

Le suicide assisté

Document de base
Juin 2026

Contexte

Les personnes âgées accordent généralement une grande importance à l'autodétermination, synonyme pour elles de qualité de vie. Pour leur bien-être, il est essentiel qu'elles puissent trouver du sens à leurs dernières années de vie également. Ce qui implique, tôt ou tard, de mener des réflexions sur leur fin de vie. Il s'agit là d'une question délicate et incontournable pour la personne elle-même comme pour ses proches. Depuis quelques décennies, le suicide assisté bénéficie d'une large acceptation au sein de la population, comme l'atteste la hausse régulière du nombre de cas. En 2022, les personnes concernées avaient un âge médian de 81 ans, ce qui tend à indiquer qu'il s'agit en premier lieu du choix des générations âgées.

En Suisse, chacun peut choisir librement, dans le cadre de la loi, les modalités de sa prise en charge médicale et de sa fin de vie. Les personnes intéressées peuvent s'adresser aux professionnels pour discuter de leurs options et consigner leurs décisions dans des instruments tels que les directives anticipées ou le mandat pour cause d'incapacité. L'éventail des possibilités d'autodétermination inclut le refus de mesures visant à prolonger la vie, le choix des soins palliatifs ou la préparation d'un suicide assisté.

Les personnes âgées sont souvent motivées par la volonté de garder la main sur la décision et de ne pas être une charge pour les autres. Parallèlement aux maladies incurables, comme le cancer, les limitations fonctionnelles dues à l'âge – comme la perte de mobilité, la cécité ou la surdité – sont ainsi souvent évoquées pour expliquer leur choix. Les décisions touchant la fin de vie se fondent sur les valeurs personnelles de chacune et chacun, et sont souvent mûries dans une concertation avec les proches ou les professionnels. Ce dialogue, qui est essentiel pour la personne et pour ses proches, peut aussi se révéler difficile.

Trouver le bon équilibre entre respect de la liberté et besoin de protection se révèle particulièrement délicat dans le travail avec les personnes âgées. Même si la loi autorise l'assistance au suicide, le risque d'un biais dû à l'âge existe : le désir de mourir et les pensées suicidaires chez les personnes âgées, surtout si elles sont malades, sont perçus comme compréhensibles, inévitables et logiques, du fait de leur âge. Seul un processus de soutien bienveillant, qui accueille la demande d'assistance au suicide avec empathie, attention et compréhension, permet d'éviter une décision hâtive ou motivée par des souffrances susceptibles d'être traitées.

Pro Senectute propose des conseils sur la gestion du quotidien et les dispositions personnelles, mais n'offre ni conseil, ni accompagnement, ni mise en relation en vue d'un suicide assisté.



Les différentes formes d'assistance au décès et leur réglementation légale

Euthanasie active directe : homicide intentionnel commis à la demande de la personne, afin d'abrégier ses souffrances. Un tiers injecte, intentionnellement, un produit létal au patient désireux de mourir. *En Suisse, la loi interdit cette forme d'euthanasie.*

Euthanasie active indirecte : pour soulager des symptômes et des souffrances, des substances dont les effets secondaires sont susceptibles de réduire la durée de vie sont administrées au patient. Cette forme d'euthanasie, qui n'est pas expressément réglée dans le code pénal, est considérée comme admise. Les directives « Attitude face à la fin de vie et à la mort » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) considèrent qu'elle est **admissible**.

Euthanasie passive : sur la base de la volonté actuelle ou passée de la personne, le corps médical renonce à mettre en œuvre les mesures visant le maintien de la vie ou les interrompt, par exemple en débranchant un appareil à oxygène. Cette forme d'euthanasie, qui n'est pas non plus réglée expressément par la loi, est considérée comme permise. Ces mesures peuvent être précisées dans les directives anticipées, de manière à pouvoir s'appliquer même si la personne est incapable de discernement.

Suicide assisté (assistance au suicide) : la personne désireuse de mourir commet un suicide réfléchi et préparé. Elle n'est pas laissée seule, mais assistée et accompagnée, si possible en présence de sa famille et de ses amis, à son domicile. Un médecin lui fournit la substance létale, qu'elle doit ingérer seule, sans l'intervention de tiers. *En Suisse, cette forme d'assistance au suicide est autorisée par la loi, tant que les organisations et intervenants n'obéissent pas à des mobiles égoïstes.*

Mesures de médecine palliative : l'accompagnement et les soins palliatifs incluent les traitements médicaux et les soins corporels ainsi que le soutien, psychologique, social et spirituel fourni au patient et à ses proches. Ils peuvent améliorer sensiblement la qualité de vie de la personne gravement malade ou en fin de vie et atténuer ainsi son désir de mourir.



Les différentes formes d'assistance au décès et leur réglementation légale :

Le rôle des organisations d'assistance au suicide

La situation juridique particulière de la Suisse constitue un terrain propice au travail des organisations d'assistance au suicide. Depuis 1942, l'assistance au suicide n'est plus punissable, dans la mesure où elle ne repose pas sur des mobiles égoïstes (comme des avantages financiers). Cet état de fait prévu par le code pénal (art. 115) a permis l'émergence des premières organisations d'aide au suicide à partir de 1982. Initialement fondées pour promouvoir les directives anticipées et les connaissances autour d'une fin de vie librement choisie, elles ont depuis fermement établi la pratique de l'assistance au suicide. Les sondages montrent régulièrement qu'une majorité de la population suisse est favorable à la possibilité de choisir sa mort.

Dans la pratique, un partage des rôles clair s'est établi entre le corps médical et les organisations d'assistance au suicide. Ce partage, qui s'est imposé au fil du temps, n'obéit à aucune directive légale : la loi n'exige pas des organisations qu'elles accomplissent un travail de mise en relation. Pourtant, elles jouent aujourd'hui un rôle irremplaçable, car elles se chargent de la coordination et de l'accompagnement le jour du décès. Bon nombre d'entre elles considèrent que leur action va se limiter à une période de transition : elles soulignent que leurs structures devraient idéalement disparaître un jour, lorsque l'assistance au suicide fera pleinement partie de la prise en charge médicale ordinaire et que l'accompagnement en fin de vie y aura pleinement sa place.

Capacité de discernement

En droit suisse, la capacité de discernement d'une personne majeure est présumée. Une personne est réputée capable de discernement jusqu'à ce que des signes concrets ou des examens indiquent qu'elle n'a pas (plus) le discernement nécessaire pour prendre une décision donnée.

La capacité de discernement signifie que la personne est en mesure de

- comprendre une situation,
- en évaluer correctement les conséquences,
- se former sa propre volonté et
- agir selon cette volonté.

La capacité de discernement est une notion juridique centrale du code civil suisse (CC). Elle est toujours évaluée en lien avec une décision concrète – autrement dit, elle n'est pas générale, mais dépend de la situation. Par exemple, une personne peut être jugée capable de discernement pour accomplir des actes financiers simples, mais plus pour prendre des décisions médicales complexes.

Actuellement, les organisations collaborent avec le corps médical pour l'examen minutieux de la demande : le médecin étudie le parcours médical du patient, puis vérifie sa capacité de discernement et les raisons pour lesquelles il souhaite mourir. Si les critères sont remplis, il lui prescrit alors une dose mortelle de pentobarbital de sodium. L'accompagnement proprement dit, le jour du décès, est généralement assuré par l'organisation. Le médicament est administré par voie orale ou intraveineuse ou encore par sonde gastrique, mais le dernier geste conduisant à la mort doit impérativement être accompli par le patient.

Aujourd'hui, cette procédure se déroule dans différents lieux : domicile du patient, locaux de l'organisation ou, selon la législation cantonale et les directives de l'institution, maison de retraite ou hôpital. Certaines organisations proposent leurs services aux seuls résidents suisses, d'autres accueillent aussi des personnes venues de l'étranger pour bénéficier d'une assistance au suicide en Suisse. L'accessibilité financière est par ailleurs un principe fondamental des organisations, pour lesquelles la capacité de financement ne doit jamais être un critère d'exclusion. Au besoin, elles accordent des exemptions de frais partielles ou totales.

En comparaison internationale, la Suisse possède une jurisprudence plutôt libérale en matière d'assistance au suicide, qui ne fait pas l'objet de dispositions légales spécifiques. Cette situation juridique en fait une destination recherchée des personnes de l'étranger et favorise ce que l'on appelle le « tourisme de la mort ». L'organisation pratique de l'assistance au suicide constitue une autre particularité de notre pays. Alors que, dans la plupart des États l'autorisant, il s'agit d'un acte médical réglementé, en Suisse le système repose sur deux acteurs : le corps médical se charge des questions médico-éthiques et de la prescription du produit, tandis que les organisations d'assistance au suicide assurent conseil et accompagnement pratique. Une dernière différence réside dans les modalités d'assistance : dans notre pays, le seul acte autorisé est le suicide assisté lors duquel la personne désirant mourir doit obligatoirement accomplir elle-même le geste entraînant la mort. Dans ce contexte, ce sont le droit au suicide et la liberté d'action qui sont invoqués. À l'opposé de cette approche, nous trouvons des États comme les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, l'Espagne ou le Canada, qui autorisent l'euthanasie active. Dans ce cas, un médecin pratique une injection létale à la demande du patient, afin de lui éviter des souffrances inutiles en fin de vie.

Cadre juridique et médico-éthique

En Suisse, il n'existe pas de disposition légale spécifique régissant concrètement l'assistance au suicide. Cette pratique repose sur une sorte de consensus, découlant des principes généraux de la Constitution, de la jurisprudence fédérale, du code pénal et des directives médico-éthiques.

Cadre juridique

La Constitution fédérale (Cst.) ne comporte aucune norme spécifique sur l'assistance au suicide, mais protège le droit à l'autodétermination en insistant sur le respect de la dignité humaine (art. 7 Cst.), de la liberté personnelle (art. 10, al. 2 Cst.) et de la sphère privée (art. 13, al. 1 Cst.). Dans une décision datant de 2006, le Tribunal fédéral a confirmé que le droit à l'autodétermination s'étendait aussi au droit de décider des modalités et du moment de sa propre mort, pour autant que la personne soit capable de discernement et agisse librement. Néanmoins, il n'existe aucun droit à l'assistance au suicide et personne ne peut être contraint de fournir cette prestation.

Le code pénal suisse (CP) établit une distinction claire entre l'homicide, qui est interdit, et l'assistance au suicide, qui n'est pas punissable. Alors que l'euthanasie active directe est toujours punie, l'assistance au suicide n'est pas punissable, tant que son auteur n'est pas guidé par des mobiles égoïstes (perspective d'un héritage, par exemple).

État de fait	Euthanasie active directe	Suicide assisté (assistance au suicide)
Disposition légale	Art. 111 CP : meurtre Art. 113 CP : meurtre passionnel Art. 114 CP : meurtre sur demande de la victime	Art. 115 CP : incitation et assistance au suicide
Statut	Toujours punissable	Non punissable (si la personne désirant mourir est capable de discernement et qu'il n'y a pas de mobiles égoïstes)
Processus	Un tiers tue une personne à la demande de cette dernière (p. ex. par injection).	Un tiers aide une personne à se suicider (p. ex. en lui fournissant la substance létale), mais ne la tue pas lui-même.
Acte entraînant la mort	Le tiers détient la maîtrise de l'acte.	La personne qui est capable de discernement et désire mourir détient la maîtrise de l'acte.

Tableau 1 : comparaison entre euthanasie active directe et suicide assisté.

Sources : Office fédéral de la justice. (2026). *Les différentes formes de l'assistance au décès et leur réglementation légale*, et Académie suisse des sciences médicales. (2022). *Attitude face à la fin de vie et à la mort (2^e édition)*.

Directives médico-éthiques (ASSM)

Le rôle du médecin est central dans le suicide assisté, puisque ce dernier suppose l'administration d'une substance délivrée sur ordonnance. Les directives « Attitude face à la fin de vie et à la mort » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) servent de norme éthique en la matière. Elles n'ont certes aucune validité juridique directe, mais elles fondent les conditions actuelles du suicide assisté en Suisse.

La FMH, l'association professionnelle des médecins en Suisse, a intégré les directives de l'ASSM dans son code de déontologie, ce qui les rend obligatoires pour tous les médecins affiliés à l'association. D'une manière générale, la participation au suicide assisté est une question de conscience. Elle n'est imposée par aucune obligation juridique ou éthico-professionnelle.

Les directives de l'ASSM attendent du corps médical qu'il fasse preuve d'un devoir de diligence particulier. Selon ces directives, l'assistance au suicide n'est défendable sur le plan éthique que si les conditions suivantes sont remplies :

Capacité de discernement : pour bénéficier d'une assistance au suicide, la personne doit être capable de discernement au moment de l'acte. Ce choix ne peut donc pas être consigné à l'avance dans des directives anticipées. En présence d'une maladie psychique, d'une démence ou

d'une affection similaire, qui entraîne souvent une incapacité de discernement, il est impératif de réaliser une expertise médicale.

Souffrance extrême : la personne éprouve une souffrance insupportable causée par les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles. La volonté de mettre fin à sa vie dans ces conditions doit être compréhensible pour le médecin, compte tenu de l'historique du patient et des nombreux entretiens menés avec lui. La perception subjective de la personne – autrement dit ce qui est « insupportable » pour elle – est ici décisive.

Volonté indépendante : la volonté doit être réfléchie et persistante, et elle ne doit résulter d'aucune pression extérieure. Le médecin doit en outre mener au moins deux entretiens approfondis à intervalles appropriés pour vérifier que la personne n'a pas changé d'avis.

Examen d'autres alternatives : le médecin doit avoir abordé avec la personne toutes les autres possibilités de traitement et d'aide (soins palliatifs ou soutien par les services sociaux, par exemple). Le suicide assisté ne se justifie que si ces options ont échoué ou ont été refusées par la personne capable de discernement.

Attitude face à la fin de vie et à la mort



Le suicide assisté dans le contexte de la vieillesse

Chiffres du suicide assisté en Suisse

Les recours à l'assistance au suicide ont connu une croissance spectaculaire en Suisse ces 16 dernières années. Depuis l'an 2000, le nombre de cas a même doublé tous les cinq ans environ. Entre 1998 et 2024, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a documenté 17 610 suicides assistés, dont 7330 hommes et 10 280 femmes. En 2024, le suicide assisté représentait 2,5% de tous les décès en Suisse.

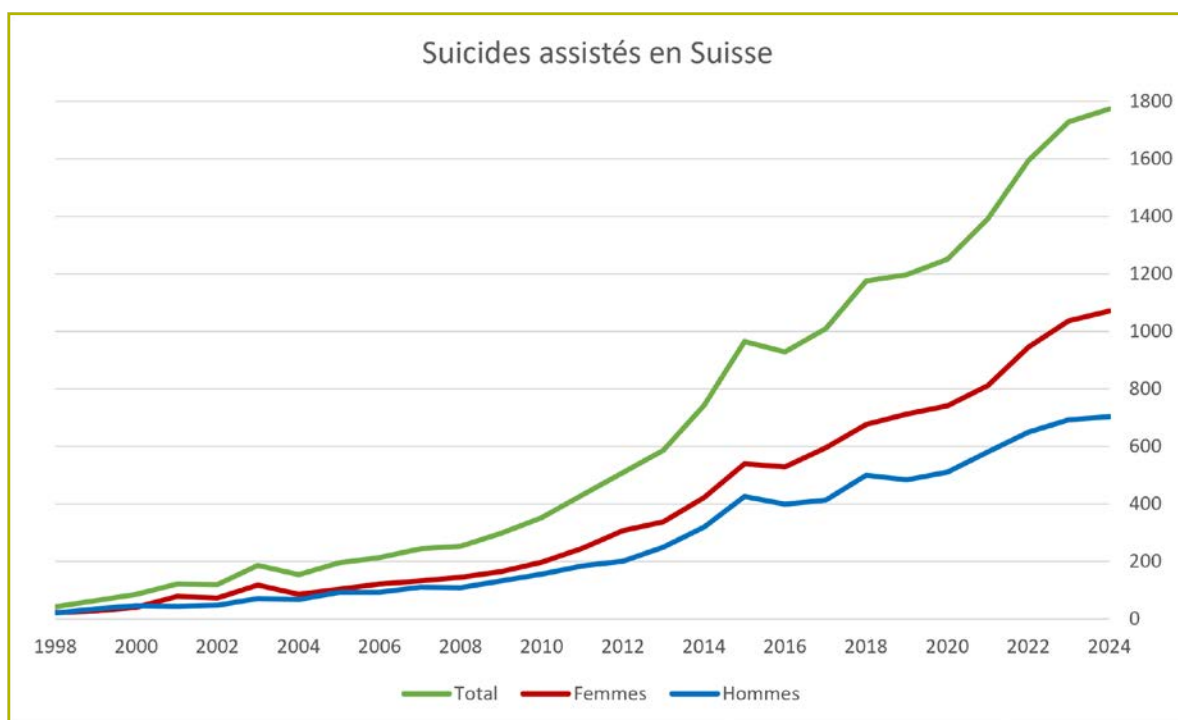


Illustration 1 : évolution des cas de suicide assisté en Suisse (1998-2024).
Source : OFS – Statistique des causes de décès (CoD)

L'assistance au suicide est un phénomène lié à la vieillesse dans la majorité des cas ; en 2022, l'âge médian des personnes ayant opté pour cette solution était de 81 ans. Si l'on exclut les personnes qui ont choisi l'assistance au suicide en raison d'un cancer (environ 40% des cas), l'âge médian était de 84 ans. Les cas de suicide assisté vont généralement de pair avec une augmentation des pathologies graves et incurables, comme le cancer, les maladies neurodégénératives ou les maladies cardiovasculaires.

On relève par ailleurs une différence entre les sexes : depuis 1998, 57% des cas concernent des femmes de plus de 65 ans, et la tendance est à la hausse. Ce fait s'explique principalement par l'espérance de vie élevée des femmes, qui en outre sont souvent en couple avec un partenaire plus âgé, auquel elles survivent. Lorsqu'elles atteignent le grand âge, il est donc fréquent qu'elles soient seules. Des schémas de socialisation, comme le désir de ne pas être une charge pour les autres ou de connaître une mort « douce », peuvent également jouer un rôle.

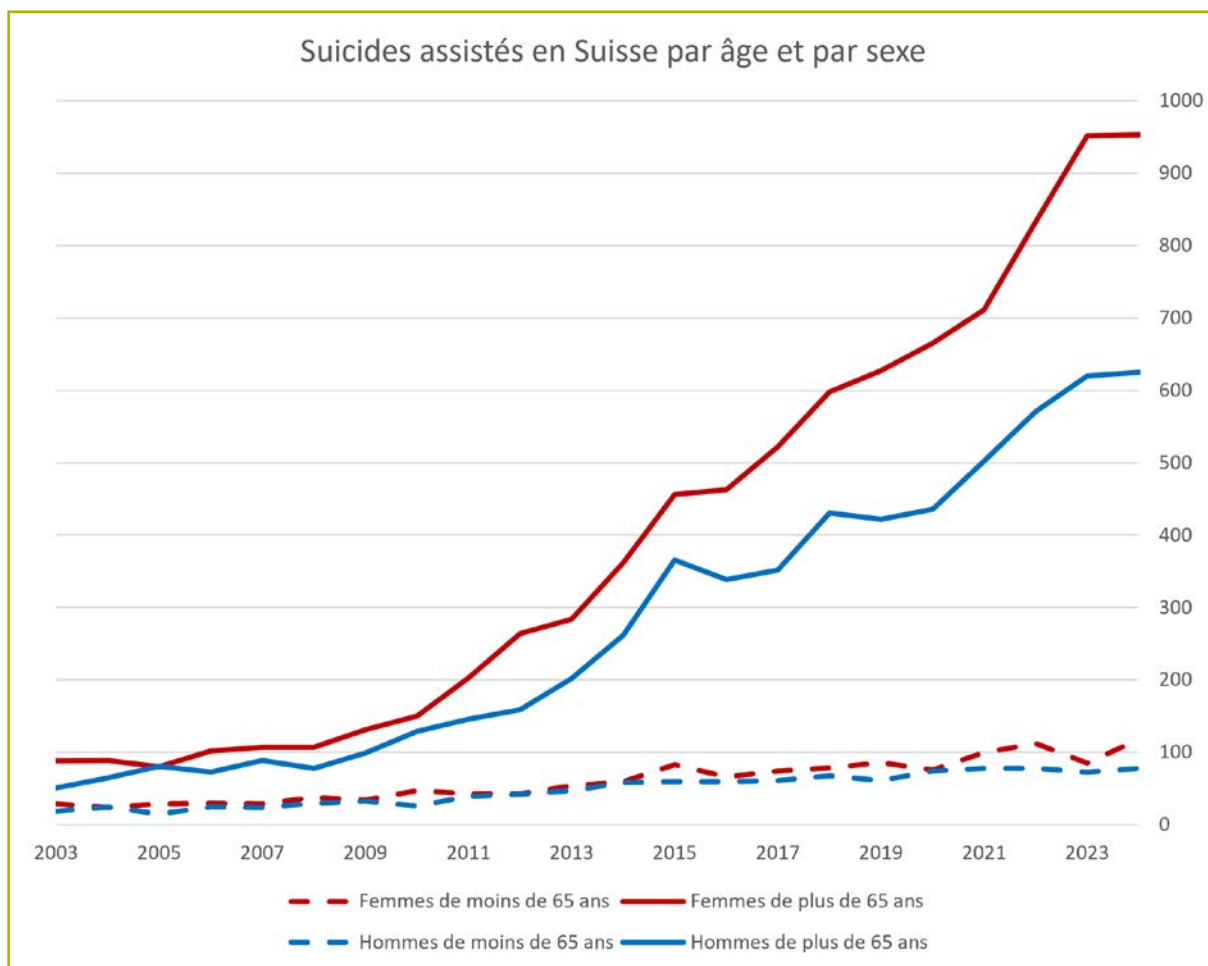


Illustration 2 : évolution des cas de suicide assisté en Suisse (2003-2024), par âge et par sexe.
Source : OFS – Statistique des causes de décès (CoD).

Globalement, le taux de suicide (hors suicide assisté) a diminué ces 20 dernières années, tandis que le taux de suicide assisté a augmenté. Cette évolution paradoxale correspond à l'émergence d'une nouvelle conception de l'assistance au décès, largement répandue, qui ne considère plus le décès comme un événement pathologique, mais comme une suite naturelle et logique de la vie.

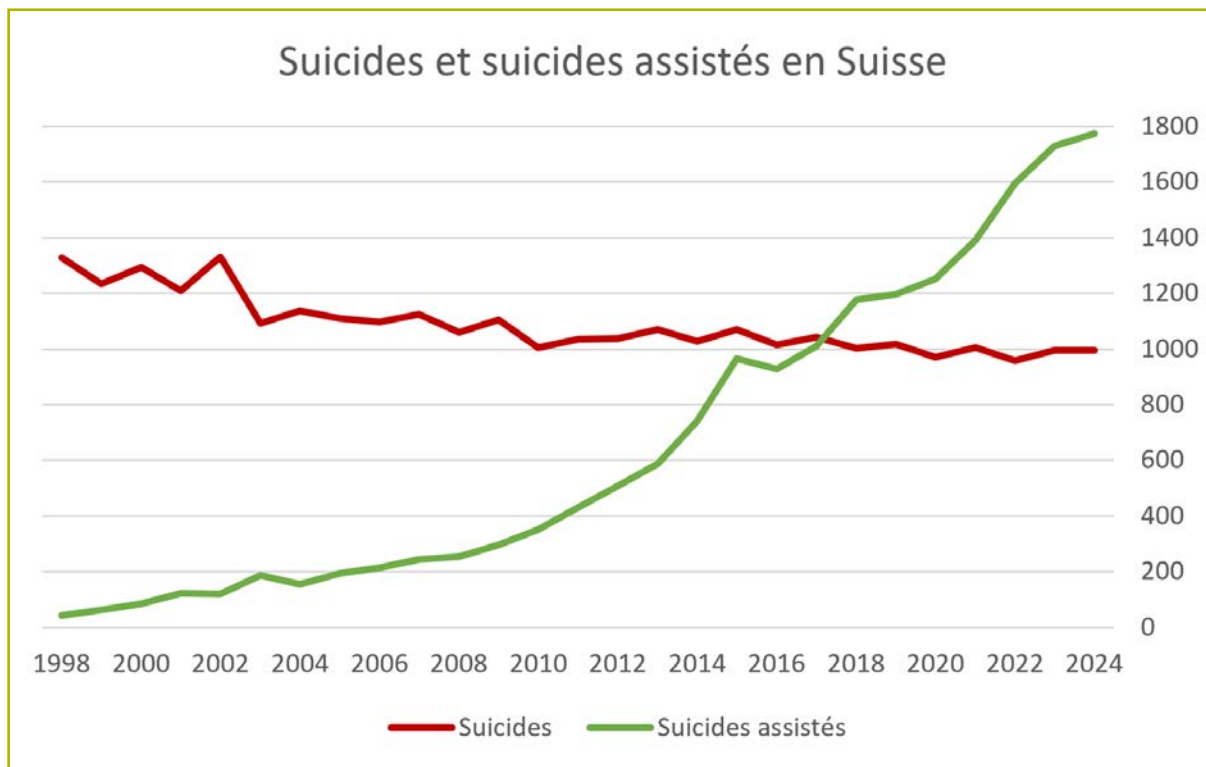


Illustration 3 : évolution du nombre de cas de suicide et de suicide assisté en Suisse (1998-2024)
Source : OFS – Statistique des causes de décès (CoD))

La hausse des cas de suicide assisté s'explique par l'interaction de facteurs démographiques et sociétaux. L'un de ses moteurs essentiels est le vieillissement démographique : comme le suicide assisté est surtout le fait des groupes les plus âgés, l'allongement de l'espérance de vie entraîne une augmentation du nombre de personnes concernées potentielles. Parallèlement, on assiste à un bouleversement des valeurs. Dans une société de plus en plus laïcisée, les normes religieuses traditionnelles perdent de leur impact, alors que l'autonomie individuelle et l'autodétermination deviennent des principes directeurs forts. Le suicide assisté n'est plus perçu comme un tabou, mais comme l'expression d'une vie choisie jusqu'à la fin.

Âgisme et perception du désir de mourir

Dans les débats menés au sein de l'opinion publique ou entre spécialistes, on sous-estime souvent le rôle de l'âgisme, autrement dit de l'ensemble des stéréotypes et des discriminations fondées sur l'âge. Or, lorsqu'on considère la vieillesse comme une étape de la vie marquée par la déficience et la perte de productivité, on en vient à attendre des personnes âgées qu'elles se retirent de la vie sociale et évitent d'être une charge pour autrui. Cela peut aboutir à un « biais dû à l'âge » dans l'évaluation du désir de suicide : les pensées et intentions suicidaires des personnes âgées sont interprétées comme plus raisonnables et plus logiques que celles des jeunes, car le suicide leur permet de mettre fin à une période difficile de la vie et peu digne d'être vécue – d'un point de vue extérieur. Ne pas vouloir être une charge reflète aussi le stéréotype positif de la personne âgée aimable.

La société accepte plus volontiers le désir de mourir chez un individu âgé, même en l'absence de maladie grave. Cette normalisation peut entraîner une mauvaise évaluation de la nécessité et de l'urgence d'une prise en charge et par une réticence à proposer un traitement psychothérapeutique ou d'autres interventions, alors même qu'ils seraient indiqués. Le droit à l'autodétermination concernant la fin de vie peut aussi signifier accepter les changements et accueillir l'aide nécessaire. À l'inverse, il existe un risque de réduire les crises complexes de la vie à un simple diagnostic médical, tel que la « dépression liée à l'âge ». Une telle stigmatisation fait fi des situations personnelles et sociales souvent complexes et diminue les chances de prévenir un comportement suicidaire.

Aspects pratiques

Délimitation : suicidalité aiguë vs assistance au suicide

Il convient d'établir une distinction entre une suicidalité aiguë, résultant d'une crise psychique ou d'une maladie, et un désir de mourir mûrement réfléchi, lié à des douleurs incessantes. Dans le premier cas, l'intervention immédiate et la protection de la vie s'imposent alors que, dans le second, il s'agit de respecter un processus réfléchi, reposant sur la capacité de discernement.

Parler peut sauver : parlez de vos pensées suicidaires



	Suicidalité aiguë	Suicide assisté
Contexte	Crise psychique aiguë ou grave dépression	Acte réfléchi dû à la maladie ou à une perte sévère de qualité de vie
Facteur temps	Impulsif, souvent marqué par une forte ambivalence	Constant, mûri sur une longue période
Capacité de discernement	Souvent limitée au moment de la crise	Condition impérative pour agir
Cible de l'aide	Prévention : trouver un chemin pour sortir de la crise	Accompagnement : respecter le libre choix, accompagner jusqu'à l'adieu

Tableau 2 : comparaison entre suicidalité aiguë et assistance au suicide. Source : *Connaissances spécialisées internes*

Les soins palliatifs comme option complémentaire

Les soins palliatifs et le suicide assisté sont souvent perçus comme antagonistes alors qu'ils constituent au contraire des options complémentaires. Une analyse de l'idée que l'on se fait d'une « mort douce », telle qu'exprimée dans le contexte des soins palliatifs montre que des valeurs telles que l'autodétermination, la réduction des symptômes et de la douleur ou encore la préservation de la qualité de vie sont essentielles dans les deux approches.

- **Libre choix** : la personne qui a eu l'habitude de prendre ses décisions librement toute sa vie souhaite qu'il en soit ainsi jusqu'à la fin. En l'occurrence, il peut aussi s'agir de décider sciemment de « ne rien décider » et de laisser venir la mort en bénéficiant de soins palliatifs.
- **Prise en charge globale** : il faut améliorer les connaissances relatives aux offres de traitement en fin de vie et aux soins palliatifs en particulier. Les expériences des organisations d'assistance au suicide montrent qu'il est rassurant pour bien des personnes de savoir qu'il existe des options, à l'image d'une « sortie de secours ». Les soins palliatifs sont souvent prodigués parallèlement à la préparation d'un suicide assisté. Il s'agit de permettre une prise de décision sereine en fin de vie, dénuée si possible de toute souffrance physique, psychique et sociale.
- **Objectif politique** : dans le droit fil du rapport « Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie » (2020), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entend promouvoir l'autodétermination des personnes en fin de vie et faciliter l'accès aux offres de traitement telles que les soins palliatifs.

Améliorer la prise en charge et le traitement
des personnes en fin de vie



Implication et charge pour les proches

Même si la personne souhaite vivre et mourir de manière autodéterminée, elle possède un entourage social, des proches ou des amis, qui sont eux aussi concernés. À l'heure de la séparation et du deuil, il peut être réconfortant pour eux de savoir qu'ils peuvent connaître la volonté de la personne mourante, la respecter et la soutenir mais qu'ils ne portent pas seuls cette responsabilité.

Débats actuels

En Suisse, la discussion actuelle ne tourne plus autour du caractère licite de l'acte, mais se focalise sur des questions de détail et sur la difficulté de la réglementation. Avec la normalisation du suicide assisté, les débats ne sont pas près de s'arrêter.

Pronostic et appel au monitoring

Le taux de suicide assisté par rapport à l'ensemble des décès a nettement augmenté ces dernières années pour atteindre 2,5% en 2024, selon l'OFS. À titre de comparaison, il se situait à 4,1% au Canada et 5,4% aux Pays-Bas en 2023. Dans ce contexte, on s'interroge sur la nécessité pour la Suisse de s'adapter à une situation dans laquelle, d'ici 10 à 15 ans, environ 5% des décès seraient dus au suicide assisté, ce qui, selon le nombre de décès, pourrait représenter entre 3500 et 3600 cas par an. Compte tenu de cette forte hausse, certains affirment qu'il manque un registre ou un monitoring national en la matière. Contrairement à d'autres pays, les dossiers relatifs au suicide assisté ne sont pas systématiquement collectés et évalués. La motion 25.3945 déposée le 26 juin 2025 chargeait le Conseil fédéral de « mettre en place un monitoring du suicide assisté en Suisse fondé sur une statistique qui recense à la fois le nombre de suicides assistés et les circonstances de ces décès ». Acceptée par le Conseil des États, elle a cependant été rejetée par le Conseil national en décembre 2025.

Assistance au suicide pour les personnes en bonne santé

Actuellement, la discussion porte notamment sur l'admissibilité du suicide assisté pour les personnes qui ne souffrent pas d'une maladie grave. En 2024, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assistance au suicide fournie à des personnes en bonne santé ne violait pas la loi sur les stupéfiants. Cette décision a enflammé les débats visant à déterminer si l'assistance au suicide est un simple instrument d'autodétermination, qui devrait être mis à la disposition de toute personne capable de discernement, ou si elle doit rester conditionnée à des critères médicaux.

Hégémonie des organisations vs conditions-cadres définies par l'État

En Suisse, l'assistance au suicide est essentiellement l'affaire d'organisations privées. Les chercheurs font remarquer que ces organisations ont acquis, depuis des décennies, une certaine hégémonie sur ses indications et son déroulement concret. L'absence de norme uniforme est critiquée : les organisations agissent de manière autonome à bien des égards alors que les institutions médicales, elles, sont soumises à des normes de qualité et de surveillance strictes. Une autre question, qui fait de plus en plus débat, est celle de savoir si l'État ne devrait pas abandonner son rôle passif actuel et se doter d'une loi spécifique, afin de garantir la transparence et la qualité et d'assurer un accès équitable à l'assistance au suicide pour toutes et tous. Si l'autodétermination en fin de vie est considérée comme un droit humain fondamental, on peut logiquement en déduire qu'il incombe à l'État de garantir ce droit et de l'intégrer de manière appropriée dans un cadre légal contraignant.

Intervention médicale ou démedicalisation ?

Autre question encore en suspens : l'assistance au suicide doit-elle être considérée comme un acte médical soumis à des critères de qualité ou n'est-il pas préférable de la démedicaliser ? Le processus actuel considère le suicide assisté comme un acte privé et autodéterminé, dans lequel le médecin intervient seulement pour prescrire la substance, l'individu et l'organisation accompagnante assumant la responsabilité éthique de l'acte. Une véritable démedicalisation irait plus loin et ouvrirait la voie à des méthodes qui ne nécessitent aucune intervention ni ordonnance médicales, afin de sortir le processus de fin de vie de la sphère médicale. Simultanément, des voix plaident en faveur d'une meilleure intégration des soins palliatifs et des compétences en matière d'assistance au suicide dans la formation des médecins, afin de garantir l'autodétermination en fin de vie tout en accompagnant les personnes avec compétence sur le plan médical et humain.

Ouverture des institutions

L'ouverture des hôpitaux et établissements médico-sociaux publics au suicide assisté est aussi largement débattue. Le bien-être du patient prime ici, l'idée étant qu'il faut offrir la possibilité aux personnes concernées de rester dans leur environnement habituel et leur éviter en fin de vie des changements contraignants et douloureux, comme le déplacement dans des locaux externes.

Un choix libre, mais accompagné

La possibilité de choisir sa fin de vie permet à chaque individu d'identifier l'option la mieux appropriée pour lui. Qu'il s'agisse du recours aux soins palliatifs, du refus d'un traitement ou du suicide assisté, une planification anticipée (directives anticipées, mandat pour cause d'inaptitude, testament, etc.) libère non seulement le patient, mais aussi ses proches. Les discussions entre toutes les personnes concernées sont la clé la plus importante.

Messages clés :

- **Pas de représentation** : une assistance au suicide ne peut pas être ordonnée dans des directives anticipées dans l'éventualité d'une incapacité de discernement ultérieure.
- **Conditions** : la personne doit avoir sa capacité de discernement et d'action. Un suicide assisté est possible même en cas de démence ou d'affection psychiatrique sous-jacente, mais il doit avoir lieu tant que la capacité de discernement de la personne est encore largement préservée.
- **Volontaire** : toute la préparation du suicide assisté, des discussions préliminaires à l'acte lui-même, prend du temps. Naturellement, la personne peut interrompre le processus en tout temps, sans besoin de se justifier.
- **Obstacles financiers** : la capacité financière ne doit jamais être un critère d'exclusion ; les organisations d'assistance au suicide proposent des exemptions partielles ou totales des frais aux personnes disposant de moyens modestes. Personne ne devrait renoncer à demander un soutien par peur des coûts pouvant en résulter.
- **Soins palliatifs** : le recours aux soins palliatifs et la préparation d'un suicide assisté ne s'excluent pas l'un l'autre.

Appel

La suicidalité des personnes âgées **ne doit pas** être un tabou. Observer, prendre au sérieux, écouter et ouvrir le dialogue sont autant de moyens de prévention. Mais les personnes qui réfléchissent à leur fin de vie doivent aussi bénéficier d'un accompagnement ouvert **et** professionnel. **La tâche de Pro Senectute** consiste à permettre le dialogue, intégrer les proches et coordonner l'aide appropriée par l'intermédiaire des interfaces **adaptées – en sachant que personne ne peut être tenu de fournir une assistance au suicide.**

Bibliographie

- Le Parlement suisse** (2025). Motion 25.3944, Une réglementation-cadre en matière d'assistance au suicide. *Bulletin officiel*.
- Académie suisse des sciences médicales.** (2019). Capacité de discernement dans la pratique médicale : directives médico-éthiques (1^{re} édition).
- Académie suisse des sciences médicales.** (2022). Attitude face à la fin de vie et à la mort (2^e édition).
- Bartsch, C., Landolt, K., Ristic, A., Reisch, T., & Ajdacic-Gross, V.** (2019). Assisted suicide in Switzerland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116 (33–34), 545–552. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>
- Blanc, S., Meier, C., Gamondi, C. et al.** (2025). Preparing for the end-of-life : public attitudes towards advance directives and assisted suicide in Switzerland. *BMC Palliat Care* 24, 118. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01758-7>
- Canetto, S. S.** (2019). If physician-assisted suicide is the modern woman's last powerful choice, why are White women its leading advocates and main users ? *Professional Psychology Research and Practice*, 50(1), 39–50. <https://doi.org/10.1037/pro0000210>
- Code civil suisse, RS 210.** (2026) art. 16.
- Code civil suisse, RS 210.** (2026) art. 18.
- Comité de direction du PNR 67 Fin de vie.** (2017). Fin de vie : Rapport de synthèse du programme du Fonds national PNR 67. *Fonds national suisse*
- DIGNITAS.** (s.d.). Länder mit Regelungen zur Sterbehilfe
- EXIT Deutsche Schweiz.** (2025). EXIT-Mitgliederzahl auch 2024 deutlich gestiegen. *EXIT - Deutsche Schweiz*.
- Feichtner, A., Wasl, M.** (2022). Assistierter Suizid in der Schweiz. Dans : Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H., Weixler, D. (eds) Assistierter Suizid. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_28
- Fittkau, L., Gehring, p.** (2008). Zur Geschichte der Sterbehilfe. In Tod und Sterben. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb).
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 1 : Stellen wir uns darauf ein, dass 5 Prozent aller Todesfälle mit assistiertem Suizid erfolgen. *Ars Medici*, 2024 (22), 654–657.
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 2 : Welche Verantwortung tragen Politik und Gesetzgeber ? *Ars Medici*, 2024 (23), 682–685.
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 3 : Ist Suizidhilfe in Vereinshand Teil des eidgenössischen Brauchtums ? *Ars Medici*, 2024 (24), 714–717.

- Hurst-Majno, S.** (2025). L'autorégulation et ses limites [présentation]. Rencontre Science et politique à table : L'assistance au suicide est-elle suffisamment réglementée en Suisse ? *Académies suisses des sciences*, Berne, Suisse.
- Obsan** (2025). *Suicide et suicide assisté* (indicateur Obsan) https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/_010
- Office fédéral de la santé publique.** (2020). Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie : rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 18.3384 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-CE) du 26 avril 2018
- Office fédéral de la justice.** (2026). Les différentes formes d'assistance au décès et leur réglementation légale.
- Office fédéral de la statistique.** (2026). Statistique des causes de décès (CoD).
- Office fédéral de la statistique.** (2026). Suicide assisté (assistance au décès) et suicide en Suisse
- Riedel, A., Klotz, K., & Heidenreich, T.** (2024). Ethische Aspekte von Todes- und Suizidwünschen älterer Menschen in der Pflege und für Pflegefachpersonen. *Ethik in Der Medizin*, 36 (3), 263–281. <https://doi.org/10.1007/s00481-024-00822-9>
- Rüegger, H.** (2025). Sich für das Sterben entscheiden können. *NOVA-cura*, 56 (8), 1–4
- Schwarzenegger, C., Manzoni, P., Studer, D., & Leanza, C.** (2010). Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält : Erste Resultate einer repräsentativen nationalen Befragung. *Jusletter*, 13. September 2010.
- Tag, B.** (2025). Possibilités d'action du Parlement et du législateur [présentation]. Rencontre Science et politique à table : L'assistance au suicide est-elle suffisamment réglementée en Suisse ? *Académies suisses des sciences*, Berne, Suisse.
- Umbricht, A.** (2022). Telefonische Omnibus-Befragung zum assistierten Suizid : Quantitative Befragung im Auftrag von « DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben ». *gfs-zürich, Markt- & Sozialforschung*.
- Xu, C. X.** (2025). Assisted suicide in Switzerland : the impact of shifting public attitudes on families and professionals. *Undergraduate Journal of Public Health*, 9 (0). <https://doi.org/10.3998/ujph.7609>
- Zimmermann, M.** (2025). Assistance au suicide : chiffres, faits et débats actuels [présentation]. Rencontre Science et politique à table : L'assistance au suicide est-elle suffisamment réglementée en Suisse ? *Académies suisses des sciences*, Berne, Suisse.

Impressum

Éditrice : Pro Senectute Suisse, division « Travail de fond et Politique »

Rédaction : Corinne Hafner Wilson, Anna Celio-Panzeri, Eliane Müller, Noah Golub, Tina Weber, Rahel Habegger

Pro Senectute Suisse

Lavaterstrasse 60

8027 Zurich

www.prosenectute.ch/documents-de-base

E-mail : innopol@prosenectute.ch

1^{re} édition : juin 2026

Avec ses documents de base, Pro Senectute Suisse traite des thèmes actuels de la politique de la vieillesse et les met en perspective. Pro Senectute Suisse s'engage à utiliser un langage non discriminatoire.

