-e.

UN DERNIER ÉTAGE DE VÉRIFICATIONS

Les dossiers concernant une assistance au suicide, dans le canton de Vaud du moins, sont transmis et centralisés au sein de la Division

des affaires spéciales (DIVAS). Cette centralisation répond à un double objectif, comme le relève le procureur en charge : « On voulait avoir une vision d'ensemble des dossiers et la possibilité de les parcourir. » De plus, cela permet d'amoin­drir la composante subjective de l'évaluation des dossiers par les procureur·e·s de garde : « C'est la raison pour laquelle on centralise ici. L'avis personnel, par rapport à l'opportunité d'ouvrir ou de ne pas ouvrir cela [une instruction plus poussée], n'entre pas en ligne de compte s'agissant de la réalisation ou non des conditions légales de l'infraction. »

Si les procureur·e·s de garde évaluent la conformité de chaque assistance à l'aune des informations qui leur sont transmises oralement par la police et la médecine légale juste après une assistance au suicide, celles et ceux de la DIVAS le font, généralement une semaine après l'accomplissement du suicide assisté, sur la base d'un dossier plus complet, comprenant le rapport écrit de l'examen médico-légal, ainsi que celui transmis par les forces de police résumant les auditions avec les accompagnatrices et – jusqu'en 2019 – avec l'un·e des membres de la famille, ainsi que d'autres informations complémentaires. La vérification de ces dossiers constitue cependant une partie congrue de l'activité des procureur·e·s de cette division. Au fond, c'est essentiellement la dimension légale de la réalisation d'une assistance au suicide qui oriente leur regard : « Ces dossiers posent divers types de problèmes : éthiques, moraux et tout ce qu'on veut. Mais ce n'est pas à cela qu'on s'attache. Nous, c'est : est-ce que l'on a des indices de commission d'une infraction pénale ? Est-ce que les dispositions légales entrent en ligne de compte, avec leurs limites ? L'objet du contrôle que l'on fait, c'est ça. » Si certains éléments du dossier interpellent – en cas notamment de signataire unique de l'ensemble des documents requis –, ils ne fondent pas une raison suffisante pour approfondir une instruction. Les situations sont toujours évaluées au cas par cas, selon l'ensemble des informations disponibles : « Un dossier, c'est un tout [...]. De nouveau, la réalité a la capacité magnifique d'inventer des situations auxquelles le meilleur scénariste de film n'aurait pas pensé. »

Le principe reste toujours le même. Il s'apparente à une évaluation des risques : « La question générale et générique, c'est une création de risque. Il y a des pratiques qui, potentiellement, peuvent plus facilement amener à se poser les questions de l'existence d'une infraction pénale. [...] Et si, dans un cas précis, on estime que cela pose un problème, on investigate pour voir si l'infraction pénale

est réalisée ou pas.» L'évaluation est par ailleurs facilitée par le fait que les assistances au suicide en Suisse romande sont réalisées par la même association pour le droit de mourir dans la dignité: «Évidemment, au bout d'un moment, on connaît Exit; on connaît comment elle fonctionne; on connaît leur formulaire; on connaît leurs méthodes de fonctionnement, ce qui permet de détecter ou d'attirer notre attention si cela n'est pas le cas.» Schématiquement, plus le nombre d'irrégularités constatées est important, plus la volonté de poursuivre l'instruction paraît nécessaire: «Plus vous rajoutez des éléments qui font tiquer parce que..., plus on se dit ah, il y a peut-être matière à aller vérifier un peu plus. [...] Si on additionne des éléments qui commencent à nous faire dire: on ne comprend pas cette chronologie, c'est un peu bizarre. En plus, les affections dont souffre la personne interpellent, on n'est pas dans un cas standard. Eh bien on va aller voir un peu plus loin. Et puis on aboutit à quelque chose ou pas.»

Dans une très large majorité des cas, les procureur·e·s ne constatent pas d'infraction pénale et les dossiers sont classés. Un dossier peut être ouvert à nouveau pour autant qu'il ne soit pas prescrit; il faut pour cela qu'une personne physique ou morale dépose plainte, ou qu'une information substantielle et nouvelle incite le parquet à poursuivre les investigations. Dans ce dernier cas de figure, qui reste exceptionnel, la situation est discutée au sein de la DIVAS, avec les partenaires institutionnels, notamment le médecin cantonal, ou d'autres intervenant·e·s impliqué·e·s dans la réalisation du suicide assisté. Les décisions sont prises en fonction des directives cantonales et fédérales en la matière, qui évoluent dans le temps, à l'instar de l'abandon d'une audition in situ d'un·e proche, sachant qu'une telle audition peut se faire dans les jours suivants, pour ne pas mettre trop de pression sur les familles: «Disons que l'on a eu des remarques qui sont remontées en interne de personnes qui se demandaient pourquoi [réaliser cette audition]. Et puis on a évalué l'utilité et la plus-value apportées par ce type d'audition par rapport aux inconvénients, de manière générique et générale. Cela ne veut pas dire que l'on y renoncera dans tous les cas, mais on a considéré que l'on pouvait s'en passer aux conditions qui sont indiquées dans la directive.» Ces évolutions n'ont cependant rien de spécifique à l'assistance au suicide. L'adaptation de l'application des directives se fait au gré de l'évolution des pratiques, des mœurs, des outils techniques et de la manière dont les enquêtes se passent.

AVIS DE JUSTICE

Les procureur-e-s interviewé-e-s déclarent travailler dans le respect de la loi et des procédures auxquelles ils et elles sont soumis-e-s. Si personne ne se dit ouvertement opposé-e à l'assistance au suicide (certain-e-s n'ont pas souhaité se prononcer sur cette question), plusieurs se sont clairement montré-e-s en faveur de cette pratique. En particulier celles et ceux qui ont accompagné à titre privé une personne proche. Dans tous les cas, les procureur-e-s disent comprendre par empathie une décision de mettre un terme à une vie. Un magistrat l'exprime en ces termes : « Je n'y ai jamais été personnellement confronté. Mais je peux comprendre que l'on décide d'abréger des souffrances si les choses sont faites correctement. Pour moi, c'est ok. Je ne suis pas contre le suicide assisté. » Ces procureur-e-s soulignent, avec une certaine fierté parfois, la possibilité offerte par le cadre juridique suisse d'accompagner un suicide, à l'instar de celui-ci : « Je pense que c'est un avantage d'avoir cette possibilité légale en Suisse ; on le voit avec les personnes de l'étranger qui y recourent, ne jouissant pas d'une telle possibilité légale dans leur pays. »

Ils et elles comparent surtout les dossiers d'assistance au suicide avec le reste des affaires traitées dans leur quotidien professionnel, ce qui donne toute la mesure de la dimension sereine et paisible relative à cette pratique. En parlant du rôle des associations pour le droit de mourir dans la dignité, un procureur s'exprime ainsi : « Cette association vise un but qui me parle à moi [...]. Moi qui vois la mort, je ne dirais pas quotidiennement, heureusement pas, mais quand on va sur des accidents mortels ou quand on voit des corps qui sont démembrés, ou lorsque l'on voit des motards qui ont chuté et qui sont décédés, la mort accidentelle, elle, est affreuse. Parce qu'il y a des positions qui sont grotesques : je ne sais pas, le corps sans tête, le corps et la tête avec le casque un peu plus loin. J'ai vu un motard qui a percuté la calandre d'un véhicule ; on aurait dit qu'il était au pilori. Donc mourir dans la dignité, cela me parle. »

Si les sensibilités personnelles varient sur ce dernier point, les procureur-e-s sont unanimes à relever l'importance de l'encadrement de l'assistance au suicide, effectuée par une diversité d'intervenant-e-s : « Je trouve que le système en soi n'est pas forcément critiquable, à partir du moment où il est cadré, en tout cas comme il l'est actuellement », fait remarquer l'un des procureur-e-s. Même si cette procédure post-mortem peut être difficile à comprendre – « Je

pense qu'elle est vécue comme lourde par les proches, ou je comprendrais qu'elle soit vécue comme lourde», glisse un autre –, cette procédure permet de pérenniser la spécificité helvétique dans ce domaine: «Je pense que c'est un moyen de sauvegarder cet acquis, de faire en sorte que cette possibilité existe.» Cette procédure est également perçue comme étant en adéquation avec la transformation des mœurs sur les questions contemporaines de fin de vie. Elle reflète le degré d'acceptation sociale et publique de l'assistance au suicide en Suisse et sert de garantie face aux personnes estimant toutes les dérives possibles, comme le suggère ce magistrat: «Le fait qu'il existe des garde-fous permet d'éviter que l'on n'ait une opposition politique ou publique de la pratique. [...] Je pense que l'on pourrait faire taire beaucoup de critiques si les gens savaient; d'ailleurs, souvent les gens ne savent pas à quel point le procédé n'est pas simple finalement, ni en amont ni en aval.»

Les points de vue des procureur·e·s varient par contre quant à l'interprétation des limites acceptables ou non – d'un point de vue éthique, moral et subjectif – pour accompagner un suicide. Certain·e·s disent se contenter de l'encadrement actuel et n'estiment pas utile de changer la procédure: «Moi, je trouve qu'elle fonctionne bien, donc je ne vois pas la nécessité de la faire évoluer. [...] La faire disparaître? Ce n'est pas à moi de le dire. C'est la politique criminelle du procureur général.» Un autre procureur relève que cette procédure s'adapte aux expériences: «C'est un moindre mal [ce contrôle post-mortem], je pense. Et cela est fait de la manière la plus légère possible de la part de tous les intervenants, en tout cas, il y a une tendance à alléger le procédé.» Pour sa part, un autre magistrat considère que cette procédure pourrait être supprimée à l'avenir: «À titre très personnel, je pense que l'on ne perdrait rien à perdre une telle procédure. Je pense que l'on va y arriver à terme. Mais les choses sont lentes dans notre pays. Socialement, des grandes questions de société comme cela sont longues à faire passer dans les mœurs. Et je ne serai pas surpris si, dans quelques années, il n'y a plus un tel procédé ou plus d'examen. Cela ne me surprendrait pas.»

D'autres n'envisagent pas qu'un tel accompagnement puisse se faire sans motif médical explicite: «Il faut se mettre à la place de la personne. Pas à la place d'une personne qui vient de perdre son travail, qui est à la retraite depuis deux mois et qui s'est cassé la jambe! Je ne parle pas de ces cas-là. Mais d'une personne qui souffre de polytraumatismes, avec une maladie de Parkinson et qui

souffre d'une maladie du cœur, et qui sont des légumes.» Un autre procureur émet une appréciation similaire: «Pour moi, le suicide assisté, c'est vraiment pour les personnes qui souffrent pour des raisons médicales, mais ce sont des souffrances physiques.» L'attention portée à la condition médicale de la personne fait apparaître ici une autre justification de ce contrôle: «Je crois que ce qui est important, c'est de pouvoir dire à l'association Exit: "Attention, il y a quand même quelqu'un qui vous surveille!" Et puis il faut que la procédure soit régulière.»

Ces variations pointent en arrière-fond vers des conceptions potentiellement différentes des possibilités d'élargir ou non l'aide au suicide à une aide médicale au suicide, voire à l'euthanasie active directe, à l'instar de ce qui se pratique en Belgique ou aux Pays-Bas. Dans le contexte actuel, le modèle helvétique de l'assistance au suicide semble toutefois offrir, aux yeux des procureur·e·s, une alternative qui fonctionne depuis une vingtaine d'années. Cette alternative ne justifie pas l'introduction d'un droit à mourir, qui relève d'un débat de société plus large, sachant que la pratique d'euthanasie active directe est toujours considérée en Suisse, selon l'article 114 du Code pénal, comme un «meurtre sur demande de la personne». Un procureur résume bien cette conception: «Avec l'euthanasie active, on franchirait un palier. Finalement, comme la Suisse à une solution au milieu qui a fait ses preuves, je ne pense pas que de passer à l'euthanasie active soit une bonne solution.»

Avec plus de réserve, l'avis du procureur de la DIVAS concernant l'encadrement post-mortem actuel de l'assistance au suicide s'aligne sur celui de ses confrères. Il se garde toutefois de le qualifier: «Je ne le qualifie pas. Il existe, il fonctionne. Je dirais que, pour l'instant, on n'a pas eu à s'en plaindre outre mesure. Je crois que l'on a une approche relativement pragmatique, la plus pragmatique possible, pour respecter au mieux l'ensemble des aspects.» La plupart des procureur·e·s estiment au final qu'il «faut avoir cette capacité et cette possibilité-là», et soulignent les conséquences d'un éventuel abandon de cette obligation légale, qui n'offrirait plus la possibilité de détecter de possibles infractions légales. Ce qui est très bien résumé par ce procureur: «Comme vous le disiez, si on considère que ce n'est plus violent [l'assistance au suicide], alors c'est fini. Enfin, je veux dire que l'on n'est plus avisé, que l'on ne fait plus rien, et puis, à ce moment, tout ou rien peut se passer. On aurait zéro vision.»

LA LEVÉE DE CORPS

Les pompes funèbres interviennent en dernier sur une assistance au suicide, le départ du corbillard marquant une rupture pour les proches. C'est aussi le moment où la police s'en va, au plus tard, et où les accompagnatrices d'Exit prennent congé. Leur arrivée vient donc clore une assistance au suicide. Pour décrire cette dernière phase post-mortem, nous avons collaboré avec l'équipe des Pompes funèbres officielles de la Ville de Lausanne; entre 2017 et 2018, nous avons présenté notre recherche à l'équipe dans son entier et discuté collectivement des situations d'assistance au suicide; nous avons en outre accompagné un employé funéraire pour une prévoyance obsèques en amont d'un suicide assisté – ce que nous avons restitué dans notre premier chapitre – et interviewé quatre membres du personnel. Si nous ne les avons pas accompagné·e·s lors d'une levée de corps Exit, nous avons observé leurs interventions – les entreprises pouvant varier selon les régions – lors de notre présence sur une scène d'assistance au suicide, soit via les familles, soit via la police ou la médecine légale.

ANTICIPATIONS ET ORGANISATION

Les employé·e·s des pompes funèbres reçoivent les familles et les aident à organiser les funérailles souhaitées. Si cela se fait en général après le décès de la personne, il arrive que des contrats de prévoyance obsèques soient signés en amont. Le cas échéant, ce sont les personnes concernées qui déterminent avec les pompes funèbres – dans l'intimité du domicile privé, dans la chambre d'une institution hospitalière ou d'un établissement médico-social ou dans les bureaux de l'entreprise de pompes funèbres –, parfois en présence d'un·e proche, comme ce fut le cas de Paul-André Damar. Il n'est pas rare que des arrangements aient déjà été conclus entre les familles et les pompes funèbres dans les cas d'assistance au suicide. Cela permet d'anticiper certains détails techniques et pratiques, et surtout d'aviser ces professionnel·le·s d'une date, voire d'une heure approximative pour leur intervention.

Que ce soit en amont ou en aval, les pompes funèbres réalisent toujours ce travail relationnel en costume et cravate; elles recherchent un équilibre entre obtention d'informations et minimum d'intrusion dans la vie privée des gens: «On ne fait pas les fouineurs», fait remarquer un employé. En règle générale, l'organisation d'obsèques – même très simples – suppose de connaître les nom et

prénom de la personne, son âge, son métier et sa confession. Les modalités pratiques sont ensuite discutées : crémation ou inhumation ; choix du cercueil et de ses éventuels ornements ; ouverture ou non du cercueil et tenue vestimentaire de la personne défunte ; choix de la sépulture et destination des cendres ou du corps ; organisation ou non d'un service funèbre ; publication éventuelle d'un avis mortuaire et élaboration de son contenu. Dans les cas d'assistance au suicide suivis, les protagonistes recherchent le plus souvent la simplicité en la matière.

En plus de cet aspect relationnel, les pompes funèbres réalisent une diversité de tâches : entretien du parc des véhicules de fonction, préparation des cercueils, mises en bière, toilette mortuaire, habillage du corps et, bien sûr, levées de corps. Concernant cette dernière activité, tout commence par le retentissement d'une alarme dans les locaux des véhicules et du matériel, qui annonce par haut-parleur l'arrivée d'un fax en provenance des bureaux de l'Office central. Ce document contient les informations utiles à la levée de corps : nom, prénom, adresse de la personne décédée, dispositions – si existantes – pour le traitement du corps. S'il s'agit d'une assistance au suicide, la mention «EXIT» est stipulée pour en informer les employé-e-s qui effectuent la levée de corps ; il arrive également que l'annonce se fasse directement par téléphone par les collègues du bureau.

En règle générale, compte tenu de la lourdeur émotionnelle qu'une levée de corps peut générer – surtout lors d'homicides ou d'accidents –, les pompes funèbres ne cherchent pas à obtenir trop de détails sur l'intervention à venir, comme le fait remarquer cet employé : « C'est mieux de ne pas se poser de questions. C'est peut-être une personne qui est oubliée depuis longtemps. Il faut se dire que c'est une situation normale, ne pas se faire de film, et puis on avise. » Beaucoup parmi ces employé-e-s insistent sur le fait qu'au-delà de l'aisance relationnelle à avoir, une grande capacité d'adaptation est requise face à la très grande diversité des cas. La plupart se rappelle des premières fois : un premier suicide, la première intervention sur la mort d'un enfant en bas âge, le premier accident grave : « Il y a des trucs un peu choquants au départ, mais on est obligés de se blinder un peu. Donc voilà, il faut faire la part des choses », relève un autre employé. Autant de baptêmes du feu qui permettent de prendre la mesure de l'adéquation de leur personnalité aux exigences de cette profession.

Une fois les informations transmises, les employé·e·s de pompes funèbres – toujours par deux – partent sans attendre à l'adresse indiquée avec une voiture de fonction, un corbillard. Cette tâche diffère peu d'une mort à l'autre ; seule la destination du corps change selon que la mort ait été qualifiée de « naturelle » ou de « violente ». Dans ce dernier cas de figure, les pompes funèbres n'emmenent pas la personne défunte au centre funéraire mais au CURML ; dans ce dernier cas, elles doivent manipuler le corps avec précaution, pour ne pas interférer avec l'enquête en cours et l'examen médico-légal à venir. Comme souligné précédemment, la procédure en cas de suicide assisté – sur décision d'un·e procureur·e de district de « libérer le corps » – permet aux pompes funèbres d'emporter directement le corps vers un centre funéraire, même si le constat de décès stipule « mort violente ». Aucune indication spécifique n'est donnée par la justice aux pompes funèbres en la matière ; dans ces situations, elles exécutent leurs gestes selon leur savoir-faire.

S'OCCUPER DES PERSONNES DÉFUNTES ET DES FAMILLES

Ces sont en principe les accompagnatrices d'Exit qui accueillent les pompes funèbres à leur arrivée. Les échanges sont brefs et se limitent le plus souvent à l'indication de la pièce où repose le corps. Il arrive que seule la police soit encore sur les lieux, en particulier quand le domicile de la personne défunte a été mis sous scellés pour éviter tout problème de succession. S'il y a des membres de la famille ou des proches, les pompes funèbres se présentent, comme le rapporte cet employé : « On dit ce que l'on va faire : "On va transporter le corps de Monsieur ou de Madame au centre funéraire. [...] Dès que vous aurez pu prendre contact avec le collègue du bureau pour le choix du cercueil, on pourra faire la mise en bière et vous pourrez voir le corps dans une chambre individuelle." » Les deux intervenant·e·s se divisent le travail, si possible dans deux espaces distincts, l'un·e pour préparer le corps, l'autre pour engager la relation avec les proches.

Concernant les personnes défuntes, un employé des pompes funèbres fait remarquer qu'elles sont le plus souvent déjà habillées. Dans le cas contraire, il est proposé aux familles de préparer le corps sur place : faire la toilette mortuaire, raser le visage si nécessaire, coiffer la personne et l'habiller avec les vêtements qui ont déjà été disposés à cet effet sur une chaise ou un meuble. Les pompes funèbres prennent garde aux produits utilisés, en particulier lorsqu'une perfusion a été posée, comme le fait remarquer cet employé : « Quelquefois, il y a

une intraveineuse. Ce sont quand même des produits dangereux. Mais la perfusion, elle reste avec le corps. Il y a la poche avec le liquide, branchée à l'intraveineuse. Elle reste avec le corps, [...] il ne faut pas faire n'importe quoi avec le liquide dans la poche. Il faut détruire le produit. On porte des gants.»

Aux yeux des pompes funèbres, la préparation du corps est une occasion pour les membres de la famille de partager un dernier temps d'intimité. Cela faciliterait le «travail de deuil» et la remémoration de l'être aimé, ce que souligne cet employé: «Si on peut [...] le présenter à la famille dans son lit et donner l'impression qu'il dort, je pense que la famille va garder un meilleur souvenir que de le prendre au milieu de la tempête.» D'autres proches préfèrent néanmoins se libérer de la pesanteur de la situation et demandent que la préparation du corps se fasse au centre funéraire. Dans l'intervalle, l'autre employé-e, qui traite avec la famille, vérifie que les points stipulés dans un contrat de prévoyance – le cas échéant – sont toujours d'actualité. Sinon, il ou elle prend les dispositions nécessaires pour effectuer un changement ou faire des choix. Les causes et les raisons d'un décès ne font par contre pas l'objet d'une discussion, comme le relève cet employé: «On ne sait pas de quoi la personne souffrait. On ne pose pas la question; on n'entre pas dans la vie privée, si ce n'est sur l'initiative des personnes présentes.» Ces dernières répondent d'ailleurs avec beaucoup de diligence aux questions posées; certaines demandent conseil sur le choix des vêtements, sur la possibilité de laisser un objet avec le corps, sur les éventuels bijoux. Les questions techniques et procédurales sur la levée de corps en elle-même sont rares, inexistantes dans tous les cas lors de nos observations. L'employé-e en charge de la famille collecte encore les documents administratifs, une copie du constat de décès et de l'autorisation de levée de corps.

Les pompes funèbres proposent ensuite aux proches de se recueillir une dernière fois auprès de la personne défunte, comme dans cette scène d'assistance au suicide d'une femme d'une soixantaine d'années, racontée par un autre employé: «On propose quand même avant de partir, même si la dame était déjà habillée, on demande s'il y a des personnes qui souhaitent se recueillir avant de prendre le corps. Généralement, les gens le font. Tout le monde est allé, sauf le mari, qui est allé se recueillir en dernier, seul.» Pendant ce temps, les deux employés des pompes funèbres sont restés seuls dans le hall avec le mari, laissant la porte ouverte pour d'éventuelles questions: «On

reste le plus silencieux possible en fonction du feeling de la situation. On sait si on peut parler de ce genre de choses, avec de l'expérience. On vient retirer la personne qui était aimée, donc on a quand même un rôle pas facile.»

Vient enfin le moment d'emporter le corps. Équipé-e-s d'une civière pliée en deux afin de rendre cet objet le plus pratique et le moins visible possible – «On laisse la civière aussi loin que possible du corps et on la cache un peu», fait remarquer un employé –, les pompes funèbres procèdent au transfert du corps. À la différence de l'examen médico-légal, elles invitent les personnes à observer ce moment, voire à les accompagner jusqu'à la sortie du domicile. Aucune réponse positive à cette invitation n'a pourtant été observée. Le corps est mis dans une housse, ne laissant plus voir que les contours du corps inerte. Les employé-e-s demandent une ultime fois si quelqu'un souhaite se recueillir ou prononcer un dernier mot, avant d'acheminer le corps jusqu'au corbillard. Il n'est pas rare que voisin-e-s et badauds observent ce qui se passe: «Il y a pas mal de curieux aux fenêtres, plus rarement dans les couloirs», note un employé.

Arrivé au centre funéraire, le corps est conduit dans une salle de préparation pour y recevoir les soins qui n'auraient pas déjà été prodigués sur place: les paupières sont fermées, et la mâchoire inférieure réhaussée; le corps est lavé, rasé, coiffé, habillé, avant d'être mis en bière et d'être exposé, si cela est souhaité, durant quarante-huit heures en principe, dans l'une des trente-trois chambres mortuaires de ce centre. Les pompes funèbres exécutent les dernières tâches administratives pour procéder à la crémation ou à l'inhumation de la personne défunte, avec ou sans cérémonie.

LE REGARD DES POMPES FUNÈBRES

Au premier abord, les pompes funèbres affirment ne pas faire de distinction entre les levées de corps Exit et les autres. Les entretiens menés font toutefois apparaître quelques spécificités. L'heure à laquelle les employé-e-s interviennent fait par exemple l'objet de commentaires: «Habituellement, pour Exit, c'est presque toujours entre 12h et 13h30. C'est préprogrammé.» Cette «pré-programmation», comme ils et elles le mentionnent, a modifié quelque peu la nature de leur activité professionnelle. En effet, soit une convention d'obsèques a déjà été établie, soit les proches savent déjà quelles dispositions prendre, comme le souligne cet employé: «On prend

le temps pour expliquer les choses. Mais cela n'est pas nécessaire sur une levée de corps Exit.»

L'atmosphère qui règne dans les lieux de leur intervention est aussi perçue de manière spécifique : « Les levées de corps Exit sont presque les levées de corps les plus propres. On part dignement avec Exit, parce que cela va être fait proprement. Et c'est moins brutal pour la famille que lorsque la personne s'est jetée d'un pont. » Le lieu du décès, l'ordre et la propreté des intérieurs sont régulièrement rapportés comme des éléments caractéristiques de ce type de mort : « En principe, les défunts sont dans leur chambre. Tout est rangé. On voit qu'ils [les proches] s'attendaient à avoir de la visite. Les personnes qui organisent leur départ sont des personnes très méticuleuses, des personnes organisées », par contraste avec les autres types de « mort violente » : « On trouve les corps dans les caves, dans les galetas, dans la salle de bains. Mais c'est moins agréable que de mourir dans sa chambre ou dans son salon. » Un autre employé des pompes funèbres va jusqu'à associer entretien du domicile et assistance au suicide : « Dans le cas d'un suicide assisté, c'est rare que cela soit un taudis. À l'intérieur, c'est nickel. Je n'ai jamais fait un suicide assisté dans un taudis. C'est un appartement tout à fait normal. »

Les pompes funèbres perçoivent encore d'autres conséquences liées à l'anticipation de la mort. L'attitude des proches et membres de la famille est différente, comme le relève cet employé : « Les personnes sont tristes, certes, mais moins sous le choc. Ce n'est pas quelque chose de soudain qui leur tombe dessus. On le voit au niveau du stress : les gens sont plus calmes quand c'est un Exit. Dans d'autres cas, la personne va parler vite ou moins vite. Il y a de la peine, mais ils l'ont déjà avalée. » Certain-e-s n'hésitent pas à faire un lien avec le deuil : « Et je pense que les gens commencent leur deuil bien avant. Une fois qu'ils savent, c'est inévitable. » À l'instar des légistes, les pompes funèbres estiment que le sentiment de tristesse est contrebalancé par un sentiment de soulagement : « Souvent, la famille est triste, mais c'est presque un soulagement. Le proche a fini de souffrir. Pour un Exit, on voit bien que les personnes étaient malades. Si la mort est inattendue, c'est plus dur pour les proches. »

La position des défunt-e-s constitue une spécificité supplémentaire des levées de corps à la suite d'une assistance au suicide : « La personne est couchée, comme si elle dormait, tranquille, apaisée », relève cet employé. Un autre confirme cette impression : « Elle est en position digne, bien habillée, bien coiffée. La personne qui

meurt d'Exit n'a pas la bouche ouverte ou les yeux ouverts. Le choc est moins violent que dans le cas d'une surprise [d'une mort inattendue].» L'habillement de la personne décédée fait également la différence, puisque les personnes qui se suicident ont généralement choisi – parfois avec soin – leurs derniers vêtements. Les pompes funèbres notent enfin l'absence d'une expression de combat ou de lutte sur le visage de ces défunt-e-s: «J'ai fait des morts naturelles, note un employé, on se demande si la personne ne s'est pas sentie mourir, si elle n'a pas lutté jusqu'au dernier moment. Les traits du visage ont l'air tendus. [On perçoit] une odeur de transpiration, on ne sait pas, mais cela donne l'impression que la personne a essayé de lutter. Quelquefois, on voit des traces de sang dans tout l'appartement. Cette personne a dû lutter. On en trouve quelquefois juste à côté du téléphone. On voit des traces et des signes que l'on peut plus ou moins interpréter.» Ces signes ne sont jamais mentionnés en lien avec une assistance au suicide.

Pour les familles cependant, l'une des questions qui revient fréquemment concerne le faire-part: faut-il mentionner le fait que la personne défunte est décédée par suicide assisté? Les pompes funèbres disent rassurer les familles, quelle que soit leur décision. À celles qui souhaitent taire cette pratique, un employé évoque une «pudeur de bon ton». Un autre précise que personne parmi les professionnel-le-s qui interviennent sur une assistance au suicide ne juge une telle pratique: «Il n'y a pas de commentaires des autres professionnels sur une levée de corps Exit. Personne ne donne son avis, pas de jugement. Chacun garde son rôle de professionnel, et on ne débat pas sur ce genre de sujet.»

L'habitude professionnelle des pompes funèbres veut en outre que les causes et raisons d'un décès ne soient pas commentés. Il arrive certes d'échanger sur des circonstances tout à fait extraordinaires, comme la mort d'un nouveau-né, la maigreur particulière d'un cadavre, un isolement extrême ou la fulgurance d'une maladie. Il est aussi possible de s'insurger contre certaines morts solitaires ou contre l'absence des proches durant une cérémonie ou le fait que des cendres ne sont jamais retirées. Face à ces impressions et constats, issus parfois d'une longue expérience de levées de corps, les employé-e-s des pompes funèbres soulignent le rôle que jouent les accompagnatrices d'Exit pour prévenir ces situations exceptionnelles, en particulier la mort solitaire. Un employé résume cette conception: «À la limite, la personne d'Exit, je pense, je ne veux pas

dire qu'elle détend l'atmosphère, mais elle rassure la famille. C'est vrai que pour la famille, [avoir] quelqu'un, des personnes qui sont formées à cela, et ils ont cela en eux, ils ont une grande empathie, les gens le ressentent aussi, ils ne sont pas tout seuls.» Il n'est donc pas rare que les pompes funèbres – confrontées à une multitude de situations – entretiennent une opinion positive à l'égard de l'assistance au suicide: «Chaque être humain doit choisir. C'est son droit. Moi je trouve que c'est une bonne chose. [...] Nous, on a l'occasion de voir la détresse des personnes dans un appartement lorsqu'elles vivent seules», relève un employé.

Leurs appréciations se construisent au fil des situations rencontrées. Elles se forgent et se modifient en fonction des expériences sur le terrain, à l'instar de cet employé qui se déclare fortement croyant et pratiquant. Ce dernier a tout d'abord été surpris par les situations de suicide assisté, avant de s'en faire une idée différente: «Les gens prennent leur décision et il faut respecter [...]. Quand on vous appelle au téléphone et qu'on vous dit: "Je vais partir demain à 9h", les premières fois, cela m'a interpellé.» Il poursuit son propos avec une anecdote: ne sachant pas quoi répondre dans ce type de situation, il a une fois entendu la personne lui dire: «Ne vous faites pas de souci, je sais où je vais.» Cette simple phrase l'aura aidé pour effectuer ces levées de corps. Enfin, ces appréciations dépendent des observations du corps et de la déchéance physique: «Lorsqu'il n'y a pas de doute et pas d'ambiguïté. Quand on voit certaines maladies dégénératives, autant le faire proprement que faire n'importe quoi.»

La présence ou non d'une pathologie explicite constitue toutefois, comme pour les légistes et les procureur·e·s, un élément de divergence quant à l'acceptabilité de l'assistance au suicide. Face à la complexité de ces choix, certain·e·s employé·e·s s'abstiennent de prendre une position tranchée: «C'est quoi la moins mauvaise solution? Je ne sais pas! Peut-être que la personne pourrait se retaper, mais on ne sait pas. Donc c'est mieux de ne pas se poser la question. Il n'y a pas vraiment de vérité là-dedans. Maintenant, se pose la question de l'aide au suicide pour ceux qui ne sont pas malades. C'est difficile à dire: qu'est-ce que c'est le moindre mal? Je ne sais pas, je ne donnerai aucune réponse.» À ce stade pourtant, les questions ne peuvent que rester ouvertes concernant une interprétation a posteriori de la condition médicale de la personne défunte et de ses souffrances. Les réponses à ces questions se dessineront peut-être durant les semaines ou mois à venir; durant le temps du deuil.



5. CIRCONVOLUTIONS DU DEUIL

Ce livre a suivi une trame chronologique. Il s'est ouvert sur ce qui conduit une personne à solliciter une assistance au suicide avec le soutien d'une association. Il a ensuite décrit la mise en œuvre d'accompagnements et de suicides; il s'est poursuivi avec une présentation du dispositif de contrôle post-mortem. Dans le précédent chapitre, nous avons documenté la manière dont l'assistance au suicide est gérée administrativement par les instances juridico-légales; nous avons notamment décrit l'examen du corps durant l'intervention des représentant.e-s étatiques sur la scène d'un type de décès catégorisé comme « mort violente ». Il est à noter toutefois qu'en pratique, une assistance au suicide est supposée amoindrir le caractère « violent » de la mort volontaire, car elle recourt à des moyens présentés et perçus comme adoucissant le passage de vie à trépas : une overdose de pentobarbital, une solution pharmaceutique de barbiturique obtenue uniquement sur prescription médicale. La prise de cette solution se fait en présence d'une tierce personne, membre de la famille ou non.

C'est l'imbrication de ces deux facettes – l'ingestion de barbiturique et le fait d'être accompagné-e durant la complétion de l'acte – qui distingue l'assistance au suicide d'autres manières de mourir. Durant l'ensemble du processus, toutes les personnes impliquées dans un tel événement sont confrontées à des normes hétérogènes, parfois contradictoires et conflictuelles. En les expérimentant, tous ces individus sont amenés à produire des appréciations et des jugements, non seulement en amont de l'acte pour savoir s'il convient ou non d'accéder à une telle demande, mais également en aval du décès, ce qui invite à des reconsidérations potentielles : le recours à l'assistance au suicide était-il approprié et légitime ? Que signifie après coup cette fin de vie, dans le contexte contemporain ? Ces questions sont au cœur de notre dernier chapitre.

Durant la recherche, nous avons suivi certains principes méthodologiques. L'un d'eux a été de privilégier l'observation et la mise en récit des situations dans lesquelles nous avons été concrètement impliqué-e-s en tant que chercheur-e-s sur un plus ou moins long terme, y compris durant le suicide lorsque cela était possible. Nous avons par conséquent été présent-e-s quand l'imaginaire du possible s'est concrétisé jusqu'à la décision d'accomplir un suicide; nous avons été présent-e-s au moment de déterminer une date pour mourir et au moment de mettre un terme à une existence; nous avons aussi été présent-e-s durant la levée de corps effectuée par la police, les médecins légistes et les pompes funèbres. Et nous avons encore été présent-e-s auprès des proches survivant-e-s après le décès. Nous-mêmes avons dû, au fil de la recherche, intégrer nos expériences respectives et les interpréter après coup, cela d'autant plus que chacun-e d'entre nous a au moins observé un suicide.

Si ces séquences temporelles successives se reflètent bien dans l'organisation du livre, il convient de relever l'existence d'une double temporalité narrative qui se déploie en miroir depuis le moment paroxystique du suicide. En partant du 8h-12h de l'assistance au suicide, les deux extrémités du processus s'éloignent en deux cercles concentriques, presque symétriques. Le premier concerne, d'une part, la mise en place de l'accompagnement et, d'autre part, le contrôle post-mortem. Le deuxième cercle correspond à l'éloignement de ces deux temporalités, qui s'effilochent de plus en plus jusqu'à s'entremêler curieusement: l'imaginaire du possible qui précède le suicide tout d'abord et le temps du deuil ensuite. Ces deux extrêmes se rencontrent dans nos investigations: l'imaginaire et l'investissement personnel dans un projet de suicide assisté deviennent, pour celles et ceux qui restent, des souvenirs, des réflexions ou des méditations sur une expérience de fin de vie passée. Dans cette perspective, la fin d'un processus agit comme le potentiel début d'un autre, par voie de considérations et de reconsidérations des événements vécus. En d'autres termes, une expérience de deuil – par circonvolution – peut participer d'un imaginaire dans lequel l'idée d'une assistance au suicide devient possible et peut s'installer, de manière surdéterminée et sans effacer la part d'indétermination qui caractérise sa mise en œuvre. Par conséquent, en plus d'aller du début vers la fin et du milieu vers ses deux extrémités, le sens des récits peut aller de la fin vers le début.

Cette pluralité des directions narratives – présente dans nos expériences de terrain et dans la forme que nous avons donnée à ce livre – reflète au fond le processus d'une assistance au suicide, dans la mesure où les personnes impliquées à différents titres sont également mus par une multiplicité de sens, de directions et de significations: en l'occurrence, la période après le décès vient faire écho à l'imaginaire du possible, car l'éventualité de recourir au suicide est régulièrement mise en perspective, pour une raison ou une autre, avec l'image de la mort – celle de leur propre implication aussi bien que celle de la personne décédée – que les proches conservent et mettent au travail. Était-ce bien ce qui avait été souhaité? Était-ce la bonne chose à faire? Est-ce qu'un comportement était adéquat? Comment gérer le fait que la personne est désormais partie? Pourquoi cette dernière est-elle morte de cette façon? Certes, de telles questions se posent à l'occasion de chaque décès. Le deuil est très souvent exigeant; il nécessite du temps et ne débouche pas toujours sur une acceptation de la mort. Il s'agit, a minima, de reconnaître que la personne a disparu et de composer avec cet état de fait. Cela vaut quelles que soient la personne et la façon dont cette dernière est partie. Mais réfléchir à qui elle était et comment elle est décédée importe d'autant plus que les proches n'ont pas toutes les réponses à leurs questions, que de nouvelles questions émergent à la suite de la mort, ou que d'anciennes questions sont remises en exergue et interpellent. Une assistance au suicide peut conduire à de telles interrogations: intervient alors dans l'équation la façon dont l'événement du décès est interprété, internalisé ou introjeté, dont cet événement est externalisé et projeté.

Les trois sections de ce cinquième chapitre rendent compte de ces circonvolutions: la première explore les conséquences possibles de l'investigation médico-légale sur ce temps particulier, en revenant sur deux situations distinctes: celle d'un proche convoqué en justice, ce qui génère des sentiments contrastés sur le fait de se sentir «criminalisé», et celle – à l'inverse – où un proche active la justice pour questionner le rôle des associations d'aide au suicide. Ces deux situations montrent par contraste la place que le dispositif médico-légal peut occuper dans le temps du deuil. La deuxième section examine une autre composante liée au fait que la mort est organisée par un tiers, avec le concours d'une association la plupart du temps. Deux situations servent à mettre en perspective différents modes d'appropriation d'une expérience au suicide sous l'effet du temps:

devoir composer avec une incertitude quant à l'idée selon laquelle l'assistance au suicide avait été une nécessité au moment de sa réalisation, et choisir de s'engager, voire de militer en faveur du droit de mourir dans la dignité, surtout quand la mort souhaitée n'a pas pu être assistée. La dernière section, également par le biais de deux situations distinctes, décrit la façon dont les liens avec la personne défunte et les événements survenus avant, pendant et après une assistance au suicide sont revisités, repensés, sinon préservés au fil du temps.

ENJEUX D'ACCUSATION

Contrairement à la période qui précède la mise en place d'une assistance au suicide et au moment du suicide ou encore de l'examen médico-légal, il n'existe à proprement parler aucun dispositif spécifique par lequel passent les proches en deuil après cette mort particulière. Certes, l'association alémanique Dignitas propose un « formulaire de feedback » à celles et ceux qui ont été présent-e-s durant un suicide assisté et l'association Exit Suisse romande collabore avec deux psychologues bénévoles pour les orienter sur demande. Mais cela s'avère probablement insuffisant pour mettre au travail et intégrer – « perlaborer » – l'expérience d'un tel événement. Pour notre part, dans le cadre de notre recherche, nous avons également offert la possibilité d'un soutien psychologique. Cette ressource avait été mise à disposition des personnes qui auraient souhaité bénéficier de conseil ou de soutien à la suite de nos observations ou de nos entretiens. Si une telle offre a été appréciée, elle n'a pourtant jamais été activée. Cette ressource était aussi prévue pour les membres de notre équipe, puisqu'il n'est pas commun d'observer des suicides à des fins de recherche. Or, ce dispositif n'a pas non plus servi à cette fin. Pourquoi? L'une des réponses possibles est que le travail de collaboration, notre façon d'échanger très régulièrement sur les situations vécues par les un-e-s et les autres, a fourni une alternative minimale mais suffisante, adéquate, pour y faire face. Ce qui n'enlève rien au fait que certaines expériences plus difficiles aient été gardées pour soi.

À l'instar de l'imaginaire du possible, les paramètres qui influencent le deuil sont existentiels et expérientiels, biographiques et sociaux, psychologiques et sociologiques ou anthropologiques. Ils excèdent dans tous les cas le cadre et le mandat des associations, indépendamment du fait que certaines accompagnatrices gardent

parfois contact avec des proches dans la période qui suit un suicide. De plus, aucun rituel spécifique ou systématique n'a été identifié avec la pratique de l'assistance au suicide. La temporalité indéterminée du deuil repose par conséquent, et très schématiquement, sur qui est la personne aussi bien que sur le contexte et le style de vie dans lequel cette dernière évoluait et évolue avec la mort de l'être cher. Nous n'avons cependant pas l'ambition de théoriser ces aspects, ni de proposer une typologie ou un modèle du deuil. Comme dans nos chapitres précédents, nous exposons une pluralité de situations qui, mises bout à bout, permettent d'apprécier les manières dont certains individus, y compris nous, ont traversé la période qui suit une assistance au suicide. Nous débutons avec la place que le dispositif médico-légal peut prendre dans une telle expérience, en adoptant à nouveau dans la narration la deuxième personne du singulier, la seule alternative que nous ayons trouvée pour rappeler cet écart déterminant entre l'expérience singulière de recherche et la restitution collective, uniforme, de cette singularité.

LE POIDS DE LA SUSPICION

L'histoire de Jonas a été choisie et documentée par Anthony. Lorsque tu as commencé à te rendre à Lausanne sur une base régulière, depuis Paris, en début d'année 2015, et après avoir rencontré l'ancien président d'Exit, l'une des accompagnatrices les plus expérimentées de cette association, Pierrette Pinelli – qui s'est retirée de cette activité peu après votre rencontre –, t'a suggéré de prendre contact avec le docteur Jonas Milner. Pierrette pensait que l'expérience de ce dernier était intéressante pour documenter le sillon creusé par une assistance au suicide. Elle n'a pas précisé pourquoi, et tu ne le lui as pas demandé. Jonas t'a accueilli à la gare. À travers une tempête de neige, il t'a conduit jusqu'à sa maison, où vous vous étiez déjà rencontrés auparavant pour revenir sur l'histoire de la mort de sa femme, décédée par assistance au suicide à l'été 2013, et pour évoquer les événements qui avaient entouré cette fin de vie et l'expérience qui en avait résulté. Jonas s'était notamment remarié dans l'intervalle. Après un accueil souriant, sa seconde femme s'est éclipisée dans une autre partie de l'habitation pour vous laisser parler au salon.

Un glioblastome a été diagnostiqué chez Viviane, la première femme de Jonas, en 1993. Contrôlée régulièrement, cette dernière a vécu une quinzaine d'années sans que la tumeur se développe

autrement que de manière bénigne. En 2008, sa fille a accouché d'une petite fille, que Viviane gardait cinq jours par semaine, pendant les heures de travail. À partir de ce moment, celle-ci n'a plus souhaité effectuer de scanners supplémentaires, par crainte de découvrir des éléments qui l'auraient empêchée de s'en occuper. Son souhait était de prendre soin de l'enfant aussi longtemps qu'elle en serait physiquement capable, sans trop se préoccuper de sa condition médicale. En fin d'année 2012, son mari Jonas, médecin de famille dans une petite commune agricole où vivait le couple, l'a persuadée de réaliser un nouveau scanner; la tumeur avait considérablement grandi. Elle a alors entrepris une longue intervention chirurgicale, compliquée, à Zurich, avec une technologie innovante; la chirurgie n'a toutefois pas permis d'enlever complètement la tumeur. Les glioblastomes sont connus pour être difficiles à enlever. Ils ont surtout tendance à grandir à nouveau, même après une intervention chirurgicale; leur diagnostic équivaut la plupart du temps à une condamnation à mort. Deux mois après, d'autres scanners ont montré que la tumeur était revenue de manière significative. Le couple a connu une amie qui avait souffert de la même maladie: «Elle a passé les dernières années de sa vie comme un légume dans un établissement médico-social», t'a expliqué Jonas. C'était l'effet de la tumeur sur le lobe frontal du cerveau.

Viviane était suivie dans un hôpital universitaire, à plus d'une heure et demie de voiture de son domicile. L'équipe médicale lui a suggéré de suivre un nouveau traitement de chimiothérapie, seulement disponible dans cet établissement. Elle a refusé: trop d'effets secondaires pour un traitement dont le but, finalement, aurait été un soin de confort plutôt qu'une guérison. Viviane redoutait par ailleurs certaines conséquences pratiques, la fatigue engendrée par les déplacements fréquents de sa commune rurale vers la ville par exemple; elle associait encore l'hôpital universitaire à une «usine», un vaste lieu impersonnel. Viviane a donc appelé l'hôpital et expliqué ne pas souhaiter cette nouvelle chimiothérapie. Le neuro-oncologue n'a pas bien réagi, comme l'a fait remarquer Jonas: «Il s'en est lavé les mains, comme Ponce Pilate. L'oncologue déclara que si elle ne suivait pas ce traitement, il ne voulait plus avoir affaire avec elle.» Ce moment avait été décisif pour Viviane, comme l'a encore raconté son mari. Un tournant dans sa maladie et son attitude à l'encontre de cette dernière: «Son

comportement est devenu plus agressif; elle était incontinent et extrêmement dépendante. Et après, rapidement après son coup de fil avec l'oncologue, elle a pris la décision de contacter Exit. »

Le docteur Milner a décrit les événements ayant conduit à sa mort, aussi bien que le jour même de son occurrence, avec un pathos empreint de légèreté assumée: « C'est très bien allé; elle a même réussi à dormir la nuit d'avant. Moi aussi. Elle n'a pas très bien dormi, bien sûr, mais elle était tout de même capable de dormir un peu. Nous sommes restés debout tard cette nuit, à nous confier l'un à l'autre. Nous étions partis marcher dans la forêt le dimanche après-midi. Nous étions partis et avons pu visualiser l'endroit où elle souhaitait disperser ses cendres. Incroyable de penser à ça! Puis, le jour même, Pierrette est arrivée. Ma femme n'était pas autorisée à boire ou manger quoi que ce soit. L'accompagnatrice demanda une nouvelle fois à ma femme: "Si vous ne voulez pas le faire, je repars volontiers chez moi. Il fait beau, c'est l'été. On serait contents si vous ne le faites pas, mais la décision vous appartient." »

En matière de date, Viviane était déterminée. Une fois, Pierrette lui a offert la possibilité de l'accompagner à la mi-août, mais rien n'a pu la faire changer d'avis. Jonas a expliqué que lui-même, Pierrette, le médecin qui devait établir la prescription, des ami-e-s ainsi que ses deux filles, que tout le monde en somme avait essayé de la persuader d'attendre au moins la fin de l'été. Mais Viviane n'avait rien voulu savoir. Ils et elles avaient insisté sur le fait que leur fille aînée attendait un deuxième enfant pour septembre. Cela non plus n'avait ébranlé sa résolution: « Je ne sais pourquoi elle était si bornée à ce propos », a sobrement constaté Jonas. « Après, elle a bu la potion. Comme la potion est un peu amère, je lui ai donné un morceau de chocolat. Moi, j'aime les Ragusa [une barre chocolatée]. Alors je lui en ai donné un bout, à prendre après la potion. Elle m'a crié dessus en disant: "Tu sais que je déteste quand il y a des noisettes." Et puis paf, elle est morte. C'étaient les derniers mots qu'elle m'a dits. C'est un peu tragique, mais cela montre le caractère de ma femme. Même à la fin, elle a fait son cinéma: [En l'imitant] "Oh non! Tu as mis des noisettes dans le chocolat. Jusqu'à la fin, tu m'auras agacée" [petit ricanement de Jonas]. Vous savez, c'était une aristocrate; ses ancêtres avaient fait les croisades. C'est fou, hein. »

Il y a eu une césure entre le ricanement, le rythme quelque peu comique et le moment triste qui a résulté de ses pensées: « Vous savez que j'ai été convoqué par le ministère public. Six mois après

son décès. Le téléphone a sonné, en janvier ; ça a sonné et j'ai dit : "Oh, c'est le procureur." – "Nous allons vous poser des questions à propos de l'histoire de votre femme", avait-il dit. "Et vous aurez à expliquer ce qui s'est passé." "Dans combien de temps?", ai-je demandé. "Oh, dans un mois environ." Ils m'ont fait attendre un mois. Et je me suis retrouvé accusé : il y a un jury, et vous êtes vraiment assis comme un..., et il y a un secrétaire et des questions sont posées : "Nous avons vu dans le dossier qu'il s'agissait d'une maladie bénigne", m'avait-on dit. Ils pensaient que j'avais payé le médecin et payé M^{me} Pinelli. C'était une femme, la procureure ; c'était vraiment dur.» Tu as alors demandé à Jonas si c'était le ministère public qui avait initié l'enquête : «Oui, je pense qu'il y a un dossier pénal, de cette façon l'enquête a été ouverte. Et dans une lettre, il y avait une petite liste sur laquelle il était écrit que ma femme avait souffert d'une "maladie bénigne". Comme les jésuites, ils ont trouvé une phrase qui allait dans leur sens. Mais comme ils ne connaissent rien à la médecine... Eh bien, cela ne s'est pas très bien passé pour eux, je leur ai dit : "Bon, eh bien pour une maladie bénigne, aller à Zurich pour une opération de six heures, eh bien non, pas vraiment une maladie bénigne."»

En prononçant ces paroles, Jonas était agité ; il se rappelait le tourment et l'inquiétude que sa convocation auprès de la justice et le fait d'avoir été interrogé avaient provoqués en lui : «Je leur ai même dit : "Vous savez, c'est ok parce que je suis solide moi, je sais comment me défendre." J'ai répondu que je savais toujours comment rebondir et j'ai très bien répliqué dans ce sens ; j'ai parfois pleuré, mais j'ai répondu, et j'ai dit : "Si vous rencontrez une personne un peu dépressive, que vous la convoquez et la faites attendre trois semaines, citée à comparaître comme un chien, elle pourrait finir par se suicider. Ils peuvent bien penser que j'aurais dû la retenir. Vous savez, heureusement que je suis solide. C'est pourquoi, vous savez, ça ne devrait plus se passer comme ça. Vous savez que l'entourage n'est plus accusé de fomenter un suicide."»

L'histoire t'a surpris. Tu savais pourtant que certaines personnes désapprouvaient sur un plan moral l'assistance au suicide ou qu'une prise de décision avait été remise en question dans certaines circonstances par les autorités judiciaires ; tu n'avais par contre jamais entendu parler d'une procédure pénale plus poussée concernant une situation qui ne relevait pas d'une problématique psychiatrique. «Et j'ai seulement découvert par la suite que d'autres

avaient également été convoqués. M^{me} Pinelli m'a appelé deux jours plus tard et m'a dit: "Ah, j'ai appris que vous avez été aussi cité à comparaître!" Il y avait encore le docteur Gérard Sauthier; c'est un médecin à Lausanne. C'est lui qui a fait la prescription pour ma femme. Le docteur Sauthier a été interviewé le même jour! Ils l'ont cuisiné une heure durant. Une heure le docteur; une heure et demie M^{me} Pinelli, et une heure moi. Ils ont passé la journée à fomentier cette histoire. Mais M^{me} Pinelli est habituée à ça; elle est souvent convoquée. » Bien que cela ne soit pas vrai – les accompagnatrices ne sont pas si fréquemment convoquées devant la justice –, le sentiment du docteur Milner n'en demeure pas moins important: les protagonistes et les proches perçoivent l'association Exit comme robuste et expérimentée face aux accusations, supposées ou argumentées, selon lesquelles l'assistance au suicide serait quelque chose de mauvais ou de faux.

« Et après, ils ont pris leurs notes et j'ai dit: "Puis-je avoir ma déposition?" Il arrive que des dates soient fausses, ou d'autres choses. Et ils ont dit non: "Vous ne pouvez pas l'avoir, car c'est pénal. Vous pourrez l'avoir une fois que le cas sera clos." Cela fait six mois. Non, presque une année, puisque c'était en février. Durant une année, je n'ai plus rien entendu. On ne sait pas si on est toujours accusé ou pas. Vous savez, c'est juste... » Jonas s'est perdu à cet instant dans ses pensées; il se remémorait les événements survenus une année et demie auparavant: « La seule chose qui était un peu..., c'était que le délai était court. Elle a adhéré à Exit en juillet, ou vers fin juin, et elle est partie six semaines plus tard. C'est rare que cela soit si rapide. Et je pense que c'est aussi un point qui a attiré l'attention de la procureure. Chapeau à Exit d'avoir pu répondre si rapidement. » – « Et juste pour être sûr de bien comprendre, demandais-tu au docteur Milner, est-ce que la décision de poursuivre l'investigation provenait du ministère public? Était-ce basé sur une plainte? » – « La procureure était une jeune femme. Elle donnait l'impression de chercher à avancer dans sa carrière, parce que, dans le canton de Vaud, les avocats n'aiment pas trop Exit. Mais j'ai supposé qu'une plainte avait été déposée pour que le dossier soit ouvert. Qui l'a déposée? Je ne sais pas. Était-ce un collègue? Était-ce le cas? Je ne sais pas. Était-ce l'hôpital universitaire? Parce que l'hôpital devait savoir qu'elle était morte après avoir pris Exit. Vous savez, parce qu'ils pourraient dire, "eh bien si tous nos patients commencent à prendre Exit, eh bien ce n'est pas possible." »

Je ne sais pas. Il a dû y avoir une plainte. Ou alors c'étaient des gens de par ici autour? Vous savez, nous avons quelques ennemis, des gens qui disent: "Oh, celui-là, là-bas..." Je ne sais pas. Je n'ai jamais su, et je pense que je ne le saurai jamais. Sauthier et M^{me} Pinelli non plus. Et les gens deviennent paranoïaques: peut-être que c'est cette personne qui m'a dénoncé. Vous pouvez mettre fin à vos jours après tout ça, à force de se demander ce que les gens disent à propos de vous. Cela fait trente-six ans que je vis dans ce village. J'ai ouï dire que des gens disaient que je l'avais tuée, d'autres qu'elle s'était tuée; et la vérité se trouve entre les deux. Je ne suis pas un *Uebermensch*, un surhomme, mais ma conscience est au clair avec ça. Mais j'ai entendu que des gens étaient perturbés, ce n'est pas évident.»

Sur quoi tu as rebondi: «Est-ce que quelqu'un vous a dit quelque chose directement?» – «Personne, a repris Jonas, n'a directement porté de jugement à mon encontre; le ministère public mis à part, à Renens, dans une zone industrielle, un lieu rempli de requérants d'asile, vraiment déplorable, vous devez trouver le bureau, dans un bâtiment bizarre. C'était vraiment un peu spécial. Pas un grand souvenir. Et, vous savez, Sauthier et M^{me} Pinelli étaient convoqués le même jour, nous ne le savions pas. Mais je pense sincèrement que nous avons la même ligne; nous avons dû dire la même chose. Et Sauthier connaît la famille de ma femme; il sait que c'est une famille qui avait fait des croisades, que quand il y a un combat, vous foncez, si c'est la mort, c'est la mort.» Puis tu es une nouvelle fois intervenu: «Alors, si je comprends bien, la seule raison de lancer une investigation tient dans une "suspicion": est-ce vraiment le bon mot?» – «Oui, et ils ont trouvé cette phrase: "maladie bénigne". La procureure a dit: "Mais, Monsieur, dans le dossier [médical], il y a une lettre indiquant qu'il s'agit d'une maladie bénigne", et j'ai dit: "Ah ouais, vous êtes vraiment douée en médecine." Juste; il y avait un médecin qui a dit que c'était une maladie bénigne: était-ce celui qui nous a dénoncés, scandalisé par le fait qu'elle soit partie avec Exit? Il y avait un neurologue, un collègue avec qui j'ai travaillé dans la région. Il se disait que c'était ce neurologue. C'était le dernier médecin à avoir vu ma femme. Alors je lui ai demandé s'il était celui qui a déposé plainte. Il m'a assuré que non. Vous savez, et je le connais suffisamment pour parler franchement avec lui, il aurait pu dire: "Tu sais, par rapport à l'hôpital, c'était un peu rapide", mais il n'a pas dit ça. Il aurait bien pu.»

« Les médecins de l'hôpital avaient-ils exprimé leur désaccord? » demandais-tu encore. « Je n'ai rien entendu de la sorte. Mais vous savez, après coup, une fois qu'elle avait refusé de poursuivre son traitement, le silence de l'hôpital était complet. Ils n'ont même pas appelé pour savoir comment cela s'était passé, sa mort. L'hôpital est une usine, ce sont des techniciens; vous attendez une heure, une heure et demie; il y a beaucoup de monde, vous voyez le médecin, quinze minutes, il y a ci, il y a ça, tout est technique, et après vous avez fini. C'est effrayant; maintenant, c'est effrayant, ces hôpitaux universitaires. J'aime la médecine, le progrès est important, mais c'est nécessaire d'être un peu humain aussi. C'est ce qu'il manque. Cela me surprendrait qu'ils l'aient fait, qu'ils aient déposé plainte. Ils ont d'autres choses à faire. Je ne sais pas. Peut-être que c'est juste que tous les cas Exit passent par le procureur? C'est peut-être simplement ça. En tout cas, Gérard – le médecin prescripteur – m'a dit que cela ne se passe pas comme ça à Fribourg. Quand je l'ai appelé ce matin, il avait été à l'hôpital cantonal, au service de médecine interne, qui l'avait contacté pour lui dire qu'une femme voulait prendre Exit: "Elle a un grave cancer, pouvez-vous venir s'il vous plaît?" Dans ce service de l'hôpital cantonal, dans une région catholique! Mais les Vaudois, ils sont, eh bien, nous avons quelque chose des Bernois qui nous reste, très règlementaires, procéduraires, plus pinailleurs que dans d'autres cantons. Nous nous sommes libérés des Bernois assez tard. Les règles sont les règles. »

Pour sa part, Pierrette n'a plus effectué d'accompagnements après les événements racontés par Jonas. Son expérience avec Viviane et sa famille ainsi que l'arrêt subséquent de son activité t'ont interpellé sur la manière dont les gens sont ou non capables d'intégrer de tels événements. Pierrette t'a dit avoir arrêté ses accompagnements, car elle n'avait plus été capable de contenir ses émotions; qu'elle avait pleuré durant les assistances au suicide. Une démesure et, à ses yeux, un signe que quelque chose n'allait plus dans son rapport à cette pratique; cela semblait important. Mais tu ne sais pas si elle a pleuré à la mort de Viviane; un indice transparait dans l'explication fournie par Jonas du repas qu'il avait organisé avec ses enfants après sa mort. Ce dernier avait invité l'accompagnatrice à rester manger avec eux. Il t'a dit que Pierrette n'avait pas pu accepter l'invitation, arguant que, le jour de l'accompagnement, elle s'était sentie nauséuse durant toute la journée. Espérait-elle pouvoir échapper à cette expérience alors même que Jonas et ses enfants essayaient

d'intégrer et de partager cet événement, un processus d'intégration déjoué en partie seulement par le jeu d'accusation ?

L'histoire de Jonas fait partie de celles, rares, où une facette d'un large éventail d'imaginaires sociaux et de fantasmes de « suspicion » en matière d'assistance au suicide s'est concrétisée: le mari qui veut prendre une nouvelle partenaire, ou la fille qui veut tuer son père pour toucher un héritage. Cette facette fantasmatique s'est concrétisée dans l'environnement social de Jonas, même si elle n'a aucun ancrage dans la réalité, aussi loin que tu as pu le documenter. Comme c'est bien souvent le cas, cette réalité était probablement banale, voire trompeuse: une jeune procureure faisant le travail qu'elle estime approprié; la suspicion d'une dénonciation venant de l'entourage; l'impression d'être accusé; un désir de clarification; un désir d'intégration, un besoin de séparation. Être accusé ou se sentir accusé par le biais d'un mécanisme juridique est pour le moins inhabituel. Le cas échéant, cela peut compliquer ou interférer avec le deuil. Mais les interférences provoquées par le dispositif post-mortem n'ont pas toujours la même amplitude, ni la même direction; les proches peuvent aussi mobiliser la justice pour paramétrer un registre moral et affectif. Les accusations deviennent le produit et produisent en retour une instabilité, voire une indétermination sinon une surdétermination de la façon dont une mort peut être comprise. Ce qui a semblé juste et même nécessaire peut soudainement paraître injustifié, et parfois inapproprié.

Justice et société

Les événements vécus par la famille Mermod apportent un éclairage singulier sur ce que le dispositif médico-légal peut déclencher, voire induire comme travail sur un plan individuel. Plus précisément, c'est le récit fourni par l'un de ses membres, Claude Mermod, qui permet d'appréhender de nouvelles circonvolutions du deuil. Cet éclairage est singulier du fait que son frère Charles n'est pas mort dans le cadre d'une assistance au suicide avec l'aide d'Exit, tel que cela avait été planifié le 18 octobre 2016; l'association avait pourtant accepté la requête en avril de la même année. Charles s'est néanmoins suicidé par ses propres moyens en novembre 2016. Pourquoi et comment cela s'est-il passé? L'objectif n'est pas d'y répondre à la façon d'une étude de cas, mais, en partant du récit de Claude Mermod, d'essayer de reconstituer la manière dont celui-ci a traversé cet événement et a cherché à comprendre la mort de

son frère. C'est donc son expérience personnelle – telle qu'elle a été comprise dans le cadre de cette recherche – qui constitue la substance de la narration de cette partie. Cette expérience a aussi été relatée, en plus de l'entretien qu'il t'a accordé, dans un ouvrage qui, tout comme le recours à la justice, exprime une voix critique quant à la possibilité formelle de réaliser des assistances au suicide en Suisse pour des personnes dont la fin de vie n'est pas proche. Il importe également de souligner que cette situation étant particulièrement complexe, il serait vain de prétendre en fournir une image univoque et complète. Une contextualisation des événements ayant sous-tendu la mort de Charles s'avère par contre nécessaire avant de restituer le récit de Claude Mermod. Trois sources principales sont utilisées à cet effet : des articles de journaux ayant couvert l'affaire (2016-2017), l'ouvrage de 300 pages que Claude a rédigé sur sa propre expérience, publié en 2019, ainsi que deux entretiens approfondis menés avec lui par Angela en 2018 et 2020. Une dernière particularité mérite d'être soulignée : Claude Mermod est le seul nom réel utilisé dans le présent ouvrage. Ce dernier en a donné l'autorisation. Dans la mesure où il a édité son livre en son nom, il paraissait difficile de ne pas le mentionner ni de s'y référer. Tous les autres prénoms liés à cette situation, des pseudonymes, sont identiques à ceux qu'il a lui-même mobilisés dans son livre.

Charles était l'aîné d'une grande famille fortunée. Il approchait de son 83^e anniversaire. Claude Mermod, peu de temps auparavant, était parti en randonnée avec lui à la montagne. Les deux frères étaient coutumiers de ces escapades dans la nature. Charles avait même posté des photographies de cette sortie sur son site internet personnel. Il faisait partie d'une fratrie de huit enfants, dont deux étaient déjà décédés au moment des faits. Le plus jeune était atteint de trisomie ; il est mort à l'âge de 59 ans. Un autre frère est mort à l'âge de 35 ans dans un accident de voiture. Claude Mermod a raconté avoir passé sa jeunesse à s'occuper de l'éducation de son plus jeune frère, en situation de handicap, une expérience qui l'a marqué et qui a influencé sa vision de la vie. Il convient de garder à l'esprit cette information, car elle sous-tend bon nombre de ses arguments, comme il te l'a laissé entendre : « Et c'est moi qui m'occupais de lui [le petit frère] pendant toute son enfance. C'est peut-être aussi pour ça que je suis choqué de voir des gens qui parlent de qualité de vie, alors qu'il y a des personnes handicapées qui ont le courage de vivre et qui ont une vie déplorable dès le premier jour. »

Le 1^{er} octobre 2016, Claude Mermod, tout comme ses autres frères et sœurs, a reçu une lettre de Charles qui annonçait sa mort imminente par suicide assisté. Cela aurait dû se passer le mardi 18 octobre. Dans l'urgence, une réunion familiale a été convoquée par le biais d'un courrier, signé de la main de Claude. Celui-ci avait espéré obtenir l'appui de ses autres frères et sœurs ; toutefois, alors que Roger et Mireille avaient signé le courrier, Sophie et Élise avaient refusé de le faire. La lettre a été envoyée à tout le monde et mentionnait simplement, à la toute fin, comme il a pu l'écrire en page 13 du livre : « Réunion de famille vendredi 7. » Du point de vue de Claude, l'intention était claire : « Nous devons absolument convaincre notre aîné de renoncer à son projet, car il est en parfaite santé. »

Jusqu'à cette rencontre, Claude Mermod pensait pouvoir compter sur la solidarité de ses frères et sœurs pour contrer le projet de Charles. Entre-temps, il a contacté son avocat, un associé d'une étude sise au cœur de la ville de Genève. Il s'est donc engagé dans une double démarche simultanément : la première affectivo-familiale et la deuxième légale. En évoquant cette période avant la réunion familiale, Claude Mermod t'a précisé que l'avocat savait qu'« il fallait déposer des mesures juridiques préprovisionnelles et superprovisionnelles, c'est-à-dire que la justice intervient sans enquête ». La stratégie légale reposait sur les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) de 2004 relatives à l'assistance au suicide. L'ASSM reconnaissait une assistance au suicide comme légitime si (section II/4.1) « la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche ». Cette directive – intégrée au code de déontologie de la FMH (Fédération des médecins suisses) mais modifiée ultérieurement par l'ASSM en juin 2018 – faisait office de jurisprudence. L'avocat a transmis sa requête à l'huissier de justice ainsi qu'aux personnes concernées chez Exit pour que la procédure d'assistance au suicide de Charles, prévue le 18 octobre, soit suspendue. En date du vendredi 7 octobre, le jour même de la réunion familiale, l'avocat a obtenu l'effet suspensif.

Il est important de relever que ce n'était pas la demande de Charles en tant que telle qui était remise en question dans cette procédure, mais plutôt la conformité légale de l'assistance devant être prodiguée par Exit qui faisait l'objet de l'accusation. Claude Mermod t'a relayé le plaidoyer de l'avocat en ces termes : « Les

médecins-conseils d'Exit, qui ont donné leur aval à la demande de mon frère, étaient dans une situation illicite.» Après avoir examiné l'ensemble des arguments, le tribunal civil a demandé à Charles, lors d'une audience en date du 24 octobre 2016, d'abandonner ses plans, en échange de quoi Claude aurait retiré sa plainte à l'encontre d'Exit. Charles a refusé. L'affaire n'ayant pas trouvé d'issue à l'amiable, la cour l'a averti qu'elle ne se terminerait pas de sitôt, qu'elle allait probablement durer plusieurs années. Ne pouvant pas mettre fin à ses jours par le biais d'une assistance au suicide dans un proche avenir, Charles a alors envoyé une lettre à sa famille le 30 octobre laissant supposer qu'il mettrait fin à ses jours par ses propres moyens, si nécessaire. Cet avertissement a été relayé dans la presse par l'un des médecins-conseils d'Exit. Suite à cette annonce, Claude Mermod s'est résolu à intervenir à nouveau, cette fois non plus vis-à-vis d'Exit, mais de son frère, par des moyens médico-légaux : il a sollicité le médecin traitant du frère, les services d'urgence psychiatrique ainsi que le Tribunal pour la protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) pour qu'ils interviennent afin d'empêcher le suicide de son frère. Mais ni les services psychiatriques, ni le médecin traitant de Charles, ni le TPAE, selon Claude Mermod, n'ont accepté d'intervenir. Charles s'est suicidé à son domicile le 11 novembre 2016.

Au moment de rencontrer Claude Mermod, ton but n'était pas forcément de reconstruire les événements de manière objective, mais d'écouter et de comprendre la manière dont il donnait du sens a posteriori à ce qui s'était passé : la requête de son frère, ses propres interventions, la mort de son frère et son processus de deuil. Celui-ci se déroulait dans un climat particulier : pour beaucoup, non seulement parmi les représentant·e·s et les membres d'Exit, mais aussi parmi le lectorat des articles de journaux et jusqu'à quelques membres de la famille, le suicide de Charles a été relié à la procédure légale entamée par les deux frères. Pour Claude Mermod toutefois, la question fondamentale après la mort de Charles était de savoir d'où était venu son désir de mourir ainsi, alors qu'il était en bonne santé – tel que cela ressort du dossier judiciaire –, mais avait déclaré subir des souffrances psychiques « aigües ». Le fait que Charles était membre d'Exit depuis vingt ans et que durant les dix dernières années de sa vie il avait régulièrement fait état de sa volonté de mourir lorsqu'il l'aurait décidé par le biais d'une assistance au suicide étaient certes des informations connues, mais pas

une explication suffisante aux yeux de Claude Mermod. Celui-ci a situé la source du suicide de Charles ailleurs que dans sa volition, un point de vue largement développé dans son témoignage édité, *Je vais mourir mardi 18: le suicide assisté au paradis helvète*. Pour Claude Mermod, la volonté de Charles ne relevait pas d'un véritable choix, mais était conditionnée par plusieurs éléments d'ordres différents: la souffrance en lien avec les deuils de son fils, puis plus tard de sa compagne, ou encore la loyauté vis-à-vis de Gerlind et de ses enfants (éléments émotionnels et psychologiques); sa ruine financière (éléments économiques); l'acceptation sociale et juridique du suicide assisté en Suisse qui permet l'activité des associations telles qu'Exit (le « conditionnement » de la société et des associations). Selon Claude Mermod, l'expérience de décès antérieurs a aussi joué un rôle dans l'élaboration de la vision que Charles avait entretenue de sa propre mort. Cette vision avait été aussi déjà en partie élaborée avec sa compagne Gerlind avant le décès de celle-ci, survenu en 2014. En effet, ils avaient prévu « une mort conjointe, main dans la main » à l'occasion du 90^e anniversaire de celle-ci, qui serait tombé à l'automne 2016. Pour Claude Mermod, Charles a ainsi voulu rester fidèle au « serment » fait avec Gerlind et, par la même occasion, libérer de sa présence les fils de celle-ci, qui continuaient à l'héberger dans la villa familiale.

Dans l'évocation de ces décès antérieurs, tu retrouves les constats effectués au premier chapitre sur la surdétermination qui caractérise l'imaginaire du possible: Claude Mermod s'était remémoré en détail le nombre étonnant de morts particulières, incluant les suicides, ayant touché non seulement la famille Mermod, mais aussi celle de la partenaire de Charles, Gerlind. Claude Mermod a énuméré six morts: le fils de Charles est mort d'anévrisme à l'âge de 31 ans. Les fils de deux sœurs sont décédés: l'un à l'âge de 4 ans dans un accident, puis l'autre d'une overdose lorsqu'il était jeune adulte. Un frère est décédé à l'âge de 35 ans, dans un accident de voiture. Le premier mari de Gerlind s'est suicidé, et l'un de ses trois fils est mort dans le lac Léman, lors d'une plongée. De plus, un autre fils de Gerlind, Benoît – avec qui Charles a vécu après la mort de celle-ci –, a fait une tentative de suicide quelques années auparavant et Charles l'a sauvé.

Toutefois, dans le récit de Claude Mermod, la véritable cause du décès du frère était la faillite financière, comme il l'a longuement relevé durant ton entretien: « Il était ruiné. Ça, il faut le savoir

aussi, c'est très important. Mais moi, je ne savais pas qu'il était ruiné, mais maintenant je le sais. Ah, c'est compliqué, vous savez. Pendant cette réunion de famille du 7 octobre, je ne savais pas deux choses: je ne savais pas que mon frère était ruiné et je ne savais pas que mes deux sœurs étaient au courant de son projet avec Exit.» Néanmoins, la ruine financière n'apparaît comme cause effective de la mort dans son récit qu'en relation à d'autres facteurs: les pertes affectives, le sentiment de loyauté vis-à-vis de la famille de sa compagne et l'acceptabilité sociale du suicide en Suisse, voire l'action d'Exit. Claude a analysé la situation de la façon suivante: «Après le divorce de Charles, ce dernier a rencontré Gerlind, qui avait trois fils. Son propre fils était marié, mais il est ensuite décédé. Charles a vécu avec Gerlind et ils ne se sont jamais mariés. Il a habité chez Gerlind plus de vingt ans. Elle l'entretenait. Mais nous avions, il y a plus de vingt ans, nous avons reçu une succession de nos parents. Et il a partagé cette succession en deux parts. Une, il a joué à la bourse avec. Et quand je vous dis succession, c'était une succession importante. [...] Il a perdu cet argent en bourse à l'époque où il vivait, au début où il vivait avec Gerlind, donc il y a une vingtaine d'années, il y a vingt-deux ans maintenant. Et c'était un peu avant le décès de Didier [n.d.r. son fils]. Il a tout perdu en faisant des jeux de bourse. Et comme il habitait chez Gerlind, Gerlind lui a dit: "Oh ben ne t'occupe pas de l'argent. Il ne faut pas penser autant à l'argent. Tu restes ici, tu es tranquille." Et il est devenu dépendant d'elle depuis ce jour-là, totalement. Et il avait une très petite rente AVS [pension de retraite] parce qu'il avait toujours été indépendant. Et il avait beaucoup d'échecs professionnels, beaucoup de conflits avec ses chefs, toute sa vie. Ça, c'est l'échec professionnel de notre frère Charles, et aussi l'échec financier. Et, là-dessus, vient le décès de son fils. [...] Il a perdu la succession de maman à la bourse. Et puis [la succession] qu'on a reçue de notre père, il l'a donnée à son fils directement. Il a refusé d'hériter directement de notre père à cause des conflits qu'il avait avec notre papa. Il a répudié la succession de notre père et il a dit: "Je la passe directement à mon fils." Mais ce fils, il meurt juste après. Et il laisse une femme enceinte. Et, de ce fait-là, notre frère Charles qui était ruiné, la dernière tranche de sécurité qu'il lui restait est partie avec le décès de son fils. Et, cerise sur le gâteau, c'est qu'il avait prêté à Didier [10%] venant de l'héritage de maman, qui disait: "Écoute, tu peux les, comment dire, fructifier pour moi. Tu es plus habile que moi. Je n'ai pas beaucoup

de succès avec ces opérations.” Et il téléphone après le décès de Didier quelques mois après, il téléphone à la bru, donc à la belle-fille: “Écoutez, il y a ces [10 %] qui me donnent du souci. Il faudrait me les rendre.” – “Ah non, je ne suis pas au courant.” Il n’y a pas d’écritures. Et, effectivement, il y avait des écritures bancaires, mais il n’y avait pas de signature de prêt, de donation, de rien. (...) Et il s’est disputé avec elle depuis ce jour-là. (...) Il a aggravé le conflit en informant toute la famille que la malheureuse [femme de Didier] était une gangster, une vraie gangster, etc. Donc, depuis ce jour-là, comment pouvait-il voir sa petite fille? Comment pouvait-il la voir? Ça devenait extrêmement compliqué.»

Puis Claude Mermod a résumé son analyse de la manière suivante: «Les mobiles du suicide de mon frère sont complètement impliqués avec l’argent. Il y a le deuil de son fils. Là, on est dans l’humain. On est dans l’émotionnel, dans l’affectif, dans le registre de l’amour. Il y a le deuil de son fils, de sa compagne. On est de nouveau dans le registre de l’amour. Mais il y a l’argent.» Selon Claude Mermod, le 7 octobre 2016, son frère était coincé. Mais il ne l’a compris qu’après son décès. Il estimait que Charles s’est résolu à mourir le 18 octobre, car il avait donné ou vendu tous ses biens courants durant les mois précédents et qu’il se trouvait dans une position de dépendance vis-à-vis des enfants de Gerlind qui continuaient à le loger: «Il n’avait même pas de carte de crédit. Il était déjà ruiné de toute manière, mais il a liquidé toutes ses affaires personnelles pendant six mois. Donc, quand est arrivé l’effet suspensif du tribunal intimant à Exit l’interdiction d’agir, pour lui, cela a été une crise terrible. Il nous a suppliés. Il a même dit aux médias: “Mes frères me torturent.” Je comprends qu’on l’a torturé, c’est naturel. Puisque, il avait tout préparé, on l’oblige de vivre dans une situation impossible, impossible.»

Toutefois, aux yeux de Claude Mermod, cette situation de dépendance et de précarité financière n’aurait peut-être pas permis à Charles de jouer son va-tout sans le concours de l’association Exit et, de manière plus élargie, de la société suisse, qui permet la pratique des associations d’assistance au suicide: l’imaginaire de mort de Charles aurait été encouragé, voire fomenté par l’association, fer de lance des nouvelles idéologies du mourir contemporain qui représenteraient un danger pour la société tout entière. Dans son livre, il affirme d’ailleurs que l’association Exit avait rendu cette éventualité concevable et même donné forme à l’individualisme contemporain, qui néglige le désespoir sous le couvert de l’autonomie, en «préparant» le frère au

suicide. En n'analysant pas d'assez près les raisons qui le poussaient à vouloir en finir et en le secondant dans son désir de mort, l'association aurait fait preuve de complaisance et d'amateurisme (p. 85), voire a été leurrée par le frère : « Si d'un côté, notre frère a leurré Exit, réciproquement la doctrine nihiliste propagée par l'association n'a fait que nourrir son acharnement » (p. 90).

C'est pourquoi, lorsque Claude a été confronté à l'intention de son frère, il n'a pas tant remis en question la souffrance de celui-ci, mais le fait que cette souffrance n'ait pas appelé des réponses qui allaient dans le sens d'un soutien à la vie de son frère. Ceci a été considéré comme une dérive de la société ; « un scandale », « la mise à mort » d'un homme réputé encore en bonne santé. Claude s'est donc senti investi d'une mission : porter Exit devant les tribunaux. En sus de la plainte civile initiale destinée à arrêter l'assistance au suicide, Claude Mermod avait envisagé l'adjonction d'une plainte pénale avant même la mort de son frère. Il t'a en effet expliqué avoir « prévu qu'il faut absolument préparer l'attaque contre Exit si mon frère se tue, se suicide par ses propres moyens. Alors il s'est suicidé avec un sac plastique et une bonbonne d'hélium... Le 11 novembre, il s'est suicidé. Ça a été... Voilà. Et là, on était déjà le 6 novembre, j'avais déjà été voir l'avocat pour lui dire : "On prépare l'attaque s'il se tue." » Dans son livre en page 192, il précise : « Après le décès de notre frère Charles, moins d'un mois plus tard, nous nous sommes ressaisis et avons décidé de poursuivre la lutte au plan pénal. Nous avons alors dénoncé les nombreuses infractions dont l'association s'était rendue coupable. Après une première ordonnance de non-entrée en matière où le Tribunal se fondait sur le fait que notre frère avait mis fin à ses jours sans aide extérieure, nous avons déposé un recours le 29 mai 2017 en insistant sur le fait que, contrairement à l'avis du ministère public, le décès de notre frère ne suffisait pas à écarter la commission des infractions dénoncées. »

La plainte pénale est devenue par conséquent une composante importante du processus de deuil ; elle a contribué à configurer le sens donné à l'expérience vécue, mais également la position de Claude Mermod à plusieurs niveaux. Son issue l'a mis dans une autre posture, changeant son statut. En effet, la décision de justice du 12 octobre 2017 n'est pas non plus allée dans le sens du plaignant, tel que ce dernier le rapporte encore à la même page : « La chambre pénale de recours de la Cour de justice a estimé que "même si l'on devait retenir une infraction, s'agissant de la prescription de la

substance létale, aucune personne n'avait été lésée et aucun intérêt public ne commandait de poursuivre une telle infraction". » Ce qui importe ici, tant sur un plan juridique que sur la façon d'avancer dans le deuil, c'est le changement de statut chez Claude Mermod qui, pour reprendre les termes de la Chambre pénale de recours (CPR), est passé de « vrai proche » (ce qui aurait impliqué de vivre depuis un an avec la personne décédée) à celui de « dénonciateur ». La CPR avait en effet estimé que Claude n'était pas suffisamment proche de la personne décédée pour porter les chefs d'accusation à l'encontre d'Exit, qui incluaient l'omission à prêter secours (art. 128 du Code pénal), l'incitation au suicide et la prescription illicite de pentobarbital. Ce jugement a retenu Claude de porter l'affaire plus loin, devant le Tribunal fédéral, la notion de proche de celui-ci étant encore plus strictement définie. Le jugement de la CPR, en mettant fin à la procédure pénale, a d'une certaine manière réorienté le cheminement du deuil et renforcé un aspect de l'engagement de Claude Mermod déjà présent avant le décès de son frère: celui de la lutte au niveau sociétal, qui devenait dès lors la seule voie de poursuite possible du combat. En effet, ce changement de statut confirmait et soulignait un point que Claude Mermod a également mentionné auprès de toi. Alors que la plupart des journalistes pensaient que celui-ci avait entrepris son action légale initiale pour « sauver » son frère, lui a souligné, après coup, qu'il ne pensait pas vraiment pouvoir l'arrêter et qu'il entreprenait toutes ces actions non pas pour le « sauver », mais pour « dénoncer un scandale »: « Je pensais que c'était une action plutôt symbolique pour marquer mon désaccord. Je n'avais pas beaucoup d'espoir... Et puis les journalistes ont dit: "Il voulait sauver son frère." Ce n'est pas vrai. C'est uniquement parce que je disais que c'est un scandale, qu'il faut savoir. [...] Je dois dénoncer un scandale, c'est tout. » Le scandale étant qu'on puisse en Suisse assister le suicide de personnes qui ne sont pas proches de la mort.

Dès lors, Claude Mermod s'est engagé dans une double démarche: une quête au niveau personnel, tel que cela figure dans son livre en page 32: « Suite à ce qui est arrivé à mon frère, je suis très tenté de me mettre en route pour questionner l'insaisissable, alors qu'il semblerait bien que cela soit en vain. Il y a pourtant quelque chose en moi qui demande réparation et je refuse de m'incliner sans autre devant ce "mystère". » Comme il l'écrit un peu plus loin, toujours en page 32, « si le vrai "pourquoi" de son acte est parti avec sa mort », Claude

Mermod n'en a pas moins entrepris d'écrire son livre en réponse à un appel pour « la recherche de la vérité ». La colère empêchant le deuil, « pour que cette sacrée colère s'en aille, j'ai besoin que la vérité soit dite et surtout que les injustices soient sinon réparées du moins dénoncées » (p. 32). Indissolublement liée à cette première démarche, il y a celle citoyenne autour de ce que Claude Mermod estime être un « enjeu de survie collective » (p. 10), « pour dénoncer une certaine Suisse qui ouvre une voie royale au suicide organisé » (p. 11). Tant l'accusation légale que le témoignage du livre apparaissent comme la volonté de « rassembler les consciences autour de cette valeur inestimable et oubliée qu'est le goût de vivre » (p. 9). Dès lors, il est devenu un devoir moral pour Claude Mermod de dénoncer cet « égarement collectif » (p. 65) et les associations qui le pratiquent et qui véhiculent une idéologie et « une rhétorique toxique » (p. 95). Ce devoir moral s'est notamment concrétisé par l'action légale ; celle-ci avait aussi une visée politique, afin que l'Académie suisse des sciences médicales n'assouplisse pas ses directives. L'engagement citoyen de Claude Mermod se poursuit dès lors dans l'association qu'il a fondée, Stop dérives suicide assisté.

APPROPRIATIONS

L'influence du dispositif médico-légal sur les proches n'est, dans la majorité des cas, jamais aussi directe que dans les deux situations évoquées dans la première section. Le temps du deuil après une assistance au suicide reste plus largement le temps des reconsidérations et de la transformation des liens qui unissent les protagonistes et leurs proches. Pour tenter d'approcher certaines modalités d'appropriation d'une expérience d'assistance au suicide, deux situations ont paru emblématiques à décrire. La première est celle de Pascal qui, dans le jeu des configurations familiales et des interprétations successives de l'assistance au suicide de son père, a remis à l'ouvrage une réflexion sur son accompagnement et le soutien prodigué jusqu'au décès de celui-ci. La deuxième est celle de Nathalie, qui décrit un temps du deuil marqué, à l'instar de Claude Mermod, par une impossibilité de bénéficier d'une assistance au suicide, puisque le dispositif légal français ne le permet pas. Au contraire de Claude Mermod cependant, cet empêchement s'est traduit chez Nathalie en une série d'interpellations et d'actions militantes pour rendre possible un type de mort que son mari aurait aimé connaître.

UNE MISE AU TRAVAIL

Le père de Pascal a mis fin à ses jours par assistance au suicide en Suisse durant l'été 2016. À la suite du décès et durant le temps du deuil, un changement de posture s'est déclenché chez Pascal en lien avec une interrogation : l'assistance au suicide, qui était longtemps apparue comme une évidence jusqu'au moment du décès, avait-elle été finalement nécessaire ? Cette interrogation est venue troubler sinon remettre en question la façon dont Pascal pouvait ou devait vivre ce décès. Dit schématiquement, entre le décès de son père et le premier anniversaire de sa mort, Pascal a commencé à douter que la forme que son père avait donnée à sa propre mort était appropriée, tout comme il a interrogé son soutien et son engagement dans une telle démarche. Par ricochet, cela était aussi susceptible de questionner l'accompagnement effectué par Anthony de l'accompagnement prodigué par Pascal à son père. Un renversement complet de la signification de l'événement a donc été opéré, qui a remis en question le désir du père de mourir de cette façon, et qui a nourri le sentiment d'être en décalage avec ce qui avait été vécu jusqu'au suicide. Ce renversement a annihilé la première impression que Pascal s'était forgée d'une telle expérience.

Tu es entré dans cette situation lorsque la vie du père de Pascal, Clément, n'était pas en phase terminale ; il souffrait néanmoins d'une multitude de problèmes de santé. Clément, un homme au seuil de ses 90 ans, avait pourtant demandé une assistance au suicide. Il a produit sa requête avec l'appui de son fils aîné, Pascal. Ce dernier a deux sœurs plus jeunes ; l'une est restée passablement à l'extérieur de cette démarche et l'autre complètement. Par « entrer dans la situation », il faut comprendre que tu as pu rendre visite à Clément et Pascal au domicile du premier, durant une période de trois mois, et effectuer deux fois le trajet avec eux jusqu'à Bâle, où Clément a mis fin à ses jours. Par la suite, tu as rendu visite à Pascal à plusieurs reprises durant une année, chez lui, une période durant laquelle il cherchait péniblement à intégrer l'événement de la mort de son père. Tu as d'ailleurs décrit de manière approfondie dans un autre livre – *Leaving. A Narrative of Assisted Suicide* – ce que tu as appris sur Clément et son passé, et décrit aussi la façon dont tu l'as accompagné aux côtés de Pascal, de la mise en œuvre jusqu'à la réalisation du suicide assisté. Tu reviens toutefois ici sur quelques éléments contextuels cruciaux pour situer ta compréhension – forcément limitée – de ce qui s'est passé ultérieurement :

les difficultés ainsi que les résolutions partielles que Pascal a trouvées afin de gérer, pour ne pas dire traverser, l'événement de la mort de son père.

Clément était psychiatre durant sa vie professionnelle. Il est revenu en France à la fin des années 1950 après avoir effectué ses études de médecine en Australie, pays d'adoption dans lequel il avait déménagé après le traumatisme personnel d'une jeunesse vécue sous l'occupation nazie et la guerre en France : les parents de Clément étaient des communistes juifs polonais, partis en France après l'assassinat de Rosa Luxembourg. À Paris, les parents ont poursuivi leurs activités politiques et culturelles. Ils s'identifiaient en tant que Juifs mais n'étaient pas religieux. Son père a fait partie de la Résistance et a été capturé avant d'être envoyé dans un camp de concentration, au début de la guerre. Depuis sa capture, Clément n'a plus jamais eu de ses nouvelles. Quant à sa mère, elle lui a été enlevée durant la grande rafle du Vel' d'Hiv, en 1942. Avant sa disparition, elle avait dit à Clément de partir et de se cacher au sous-sol de la maison, puis de s'enfuir et de retrouver l'une de ses tantes sœurs de sa mère. L'une d'elle était partie en Australie ; c'est ce qui a décidé Clément à partir de l'autre côté de la planète, après être parvenu à survivre aux dernières années de guerre.

Plus tard dans sa vie, après sa carrière de psychiatre, Clément s'est engagé activement dans le mouvement pour le droit de mourir dans la dignité en France, nouant des contacts et collaborant avec divers collègues à travers l'Europe. Il a fondé et animé plusieurs groupes dont les activités incluaient des discussions sur l'aide à mourir et le droit de mourir. Ces groupes ont été conçus selon le modèle du médecin hollandais Boudewijn Chabot, une figure clé du mouvement hollandais du droit de mourir dans la dignité. Ce mouvement hollandais, qui a servi de modèle à Clément, avait d'ailleurs publié des techniques pouvant être utilisées pour l'assistance au suicide dans des contextes où il était difficile ou illégal d'accéder à une substance létale. Ces groupes comportaient plusieurs critères d'inclusion : avoir au moins 65 ans, être d'accord avec la pratique de l'euthanasie et de l'assistance au suicide. Les groupes ne dépassaient pas la dizaine de participant-e-s. Ces dernier-ère-s, en plus de se rencontrer une fois par mois pour aborder des questions de fin de vie, formaient un réseau pratique pour la distribution du matériel nécessaire en vue d'une assistance au suicide. Sollicité par l'un-e de ses membres, ce réseau aurait pu se rassembler et l'aider à mettre

fin à ses jours. En 2005, Clément a créé son premier « groupe de réflexion et d'entraide », puis en a monté un autre dans chacune des villes où il a vécu durant sa retraite.

Clément souffrait de plusieurs maladies graves, dont un lymphome et un cancer du côlon et après le décès de sa femme, de problèmes connexes, respiratoires, cardiaques et rénaux. Il risquait l'infarctus. Il a essayé de vivre dans une résidence pour personnes âgées, mais il a trouvé ce mode de vie écrasant, les liens sociaux étant difficiles à établir dans ce contexte. Il était un intellectuel. Il a ensuite connu un très mauvais épisode vers la fin de l'année 2015, ce qui a incité son fils à lui rendre visite une fois par semaine. Pascal conduisait plusieurs centaines de kilomètres pour rester auprès de lui une semaine sur deux. Le fils et sa partenaire étaient par ailleurs en train de rénover leur maison afin d'accueillir Clément pour qu'il y vive avec le couple. Les travaux ont cependant traîné. Dans l'intervalle, toujours avec l'aide de Pascal, Clément s'est renseigné sur l'assistance au suicide en Suisse. Il était clair cependant que sa situation n'indiquait aucunement qu'il était en train de mourir. Mais il se montrait inflexible sur la forme qu'il souhaitait donner à sa mort. Il voulait mourir par le biais d'une assistance au suicide. Clément et feu son épouse, Odette, ont déménagé dans une ville du nord-ouest de la France après la retraite, afin d'être au plus près de leur benjamine, Marguerite, qui travaillait en tant que médecin de famille dans cette ville. Leur fille aînée, qui résidait tout à l'est du pays, a entretenu des contacts restreints avec sa famille durant les vingt dernières années. La distance s'est installée lorsqu'elle a décidé de changer son prénom de Natasha en Clara. Odette a aussi fait partie de l'association française pour le droit de mourir dans la dignité. Diagnostiquée d'un cancer du foie, elle était soignée à la maison et n'a pas souhaité mettre fin volontairement à ses jours. Le processus et le timing de sa mort ont par contre été marqués par un événement particulier, sur lequel Clément est revenu à maintes reprises. Odette avait reçu la visite d'une équipe de soins palliatifs à domicile. Dès lors qu'il était devenu clair pour les professionnel·le·s qu'elle allait mourir, Odette a été mise sous sédation. Le lendemain matin, les infirmières étaient venues et l'avaient sortie de la sédation pour lui faire prendre un bain. Des années plus tard, Clément restait dégoûté par ce souvenir. Marguerite et lui avaient rageusement demandé de la sédaté une seconde fois en augmentant la dose et de ne plus la réveiller. Trente-six heures plus tard, elle était décédée.

Compte tenu de l'histoire de sa femme et du rôle actif qu'a joué sa fille à cette occasion – médecin faut-il le rappeler –, Marguerite n'aurait-elle pas voulu également aider Clément, si ce dernier le souhaitait, à domicile? «Oui, bien sûr!» avait-il répliqué. Marguerite avait dit pareil; elle avait aussi précisé ne pas vouloir qu'il allât en Suisse. Elle avait évité d'en discuter davantage, excepté pour dire que s'il acceptait de rester à la maison, elle promettait qu'il mourrait paisiblement. Tu avais ensuite demandé à Clément s'il pouvait imaginer mourir d'une autre façon que par une assistance au suicide. «Oui, bien sûr», avait-il répondu d'un ton impassible; il le pouvait, mais ne le voulait pas.

Tu avais essayé de le relancer à plusieurs reprises sur cette question, pour comprendre quelle avait été, pour Clément, la spécificité de mourir de cette façon. Tu lui avais par exemple demandé s'il y avait quelque chose de particulier à propos du mécanisme, du fait qu'il s'agissait d'un suicide et non pas d'un acte qui était finalement réalisé par une autre personne, un médecin notamment. Ou encore si c'était le geste qui comptait, ou la position et la posture dans laquelle il souhaitait mourir? Il avait balayé ces idées d'un revers de main, te disant que tout cela était une «fétichisation» de l'acte, «comme avec l'obsession des dernières paroles». Ce qui comptait, avait-il dit, c'était ce qui se passerait avant et après.

Quand tu as engagé la discussion sur ce point avec Pascal, ce dernier t'a très simplement répondu que le traumatisme du meurtre de ses grands-parents avait marqué toute la vie de Clément, comme il a aussi marqué sa mort. Cinq mois après la mort de Clément, tu es donc retourné chez son fils. Ce dernier t'a montré l'espace de leur ferme, au sous-sol, resté en chantier, où Clément aurait pu vivre s'il avait conservé son intention de base: «Il aurait pu attendre, vous savez», a fait remarquer Pascal, qui t'as ensuite raconté ce qui s'était passé depuis votre dernière rencontre, après t'avoir déposé dans une gare d'Île-de-France, après cinq heures de route, de retour de Bâle, où vous aviez laissé le corps de son père pour la crémation. Après avoir reçu les cendres en provenance de Suisse, Pascal devait rencontrer ses sœurs sur une côte, dans l'ouest de la France, afin de dire ensemble au revoir à leur père. L'idée était de louer un bateau, de naviguer au large et de disperser les cendres en mer. Durant toute sa vie d'adulte, Pascal a souffert d'un syndrome de fatigue chronique, dont une neuropathie invalidante. Le jour où les enfants devaient partir en bateau pour se séparer de leur père, la douleur l'a

empêché de sortir du lit ; il n'avait pas pris ses antidouleurs avec lui. Ses deux sœurs sont donc parties sans lui pour le dernier adieu en mémoire de leur père.

Pascal n'avait pas l'air d'être en grande forme quand tu l'as revu : « Ces derniers mois, j'ai été hanté par les derniers mots de mon père. Il ne m'avait même pas dit qu'il m'aimait. Les deux premiers mois, j'ai plutôt bien dormi, mieux que durant des années, mais durant la journée, c'était horrible. J'étais dévasté. Maintenant, je suis mieux durant la journée, mais je ne peux pas dormir la nuit. L'élément décisif est que j'ai vu mes sœurs et, après les avoir vues, je me demandais bien ce que j'allais te dire – tu avais de l'affection pour mon père –, c'est pourquoi j'étais préoccupé. Marguerite a insisté sur le fait qu'il n'en avait pas besoin ; qu'il n'y avait strictement aucune nécessité de recourir à une assistance au suicide. Il aurait simplement pu ne plus prendre ses médicaments et cela aurait eu le même effet. Comme elle disait, il prenait un malin plaisir à mettre en scène sa fin de vie. C'était la pièce finale de son jeu pervers, juste comme quand nous étions enfants, il y avait toujours un enfant exclu, toujours des secrets. »

Tel que tu l'as compris, le récit de Pascal est désormais marqué par sa perception que deux des trois enfants ont été exclus jusqu'à la mort de Clément ; Marguerite, la « mauvaise fille », en contrepartie de son inclusion à lui, le « bon fils » ; Clara / Natasha, par contraste, représente l'enfant qui a contré le transfert de son père en refusant – et en échappant de ce fait à – ce supposé jeu pervers. La preuve du transfert, tel que cela ressort du récit des sœurs raconté par Pascal, est la suivante : celles-ci n'avaient appris le nom de leurs grands-parents que par hasard, une fois adultes, lorsque Pascal faisait une copie du livret de famille pour des motifs administratifs. Natasha s'avère être le nom de la mère de Clément. L'idée d'un transfert problématique est prégnante dans le récit ; c'est ce qui aurait poussé sa sœur à fuir le cercle familial : « Il a choisi une mort qui ressemblait à celle de ses parents, mais qu'il pouvait contrôler », a poursuivi Pascal : « Jusqu'à en oublier son passeport. » Pascal a fait ici référence au fait qu'en arrivant à l'hôtel de la région bâloise, Clément a réalisé qu'il avait laissé chez lui en France le sac avec son passeport. Et il n'était pas possible de réaliser l'assistance au suicide sans ce document. Pascal était donc retourné le chercher en voiture : « Ce genre de chose arrivait tout le temps quand nous devions partir quelque part, en vacances, passer une frontière. Il y

avait toujours un problème ; il oubliait quelque chose, son passeport ou son porte-monnaie, si bien que nous devions rebrousser chemin. » Tandis que Pascal s'exprimait, tu t'es alors souvenu d'une image que son père t'avait racontée, de lui-même en tant que jeune homme échappant à la surveillance de sa tante pour fuir vers la zone libre en France, caché dans la chambre de combustion d'un train, à un cheveu de se faire prendre.

À cet instant précis de la discussion, tu t'es aperçu que l'enfant traumatisé était également le psychiatre expérimenté et l'activiste militant pour le droit de choisir sa fin de vie, qui a fait preuve d'une créativité paradoxale en décrivant son désir d'aider les autres à s'extirper de situations dans lesquelles ils ne désiraient pas être. Ce désir se reflétait dans les méthodes élaborées et imaginées avec ses camarades militants pour aider les familles à se préparer à certains types de mort, tel que cela s'est traduit dans le conditionnel de l'une des dernières phrases que Clément avait adressées à Federica, l'accompagnatrice de Lifecircle, pour la remercier de l'avoir aidé : « J'aurais aimé faire ce que vous faites. » En même temps, au-delà d'une lecture « imaginaire » (c'est-à-dire son imaginaire de la possibilité d'aider des autres et d'être aidé), tu n'avais plus de doute au sujet de la pertinence d'une lecture plus symbolique : Pascal a raison de penser que son père a créé les conditions d'une mort qui ressemblait et qui était mue par l'image de l'assassinat de ses parents. « J'aurais aimé faire ce que vous faites » représenterait Clément comme celui qui facilite la fin de la vie de l'autre, qui la regarde se faire. D'un point de vue strictement psychanalytique, tu comprends l'affirmation de Pascal selon laquelle Clément a créé une mort qui ressemblait à celle de ses parents, mais qu'il contrôlait. Tu en parles comme de mécanismes d'introjection avec déplacement du souhait de tuer, à travers une identification à une figure extérieure, que tu interprètes comme une revanche pour la mort de ses parents, un fantasme inconscient lié à des images mortes ou mourantes dans cet inconscient. Mais bon, tu le sais bien, une telle interprétation pose des problèmes quand la personne n'est plus là pour en parler. Tu le sais bien, mais (tu le dis) quand même. Troisième interprétation pour en multiplier les sens possibles, les circonvolutions des sens et des images : en plus de la créativité paradoxale dont parlait Clément – qu'il aurait aimé rester pour développer de nouvelles méthodes de préparation psychologique, si cela ne signifiait pas risquer de ne pas mourir comme ça, en plus de l'interprétation

symbolique lourde –, il y a la lecture du conditionnel imprégnée de pathos sur le travail qui va toujours rester à faire pour ceux qui restent.

C'est précisément pourquoi, après un temps de colère et de déception, et peut-être même de culpabilité, sur la façon dont son père est mort en 2018, Pascal a entrepris – à peine dix-huit mois après le décès de Clément – de reprendre et poursuivre la tâche initiée par son père: essayer de donner une meilleure forme à l'assistance au suicide en France en réactivant les groupes d'entraide que son père avait mis sur pied et en s'y engageant. Pascal vise à promouvoir une réflexion commune, au sein de ces groupes, pour définir les contours d'une nouvelle association. Le but de celle-ci serait de fournir des informations, du soutien et un réseau matériel pour faire tomber les barrières culturelles, sociales et économiques; de faciliter l'accès à ces informations et de fournir une aide aux personnes qui se demandent comment vivre aussi bien que possible avec une maladie, et comment donner une forme paisible à une fin de vie.

ENGAGEMENT ET REVENDICATION

Octobre 2017. Nathalie attendait à son domicile la visite d'Anthony. Vous habitez Paris, dans le même quartier. La tranquillité qui émanait de son appartement était accentuée par le fond sonore d'enfants jouant dans une cour de récréation, leurs cris et jacassements résonant dans les arbres dont quelques feuilles flottantes, remontant d'une cour froide, entraînent par la fenêtre d'où s'échappaient les volutes de fumée de sa cigarette. Ce n'était pas la première fois que tu avais l'impression d'être une drôle de créature, un vampire se nourrissant d'histoires tristes et de deuil; d'être en décalage – tout en le justifiant – de ce que tu étais en train de faire avec les personnes que tu rencontrais. Tu te disais intérieurement que ces entretiens étaient une façon de les aider, car les endroits où déposer leur histoire de deuil n'étaient pas légion en dehors des cabinets de thérapeutes, des groupes de parole, des amis et de la famille, voire de YouTube ou de Twitter. Tu te disais aussi que cela ne faisait pas de tort, que cela pouvait même faire du bien de documenter ces vies, ces morts, en invitant ces personnes à trouver une manière de les raconter. Pour être clair, tu penses désormais que c'est effectivement le cas: parler avec autrui pour évoquer avec une certaine contenance une expérience douloureuse peut soulager. Mais cela peut aussi s'avérer épuisant, ou générer

un sentiment d'épuisement. Tu estimes par conséquent que la seule façon d'accepter la nature extractive de ce type d'étude, et de justifier l'effort consenti pour donner forme à de telles expériences dans l'écriture, est d'en apprendre quelque chose. Tu considères que la barre est haut placée. À l'instar de ce que t'avait dit l'une des personnes lors de votre première rencontre, la seule façon de donner du sens à une maladie était de supposer qu'il est possible d'en tirer quelque chose. Tu t'es donc efforcé de faire cela, sans présupposer que tu apprendrais exactement la même chose; mais cette volonté descriptive est forcément limitée, car il ne peut s'agir que d'une re-description de l'(auto)compréhension des autres.

Tu as été mis en contact avec Nathalie par le biais d'une association d'aide au suicide en Suisse. Dans un premier temps, cette femme a essayé de faire changer la loi en matière d'assistance au suicide et d'euthanasie en France, huit mois après la mort de Michel, son mari, qui était atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA). Nathalie a lancé une pétition sur le site internet Change.org, destinée au ministre de la Santé, pour exiger la légalisation de l'aide active à mourir dans ce pays. Cette initiative a rassemblé, en l'espace d'une année, bien plus de 100 000 signatures; ce nombre approchait – en 2020 – le demi-million. «Je ne suis ni une avocate, ni une militante», assénait-elle, alors que vous étiez assis l'un en face de l'autre. «Je voulais purement témoigner, huit mois après sa mort par SLA, pour que le droit à l'assistance au suicide existe également en France aussi rapidement que possible.» Malgré de timides ouvertures, rien n'a encore changé au moment de rédiger ces lignes.

La maladie de Michel a débuté par une succession d'événements autant tristes qu'ordinaires: tout a commencé par des difficultés à lever les orteils, trois ans avant sa mort. Il est allé voir un rhumatologue et un neurologue dans un quartier huppé de Paris. Une hernie discale, lui avait-on diagnostiqué. Une opération et de la physiothérapie ont suivi, mais rien n'y a fait. Une demi-année plus tard, il est tombé sous la chaleur d'une île grecque, en vacances; il s'est sérieusement blessé: «Une SLA ne peut pas être écartée», lui a alors dit le même médecin, dans un e-mail. Michel s'est rendu à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour en avoir le cœur net. Il n'a cependant pas pu faire tous les tests – «Je ne me rappelle plus lesquels», a fait remarquer Nathalie – «Peut-être les EMG [électromyogramme]?», as-tu suggéré. «Oui, peut-être.» Michel devait

attendre de se sentir mieux avant de pouvoir terminer l'entier des tests et savoir ce qui lui arrivait. Il a attendu presque tout l'automne et le début du printemps pour avoir enfin le diagnostic, annoncé quelques jours avant Noël 2011. Au printemps, il était en chaise roulante. Il continuait à voir ses patients. Michel était médecin, psychiatre et psychanalyste, spécialisé dans l'analyse des enfants. Il avait été analysé par Jacques Lacan et s'était formé auprès de Françoise Dolto.

Une longue série d'épisodes s'est ensuivie, que Charcot avait déjà clairement explicitée il y plus de cent septante ans et que Nathalie a raconté en ses propres termes: «Et après, c'était ses bras. Peu à peu, nous devions renoncer à tout ce que nous aimions faire ensemble.» Nathalie parlait rapidement, peut-être pour faire en sorte d'être moins touchée: marcher à travers Paris, aller au cinéma, à l'opéra, danser, cuisiner ensemble. L'opéra n'était pas anodin pour le couple. Michel et Nathalie s'y étaient connus alors que Michel était encore le mari de sa deuxième épouse. Des amis communs les avaient présentés, lors d'un dîner. Elle t'a dit que cela s'apparentait tout d'abord à un amour interdit. Tous deux aimaient l'opéra, contrairement à leurs époux respectifs. La mort de la femme de Michel, que ce dernier avait accompagnée jusqu'au terme d'une longue maladie, a ensuite permis de laisser fleurir leur amour: «Notre amour était inconditionnel, il nous a portés durant ce test terrifiant, son corps sombrant dans ce sable mouvant qu'aucune main, ni la mienne, toujours dans la sienne, ni celle du médecin, ne pouvait retenir d'être englouti. Même quand les choses empiraient, il y avait des moments d'espoir, ou plutôt, malgré le fait de savoir qu'espérer était illusoire, nous rassemblions notre force à chaque minute, l'un apportant son support à l'autre alternativement quand il déprimait. Nous voulions croire à un espoir possible. Et alors il est devenu évident que la mort allait nous rattraper, nous, deux athées, éduqués en tant que chrétiens, qui vivions notre vie loin d'une foi dans laquelle d'aucuns trouvent un refuge, une consolation peut-être.»

Nathalie a raconté cette histoire, disait-elle, afin que les autres puissent comprendre qu'à un moment donné, la décision de mourir, ce qu'elle, comme beaucoup d'autres, dénomme «un choix», était devenue l'unique alternative pour quelqu'un de malade. Elle a raconté l'histoire, disait-elle encore, pour que cette alternative devienne non seulement légale, mais aussi possible dans le pays qui

a vu naître et mourir Michel. Tu penses qu'elle a aussi raconté cette histoire pour tenter de réparer – peut-être mettre au travail – la façon dont son mari est mort avec cette maladie. Dans son long récit aux accents pétitionnaires, la trame est en effet relativement simple : une terrible maladie incurable, un amour inconditionnel, un deuil dont elle ne se remettait pas, un désir de mourir au moment souhaité, ce qui n'a pas été possible à cause de la réticence du corps médical. Ce dernier a longtemps entretenu une suspicion à l'encontre de l'autonomie individuelle. Dans le compte rendu de Nathalie, la forme narrative a pris une tournure quasi tragique, au sens strict du terme : un héros succombe à son cruel destin, tentant de s'accrocher à sa vertu. Dans le cas de Michel, la force de son amour pour Nathalie et ses trois enfants, son engagement vis-à-vis de ses patient·e·s, son intransigeance face au corps médical français et la force de son amour à elle pour lui se sont combinés jusqu'à l'enfermer dans une situation dans laquelle il a été obligé d'attendre sa mort à la maison, et de voir Nathalie et ses enfants l'accompagner jusqu'à la fin. Autant sa force que sa vertu étaient devenues l'objet de son tourment, et de sa chute. Sa colère était cependant dirigée à l'encontre du corps médical. Contrairement à la figure tragique, et ce point diverge de sa forme classique, quels qu'aient été les défauts ou les vices de Michel, ces derniers n'étaient jamais apparus comme la cause en soi de la souffrance. Il n'y avait aucun choix entre souffrir ou ne pas souffrir. La maladie s'était dressée sur son chemin ; et il fallait faire preuve de contenance.

L'histoire que Nathalie a racontée assemble, agence et compresse encore d'autres strates de leur expérience. En juin 2013, un événement est survenu, comme signant son arrêt de mort : une complication diaphragmatique. L'équipe de la Salpêtrière a demandé à Michel de participer à la troisième phase d'un essai de stimulation phrénique à l'hôpital, qui avait débuté en 2012. « Nous avons tous deux lu l'information fournie », expliquait Nathalie. « J'ai trouvé ça barbare. Dans un premier temps, nous devons nous rendre dans un centre du sommeil, pour une observation d'une nuit, et là-bas ils n'avaient même pas une chaise pour lui, pour qu'il puisse aller aux toilettes ou pour prendre une douche sans qu'une personne ait à le porter. Il pensait que cela allait lui donner six mois de plus. Au lieu de ça, il a eu une pneumonie postopératoire. Ils m'ont appelée du service hospitalier, mais ne m'ont pas laissée aller le voir. » C'est

l'événement qui l'a conduit à penser à une assistance au suicide. C'était la mi-octobre.

Le terme « penser » mérite d'être mis en exergue : dans la bouche de Nathalie, mourir à l'hôpital était pour Michel quelque chose d'horrifiant. Elle associait ce point à sa formation médicale, à son expérience des soins intensifs néonataux, et aux décès de sa mère, de son père et de sa deuxième femme. La mère de Michel, atteinte d'alzheimer, était morte après une pénible agonie dans une unité hospitalière. Son père était resté traumatisé par la Seconde Guerre mondiale ; alcoolique, il est décédé dans un hôpital d'une cirrhose : « Il m'a dit : "Si c'est trop difficile [de me garder à la maison], j'irai à l'hôpital." Mais je lui avais promis », a fait remarquer Nathalie. Elle t'a montré deux cloches balinaises en métal sculptées : « Nous avons un système : s'il avait besoin de quelque chose, il sonnait. Il est resté pour moi. À sa demande, j'ai contacté trois associations en Suisse, et seulement une m'a répondu humainement. Federica, la responsable, a dit qu'elle serait à Paris le week-end à venir, et est venue à la maison. J'avais aussi contacté une personne en Chine qui clamait produire et vendre du pentobarbital. L'équipe de soins palliatifs a proposé de l'Haldol [un neuroléptique]. Michel leur a dit que la seule chose qui lui restait étaient ses pensées, donc il ne voulait pas qu'on les lui prenne. Il a vu son dernier patient à la fin du mois de novembre. Il avait parfois recours à une aide respiratoire et à un expectorant, entre deux patient·e·s. L'un des enfants en consultation lui avait dit vouloir être médecin, comme lui, quand il serait grand. Comme ça, il pourrait le soigner s'il devait tomber un jour malade. » Federica a cependant constaté qu'il était impossible pour Michel de faire le trajet de Paris vers la Suisse. Elle était désolée, mais c'était trop tard. C'était la mi-décembre. Deux semaines plus tard, il était mort.

« Sa respiration devenait très difficile. Il était conscient d'approcher la fin et il voulait que cela se termine. Il voulait une overdose de morphine. Juste avant Noël, le médecin de famille ne la lui a pas prescrite. Les jours après Noël, les enfants et moi avons pris la chaise roulante et nous sommes sortis lentement de l'appartement ; nous sommes descendus par l'ascenseur, en faisant en haut et en bas de nombreuses fois pour emporter en premier la chaise, puis les sacs, puis Michel, et nous rendre à l'hôpital. La neurologie ne pouvait pas le voir, le centre SLA ne pouvait pas le voir, il a finalement été vu aux urgences. Une prescription de morphine lui a été donnée,

mais je n'ai pu aller la chercher que le lendemain, en pharmacie. Cette nuit-là, il a rencontré de sérieux problèmes respiratoires. Nous avons attendu trois heures l'ambulance à la maison. Par le passé, il avait déjà connu un tel épisode d'incapacité respiratoire. À l'époque, je lui avais demandé que faire s'il devait à nouveau faire face à ça : est-ce qu'il voulait que je fasse la même chose [à savoir lui sauver la vie] ? Il avait répondu que non. Il était sur le sol de la cuisine, et je l'ai laissé partir. La dernière chose que je lui ai dite a été : "Je te laisse." »

La plupart des gens, comme cela a déjà bien été documenté, se sentent rassurés à l'idée d'avoir l'option de mettre un terme à leurs souffrances comme souhaité et s'inscrivent donc à une association d'aide à mourir dans la dignité. Mais la plupart des gens ne choisissent pas cette option. Michel n'a pas cherché à se rassurer ; visiblement, il ne désirait pas être rassuré, alors qu'il vivait avec une SLA. C'est seulement quand il s'est trouvé en train de mourir qu'il a exploré avec sa famille une voie de sortie, non sans créer les conditions dans lesquelles elle et lui pouvaient regarder ensemble un même horizon, en envisageant un suicide assisté ensemble. Tu te demandes si, dès lors, Nathalie n'avait pas trouvé une cible vers laquelle diriger sa colère concernant les circonstances de sa mort : un corps médical jugé récalcitrant et mal adapté à ce type de situations et un cadre légal jugé incapable de répondre à la souffrance individuelle. Le prix payé a été de le laisser partir ainsi. Michel pouvait demeurer qui il avait été : un père aimant et un mari resté, jusqu'à la fin, fidèle à son amour et à son engagement malgré ses souffrances. Tu poses aussi l'hypothèse que Nathalie a ensuite canalisé sa douleur et sa colère dans un projet politique que son mari aurait certainement aimé voir aboutir, et qui lui aurait évité des souffrances.

AFFECTIONS

Le temps du deuil vient faire écho à ces imaginaires du possible qui avaient nourri certaines approches d'une fin de vie, chez les protagonistes aussi bien que les proches. À la suite d'une assistance au suicide, il est susceptible d'être alimenté par l'expérience d'un dispositif singulier caractérisé par un accompagnement en amont du décès et une procédure médico-légale lui faisant suite. Ce temps du deuil est encore susceptible d'être influencé par des appréciations

a posteriori de l'ensemble de ces événements, pour comprendre la singularité d'une mort; pour associer cette singularité non pas uniquement au seul effet d'un dispositif spécifique et d'une pratique d'assistance, mais aussi à la mort de manière plus générale, à la singularité de la mort en somme. Cela suppose un travail sur les liens d'affection qui se mêlent et se démêlent au fil du récit des proches, sur une durée qu'il serait osé de chercher à définir. Les deux dernières situations évoquées dans cette section offrent un aperçu, capté dans les séquences d'entretiens réalisées à des fins de recherche, de ces horizons du deuil qui témoignent du rapport à la perte.

FAIRE ET DÉFAIRE LES LIENS

Après la mort de Clément, son fils, Pascal, s'est préoccupé de savoir s'il avait pris la bonne décision. Pour ta part, Anthony, tu n'as jamais remis en question ton implication dans cette situation. Tu dis cela à titre d'observation; tu ajoutes – sans nous convaincre – que ce n'est pas une autojustification. Pascal avait souligné, quelques mois après la mort de son père, que tu avais été l'une des raisons pour lesquelles celui-ci avait été capable d'aller jusqu'au bout; que tu avais facilité, rendu possible même, la mise en scène de son drame autocentré, comme l'a relevé la sœur de Pascal. Peu de temps après avoir rencontré Clément et Pascal, tu as rencontré un jeune homme de ton âge – né en 1983 – prénommé Florian, qui habitait une ville au nord de Paris. Vos échanges ont débuté en mai 2016 et se sont terminés en octobre, avant qu'il mette fin à ses jours avec l'assistance de l'association Lifecircle, dans la région de Bâle, en février 2017. Sans vraiment savoir pourquoi, tu as pressenti que cette rencontre allait se traduire par une déception. Tu avais essayé, sans succès, de maintenir une image ou un standard de conduite à la fois éthique et scientifique avec Florian. Or, une tension manifeste entre deux types d'injonction t'avait conduit à rompre le contact avec lui, à l'abandonner peut-être, précisément pour des motifs éthiques et juridiques. Tu as cependant continué à suivre son histoire à travers le récit de deux autres personnes: Federica, l'accompagnatrice, et Françoise, une journaliste qui avait commencé, au début du mois de septembre 2016, un documentaire en partie centré sur Florian.

Contrairement aux autres rencontres que tu as faites auparavant, celle avec Florian, dans son déroulement, a instillé des doutes quant à ta conduite en général, à ta conduite d'enquête sur l'assistance

au suicide plus précisément, ainsi qu'à la conduite adoptée par d'autres personnes, y compris Florian lui-même. Ces doutes ont résulté de l'ambiguïté entre connaissance et soutien inhérente à une telle recherche, ambiguïté qui caractérise de manière similaire une demande d'assistance telle que l'avait faite Florian. Les composantes de ces doutes et de cette déception ressortent d'autant plus fortement qu'ils contrastent, penses-tu, avec ce que tu as accompli au travers de la relation avec Clément : avec ce dernier, tu avais réalisé un accompagnement de deuxième ordre de sa quête, elle-même accompagnée par son fils, pour se frayer un chemin vers sa fin de vie. Il n'y avait pas là matière à triangulation ; pas d'imbroglio. Ta position était parallèle à celle de Clément et, corollairement, à celle de Pascal.

Ta rencontre avec Florian constitue donc un contre-exemple qui permet d'en souligner la différence. Pour le dire rapidement, Florian, un jeune homme au début de la trentaine – vous étiez nés à quelques mois d'intervalle –, voulait que tu l'accompagnes dans son assistance au suicide. Tu as pourtant le sentiment qu'il bloquait l'espace qui s'ouvrait entre vous deux et dans lequel tu aurais pu occuper une position adaptée pour recevoir et développer une réflexion sur son désir de mettre un terme à son expérience de la souffrance. Tu as le sentiment qu'il a fait tout ce qui était en son pouvoir pour court-circuiter tes tentatives d'interpréter sa démarche, alors même qu'il insistait pour être observé.

Jeune enfant, Florian a eu des problèmes de colonne vertébrale. S'il n'y avait pas de protrusion du cordon médullaire dorsal, il a tout de même dû porter un corset et subir de multiples hospitalisations relatives à des opérations du dos, dont une majeure à l'âge de 21 ans. Dès 2011, son état physique a commencé à se dégrader sérieusement. Il a arrêté de travailler en tant qu'enseignant spécialisé et a commencé à avoir recours à un fauteuil roulant ; mais pas définitivement, car il pouvait encore marcher. Pour toi, l'évolution de la maladie ne faisait pas sens, et elle ne le fait toujours pas : aucune des deux formes communes de spina-bifida ne semble correspondre à ce qu'il vivait. Son état de santé présentait certes des problèmes physiques associés à une forme aiguë de la maladie, mais ces problèmes étaient apparus très tard dans sa vie. Par ailleurs, tu trouvais Florian très intelligent ; il s'exprimait très bien et faisait preuve d'érudition. Il restait curieux et prenait de toute évidence soin de lui. Tu le percevais aussi comme très isolé, colérique, en besoin et manipulateur.

Il a contacté une première fois l'association Lifecircle en 2013; une année plus tard, sa mère était diagnostiquée d'un cancer du pancréas. À l'époque, il vivait dans le Cantal avec sa partenaire, Olivia. À la suite du diagnostic de sa mère, Florian a décidé de retourner vivre dans sa ville natale pour prendre soin d'elle. Olivia a préféré retourner vivre à l'île de la Réunion, d'où elle était originaire. Du point de vue de Florian, elle l'avait abandonné. Il refusait toutefois de parler de ce sujet autrement que pour dire qu'elle n'en pouvait plus de vivre avec une personne handicapée. La raison principale pour laquelle tu as refusé de l'accompagner au-delà du mois d'octobre était que Florian avait bloqué toute possibilité, après six mois de discussions, de rencontrer sa mère. Elle était la seule personne, à ta connaissance, qu'il avait dans sa vie. Son père est parti lorsqu'il était bébé. La mère de sa mère n'avait plus de contact avec eux. Florian n'avait pas de véritable ami; il passait ses journées à s'occuper de lui-même et de sa mère. Le récit de son quotidien, partagé avec toi par téléphone, faisait ressortir la co-dépendance de leur relation. Sa mère comprenait sa requête, disait-il; elle ne pouvait pas et ne voulait pas le faire rester, mais elle ne pouvait pas non plus l'aider à partir. Elle avait besoin de lui. Et il ne voyait pas en retour comment il aurait pu la laisser tomber. Il a fait plusieurs demandes officielles auprès de Lifecircle; des dates lui ont été proposées à plusieurs occasions, mais rejetées à chaque fois. Il était coincé.

Tu considérais que Florian, en voulant mettre fin à ses jours avec ta participation, pensait pouvoir résoudre, ou du moins maîtriser, le fait de ne pas être à même de le faire tout seul ni de savoir comment rompre les liens qui le liaient encore dans sa vie. Tu as donc posé une condition à la poursuite de vos conversations téléphoniques: Florian devait réfléchir et comprendre que tu ne pouvais pas être la personne qui occuperait la position de proche ou d'ami-e, d'une personne de confiance, pour l'aider à se suicider. Après avoir dit te comprendre, il t'a demandé de le prendre avec toi en vacances à Londres durant l'été. C'était le dernier vœu d'un homme en train de mourir. Tu as aussi refusé. Il a dû te le demander au moins dix fois en deux semaines; il était persévérant et obstiné, jusqu'au point de pouvoir irriter les autres. Selon sa propre appréciation, il s'est aliéné la majorité du staff médical de l'hôpital.

Il voulait que tu – quelqu'un, n'importe qui – sois présent comme un instrument de sa mort volontaire, comme un moyen technique pour faire entendre sa voix auprès des autres. Mais

peut-être aussi, plus simplement, pour obtenir en retour l'assurance qu'on prenait soin de lui, qu'il était aimé. Pour Florian – pensais-tu – le fait que tu occupais la posture d'un sujet réfléchissant à son propos et à ses projets était inacceptable, tout comme il était pour toi inacceptable d'accéder à sa demande de soutien, une demande qui – contrairement à Clément – te paraissait excessive et dévorante. Face à ce blocage, tu ne t'es pas résigné à sa demande, si bien qu'après six mois de conversations régulières par téléphone et deux visites chez lui, tu as refusé de l'accompagner plus loin. Entre-temps, à partir du mois d'août, Florian a modifié ses liens et son approche du problème de l'accompagnement : il a décidé que sa démarche devait servir une cause et a souhaité une couverture médiatique de sa mort. Il a demandé à Lifecircle si l'organisation connaissait des journalistes ou des documentaristes. Il a été mis en contact avec Françoise. Il avait trouvé, ou plutôt créé, un nouvel instrument.

L'équipe documentaire est devenue la cible d'attention de Florian depuis septembre. À la fin du mois, il avait demandé à Federica une nouvelle date, cette fois-ci pour la mi-novembre. Sa mère, semblait-il, se dirigeait vers le pire. Elle avait subi plusieurs alertes cardiaques après que l'équipe documentaire et toi-même l'aviez vu à la mi-septembre. Selon Florian, c'était la faute des médecins si les choses avaient empiré, car ils ou elles avaient donné un antibiotique contre-indiqué comme anticoagulant. Françoise avait l'impression que, si elle devait mourir, Florian souhaiterait partir rapidement. En effet, tu avais l'impression que Florian, sa mère et Federica géraient le timing de sa mort en fonction de celle de sa mère : c'est seulement quand elle mourrait qu'il serait capable de partir. Mais Florian n'a jamais pu le dire ainsi ; il n'a pas – ou ne pouvait pas ? – dire qu'il était en train d'attendre, de souhaiter, la mort de sa mère. Et, en même temps, il disait que, pour lui, la date butoir était le 1^{er} mai 2017, le jour de son trente-quatrième anniversaire. À cette date, il serait en tout cas parti.

Durant les fêtes de fin d'année, les demandes de Florian sont devenues plus pressantes. Il a convaincu Lifecircle de lui donner une date : ce serait fin février. Cela a ouvert une fenêtre d'opportunité pour Françoise, qui a souhaité filmer et réaliser une interview chez lui, vers mi-janvier. L'équipe documentaire lui a rendu visite à son domicile et, après quelques heures, a demandé, comme convenu, si elle pouvait s'entretenir avec sa mère. Florian a inventé une excuse,

disant qu'elle était partie à une séance de physiothérapie. Françoise ne l'a pas cru et lui a demandé de lui dire ce qui s'était vraiment passé : elle était décédée en novembre dernier. À la suite d'un curieux concours de circonstances autour de son hospitalisation et de la sienne, il a déclaré ne l'avoir découvert que le 5 janvier. Est-ce vrai ? Tu penses important qu'il ait déclaré avoir « découvert » sa mort seulement après avoir fait sa demande à Lifecircle. Une manière peut-être, dans son esprit, de détacher sa propre mort de celle de sa mère. De délier sa requête de la demande qu'il avait ressentie : rester jusqu'à ce qu'elle soit décédée, par respect pour elle.

As-tu fait le bon choix en refusant de l'accompagner, et l'as-tu fait pour les bonnes raisons ? Et te posant cette question, tu es forcé – comme Pascal te l'avait demandé en d'autres circonstances – de la poser à celles et à ceux qui ont participé à l'assistance au suicide. À travers cette simple question, tu essayes de comprendre les dynamiques changeantes du soutien et de sa qualité – aussi bien que de son absence – constatées dans le déroulement de la demande et finalement la réalisation du suicide assisté de Florian. Vu l'étrange façon dont les événements se sont enchaînés entre novembre et février, tu t'es parfois demandé si tu devais te justifier, mais non. Tu t'es demandé si tu devais être suspicieux avec Federica, mais tu as dit non. Tu t'es demandé si tu devais avoir du mépris à l'encontre de Françoise et de l'équipe documentaire, car, malgré l'étrangeté de la situation, ils et elles voulaient et avaient besoin de terminer le film pour lequel un mandat avait été donné, mais encore tu as dit non. Au contraire. Federica et Françoise, dans leur configuration, avaient accepté d'investir des actes visant à rompre le lien dans lequel Florian se trouvait pris. Ce sont ces personnes qui ont répondu à Florian comme ce dernier l'avait souhaité.

N'avait-il vraiment pas su durant plusieurs semaines que sa mère, la seule personne qui lui était vraiment chère, était décédée ? Ce déni faisait-il partie du lien que cette configuration était appelée à rompre ? Avait-il gardé sa mère vivante dans son esprit pour préserver ce lien et son ambivalence ? Casser ce lien et le laisser partir, était-ce la bonne chose à faire ? Ce sont peut-être là de fausses questions, purement analytiques. Tu n'as de toute façon pas les moyens d'interpréter, et tu n'es pas non plus en position de le faire. En restant au niveau de la description, il ressort simplement que Florian a été capable de créer un espace avec le nombre minimal de personnes dont il avait besoin pour combler ses attentes : des

personnes qui lui ont donné les moyens d'agir, qui l'ont regardé sans chercher à le décoder, et des personnes pour lui donner une certaine contenance. Mais lui seul était en mesure de clore l'histoire à sa manière. Personne d'autre.

PRÉSERVER L'UNION

Presque tous deux centenaires, René et Lucienne avaient été membres d'Exit durant plus de vingt ans. Tous deux avaient évoqué à diverses reprises l'éventualité de partir ensemble. Marc-Antoine, tu avais en tête cette particularité au moment de retenir cette situation pour évoquer le temps du deuil, malgré le fait que tu ne les as jamais rencontré·e-s, contrairement à toutes les autres situations mobilisées dans ce livre. Ce temps ne pouvait donc être appréhendé qu'à partir d'un récit construit a posteriori de leur suicide assisté, comme pour Florian, mais sans avoir connu les protagonistes, au contraire de Florian. Mais le départ simultané d'un couple aussi bien que la rareté de son occurrence ont paru suffisamment originaux pour vouloir le documenter et le décrire dans le cadre de la recherche. Le fait de partir ensemble avait attisé ta curiosité au moment de rencontrer, au printemps 2018 et environ six mois après la mort des parents, Paul et Isabelle, leurs deux enfants ainsi qu'Hervé, le mari de cette dernière. Un peu à l'image du couple, tu as rencontré ces trois personnes – présentes au moment du suicide – ensemble, et nourri d'emblée l'impression d'entendre une lecture plutôt harmonieuse et consensuelle, pour ne pas dire univoque, des événements ayant conduit à ces deux décès.

Au moment de démarrer l'échange, dans un appartement en périphérie de la ville de Genève, les enfants ont d'emblée insisté sur le fait que René et Lucienne avaient formé un couple fusionnel ; ils n'ont jamais été séparés, durant plus de sept décennies. Mariés très jeunes, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le couple a vécu la plupart du temps dans un appartement loué dans un immeuble d'un quartier aisé de Genève : « Une famille pauvre dans un quartier riche », relevait Isabelle. Dès la naissance des enfants, leur père a géré un petit commerce et leur mère y donnait divers coups de main ; elle s'occupait avant tout du foyer et de l'éducation des enfants. Au fil de la discussion, Paul décrivait son père comme un homme ayant toujours été optimiste, animé par une foi discrète et intérieure, sans rattachement à une Église ou à une religion ; il pensait que René n'avait pas craint la mort. Il a contrasté cette attitude

avec celle de sa mère, dépeinte comme une femme « pessimiste ». Isabelle l'a aussitôt repris : « Très dépressive ! » Elle la qualifiait de « quelque peu instable » : Lucienne avait suivi plusieurs thérapies et prenait régulièrement des médicaments. Les deux enfants l'ont encore présentée comme une athée, angoissée face à la maladie et à la fin de vie. Ils percevaient néanmoins leurs parents comme complémentaires.

Juste après la retraite, le couple est parti s'installer à la campagne, dans une ferme rénovée avec l'aide de Paul. René et Lucienne y ont vécu plus de vingt ans, s'adonnant à leur passion du bricolage et cultivant la « philosophie du jardinage », comme aimait à le relever Paul. Isabelle a précisé que, durant cette période, leur mère s'adonnait à des activités artistiques. Les deux enfants t'ont fait part de leur étonnement à propos de cette nouvelle facette de la personnalité de Lucienne ; ils l'associaient à une « révélation tardive d'un rapport à l'intériorité ». Au tournant des 90 ans, le couple est toutefois retourné vivre en appartement, en ville, car il n'était plus possible d'assurer l'entretien de la ferme à cet âge. Isabelle a précisé que tous deux s'étaient inscrit-e-s sur des listes d'attente pour entrer ensemble en établissement médico-social ; la possibilité leur a été donnée, mais comme le couple parvenait à vivre de manière autonome, les offres de placement ont été déclinées. Comme l'a relevé Hervé, le beau-fils, « ils ont à chaque fois repoussé l'échéance en disant qu'ils étaient assez valides et indépendants ». Le couple a repoussé aussi tard que possible l'aide des services à domicile. René « faisait tout à la maison », ont relevé en chœur tes trois interlocuteurs. Deux ans avant leur mort, le couple a néanmoins consenti à une petite aide : deux heures de ménage tous les quinze jours.

Durant les dernières années passées en ville, Lucienne ne sortait plus seule de son appartement ; elle était de plus en plus dépendante de René. Mais tous deux gardaient « cette lucidité complète de la tête », a souligné Paul. La vivacité mentale des deux membres du couple contrastait par contre avec la dégradation du corps, ce qui incitait à dialoguer sur la mort, comme l'a noté à son tour Hervé : « Plus ils prenaient de l'âge, plus il y a eu cette conversation vis-à-vis de la mort. [...] On parlait très librement, en fait. » Dans ce contexte, un événement de santé touchant René a fait émerger l'idée de concrétiser une demande d'assistance au suicide, dans un intervalle d'une dizaine de jours à peine. Souffrant de douleurs persistantes au ventre, René a été hospitalisé ; les examens ont révélé un cancer

avancé. Paul a fait remarquer que son père « lui avait signifié qu'il ne voulait absolument pas d'acharnement thérapeutique » et donc il ne souhaitait pas subir une opération. L'attitude des médecins est restée gravée dans la mémoire de Paul : ils « étaient revenus à la charge » pour tenter une nouvelle opération. « L'ayant appris, j'ai discuté avec le sous-traitant du médecin, si je peux dire, en disant que j'avais trouvé ce rappel absolument insupportable et que c'était sans doute pour faire œuvrer des apprentis charcutiers, si je peux dire. [...] À cet âge-là, subir une opération, c'est plutôt une expérience pour un étudiant. » Paul a mis en tension ici l'âge honorable de son père avec sa perception d'une médecine « déshumanisée », adossant du même coup la décision de mourir à la représentation d'un personnel hospitalier peu respectueux des personnes âgées.

Enchaînant dans son discours, il a estimé que c'est au moment de choisir de subir ou non cette opération – René ne pouvait plus s'alimenter tout seul – que son père a pris sa décision, après en avoir discuté avec lui. Ne rien faire ne semblait pas avoir été une option. L'âge semblait suffire, au fond, comme justification : « On se disait, a encore relevé Paul, qu'à presque 100 ans... Et il avait un pacemaker. Il avait des douleurs partout. Il y avait juste la tête qui était *clean*. Sinon, il était tout en douleur, Papa. » Si ce critère de l'âge ne référait pas explicitement à une vie déjà bien remplie, il restait surtout lié à la futilité d'une intervention médicale qui n'aurait servi, aux yeux des personnes concernées – tel que tu le comprends à partir de ce récit –, qu'à favoriser l'apprentissage des jeunes médecins. Les griefs à l'encontre de ces dernières et ces derniers, et de l'hôpital en général, ne doivent toutefois pas être compris dans l'absolu, mais en fonction d'une longue trajectoire médicale. Hervé a en effet rappelé que son beau-père avait accepté auparavant de subir de nombreuses autres opérations sous narcose, durant les deux dernières décennies. À 98 ans, soulignait Hervé, « nous ne sommes pas immortels ». Au fond, l'opération proposée aurait été celle de trop.

Hervé a poursuivi : « C'est le père qui a pris la décision », sur quoi Isabelle s'est remémoré les propos qui ont été tenus en famille par son père, couché dans son lit d'hôpital : « “Bon, moi j'ai décidé de partir.” Puis, en s'adressant à son épouse, il avait dit : “Et je te demande de venir avec moi.” » Une incertitude a prévalu dans la reconstitution des événements entre les deux enfants ; ces derniers ne savaient plus avec certitude si ces mots avaient été effectivement entendus,

ou si la situation leur avait simplement été rapportée. Ce possible décalage a appelé des précisions, laissant transparaître un questionnement implicite sur la place occupée par les enfants dans le lien perçu comme fusionnel des parents. Isabelle a fourni les indications suivantes: «On les a laissés les deux; on était en visite à l'hôpital. On les a laissés les deux pour que Papa puisse demander à Maman fermement de partir avec lui.» Le terme «fermement» n'a pas fait non plus consensus; Paul a mentionné sans attendre le fait que les parents avaient déjà envisagé de partir ensemble auparavant, et que la demande de leur père n'a pas été si autoritaire à l'égard de leur mère. Il t'a semblé important à ce moment que le récit co-construit en ta présence ne mette pas à mal la solidarité fraternelle; Paul et Isabelle ont convergé pour dire avoir entendu la demande du père, mais pas la réponse de la mère. Tous deux étaient sortis à ce moment-là de la chambre d'hôpital pour les laisser décider seuls.

Tu es ensuite revenu sur leur compréhension de la décision du couple de partir ensemble. Tes trois interlocuteurs ont à nouveau fait référence à l'âge, à leur grand âge, de manière implicite. Il convenait d'interpréter adéquatement l'hésitation de Lucienne alors qu'il était devenu crucial de se prononcer rapidement. Isabelle – comme si elle s'adressait une nouvelle fois à sa mère – a rapporté en ces termes la conversation qu'elle a eue avec sa mère durant ce moment clé: «Écoute, Maman, vivre sans Papa, tu vas peut-être vivre un mois, deux mois, trois mois, six mois, mais dans de telles souffrances! Et tu vas arriver au moment où il va falloir mourir, où ton corps va lâcher. Donc, est-ce que tu préfères partir avec Papa ou attendre ces mois en attendant ton départ?» Et puis c'est là qu'elle a dit «oui».» Sur quoi Paul a ajouté que leur mère aurait dû, dans le cas contraire, être placée en institution spécialisée, précisant dans la foulée que René – orphelin de père très jeune et placé en orphelinat dès que sa mère s'était remise avec un autre conjoint, qui n'avait pas souhaité l'élever – avait toujours entretenu un sentiment d'abandon. Il soutenait que leur père n'aurait jamais voulu reproduire cela avec sa femme, ce qu'a aussitôt confirmé Isabelle: «Il avait le souci de ne pas laisser Maman.» La fille a encore précisé que sa mère, qui ne souffrait pas de maladie incurable, avait dû faire preuve de beaucoup de force à ce moment-là, sachant qu'elle était d'habitude plutôt dépressive: «Alors, sur le moment, quand Papa a dit “bon, on veut partir”, pour moi, c'était une évidence. Donc il n'y a pas eu de problème

à contacter Exit, à faire ça vite, parce qu'il fallait le faire vite parce qu'il [René] n'arrivait plus à manger.»

Comme il s'agissait d'assister un couple dans le suicide, un notaire a dû attester qu'il n'y avait pas de pression de l'un sur l'autre. Paul t'a lu à haute voix la déclaration qui a été prononcée puis signée devant ce notaire. Le médecin traitant du couple a par ailleurs dû établir un rapport médical pour chaque personne. Selon ce certificat, René souffrait d'un cancer incurable; les choses s'avéraient un peu plus incertaines, par contre, concernant Lucienne, comme l'a relevé Isabelle: «Et même si ce médecin traitant était contre Exit, alors il a fait vraiment des certificats magnifiques [...]». On avait un peu peur par rapport à Maman, parce qu'elle avait quelques difficultés physiques, mais enfin on peut vivre avec ces difficultés. Mais là, il a vraiment dit qu'elle était sous haute médication et que voilà...» Ce médecin a en outre souligné dans cette attestation la dépendance de Lucienne à son mari, ainsi que son état anxiodépressif sévère. Il a écrit en conclusion: «Cette demande me paraît parfaitement légitime.» Et Paul de commenter: «Et il faut dire que ce médecin, lui aussi, est un homme âgé [il pratiquait encore après l'âge de la retraite]», laissant entendre la possibilité d'une compréhension mutuelle face à l'avancée en âge, comme pour valider sinon justifier le recours à une assistance au suicide.

Tu as enfin demandé comment s'est déroulée la journée même du suicide, l'occasion pour les trois interlocuteurs de mettre à nouveau en perspective la mort des parents avec la prise en charge hospitalière de René. Ils ont encore rappelé le fait que le personnel soignant et en particulier les médecins n'ont pas accepté de discuter une quelconque requête d'assistance au suicide. Les enfants ont perçu ce refus comme une «violence extrême, un non-respect de l'humain». Selon Paul, les médecins voulaient les rendre coupables d'être d'accord avec la requête de leur père: «Ils ne nous ont pas entendus. [...] Ils] avaient l'air de dire: "Mais vous, les enfants, vous devriez tout faire pour que vos parents ne partent pas comme ça."» Le fils a mis en opposition dans son récit l'attitude des professionnels, ressentie comme étant fermée, et les discussions fluides et ouvertes qui ont prévalu avec ses parents sur le sujet de la mort. Il a même relevé, pour attester cette ouverture, qu'un voisin de chambre d'hôpital, ayant surpris l'une de leurs conversations, avait trouvé «magnifique la manière dont on parlait de la mort, d'Exit». La perception d'un environnement hospitalier «froid et blanc»

et d'un manque d'intimité qui y prévaut, selon Paul, a encore été appuyée par Hervé, qui a déclaré: « Donc, quand vous avez passé 90 ans et que vous vous retrouvez dans une chambre à six lits, l'intimité, il n'y a plus grand-chose. » Et Paul d'ajouter: « Moi, je me disais que Papa ne méritait pas ça. »

Pour réaliser son suicide, René a donc dû quitter l'hôpital. Arrivé à son domicile vers 9h du matin, il a fait ses comptes et ses paiements du mois avec son fils. Isabelle s'est rappelée de ces instants: « On a mangé ensemble, un petit sandwich, [...] et moi, je ne sais pas pourquoi, j'ai proposé à Maman de lui faire une mise en plis. [...] Enfin, connaissant Maman, un peu coquette. » Deux accompagnateurs d'Exit, eux-mêmes médecins, étaient venus en début d'après-midi, avec une infirmière bénévole pour poser une perfusion, ce qui est privilégié pour les personnes âgées peinant parfois à déglutir. Il a fallu environ une heure pour installer le dispositif, vérifier que tous les documents aient bien été rassemblés et, si requis, signés. Au moment de passer à l'acte, tel que te l'a raconté Paul, il a fallu faire des répétitions de la scène avec les deux conjoints couchés dans leur lit pour s'assurer que tout allait bien se passer: « Moi j'ai trouvé ça magnifique. Je n'ai pas imaginé que c'était possible. L'infirmière a proposé de faire deux fois, je crois qu'ils ont répété. Et puis la troisième était la bonne. » L'infirmière a suggéré à Lucienne, ainsi qu'à René, de pincer le tuyau; avec son arthrose, il lui était plus facile de le relâcher que de tourner la molette. Puis Paul s'est souvenu du dernier geste, comme s'il vivait à nouveau l'événement: « Ils ont lâché absolument en même temps. [...] On a compté ensemble: 1, 2, 3, avec l'infirmière. » Hervé s'est quant à lui étonné de la rapidité de leur départ: « Quinze secondes après, l'infirmière a dit: "La dame est partie." Et ça, je suis sûr que ton papa a entendu, parce que lui, on le voyait, ça fonctionnait encore ici. » Ils se sont éteints en se tenant la main.

Peu après leur décès, un accompagnateur a appelé la police. Deux inspecteurs de la sûreté sont venus avec un médecin légiste pour effectuer le constat, et les pompes funèbres sont arrivées en début de soirée pour emporter les deux corps. Le fait d'avoir suivi l'entier de cette procédure et accompagné les deux conjoints dans leur suicide respectif, en simultané, a finalement conduit tes trois interlocuteurs à commenter le décalage qui a prévalu, au moment d'enclencher la procédure, entre leur fantasme de l'assistance au suicide et sa mise en œuvre concrète, comme l'a avancé Paul: « Il y a

toute une part de fantasme qu'on a auparavant, peut-être justement dû à ce mot suicide. On imagine que cela va être douloureux, que ça va être terrible à voir. Et une fois qu'on a vécu l'expérience, c'est tout autre chose. [...] Le fantasme a été grand avant, autant après c'était tellement doux, tellement calme, serein, que l'écart était immense.» Cette crainte face à une expérience inconnue a été redoublée par le fait que les deux parents allaient se donner la mort ensemble. Quelques mois après leur mort, le récit de ces trois proches semble montrer que l'union du couple est préservée et se reflète dans la solidarité affichée en entretien à propos de la décision des deux parents, ou des deux décisions d'un couple. Le choix de l'assistance au suicide leur semblait avoir été et être toujours le plus évident : il respectait l'histoire fusionnelle du couple et avait prévenu une institutionnalisation de Lucienne qui, à son âge et vu sa condition, était négativement perçue par les membres de la famille. Paul t'a encore fait remarquer que son père lui avait même dit se réjouir de mourir, et qu'il s'est accroché pour ne pas mourir seul à l'hôpital. Il saluait aussi le courage de sa mère, car « celle qui a eu le plus à s'adapter, c'est ma mère. Mon père, c'est dans une continuité de conceptions intérieures. Lui, c'était juste sa continuité. Mais elle, finalement, en quelques jours, elle a dû passer d'un refus à une acceptation. [...] Le plus grand travail, c'est elle qui l'a fait. » C'était à présent au tour des enfants de poursuivre un travail, celui du deuil, traversé ici par une forme d'enthousiasme partagé, avec toi aussi, pour préserver l'image d'une union parentale jusque dans la mort, malgré le fait que l'assistance au suicide repose sur des individualités.



TRAVAUX SUR L'ASSISTANCE AU SUICIDE EN SUISSE

«Travail : ce qui est susceptible d'introduire une différence significative dans le champ du savoir, au prix d'une certaine peine pour l'auteur et le lecteur, et avec l'éventuelle récompense d'un certain plaisir, c'est-à-dire d'un accès à une autre figure de la vérité. »

Michel Foucault, « Des Travaux »

Dans la partie conclusive de ce livre, nous donnons les moyens aux lecteurs et lectrices, selon leurs envies, de revenir sur un ensemble d'enjeux mis en évidence au fil de chaque chapitre afin de les approfondir, à l'aide de la littérature existante sur le sujet. Dans le corps du texte, nous avons explicitement fait le choix méthodologique et narratif de ne pas l'alourdir en recourant à un système de référencement théorique ou à des notes de bas de page, qui auraient infléchi le rythme de lecture : l'objectif de la recherche était de documenter et de décrire le déroulement d'une diversité d'assistances au suicide, à partir de nos expériences de terrain respectives. Il nous incombe cependant, dans une perspective académique, de renvoyer aux nombreux travaux de collègues existant sur ce thème et sur les enjeux qui en relèvent, concernant spécifiquement la Suisse, dans la mesure où ces travaux ont régulièrement sous-tendu nos observations.

Le présent commentaire de ces travaux sur l'assistance au suicide est par ailleurs l'occasion d'évoquer nos propres publications sur le sujet, qui approfondissent des dimensions spécifiques de la recherche. C'est encore une manière de satisfaire la curiosité de celles et ceux qui souhaitent en savoir davantage sur nos choix méthodologiques et conceptuels, et sur le fait que quatre chercheur-e-s, au-delà du fait de travailler en équipe, ont cherché à faire converger des approches et des appréhensions hétérogènes de la pratique de l'assistance au suicide en Suisse. Et, pour être complets, nous avons introduit dans la bibliographie en fin d'ouvrage toutes les références relatives aux quelques noms d'auteur-e-s qui

apparaissent au fil des descriptions lorsque ces dernières relevaient d'observations et de réflexions d'un-e chercheur-e donné-e en situation; nous avons aussi listé dans une partie distincte tous les documents de référence – règlements, directives et autres procédures – que nous avons mobilisés dans les cinq chapitres.

CHAPITRE 1. L'IMAGINAIRE DU POSSIBLE

Il est attendu d'une personne sollicitant une assistance au suicide qu'elle souffre – d'une manière ou d'une autre – d'une maladie ou d'une incapacité physique. Un-e médecin doit par ailleurs accepter d'interpréter le mal dont cette personne souffre comme une garantie suffisante afin de prescrire une dose létale de barbiturique. En commençant notre livre avec l'«imaginaire du possible», nous avons tenté de saisir ces relations entre maladie, expérience de la maladie et requête d'une assistance pour mettre volontairement fin à ses jours. Parallèlement, nous avons essayé, sur un plan intellectuel, de ne pas présumer ou, du moins, de ne pas considérer comme allant de soi l'idée selon laquelle la maladie détermine l'assistance au suicide dans l'absolu; plus précisément, nous avons tenté de ne pas céder à l'évidence selon laquelle la maladie – avancée comme une «raison» par les protagonistes aussi bien auprès du personnel médical et soignant qu'auprès des associations d'aide au suicide – serait l'unique et décisive cause d'une telle requête, même si cette cause est effective et nécessaire.

En dehors du domaine des sciences empiriques, c'est la question philosophique de l'indétermination et de la détermination inhérente à la causalité qui prévaut. Sur le thème de la «raison comme cause», et sur les différentes déclinaisons des relations entre intention et action, nous référons à l'ouvrage classique de G.E.M. Anscombe (1957), *Intention*. Parmi les approches empiriques de la pratique d'assistance au suicide, la tendance a longtemps été – en particulier dans les études menées par les médecins – de focaliser l'attention, de manière assez restrictive, sur les liens entre une demande particulière et la maladie sous-jacente à cette requête, en prenant notamment en compte des variables comme l'âge ou le sexe. La question de savoir comment une requête devient possible a par conséquent été paramétrée de façon quasi exclusive par le facteur médical, considéré sinon postulé sans autre perspective critique comme cause de la requête.

En consultant les recherches publiées au fil du temps, nous constatons que ces dernières se composaient tout d'abord d'études de cas et d'analyses de bases de données ciblées, relatives au profil des personnes et à leur condition médicale notamment. Durant la première décennie du XXI^e siècle, elles visaient, d'une part, à analyser les raisons médicales sous-tendant les requêtes d'assistance au suicide, et approfondissaient, d'autre part, le questionnement en cherchant à dépasser ce constat – le lien entre la raison et la cause – en mettant en perspective la légitimité et la légalité de l'assistance au suicide (Bosshard *et al.*, 2008; Fischer *et al.*, 2008, 2009; Frei *et al.*, 2001). Des travaux ultérieurs sont allés au-delà de ces études de cas en construisant de plus larges bases de données; ils ont établi des constats épidémiologiques à grand renfort de statistiques consolidées, pour attester des liens sous-jacents entre maladie et profil sociodémographique de celles et ceux qui meurent via une assistance au suicide (Steck *et al.*, 2013; 2015; 2016; 2018).

Par ailleurs, l'un des sujets de prédilection des médecins et bioéthicien-ne-s porte sur la place occupée par la maladie mentale dans cette causalité (Levene et Parker, 2011). En particulier, leurs analyses visent à déterminer si un trouble mental, primaire ou secondaire, est susceptible d'annuler l'intention rationnelle, comme l'un d'entre nous l'a développé ailleurs (Stavrianakis, 2018). L'objectif est de déterminer si la maladie mentale, lorsqu'elle est avérée dans le dossier médical d'une requête, constitue un motif d'illégitimité de cette dernière.

Durant ces dix dernières années, les chercheur-e-s ont aussi fait preuve d'un intérêt marqué pour les « raisons personnelles » et les « motivations » avancées par les protagonistes pour adhérer à une association pour le droit de mourir dans la dignité. Cette adhésion doit en effet précéder n'importe quelle demande; elle peut survenir avant même qu'une maladie ne soit déclarée ou diagnostiquée (Judd et Seale, 2011; Cavalli *et al.*, 2017; Richards, 2012). Ces « motivations » sont multiples. Elles relèvent d'une pluralité de registres que Cavalli *et al.* (2017) ont identifiés avec beaucoup d'à-propos: « anticipation », « idéologie », « expérience », ce dernier terme désignant chez ces auteur-e-s les expériences négatives avec la mort d'êtres aimés, notamment lorsqu'elle survient en contexte hospitalier. Le terme « idéologie » renvoie quant à lui à la compréhension que les individus se font de leur engagement – sur

un plan déclaratif et discursif – relativement à leurs valeurs et à leur conception de la mort. Enfin, l'« anticipation » correspond à une série d'enjeux que les individus perçoivent en matière de fin de vie, enjeux qui tournent bien souvent autour de la question du contrôle, de la relation au temps et à l'expérience de la maladie; ce dernier aspect a été discuté dans diverses publications, parmi lesquelles deux articles issus de notre recherche (Berthod *et al.*, 2019; Farman, 2017; Pillonel *et al.*, 2019). Castelli Dransart *et al.* (2019) ont montré de surcroît que ce type de registres est distribué en fonction de l'appartenance à différents groupes d'âge.

Dans le présent ouvrage, c'est précisément cet espace ouvert de raisons, de motivations, d'intentions, d'expériences, d'espoirs et de craintes, d'exemples et de contre-exemples que nous avons souhaité explorer en recourant au terme « imaginaire ». Notre but n'était cependant pas d'imposer notre propre « imagination » sociologique ou anthropologique sur le lien unissant telle requête individuelle d'assistance au suicide et tel environnement social au sens large, ni sur l'ensemble des relations sociales avec lesquelles ce type de requête s'entremêle. Partant de Mills (1959), notre souci était de saisir ce qui, dans l'« imaginaire », rend une telle requête pensable. Cela implique la prise en compte du mouvement qui s'opère entre biographie et histoire, un mouvement qui repose sur la capacité concrète mais nécessairement limitée de l'imaginaire de l'observateur ou de l'observatrice cherchant à saisir l'imaginaire de la personne qui sollicite une assistance au suicide. Loin de nous l'idée de prétendre par conséquent que ces imaginaires sont superposables, qu'ils sont composés des mêmes éléments ou prennent la même forme. C'est pourquoi nous évitons toute référence à un imaginaire social et culturel plus large, qui serait partagé par l'entier des membres d'une « culture » ou d'une « société » donnée.

Il importe de faire remarquer que nous n'avons pas non plus cherché à saisir l'« imaginaire de la mort » ou l'« imaginaire du suicide » dans une collectivité, mais bien l'imaginaire subsumant la possibilité de recourir à une assistance au suicide; une possibilité propre à chaque personne, à chaque individualité aux prises avec le milieu social dans lequel celle-ci évolue. Dans cette perspective, notre approche de la notion du « possible » et par conséquent de l'« imaginaire du possible » s'inspire des réflexions de Bergson (2014 [1934]). Ce dernier soutient que le « possible » – ce qui

devient pensable avant d'être actualisé – dépend d'un regard rétrospectif et provient de sources identifiables. Le « possible » n'est donc pas un point de départ vers une pluralité d'options : c'est une concrétisation en pensée et dans la réalité narrative du présent qui, jusqu'à un certain point, est déterminée par le passé, mais jamais complètement. En ce sens, notre conception du « possible » se distingue non seulement des théories individualistes du choix (centrées sur un individu regardant devant lui) et de celles décrivant un « champ des possibles » fortement régulé tel que le propose Bourdieu (1992), un champ déterminé par des structures laissant peu, voire pas de place à l'indétermination.

Concernant cette relation entre un possible incarné dans le présent et un passé, plusieurs études de cas et explorations narratives de l'imaginaire de l'assistance au suicide se sont appuyées sur le thème freudien des « prototypes » (Rieff 1959 : 48-51), sur le retour d'événements préfiguratifs (Stavrianakis, 2017, 2019) ou encore sur l'expérience et la participation des proches dans l'avancée vers une assistance au suicide (Pott *et al.*, 2011, 2015 ; Starks *et al.*, 2007 ; Zala, 2005). Partant de ces différents travaux et de nos propres publications exploratoires sur ces aspects, nous avons mis en forme le récit de Paul-André Damar et celui des autres individus avec lesquels nous avons été en contact à propos de sa situation, selon une heuristique constituée de trois termes – détermination, indétermination, surdétermination – marquant l'« imaginaire du possible ». Une terminologie qui, de notre point de vue, est utile pour saisir l'imaginaire de la possibilité d'effectuer une telle requête.

Récemment, bon nombre de travaux en anthropologie de la mort ont fait un usage pragmatique de la notion d'indétermination. L'une de ces approches récentes est portée par Vinciane Despret (2015, 2019), qui s'inspire de la pensée de William James. Notre propre usage de la notion d'indétermination est plus en phase avec ce que John Dewey a exploré dans ses derniers travaux, plus particulièrement dans son ouvrage *Logic: The Theory of Inquiry* (2008 [1938] ; cf. Rabinow et Stavrianakis, 2014 ; Stavrianakis, 2019). Nous ne cherchons cependant pas à valoriser l'indéterminé au détriment du déterminé. Nous considérons et l'indétermination et la détermination de manière pragmatique pour indexer la façon dont une situation devient « évidente » – ou non – pour tel individu, et pour mettre en

perspective la façon dont cette évidence allant de soi est parfois ébranlée quand de l'indétermination fait son apparition et sème le trouble. Nous recourons ainsi à la notion psychanalytique de surdétermination (Freud, 2012 [1899]) pour signaler comment quelque chose d'évident et de déterminé, qui semble se suffire à lui-même, indexe dans le même temps quelque chose d'autre (ou plusieurs autres choses). Les préfigurations prototypiques peuvent faire partie des sources de cet « imaginaire du possible », comme le révèlent les différentes situations décrites au fil de ce premier chapitre.

CHAPITRE 2. LA MISE EN PLACE D'UNE ASSISTANCE AU SUICIDE

Le deuxième chapitre traite de la mise en place d'une assistance au suicide. Avant de commenter le fait d'être capable de « mettre en place » une telle action, il est nécessaire de s'arrêter quelques instants sur la place singulière qu'occupe l'assistance au suicide en Suisse et sur ses lieux de pratique. Cette singularité distingue l'aide à mourir d'autres lieux où elle est légale (Lewy, 2010). Aux Pays-Bas, comme en Belgique ou au Canada, un cadre légal positif guide l'action (Cohen-Almagor, 2001 ; Smies, 2003-2004 ; Deliens et van der Wal, 2003 ; Onwuteaka-Philipsen *et al.*, 2012). Dans ces juridictions, les médecins ont par ailleurs clairement intégré l'euthanasie voire le suicide assisté dans leur pratique. Tout un dispositif s'est ainsi constitué durant les deux dernières décennies pour gérer les demandes d'aide à mourir et les rendre effectives au cœur même des institutions médicales (Blouin et Pott, à paraître, « Assistance in dying: conditions for international comparison [special issue] », *Death Studies*). Par contraste, comme nous l'avons exposé dans notre deuxième chapitre, l'appareil étatique helvétique ne fait que définir les conditions à partir desquelles l'assistance au suicide n'est pas illégale. Dans un travail antérieur, Stavrianakis a assimilé la spécificité de la place qu'occupe l'assistance au suicide en Suisse à une « parazone » (Stavrianakis, 2018, 2019), à savoir un lieu de pratique adjacent aux institutions ; un lieu qui vient se loger dans les interstices institutionnels de la médecine et du droit. Brièvement dit, l'assistance au suicide en Suisse se déploie dans une zone faiblement délimitée, poreuse et néanmoins séparée de la pratique médicale ; une zone grise, comme l'a soutenu Arzt (2009).

Dans la grande majorité des cas, l'assistance au suicide est prodiguée à domicile, en dehors des murs des institutions socio-sanitaires, en s'appuyant néanmoins sur l'autorité médicale (Hurst et Mauron, 2017). Elle repose aussi sur un complet accompagnement – l'assistance – effectué par des bénévoles agissant pour le compte d'associations. La combinaison d'une pratique située dans une parazone, où l'accès aux moyens adéquats d'une assistance au suicide dépend de l'autorité médicale, et d'un accompagnement réalisé par une association d'aide au suicide, tout au long du processus et particulièrement lors du passage de vie à trépas, distingue au fond la Suisse des autres lieux, qui ont soit complètement intégré cette pratique aux institutions médicales, soit laissé les individus libres – à l'instar de la Californie – d'utiliser la prescription d'une substance médicale d'aide à mourir comme bon leur semble et sans accompagnement spécifique d'une instance organisée qui gère cette prescription.

Concernant le développement et l'évolution de la pratique en Suisse, sa possibilité légale et formelle a résulté de l'élaboration du premier Code pénal suisse, notamment à partir des arguments d'Ernst Hafer au tournant du XX^e siècle (Schmidt et Guillod, 2005) visant à ne pas punir une assistance au suicide si aucun motif égoïste ne la sous-tend. L'histoire orale et les données issues d'entretiens avec des membres d'Exit Suisse romande laissent entendre qu'un tournant s'est produit durant la période 1995-2001, lorsqu'Exit Deutsche Schweiz a formalisé sa procédure pour solliciter une assistance au suicide, et avec l'élection de Jérôme Sobel, médecin en oto-rhino-laryngologie, à la présidence d'Exit Suisse romande. Ce dernier a accepté d'occuper cette fonction à la condition que l'association francophone formalise de la même manière sa procédure pour formuler une demande, évaluer les dossiers et organiser les accompagnements (Stavrianakis, 2018).

Il existe une abondante littérature sur l'accompagnement en fin de vie. Concernant l'assistance au suicide en Suisse, plusieurs études ont spécifiquement focalisé l'attention sur les accompagnatrices, sur leur rapport à cette pratique, aussi bien que sur le type de pratiques mises en œuvre par ces dernières (Jolicorps, 2007). Un fait notable tient dans la diversité des styles d'accompagnement, qui incarnent différents points de vue éthique à l'égard de cette pratique. Cette diversité va d'un accompagnement très soutenu à un accompagnement très limité, deux extrêmes qui ne sauraient

toutefois être compris à l'aune de la qualité de l'investissement. Au contraire, un accompagnement minimaliste l'est précisément pour une raison éthique, un devoir de protection et de soutien à l'autonomie et à l'indépendance de la personne qui a pris sa décision durant la période de « mise en place » du suicide (Graber, 2012). L'anthropologie de l'éthique constitue en la matière une ressource centrale pour étudier cette variabilité éthique en pratique (Faubion, 2011 ; Laidlaw, 2013).

En adoptant une approche chronologique d'un processus observé en temps réel d'une demande d'assistance au suicide et de sa réalisation, nous avons entrepris de fournir une description du rôle d'individus et d'actions qui ne sont pas toujours considérés ni pris en compte. Bien que nous n'ayons pas conceptualisé notre objet d'étude dans ces termes, nous pouvons référer notre approche aux récents travaux méthodologiques et conceptuels de Janine Barbot et Nicolas Dodier sur l'étude des procès judiciaires comme dispositifs (Dodier et Barbot, 2016). Ces deux auteurs conçoivent le dispositif comme une séquence préparée d'éléments matériels et de traits de langage qui produisent différents niveaux de support et de contrainte pour les individus concernés par ce dispositif. Ce dernier sert à qualifier ou à transformer l'état d'une situation (cf. Dodier et Stavrianakis, 2018).

Le rôle joué par les accompagnatrices d'associations d'aide à mourir dans la dignité est une composante évidente et indispensable d'un tel dispositif. Toutefois, le chapitre rend compte également du rôle des proches et des professionnel·e-s qui, selon les situations, sont également susceptibles de contribuer ou de rendre possible la mise en place du dispositif. Les proches sont souvent des interfaces importantes entre la personne concernée et les médecins traitants ou les associations (Gamondi, 2017 ; Gamondi *et al.*, 2018, 2020). Ils et elles sont présent·e-s à des phases déterminantes du processus de préparation : pour l'obtention des certificats de capacité de discernement, ainsi que lors des rencontres avec les accompagnatrices d'Exit ou encore souvent le jour J.

Les professionnel·le-s de l'action socio-sanitaire sont également susceptibles de participer à la mise en place d'une assistance au suicide, notamment lorsque celle-ci se déroule dans un milieu institutionnel. Leur contribution dépendra des opportunités ou limites posées par le cadre institutionnel, ainsi que de leur

positionnement aussi bien personnel que professionnel vis-à-vis de l'assistance au suicide ou encore du soutien institutionnel auquel ils et elles pourront avoir accès (Castelli Dransart *et al.*, 2015, 2017; Pillonel *et al.*, 2019).

Notre deuxième chapitre décrit aussi des éléments moins connus de la mise en place d'une requête, le rôle des pharmacies par exemple. Il est intéressant de relever que, depuis le moment où nous avons commencé à documenter ce rôle depuis 2015, une attention grandissante a été portée à l'égard de cet élément déterminant, la médication ou la substance, et des personnes en charge de leur acquisition, leur préparation et leur distribution. Plusieurs études qualitatives rapportent désormais la façon dont les pharmaciens, dans différents contextes et juridictions autorisant l'aide à mourir, parlent de leur pratique (cf. Isaac *et al.*, 2019; Varadarajan *et al.*, 2016; Woods *et al.*, 2020).

CHAPITRE 3. DE 8 HEURES À 12 HEURES

Si quelqu'un décidait d'entreprendre une étude ethnographique sur le suicide assisté, est-ce que le fait d'être présent-e durant son accomplissement serait d'emblée considéré comme une nécessité au moment de concevoir et d'imaginer la façon de réaliser une telle étude? Est-ce que «être présent-e» – un trope narratif et un principe méthodologique central de l'anthropologie (Borneman et Hammoudi, 2009) – est essentiel à la compréhension de cette pratique?

À la lumière de ce livre, une réponse positive à cette question semble aller de soi. Et pourtant, d'après notre expérience et à maintes reprises, lorsque nous discutons du projet avec nos interlocuteurs et interlocutrices, l'importance d'être présent-e était parfois minimisée ou mise entre parenthèses. «Avez-vous vraiment besoin d'être présent-e?»; «Qu'est-ce que cela change à votre questionnement?»; «Ce n'est pas le moment du décès qui compte, ce qui compte est ce qui vient avant et ce qui se passe après». Ce ne sont là que quelques bribes des réponses que nous avons entendues tant de nos collègues du monde scientifique que des protagonistes qui ont accepté d'être suivi-e-s jusque dans leur mort. Et, même pour nous, l'évidence du besoin d'être présent-e n'est pas toujours allée de soi. À titre d'exemple, lorsqu'Anthony Stavrianakis avait imaginé ce projet en 2012, une discussion avec

un ami, anthropologue chevronné, avait conduit ce dernier à lui demander si la présence durant un suicide assisté allait faire partie du projet. À l'époque, de manière spontanée, Anthony avait répondu que non, que le décès en tant que tel n'était pas un aspect pertinent. De plus, poursuivant sa justification, il avait estimé que cela aurait été très difficile pour un-e chercheur-e d'accéder à ce type de situation. C'était l'attitude défensive à la fois psychologique et méthodologique qu'Anthony avait spontanément adoptée, même s'il aspirait – en tant qu'anthropologue – à connaître cette pratique. Il convient de l'admettre. La réponse de cet ami a été une question simple et directe: «Eh bien, ne penses-tu pas que tu devrais être présent?»

La question a produit un déclic, un changement de Gestalt. Anthony comprit que sa réponse spontanée n'était rien d'autre qu'une manière d'éviter quelque chose d'absolument central, le point autour duquel et à propos duquel le problème tournait: une mort volontaire et assistée. Même si la pratique ne saurait et ne devrait pas être réduite à cet instant précis – chercher à comprendre l'acte du suicide uniquement par le biais de sa concrétisation serait trop limité et limitant –, le mettre de côté reviendrait à ignorer ouvertement un élément fondamental de la situation. Un tel évitement spontané ne provient pas de nulle part en anthropologie: la mort a été l'un des sujets centraux de la discipline et, tout au long de son histoire, elle a été appréhendée sous l'angle des rites et des symbolismes qui l'entourent, ou encore des pratiques collectives de deuil et de commémoration. La littérature en la matière est énorme; nous pouvons citer quelques travaux majeurs: Hertz (1905-1906), Goody (2004 [1962]), Thomas (1975). Toutefois, cette littérature – même récente (Boisson 2020) – n'est pratiquement jamais centrée sur le passage de vie à trépas.

Nous avons décidé que nous devons être présent-e-s. Cela n'a pas été facile, pratiquement autant qu'émotionnellement. Au-delà de certaines indéterminations, désaccords, voire refus que nous avons vécus en situation avec les individus concernés, cela a surtout été possible. Nous avons encore cherché à comprendre les enjeux de cette présence entre membres de l'équipe de recherche, et pu ainsi nous confronter à la réalité de cette expérience et y réfléchir d'un point de vue scientifique, tant individuellement que collectivement. Au terme de la recherche, nous avons observé

sept suicides assistés entre 2016 et 2020. Ce troisième chapitre apparaît dès lors comme une contribution à l'intérêt peut-être grandissant pour documenter des discours non seulement sur les pratiques du mourir, mais également sur les dialogues entre celles et ceux qui sont en train de mourir et celles et ceux qui en prennent soin et en tirent les leçons, à l'instar de l'ouvrage de Kübler-Ross publié en 1970, *On Death and Dying*, qui reste l'un des premiers et toujours aussi puissants témoignages de la façon dont meurent les gens.

Les descriptions ethnographiques ou microsociologiques de la façon dont les individus décèdent existent certes, mais en nombre plus réduit que l'on ne pourrait penser. Même dans les travaux portant sur les pratiques du mourir, les descriptions effectives du moment même de la mort restent souvent succinctes (Norwood, 2009; Kaufman, 2005) ou alors elles sont de seconde main (Laidlaw, 2006). Loin de nous l'idée de minimiser toutefois la portée de ces travaux; nous mettons simplement en évidence le fait qu'il n'est pas courant de décrire la survenue de la mort en y ayant assisté. D'aucuns pourraient avancer que cette visée est mieux servie par la filmographie. Il y a en effet beaucoup de documentaires et de programmes de télévision sur l'assistance au suicide; celui réalisé par Fernand Melgar, *EXIT*, en est certainement l'un des plus aboutis. Nous affirmons toutefois que l'écriture, la graphie d'ethnographie (et comme il n'y a pas d'ethnos à proprement parler ici, nous devrions plutôt utiliser un autre terme), fournit un canal par lequel quelque chose qui n'est habituellement pas capté devient visible; ou, plutôt, quelque chose qui est capté et donné à voir sans images préalables pour être apprécié et interprété, au contraire d'un film (cf. Stavrianakis, 2020).

Les descriptions de notre troisième chapitre peuvent être qualifiées, à la suite de Ryle (2009 [1949]), de « fines » par opposition à « denses » (Geertz, 1979). En effet, nous n'avons pas besoin d'un « contexte » (une société, une culture) qui viendrait déterminer le sens d'une pratique. Nos descriptions s'inscrivent dans la veine de cette description « fine » qui a, durant ces dernières années, été reprise par la sociologie et l'anthropologie pragmatique française (Bazin, 2008; Descombes, 1998; Barthe *et al.*, 2013; Rémy, 2009; Jackson, 2013). Le principe de base de la description « fine » ou « plate » consiste à focaliser l'attention sur la capacité des chercheur·e·s à observer et à limiter la description à ce qui

est observable. Comme le soutient Catherine Rémy à propos de l'œuvre de Jeanne Favret-Saada, qui a été déterminante pour le développement de ses propres stratégies descriptives, « produire et publier des descriptions minces, c'est aussi rendre visibles et partageables l'élaboration progressive de l'enquête et tous les moments d'incertitude qu'elle provoque » (Rémy, 2014).

CHAPITRE 4. POST-MORTEM

Après la description d'une série de décès par suicide assisté, nous avons abordé dans le quatrième chapitre la période qui les suit directement, en nous concentrant sur l'intervention de quatre groupes professionnels : la police, la médecine légale, le Ministère public et les pompes funèbres. Bien que le rôle de chacune de ces professions soit présenté de manière distincte et spécifique, leurs représentant·e·s interviennent de manière concomitante ou superposée sur une temporalité d'environ deux à trois heures à la suite du suicide. La séquence des interventions effectuées par les acteurs et actrices étatiques sépare les proches et, en principe, les accompagnatrices du corps de la personne. Cette séparation génère des situations vécues en parallèle dans le cadre même de l'accompagnement : l'une où la scène de la mort est examinée sous un angle médico-légal, et l'autre où celles et ceux qui ont accompagné la personne attendent que la procédure se termine. Selon nos expériences, ces moments produisent un espace-temps propice à évoquer ce qui vient de se passer. Avec l'arrivée des pompes funèbres, une fois qu'un·e procureur·e a autorisé la levée de corps, cette séparation temporaire devient définitive avec la levée de corps, et la fissure ayant généré ces situations parallèles se referme.

À notre connaissance, aucune étude n'a focalisé l'attention sur le rôle de ces représentant·e·s étatiques (police, médecine légale, Ministère public) ni sur celui des pompes funèbres en lien avec l'assistance au suicide, et plus généralement l'euthanasie ; il n'existe pas non plus d'observations au long cours de cette période qui s'ouvre à la suite d'un suicide assisté. Alexandre Pillonel élabore à ce propos un projet de recherche exploitant les constats qui résultent de ces observations post-mortem, notamment pour réfléchir à la construction sociale délimitant un suicide d'une assistance au suicide.

L'une des raisons qui sous-tendent l'intérêt de documenter cette temporalité post-mortem et l'intervention de ces différent-e-s actrices et acteurs tient dans le fait que, contrairement à tous les autres endroits où l'assistance au suicide ou l'euthanasie a été légalisée, la Suisse ne dispose pas d'un cadre légal précis qui permettrait à ces représentant-e-s étatiques de ne pas intervenir. En Californie par exemple, un État qui permet une pratique parmi les plus semblables à celle qui est en vigueur en Suisse, les services d'aide ou de soins palliatifs à domicile sont autorisés à établir l'heure de la mort et à appeler directement les pompes funèbres après le décès. Les représentant-e-s de l'autorité étatique n'interviennent pas dans cette phase charnière de l'accompagnement.

Sinon, pour toutes les autres juridictions dans lesquelles l'euthanasie peut être pratiquée soit en hôpital, soit à domicile, le ou la médecin peut établir la date et l'heure du décès sans enquête policière. Par contraste, en Suisse, même si la pratique n'est pas illégale, il est nécessaire à chaque fois de vérifier la cause de la « mort violente ». En ce sens, nous avons soutenu ailleurs qu'avait émergé et existe depuis plus d'une vingtaine d'années un « modèle d'inconduite » qui sous-tend la mise en œuvre de l'assistance au suicide en Suisse (Berthod *et al.*, 2021) : ce modèle correspond à une manière normée de prodiguer un soutien à une action qui – dans l'absolu – reste non souhaitée. Autrement dit, l'engagement des accompagnatrices à la base de ce dispositif, autant que son encadrement légal et médico-éthique, relève d'une pratique inédite, originale et spécifique au contexte helvétique (Hamarat *et al.*, à paraître). Cette spécificité a par ailleurs fait l'objet d'une analyse technique et détaillée sous l'angle du droit dans une thèse de doctorat soutenue en 2019 à l'Université de Fribourg (Galetti, 2020).

L'intérêt pour les examens et procédures médico-légales est néanmoins de plus en plus marqué dans les recherches en sciences sociales (Juston, 2017). Ces aspects sont au croisement d'études sur la mort en contexte médico-social et d'études juridiques portant sur les controverses entourant certains décès (Barbot et Rabeharisoa, 2018). Publié en 2007, le livre de Stefan Timmermans, *Postmortem*, résulte d'une enquête sociologique sur le travail de la médecine légale qui met clairement en relief cette intersection. Il traite de la question de l'autorité et de la responsabilité des médecins légistes qui s'adressent aux vivants en établissant la vérité des morts. Fabien

Provost, dans la recherche qu'il a entreprise auprès de médecins légistes en Inde, montre que, si ces dernière-s occupent un rôle distinct de celui de la police, ils et elles conçoivent leurs rapports comme un moyen possible de faire passer des points de vue qui ne sont pas strictement médicaux, des vues par exemple sur ce qui s'est passé et pourquoi à un tribunal (Provost, 2019).

Même si nous n'avons pas pour objectif dans ce chapitre d'observer spécifiquement ce qui se passe pour le corps une fois emmené loin de la scène de l'assistance au suicide, un sujet qui a également gagné en intérêt parmi les anthropologues et sociologues du mortuaire et du funéraire (Berthod, 2006; Esquerre, 2011; Charrier et Clavandier, 2015), l'observation de l'éventail des pratiques dans notre quatrième chapitre a permis de faire apparaître des points de vue très peu connus jusqu'à présent sur la pratique de l'assistance au suicide. Cela a aussi permis de mieux configurer l'ensemble du dispositif d'intervention et des réflexions qui surviennent dans le cadre d'une assistance au suicide.

CHAPITRE 5. CIRCONVOLUTIONS DU DEUIL

Le cinquième chapitre traite du deuil dans la période indéterminée qui suit une assistance au suicide. Il est le seul du livre pour lequel une littérature préexistante, au sens propre du terme, est disponible. Cette dernière résulte surtout des collaborations multiples entre médecins et chercheur-e-s de sciences sociales travaillant sur les questions de santé. Compte tenu de nos commentaires méthodologiques relatifs aux chapitres 1 et 3, il est plus aisé de comprendre pourquoi la majorité des chercheur-e-s commencent leurs enquêtes sur l'assistance au suicide à partir de la position et du point de vue des personnes qui restent après l'événement, dont les récits peuvent déboucher sur des reconstructions narratives des faits aussi bien que sur des analyses du moment qui suit le passage de vie à trépas. Autrement dit, les familles et les proches ont été considéré-e-s comme les informateurs et informatrices privilégié-e-s pour accéder à la connaissance d'une pratique qui, dans les faits, n'est pas évidente à retracer dans son déroulement, vu que la personne ayant mis fin à ses jours n'est plus là pour en témoigner.

La spécialiste des soins palliatifs Claudia Gamondi et la thanatologue Murielle Pott occupent une place de choix parmi les chercheur-e-s des sciences sociales et cliniques ayant consacré plusieurs

études à la compréhension du rôle des familles et des proches dans la préparation d'une assistance au suicide et de leurs expériences. Une découverte importante tient, pour un certain nombre de familles, dans l'entretien d'un secret et d'un sentiment d'isolement résultant de ce secret (Gamondi *et al.*, 2013, 2015, 2020), un aspect de l'assistance au suicide qui n'a pas toujours été pris en compte. Un enjeu connexe important sur lequel des chercheur-e-s ont également travaillé concerne la nature du deuil qui suit un suicide assisté : ce deuil est-il de quelque manière spécifique à cette façon de mourir ? Est-il compliqué ? Se distingue-t-il d'un deuil qui résulte de la perte d'un-e proche décédé-e d'une longue maladie ? Une méta-analyse à laquelle Dolores Angela Castelli Dransart a participé (Andriessen *et al.*, 2019) relève un certain nombre d'éléments qui pourraient rendre le deuil plus difficile, comme le fait de faire face à des questionnements moraux, le sentiment d'isolement ou l'absence de soutien social. D'autres éléments, comme le fait d'avoir été impliqué-e dans le processus décisionnel et le sentiment d'avoir respecté la volonté du défunt, sont susceptibles de favoriser le deuil. Une autre question de plus en plus récurrente est la suivante : ce deuil, jusqu'où se laisse-t-il comparer à celui qui suit un suicide (non assisté) ? Une thématique que les chercheur-e-s ont abondamment investiguée (George *et al.*, 2007 ; Wagner *et al.*, 2012 ; Castelli Dransart, 2013, 2017, 2018 ; Maple *et al.*, 2018 ; Castelli Dransart *et al.*, 2019 ; Ummel 2020). Comme on peut s'y attendre, ces études démontrent qu'il y a de multiples réponses possibles à ces questions : ce qui compte tient dans la façon dont un environnement familial configure l'événement comme action et comme image du mourir, avant et après l'acte.

L'originalité de notre façon de traiter la période qui suit le décès dans notre cinquième chapitre, un temps qui peut être caractérisé comme un temps de deuil, tient dans le fait que nous nous sommes concentré-e-s sur trois manières distinctes de donner une forme à ce type de mort, sans préjuger de la pertinence ni du résultat de cette forme : juridique tout d'abord, puisque les proches ayant participé à l'assistance au suicide ont pu se sentir coupables de quelque chose après le décès ou ont été convoqué-e-s par la justice pour en témoigner (Gilderdale, 2011) ; à l'inverse, des proches ont pu se sentir moralement interpellé-e-s voire affecté-e-s par l'assistance au suicide comme dispositif au sein d'une collectivité donnée et ont à leur tour mobilisé la justice (Mermod, 2019) ; politique ensuite, car certain-e-s

proches – spécialement celles et ceux qui ont dû voyager depuis des juridictions dans lesquelles l'assistance au suicide n'est pas une pratique légale – ont cherché à infléchir pour différents motifs les dynamiques sociales en matière d'aide à la mort volontaire dans leur propre pays, notamment par un engagement politique ou associatif. Éthique finalement, car bon nombre de personnes, après le décès, entretiennent une question de base, avec laquelle nous terminons l'ouvrage: après avoir participé à l'événement et compte tenu des modalités de participation (ou de non-participation), cette dernière était-elle adéquate et déterminée pour le « bon » motif?

De manière générale, cette question sous-tend l'expression juridique et politique des jeux d'accusation et d'investissement que nous avons mis en évidence. Elle permet d'expliquer en partie la volumineuse littérature bioéthique produite en la matière, pour un phénomène qui reste limité. Pour notre part, nous nous sommes efforcé·e·s de souligner le fait que nous, en tant que chercheur·e·s, n'étions pas que dans l'observation, quelle que soit la signification donnée à ce terme: nous aussi, nous avons été confronté·e·s à la question de savoir si nous avons fait les « bons choix » et agi pour les « bonnes raisons » en observant ou non les protagonistes d'une assistance au suicide. Nous avons à réfléchir à notre position et à la place qui nous était faite par celles et ceux que nous avons suivi·e·s (Flahaut, 1978; Favret-Saada, 1977; Blondet et Lantin-Mallet, 2017); nous avons discuté des mesures éthiques à prendre en termes de participation et de responsabilités pouvant nous incomber dès lors que nous participions à des assistances au suicide. Ces responsabilités auraient d'ailleurs pu être mises à l'épreuve par une obligation légale à témoigner à propos de ce que nous avons vu, en cas d'audition durant la procédure médico-légale ou de convocation ultérieure par un ministère public notamment. Ces responsabilités nous ont conduit·e·s, au-delà de ces aspects juridiques, à réfléchir sur un ensemble d'aspects, et à nous poser la question de savoir si notre présence même aurait pu faciliter l'acte.

DE LA PHOTOGRAPHIE À L'ESQUISSE: LE POINT DE VUE DE L'ARTISTE

Pour des questions d'anonymat et de confidentialité, reproduire dans ce livre des photographies prises par les médecins légistes lors d'une levée de corps à la suite d'un suicide assisté n'était pas envisageable. C'est pourquoi nous avons recouru à un artiste, Alexis Sgouridis, pour rendre compte de la richesse descriptive captée par ces clichés dévoilant la position des corps, les pièces de mobilier sur lesquelles ceux-ci reposent et l'environnement immédiat post-mortem de ces morts volontaires. Le meilleur moyen que nous avons trouvé pour fournir un aperçu de l'esthétique du suicide assisté a été de passer par une série d'esquisses réalisées sur la base des photographies originales versées à chaque dossier d'assistance au suicide conservé au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML).

Présentés en couverture et en ouverture de chaque chapitre sans autre forme de commentaire, ces dessins se suffisent à eux-mêmes pour refléter une réalité peu connue de la mort provoquée. Au terme de l'aventure, il nous paraissait toutefois important d'ouvrir un espace de discussion avec l'auteur de ce travail artistique pour en éclairer la démarche: ce texte raconte l'expérience vécue par ce dessinateur face à des clichés qui, selon les sensibilités, pouvaient soulever des enjeux éthiques, scientifiques, techniques, expressifs et émotionnels. À cet effet, nous avons conduit un entretien avec Alexis Sgouridis pour clore la série de riches échanges qui ont ponctué cette collaboration originale et inestimable durant la recherche. Nous les faisons ressortir ici de manière synthétique, dans un récit polyphonique qui suit l'esprit des descriptions présentées tout au long de notre ouvrage.

Les photographies dévoilent elles-mêmes déjà quelque chose: une pratique professionnelle, celle des médecins légistes. Le cadrage,

la lumière, l'esthétique de celles-ci disent bien ce qu'elles ne sont pas : un art graphique ou, comme tu le dis, Alexis, « des photographies de photographes ». Cette caractéristique aura son incidence sur la manière d'en extraire la substance. Le suréclairage produit par une lumière diffuse et artificielle en réduit les contrastes ; une impression restituée par l'usage de traits assez clairs et une composition par laquelle les volumes s'apprécient avec sensibilité. Le jeu du clair-obscur constitue d'ailleurs un maillon identifiable dans la production chronologique des dessins. Un travail d'ombrage remplace au fur et à mesure les traits et les contours plus marqués des premiers dessins. S'il te paraissait nécessaire dans un premier temps de souligner les positions des corps afin de répondre à nos volontés de chercheur·e·s, c'est l'intention de ne pas les séparer de leur environnement immédiat qui a conduit ton geste dans la réalisation des dessins suivants. Une originalité tient donc à cette manière d'associer les choses, à un traitement graphique qui permet de fondre les éléments l'un dans l'autre. La limite se veut fugace, discrète, subtile, entre les vêtements, les bras, les mains, le mobilier et le corps.

Des corps qui se définissent finalement assez vite, ainsi que leur position. Une simple « affaire de proportion », comme tu le dis : les formes anatomiques des corps n'apparaissent que sommairement dissimulées sous les vêtements, les étoffes et les tissus les recouvrant. Si la granularité des peaux reste traitée avec légèreté, l'originalité des habits et des costumes a inspiré chez toi autant de mises en scène personnelles de la mort, allant d'un désir d'être présentable à la recherche du confort, soulignant ainsi un processus du mourir quelque peu particulier. Les objets déposés sur le corps ou l'entourant autant que la symétrie de leur disposition t'évoquent la mort plus que le sommeil ou la sieste. Une mort qui ne se confond pourtant pas avec d'autres. Le choix des vêtements – « ces habits de tous les jours » qui expriment la dimension privée de ces derniers moments – colore ces morts d'un style particulier : « un style mort assistée » qui s'inscrit dans l'environnement quotidien de ces personnes qui mettent un terme à leur existence.

Cette dimension quotidienne aurait sans doute pu apparaître plus explicitement en détaillant avec soin les pièces habitables, leur mobilier ou leur décoration, éléments qui, somme toute, auraient permis de présenter un ensemble de données pertinentes pour apprécier la forme donnée à ces décès. Le faire aurait toutefois

comporté le risque de détourner l'attention de ce qui te paraissait central : la posture des corps et les expressions faciales. Restituer les expressions du visage par la recherche du « trait juste » s'est révélé délicat : il convenait d'être précis sans pour autant reproduire fidèlement les traits du visage, afin de rendre incertaine l'identification des protagonistes. Trouver cet équilibre tout en rendant compte d'une expression faciale de manière satisfaisante a constitué un enjeu de taille, cela d'autant plus que ces visages, pour la plupart, avaient les yeux fermés. Un trait suffit souvent pour en rendre compte.

Ce détail oculaire n'est pas anodin. La fermeture de cette fenêtre de communication semble avoir facilité ton rapport à ces images. Comme tu le dis : « On se détache moins facilement d'un regard ; on ne quitte pas une personne qui te regarde. » Ce type d'élément a facilité le travail émotionnel associé à cet exercice. Tu dis avoir toujours conservé une certaine distance face à ces photographies, que tu qualifies de « traces », de « preuves » et de « témoignages ». Pourtant, à la différence d'un simple exercice académique, ces clichés relatent un moment de vie ; une réalité – « il y a quelque chose de vrai dans ces corps », avances-tu – qui, loin de laisser insensible, pousse à la réflexion ou à l'empathie. Par le geste pictural, tu pénètres doucement ces scènes. Tu projettes ou reconstruis le scénario de ces derniers instants. Tu imagines la volonté qui animait ces morts et l'image que ces derniers voulaient laisser. Le pourquoi s'impose selon les circonstances. La mort, comme pour beaucoup d'entre nous, te paraît plus naturelle pour les personnes touchant au crépuscule de leur vie. La photographie de la jeune femme t'interpelle d'autant plus. Ces clichés deviennent un miroir de ton rapport à la mort et à celle de tes proches. Un miroir de la pratique de l'assistance au suicide. Cette expérience a permis au fond de restituer un indicible, une réalité que l'on ne voit que rarement et que tu n'avais auparavant jamais cherché à esthétiser. Comme tu le dis pourtant, « il y a quelque chose de doux et d'apaisant » dans ces images ; un peu d'inquiétante étrangeté aussi, estime l'équipe de recherche.

DOCUMENTS ET SITES DE RÉFÉRENCE

La liste présentée ci-dessous recense les sources des documents, règlements, chiffres et autres données mentionnées au fil de l'ouvrage. Sans être exhaustive, elle comporte par ailleurs une série de liens vers des informations complémentaires. Tous les liens étaient actifs en date du 1^{er} décembre 2020.

ASSOCIATIONS D'AIDE AU SUICIDE

Dignitas (association d'aide au suicide) : [www.dignitas.ch]

Exit (Exit Deutsche Schweiz, association d'aide au suicide) : [<https://exit.ch>]

Exit Suisse romande (association d'aide au suicide) : [www.exit-romandie.ch]

Lifecircle (association d'aide au suicide) : [<https://www.lifecircle.ch/fr/>]

DIRECTIVES ET RECOMMANDATIONS D'APPLICATION (CANTONALES ET INSTITUTIONNELLES)

Assistance au suicide, Hôpitaux universitaires de Genève, août 2020 : www.hug.ch/soins-palliatifs-aide-memoire-destine-aux/assistance-au-suicide

Assistance au suicide, information officielle de l'État de Vaud : www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/les-droits-des-patients/assistance-au-suicide/

Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG (Hôpitaux universitaires de Genève) : www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/assistanceausuicideaux.pdf

Directives concernant la remise de pentobarbital sodique dans le cadre d'une assistance au suicide, République et Canton de Genève, janvier 2008 : www.ge.ch/document/13034/telecharger

Directives d'application de la loi sur la santé publique sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public, État de Vaud : www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Organisation/Bases_legales/Directives_art27dLSP_2017_Version_2018.pdf

Directive institutionnelle «Le traitement des demandes d'assistance au suicide», Hôpital du Valais, www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/medias/Communiquees_2016/de/Traitement_demandes_assistance_au_suicide_D1.pdf

Directive institutionnelle «Assistance au suicide», Direction médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), novembre 2017, [non disponible sur internet].

Recommandations du Service du médecin cantonal et de l'AFIPA [Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées] concernant l'assistance au suicide dans les EMS [établissements médico-sociaux], novembre 2019, [https://afipa-vfa.ch/fileadmin/user_upload/Documents/AfipaVfa/WWW/Editors/qui-sommes-nous/charte-ethique/Recommandations_Suicide_assiste_SMC-AFIPA_2019.pdf]

DOMAINE JURIDIQUE

Arrêt du Tribunal fédéral sur la délivrance d'une ordonnance de natrium-pentobarbital et sur l'assistance au suicide pour les personnes atteintes de troubles psychiques (3 novembre 2006, 133 | 58), www.bger.ch/ext/eurospider/live/fr/php/aza/http/index.php?lang=fr&type=show_document&page=1&from_date=&to_date=&sort=relevance&insertion_date=&top_subcollection_aza=all&query_words=&rank=0&highlight_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3Afr&number_of_ranks=0&azaclir=clir

Document-cadre du Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP), «Le suicide assisté en exécution des peines et mesures», Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police, www.cscsp.ch

kkjpd.ch/newsreader-fr/le-suicide-assiste-en-execution-des-peines-et-mesures.html

Directive no 4.5 du procureur général, « Procédure en cas de décès résultant d'une assistance au suicide EXIT », Ministère public du Canton de Vaud, www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/ministere_public/fichiers_pdf/D_4_5_EXIT_20190627.pdf

Assistance au décès (informations générales et liste de documents et rapports), Office fédéral de la justice (OFJ), www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe.html

Assistance organisée au suicide: examen approfondi des solutions envisageables et de la nécessité d'une nouvelle réglementation fédérale, Rapport du 15 mai 2009, Département fédéral de la justice, www.bj.admin.ch/dam/bj/fr/data/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-org-suizidhilfe-f.pdf.download.pdf/ber-org-suizidhilfe-f.pdf

LÉGISLATIONS CANTONALES

Loi sur la santé publique (LSP), Canton de Vaud, [<https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/actes/consolide/800.01?-key=1605733825301&id=258cb2db-b772-411c-b0c5-6ed80967c762>]

Loi de santé (LS), République et Canton de Neuchâtel, <http://rsn.ne.ch/DATA/program/books/rsne/pdf/8001.pdf>

Loi modifiant la loi sur la santé (LS) (Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et les EMS), République et Canton de Genève [<https://ge.ch/grandconseil/data/loisvotee/L11870.pdf>]

LÉGISLATIONS FÉDÉRALES

Code pénal suisse,
www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html

Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup), www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19981989/index.html

Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTh), www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20002716/index.html

bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortali-tes-causes-deces/specifiques.assetdetail.3902306.html

Centre hospitalier universitaire vaudois, « Le CHUV en chiffres » [année 2019], www.chuv.ch/fr/chuv-home/en-bref/chiffres

AUTRES DOCUMENTS ET LIENS UTILES

Stop dérives suicide assisté – Suisse, association de lutte contre les dérives du suicide assisté: www.stop-suicide-assiste.ch

Wasserfallen, J.-B., Stiefel, F., Clarke, S., Crespo, A., 2004, « Appréciation de la capacité de discernement des patients: procédure d'aide à l'usage des médecins » [avec exemple Questionnaire Silberfeld], Bulletin des médecins suisses, 85, 32/33. [https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2004.10622/50526f97a7d1bf0a1864da8acbd4940d83b836d1/saez_2004_10622.pdf/rsrc/jf]

BIBLIOGRAPHIE

ANDRIESEN Karl, KRYSINSKA Karolina, CASTELLI DRANSART Dolores Angela, DARGIS Luc et MISHARA Brian L. (2019), «Grief after Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A Systematic Review», *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 41, no 4, pp. 255-272, [<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000630>].

ANSCOMBE Gertrude Elizabeth Margaret (1957), *Intention*, Oxford: Basil Blackwell.

ARZT Gunther (2009), «Sterbehilfe in Der Grauzone», *Recht*, 6B 48/2009, Zweiter Basler Fall.

BARBOT Janine et RABEHARISOA Vololona (dir.) (2018), «Médecine et Justice», *Sciences sociales et santé*, vol. 36, no 4.

BARTHE Yannick, DE BLIC Damien, HEURTIN Jean-Philippe, LAGNEAU Éric, LEMIEUX Cyril, LINHARDT Dominique, MOREAU DE BELLAING Cédric, REMY Catherine et TROM Danny, «Sociologie pragmatique : mode d'emploi», *Politix*, vol. 3, no 103, pp. 175-204.

BAZIN Jean (2008), *Des clous dans la Joconde. L'Anthropologie autrement*. Toulouse: Éditions Anacharsis.

BERGSON Henri (2014 [1934]), *La Pensée et le Mouvant*, Paris: Flammarion.

BERTHOD Marc-Antoine (2006), «De si beaux cadavres: réflexions sur les soins de conservation des morts», *L'Autre. Cliniques, Cultures et Sociétés*, vol. 7, no 3, pp. 427-440. DOI: 10.3917/lautr.021.0427. [www.cairn.info/revue-l-autre-2006-3-page-427.htm.]

BERTHOD Marc-Antoine, STAVRIANAKIS Anthony, PILLONEL Alexandre, et CASTELLI DRANSART Dolores Angela (2019), «Imagining Terminality. Anticipations of Suicide with Assistance in Switzerland,

Revista M. Estudos Sobre a Morte, Os Mortos e o Morrer, vol. 4, no 7, pp. 45-59. [<https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.45-59>].

BERTHOD Marc-Antoine, PILLONEL Alexandre et CASTELLI DRANSART Dolores Angela (2021), « L'assistance au suicide en Suisse : l'émergence d'un "modèle d'inconduite" », *Revue suisse de sociologie*, pp. 1-17

BLONDET Marieke et LANTIN MALLET Mickaële (dir) (2017), *Anthropologies réflexives. Modes de connaissance et formes d'expérience*, Lyon : Presses universitaires de Lyon.

BLOUIN Samuel et POTT Murielle (à paraître).

BOISSON Marine-Jeanne (2020), *Mourir en moderne. Une sociologie de la délégation*, Paris : École de hautes études en sciences sociales, thèse de doctorat en sociologie.

BORNEMAN John et HAMMOUDI Abdellah (éds) (2009), *Being there: the fieldwork encounter and the making of truth*, Berkeley : University of California Press.

BOSSHARD Georg, ULRICH Esther, ZIEGLER Stephen J. et BÄR Walter (2008), « Assessment of Requests for Assisted Suicide by a Swiss Right-To-Die Society », *Death Studies*, vol. 32, no 7, pp. 646-657. [<https://doi.org/10.1080/07481180802215692>].

BOURDIEU Pierre (1992), *Les règles de l'art: genèse et structure du champ littéraire*, Paris : Seuil.

CASTELLI DRANSART Dolores Angela (2013), « From Sense-making to Meaning-making: Understanding and Supporting Survivors of Suicide [Special Issue Death and Social Work] », *British Journal of Social Work*, vol. 43, no 3, pp. 317-335. [<https://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bct026>].

CASTELLI DRANSART Dolores Angela (2017), « Feeling responsible: pathways from guilt towards inner peace », in Karl Andriessen, Karolina Kryszynska et Onja Grad (éds), *Postvention in action*, pp. 60-70. Boston : Hogrefe. [<http://doi.org/10.1027/00493-000>].

CASTELLI DRANSART Dolores Angela (2018), « Chemins de vie d'endeuillés par suicide », in Frédéric Rognon (dir.), *Penser le suicide*, Strasbourg : Presses de l'Université de Strasbourg, pp. 133-145.

CASTELLI DRANSART Dolores Angela, LAPIERRE Sylvie, ERLANGSEN Annette *et al.* (2019), « A Systematic Review of Older Adults' Request

for or Attitude toward Euthanasia or Assisted-Suicide», *Aging & Mental Health*, pp. 1-11. [<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697201>].

CASTELLI DRANSART Dolores Angela, SCOZZARI Elena et VOÉLIN Sabine (2015), «Comment la marge peut-elle déplacer le centre en matière d'accompagnement de fin de vie? L'exemple de l'assistance au suicide au sein d'établissements médicosociaux (EMS) en Suisse», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 27, n° 2, 2015, pp. 129-144. [<https://doi.org/10.7202/1037683ar>].

CASTELLI DRANSART Dolores Angela, SCOZZARI Elena et VOÉLIN Sabine (2017), «Stances on Assisted Suicide by Health and Social Care Professionals Working With Older Persons in Switzerland», *Ethics & Behavior*, vol. 27, no 7, pp. 599-614. DOI: 10.1080/10508422.2016.1227259.

CAVALLI Stefano, BELTRAMI Sarah Lou, POTT Murielle et STAUFFER Laetitia (2017), «Reasons for joining a right-to-die society: differences depending by on the characteristics of members», *Innovation in Aging*, vol. 1, no 1, p. 510. [<https://doi.org/10.1093/geron/igx004.1809>].

CHARRIER Philippe et CLAVANDIER Gaëlle (2015), «Petites dépouilles. Le sort des fœtus et des mort-nés», *Communication*, vol. 2, no 97, pp. 117-128.

COHEN-ALMAGOR Raphael (2001), «Euthanasia in the Netherlands: The Legal Framework», *Michigan State University-Detroit College of Law's Journal of International Law*, vol. 10, pp. 319-342.

DELIENS Luc et VAN DER WAL Gerrit (2003), «The Euthanasia Law in Belgium and the Netherlands», *The Lancet*, vol. 362, no 9391, pp. 1239-1240. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14520-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14520-5)].

DESCOMBES Vincent (1998), «La confusion des langues», *Enquête. Archives de la revue Enquête*, no 6, pp. 35-54. [<https://doi.org/10.4000/enquete.1403>].

DESPRET Vinciane (2015), *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent*, Paris : La Découverte.

DESPRET Vinciane (2019), «Enquêter auprès des morts», *L'Homme*, vol. 230, no 2, pp. 5-26.

DEWEY John (2008 [1938]), *The Later Works of John Dewey, 1925-1953: 1938, Logic – The Theory of Inquiry*, Carbondale: Southern Illinois University Press.

DODIER Nicolas et BARBOT Janine (2016), « La force des dispositifs », *Annales, Histoire, Sciences Sociales*, vol. 2, pp. 421-450. [<https://doi.org/10.3917/anna.712.0421>].

DODIER Nicolas et STAVRIANAKIS Anthony (dir.) (2018), *Les objets composés. Agencements, dispositifs, assemblages*, Paris: EHESS.

ESQUERRE Arnaud (2011), *Les os, les cendres et l'État*, Paris: Fayard.

FARMAN Abou (2017), « Terminality », *Social Text*, vol. 2, no 131, pp. 93-118.

FAUBION James (2011), *An Anthropology of Ethics*, Cambridge: Cambridge University Press.

FAVRET-SAADA Jeanne (1977), *Les mots, la mort, les sorts*, Paris: Gallimard.

FISCHER Susanne, HUBER Carola A., FURTER Matthias, IMHOF Lorenz, MAHRER IMHOF Romy, SCHWARZENEGGER Christian, ZIEGLER Stephen J. et BOSSHARD Georg (2009), « Reasons Why People in Switzerland Seek Assisted Suicide: The View of Patients and Physicians », *Swiss Medical Weekly*, vol. 139, no 23-24, pp. 333-338.

FISCHER Susanne, HUBER Carola A., IMHOF Lorenz, MAHRER IMHOF Romy, FURTER Matthias, ZIEGLER Stephen J. et BOSSHARD Georg (2008), « Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations », *Journal of Medical Ethics*, vol. 34, no 11, pp. 810-814.

FLAHAUT François (1978), *La parole intermédiaire*, Paris: Seuil.

FOUCAULT Michel (1994), *Dits et écrits, 1954-1988, Tome IV 1980-1988*, Paris: Gallimard.

FREI Andreas, SCHENCKER Tanja, FINZEN Asmus, KRÄUCHI Kurt, DITTMANN Volker et HOFFMANN-RICHTER Ulrike (2001), « Assisted suicide as conducted by a “Right-to-Die”-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases », *Swiss Medical Weekly*, vol. 131, no 25-26, pp. 375-380.

FREUD Sigmund (2012 [1899]), *L'interprétation du rêve*, Paris: PUF.

GALETTI Benedetta S. (2020), *La mort provoquée. Les limitations de la réglementation légale, leurs fondements et des propositions d'alternatives*, Genève: Schulthess et Université de Fribourg.

GAMONDI Claudia (2017), « Relatives' experiences in assisted suicide decision-making: Overview of the literature with specific focus on the Swiss experience », in Gian Domenico Borasio *et al.*, *Assistierter Suizid. Der Stand der Wissenschaft*, Berlin : Springer, pp. 41-50.

GAMONDI Claudia, POTT Murielle, FOBES Karen et PAYNE Sheila (2015), « Exploring the Experiences of Bereaved Families Involved in Assisted Suicide in Southern Switzerland: A Qualitative Study », *BMJ Supportive & Palliative Care*, vol. 5, no 2, pp. 146-152. [<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000483>].

GAMONDI Claudia, POTT Murielle et PAYNE Sheila (2013), « Families' Experiences with Patients Who Died after Assisted Suicide: A Retrospective Interview Study in Southern Switzerland », *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, vol. 24, no 6, pp. 1639-1644. [<https://doi.org/10.1093/annonc/mdt033>].

GAMONDI Claudia, POTT Murielle, PRESTON Nancy et PAYNE Sheila (2018), « Family Caregivers' Reflections on Experiences of Assisted Suicide in Switzerland: A Qualitative Interview Study », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 55, no 4, pp. 1085-1094. [<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.482>].

GAMONDI Claudia, POTT Murielle, PRESTON Nancy et PAYNE Sheila (2020), « Swiss Families' Experiences of Interactions with Providers during Assisted Suicide: A Secondary Data Analysis of an Interview Study », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 23, no 4, pp. 506-512.

GEERTZ Clifford (1979), *The interpretation of cultures*, New York: Basic Books.

GEORGES Jean-Jacques, ONWUTEAKA-PHILIPSEN Bregje D., MULLER Martien T., VAN DER WAL Gerrit, VAN DER HEIDE Agnes et VAN DER MAAS Paul J. (2007), « Relatives' perspective on the terminally ill patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide: a retrospective cross-sectional interview study in the Netherlands », *Death Studies*, vol. 31, no 1, pp. 1-15.

GILDERDALE Kay (2011), *One Last Goodbye: Sometimes only a mother's love can help end the pain*, New York: Random House.

GOODY Jack (2004 [1962]), *Death, Property and the Ancestors. A Study of the Mortuary Customs of the Lodagaa of West Africa*, London : Routledge.

GRABER Nils (2012), *Gérer l'ambivalence face à la mort volontaire. Économie morale de l'accompagnement au suicide*, Master 2, Pratiques de l'interdisciplinarité en sciences sociales, École normale supérieure, Paris : École des hautes études en sciences sociales.

HAMARAT Natasia, PILLONEL Alexandre, BERTHOD Marc-Antoine, CASTELLI DRANSART Dolores Angela et LEBEER Guy (à paraître), Les formes contemporaines du mourir provoqué : ethnographie de situations d'euthanasie en Belgique et de suicide assisté en Suisse, *Death Studies*.

HERTZ Robert (1905-1906), « Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort », *L'Année sociologique*, vol. 10, pp. 48-137.

HURST Samia et MAURON Alex (2017), « Assisted Suicide in Switzerland: Clarifying Liberties and Claims », *Bioethics*, vol. 31, no 3, pp. 199-208. [<https://doi.org/10.1111/bioe.12304>].

ISAAC Sami, MCLACHLAN Andrew et CHAAR Betty (2019), « Australian Pharmacists' Perspectives on Physician-Assisted Suicide (PAS). Thematic Analysis of Semistructured Interviews », *BMJ Open*, vol. 9, no 10, pp. 1-9. [<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028868>].

JACKSON Jihn L. (2013), *Thin Description. Ethnography and the African Hebrew Israelites of Jerusalem*, Cambridge : Harvard University Press.

JOLICORPS Anouck (2007), *L'assistance au suicide en Suisse : de la légitimation à la pratique. Ethnographie de l'association EXIT ADMD*, mémoire de licence en ethnologie, Neuchâtel : Université de Neuchâtel. [<https://core.ac.uk/download/pdf/20641801.pdf>].

JUDD Marion et SEALE Clive (2011), « Joining a Right-to-Die Society. Motivation, Beliefs and Experiences », *Mortality*, vol. 16, no 3, pp. 223-241. [<https://doi.org/10.1080/13576275.2011.586123>].

JUSTON Romain (2017), « Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale », *Déviance et Société*, vol. 41, no 3, pp. 387-413. [<http://doi.org/10.3917/ds.413.0387>].

KAUFMAN Sharon (2005), *And a Time to Die. How American Hospitals shape The End of Life*, Chicago : The University of Chicago Press.

KÜBLER-ROSS Elisabeth (1970), *On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*, New York: MacMillan Publishing.

LAIDLAW James (2006), «A life worth leaving: fasting to death as telos of Jain religious life», *Economy and Society*, vol. 34, no 2, pp. 178-199. [<https://doi.org/10.1080/03085140500054545>].

LAIDLAW James (2013), *The Subject of Virtue: An Anthropology of Ethics and Freedom*, Cambridge: Cambridge University Press.

LEVENE Ilana et PARKER Michael (2011), «Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review», *Journal of Medical Ethics*, vol. 37, no 4, pp. 205-211.

LEWY Guenter (2010), *Assisted Death in Europe and America. Four Regimes and Their Lessons*, Oxford: Oxford University Press.

MAPLE Myfanwy, PEARCE Tania, SANFORD Rebecca, CEREL Julie, CASTELLI DRANSART Dolores Angela et ANDRIESEN Karl (2018), «A Systematic Mapping of Suicide Bereavement and Postvention Research and a Proposed Strategic Research Agenda», *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 39, no 4, pp. 275-282. [<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000498>].

MAUPASSANT Guy de (1987), *Apparition et autres contes d'angoisse*, Paris: Flammarion.

MERMOD Claude (2019), *Je vais mourir mardi 18. L'assistance au suicide au pays helvète*, Paris: L'Harmattan.

MINOIS Georges (1995), *Histoire du suicide*, Paris: Fayard.

MILLS Charles Wright (1959), *The Sociological Imagination*, Oxford: Oxford University Press.

NORWOOD Frances (2009), *The Maintenance of Life. Preventing Social Death through Euthanasia Talk and End-of-Life Care – Lessons from The Netherlands*, Durham: Carolina Academic Press.

ONWUTEAKA-PHILIPSEN Bregje D., BRINKMAN-STOPPELENBURG Arianne, PENNING Corine, DE JONG-KRUL Gwen J. F., VAN DELDEN Johannes J. M. et VAN DER HEIDE Agnes (2012), «Trends in End-of-Life Practices before and after the Enactment of the Euthanasia Law in the Netherlands from 1990 to 2010. A Repeated

Cross-Sectional Survey», *The Lancet*, vol. 380, no 9845, pp. 908-915. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61034-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61034-4)].

PILLONEL Alexandre, BERTHOD Marc-Antoine et CASTELLI DRANSART Dolores Angela (2019), «Le temps de mourir. Réflexions sur les usages de la notion d'accélération en lien avec l'assistance au suicide», *Revue suisse de travail social*, no 25, pp. 122-138.

POTT Murielle, DUBOIS Julie, CURRAT Thierry *et al.* (2011), «Les proches impliqués dans une assistance au suicide», *Revue internationale de soins palliatifs*, vol. 26, no 3, pp. 277-286. [<https://doi.org/10.3917/inka.113.0277>].

POTT Murielle, STAUFFER Laetitia et GAMONDI Claudia (2015), «Quand accompagnement de fin de vie rime avec assistance au suicide : l'expérience des proches en Suisse latine», *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, no 10. [<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1704>].

PROVOST Fabien (2019), «Dire entre les lignes. Les contraintes de l'écriture médico-légale en Inde du Nord», *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, vol. 72, no 1, pp. 68-85. [<https://doi.org/10.4000/terrain.18900>].

RABINOW Paul et STAVRIANAKIS Anthony (2014), *Designs on the Contemporary: Anthropological Tests*, Chicago: University of Chicago Press.

REMY Catherine (2009), *La fin des bêtes: une ethnographie de la mise à mort des animaux*, Paris: Economica.

REMY Catherine (2014), «Accepter de se perdre. Les leçons ethnographiques de Jeanne Favret-Saada», *Sociologies* [en ligne], [<http://journals.openedition.org/sociologies/4776>].

RICHARDS Naomi (2012), «The Fight-to-Die: Older People and Death Activism», *International Journal of Ageing and Later Life*, vol. 7, no 1, pp. 7-32. [<https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.11153>].

RIEFF Philip (1959), *Freud. The Mind of the Moralizer*, Chicago: University of Chicago Press.

RYLE Gilbert (2009 [1949]), «The thinking of thoughts. What is "Le penseur" doing?», in Gilbert Ryle, *Collected Papers, vol. 2, Collected Essays 1929-1968*, New York: Routledge, pp. 494-510.

SCHMIDT Aline et GUILLOD Olivier (2005), «Assisted Suicide under Swiss Law», *European Journal of Health Law*, vol. 12, no 1, pp. 25-38. [<https://doi.org/10.1163/1571809054663140>].

SMIES Jonathan T. (2003-2004), «The Legalization of Euthanasia in the Netherlands», *Gonzaga Journal of International Law*, no 7, [i].

STARKS Helene, BACK Anthony L., PEARLMAN Robert A., KOENIG Barbara A., HSU Clarissa, GORDON Judith R. et BHARUCHA Ashok J. (2007), «Family Member Involvement in Hastened Death», *Death Studies*, vol. 31, no 2, pp. 105-130. [<https://doi.org/10.1080/07481180601100483>].

STAVRIANAKIS Anthony (2017), «Thinking the Obvious. Determination and Indetermination in a Voluntary Death», *Terrain. Anthropologie & Sciences Humaines* [en ligne]. [<https://doi.org/10.4000/terrain.16103>].

STAVRIANAKIS Anthony (2018), «Assisted Suicide on Trial: The Swiss Model Faced with Requests from People with Psychiatric Disorders», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 36, no 4, pp. 93-117.

STAVRIANAKIS Anthony (2019), «Devenir destinataire», *L'Homme*, vol. 230, no 2, pp. 27-32.

STAVRIANAKIS Anthony (2020), *Leaving: A Narrative of Assisted Suicide*, Berkeley: University of California Press.

STECK Nicole, EGGER Matthias, MAESSEN Maud, REISCH Thomas et ZWAHLEN Marcel (2013), «Euthanasia and Assisted Suicide in Selected European Countries and US States: Systematic Literature Review», *Medical Care*, vol. 51, no 10, pp. 938-944.

STECK Nicole, ZWAHLEN Marcel et EGGER Matthias (2015), «Time-trends in assisted and unassisted suicides completed with different methods: Swiss National Cohort», *Swiss Medical Weekly*, vol. 145 [en ligne], pp. 1-9. [<https://doi.org/10.4414/smw.2015.14153>].

STECK Nicole, EGGER Matthias et ZWAHLEN Marcel (2016), «Assisted and Unassisted Suicide in Men and Women: Longitudinal Study of the Swiss Population», *The British Journal of Psychiatry*, vol. 208, no 5, pp. 484-490. [<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160416>].

STECK Nicole, JUNKER Christoph et ZWAHLEN Marcel (2018), «Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic

predictors change? Results from the Swiss National Cohort», *BMJ Open* [en ligne, 8: e020992]. [[https://doi: 10.1136/bmjopen-2017-020992](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020992)].

THOMAS Louis-Vincent (1975), *Anthropologie de la mort*, Paris: Payot.

TIMMERMANS Stefan (2007), *Postmortem. How medical examiners explain suspicious deaths*, Chicago: University of Chicago Press.

UMMEL Deborah (2020), «De l'importance du sens donné à la mort assistée: l'accompagnement de fin de vie et le processus de deuil en contexte d'aide médicale à mourir», *Frontières*, vol. 32, n° 1 [en ligne]. [<https://doi.org/10.7202/1072754ar>].

VARADARAJAN Ranjani, FREEMAN Robert A. et PARMAR Jayesh R. (2016), «Aid-in-Dying Practice in Europe and the United States. Legal and Ethical Perspectives for Pharmacy», *Research in Social and Administrative Pharmacy*, vol. 12, n° 6, pp. 1016-1025. [<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.11.008>]

WAGNER Birgit, MÜLLER Julia et MAERCKER Andreas (2012), «Death by Request in Switzerland: Posttraumatic Stress Disorder and Complicated Grief after Witnessing Assisted Suicide», *European Psychiatry*, vol. 27, n° 7, pp. 542-546. [<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.003>].

WOODS Phillip, SCHINDEL Theresa J., KING Michelle A. et MEY Amary (2020), «Pharmacy Practice in the Domain of Assisted Dying: A Mapping Review of the Literature», *Research in Social and Administrative Pharmacy*, vol. 16, n° 3), pp. 267-76. [<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.05.012>].

ZALA Marlis (2005), *Chronique d'une mort volontaire annoncée. L'expérience des proches dans le cadre de l'assistance au suicide*, Fribourg: Academic Press Fribourg.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
Itérations collaboratives	10
L'envergure du terrain	15
Une entreprise descriptive et narrative	22
1. L'IMAGINAIRE DU POSSIBLE	27
L'histoire de Paul-André Damar	30
Évidence, surdétermination et indétermination	58
2. LA MISE EN PLACE D'UNE ASSISTANCE AU SUICIDE	81
Constitution et validation de la requête	85
Préparer un accompagnement	108
De l'acceptation de la demande à l'imminence de la mort	125
3. DE 8 HEURES À 12 HEURES	139
Le suicide de Germaine Stallian	140
Scènes et coulisses de l'assistance au suicide	168
4. POST-MORTEM	203
Contrôle de police	205
L'investigation médico-légale	217
Le Ministère public	235
La levée de corps	250
5. CIRCONVOLUTIONS DU DEUIL	259
Enjeux d'accusation	262
Appropriations	279
Affections	291

TRAVAUX SUR L'ASSISTANCE AU SUICIDE EN SUISSE	305
Chapitre 1. L'imaginaire du possible	306
Chapitre 2. La mise en place d'une assistance au suicide	310
Chapitre 3. De 8 heures à 12 heures	313
Chapitre 4. Post-mortem	316
Chapitre 5. Circonvolutions du deuil	318
DE LA PHOTOGRAPHIE À L'ESQUISSE:	
LE POINT DE VUE DE L'ARTISTE	321
DOCUMENTS ET SITES DE RÉFÉRENCE	325
BIBLIOGRAPHIE	331

AUX ÉDITIONS ANTIPODES

CATALOGUE COMPLET SUR WWW.ANTIPODES.CH

REGARDS ANTHROPOLOGIQUES

Giada de Coulon, *L'illégalité régulière. Ethnographie du régime de l'aide d'urgence en Suisse*, 2019.

Sabine Masson, *Pour une critique féministe décoloniale. Réflexions à partir de mon engagement avec des luttes indigènes au Mexique et au Honduras*, 2016.

Laurence Ossipow, Marc-Antoine Berthod, Gaëlle Aeby, *Les miroirs de l'adolescence. Anthropologie du placement juvénile*, 2014.

Alexandre Pillonel, Marc-Antoine et al., *La mort appréciée. L'assistance au suicide en Suisse*, 2021.

Christine Pirinoli, *Jeux et enjeux de mémoire à Gaza*, 2009.

Séverine Rey, *Des saints nés des rêves. Fabrication de la sainteté et commémoration des néomartyrs à Lesbos (Grèce)*, 2008.

EXISTENCES ET SOCIÉTÉ

Roland J. Campiche et Yves Dunant (dir.), *À la retraite, les cahiers au feu? Apprendre tout au long de la vie. Enjeux et défis*, 2018.

Pauline Delage, Marylène Lieber et Marta Roca i Escoda, *Contrer les violences dans le couple. Émergence et reconfigurations d'un problème public*, 2020.

Alexandre Dubuis, *Grands brûlés de la face. épreuves et luttes pour la reconnaissance*, 2014.

Gilles Labarthe, *Mener l'enquête. Arts de faire, stratégies et tactiques d'investigation de journalistes*, 2020.

Marylène Lieber, Ellen Hertz et Janine Dahinden (dir.), « *Cachez ce travail que je ne saurais voir.* » *Ethnographies du travail du sexe*, 2010.

Eva Marzi, *Credo*, 2020.

Marion Repetti, *Les bonnes figures de la vieillesse. Regard rétrospectif sur la politique de la vieillesse en Suisse*, 2018.

Marc Perrenoud et Pierre Bataille, *Vivre de la musique? Enquête sur les musicien-ne-s et leurs carrières en Suisse romande (2012-2016)*, 2019.

Impression
La Vallée – Aoste
Mai 2021

LA MORT APPRÉCIÉE L'ASSISTANCE AU SUICIDE EN SUISSE

Ce livre propose une immersion dans les réalités de l'assistance au suicide. Il se fonde sur une étude ethnographique qui restitue le point de vue de personnes recourant à une telle assistance ainsi que celui des individus susceptibles de prendre part à un tel processus : personnes sollicitant une aide au suicide et leurs proches, accompagnateurs et accompagnatrices d'associations d'aide au suicide, médecins, psychiatres, personnels soignants, pharmacien-ne-s, agent-e-s de police, médecins légistes, procureur-e-s ou employé-e-s des pompes funèbres.

Avec force détail, il rend compte de toute la mise en place d'une assistance au suicide et documente de manière inédite – à partir d'observations directes – la réalisation même d'un suicide assisté et toute la procédure médico-légale qui la suit. Cet ouvrage fait le récit d'une série de cas, suivis parfois durant près de deux ans, pour tenter de saisir la façon dont l'idée consistant à vouloir donner une telle forme à la mort a émergé chez une personne – jusqu'à sa mise en œuvre. L'ouvrage offre une compréhension aussi complète que possible du dispositif d'assistance au suicide en Suisse.

Alexandre Pillonel est docteur en sociologie et collaborateur scientifique au sein du Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS) à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO).

Marc-Antoine Berthod est docteur en anthropologie, professeur et co-doyen du Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS) à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO).

Dolores Angela Castelli Dransart est docteure ès Lettres et professeure à la Haute école de travail social de Fribourg (HETS-FR | HES-SO).

Anthony Stavrianakis est docteur en anthropologie et chargé de recherche auprès du Centre national de la recherche scientifique (CNRS, Paris) et membre du Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative.

ISBN 978-2-88901-197-1



9 782889 011971