

Stéphanie Beuriot / Valérie Junod / Carole-Anne Baud

## Suicide assisté : Le Code pénal suffit-il ?

---

En Suisse, l'assistance au suicide est principalement appréhendée par l'art. 115 du Code pénal. En sus, de nombreuses « strates » législatives ou normatives viennent compléter la disposition pénale. Nous proposons les synthétiser et les analyser ici, en examinant successivement la LPMéd, la LPT<sub>h</sub>, la LStup et le droit cantonal. Nous examinons également les rapports mis à disposition par les associations suisses d'aide au suicide. Au terme de notre analyse, nous concluons que la réglementation actuelle basée sur le Code pénal est suffisante.

---

Catégories d'articles : Articles scientifiques

Domaines juridiques : Droit pénal

Proposition de citation : Stéphanie Beuriot / Valérie Junod / Carole-Anne Baud, Suicide assisté : Le Code pénal suffit-il ?, in : Jusletter 27 mai 2024

## Table des matières

1. Introduction
2. L'assistance au suicide et les autres formes d'aide au décès en Suisse
3. Aperçu de la jurisprudence sur la liberté de mourir
4. L'article 115 du Code pénal
  - 4.1. La capacité de discernement de la PS
  - 4.2. Les actes matériels
  - 4.3. Le mobile égoïste
  - 4.4. Le cas particulier du mobile égoïste s'agissant des associations d'aide au suicide
  - 4.5. Le cas des mineurs
  - 4.6. Les garde-fous supplémentaires contre les abus
5. Lorsque l'assistance au suicide est fournie par un médecin
  - 5.1. Les règles déontologiques du droit associatif privé
  - 5.2. Les règles de la LPMéd
    - 5.2.1. Les mesures disciplinaires
    - 5.2.2. Les mesures administratives
6. Lorsque le produit NAP est utilisé pour l'assistance au suicide
  - 6.1. Les règles de la LPT
    - 6.1.1. Le NAP est-il un médicament ?
    - 6.1.2. La LPT est-elle applicable ?
  - 6.2. Les règles de la LStup sont-elles applicables à l'AS ?
7. Le droit cantonal relatif à l'assistance au suicide
  - 7.1. Aperçu romand
  - 7.2. Les lois cantonales en Suisse romande
  - 7.3. Les directives cantonales en matière de remise de NAP
8. Les autres règles applicables
9. Conclusion et recommandations

## 1. Introduction

[1] Une majorité de Suisses se disent favorables à la liberté de choix face à *leur propre mort*<sup>1</sup>. Cependant, lorsque le nom d'une association d'aide au suicide est associé à un décès, qu'il s'agisse

---

<sup>1</sup> Selon un sondage de 2009, trois quarts de la population étaient en faveur du suicide assisté, tandis que ce taux atteint 80% de nos jours selon des chiffres rapportés par le directeur d'EXIT : RTS, Une majorité de Suisses favorables au suicide assisté, publié le 8 avril 2009 sous : <https://www.rts.ch/info/suisse/1036019-une-majorite-de-suisses-favorables-au-suicide-assiste.html> ; Blick, Interview du directeur d'Exit, Bernhard Sutter, publié le 8 juin 2023 sous : <https://www.blick.ch/fr/news/suisse/interview-du-directeur-dexit-bernhard-sutter-voici-ce-que-cote-une-assistance-au-suicide-avec-exit-id18647608.html>. Il s'agirait de près de 9 personnes sur 10 en Europe (Suisse compris) selon une publication de 2014 : PAUL BERNER/ANTOINE DE TORRENTÉ/JACQUES EPINEY, Suicide assisté : à propos de « l'histoire d'Alice », Rev Med Suisse, 2014/416 (Vol. 0), p. 360–361. URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-416/suicide-assiste-a-propos-de-l-histoire-d-alice>. S'agissant de la position, plus particulière, des médecins face à l'AS en Suisse, voir : SANDRA BURKHARDT/KARINE WYSS/ROMANO LA HARPE, L'assistance au suicide en Suisse : la position des médecins, Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 2861-4. Un sondage mené par la Société vaudoise de Médecine (SVM) en 2010 montre des chiffres plus nuancés, lire : Suicide assisté : les médecins vaudois favorables à une réglementation, Rev Med Suisse, 2010/242 (Vol.-4), p. 695–695. URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-242/suicide-assiste-les-medecins-vaudois-favorables-a-une-reglementation>.

de la mort d'une « célébrité »<sup>2</sup> ou d'un inconnu, d'un résident suisse ou étranger, les spéculations, les rumeurs, les craintes et les couvertures médiatiques sont nombreuses<sup>3</sup> ; un malaise plane<sup>4</sup>.

[2] On pourrait penser qu'un sujet si sensible devrait faire l'objet d'une réglementation particulièrement limpide. Or, la Suisse, État fédéral par excellence, connaît un enchevêtrement de normes en la matière. Cette contribution analyse et synthétise l'ensemble de ces règles, qu'il s'agisse de normes fédérales, cantonales, déontologiques ou purement privées.

[3] Nous proposons en premier un aperçu de la jurisprudence fédérale sur la liberté de mourir (chapitre 3.). Puis, nous présentons les conditions d'application du Code pénal<sup>5</sup>, en particulier son art. 115 (chapitre 4.). Nous thématisons ensuite l'assistance au suicide (ci-après : AS) fournie par un *médecin*<sup>6</sup> (chapitre 5.) en abordant, d'une part, les normes déontologiques issues du droit associatif privé (chapitre 5.1.) et, d'autre part, les règles de la LPMéd<sup>7</sup> (chapitre 5.2.). Nous nous concentrons également sur la thématique du *produit* utilisé lors de l'AS (chapitre 6.) ; cette analyse se penche, en particulier, sur les conditions d'application de la LPTh<sup>8</sup> (chapitre 6.1.) ainsi que de la LStup<sup>9</sup> (chapitre 6.2.). Dans un souci d'exhaustivité, nous traitons également des règles de droit cantonal (chapitre 7.). Le chapitre 8 évoque les autres règles applicables. Cette contribution débute par une délimitation et un rappel des notions en jeu (chapitre 2.) ; sauf dans ce chapitre, nous n'abordons pas les questions relatives aux diverses formes d'euthanasie et à la médecine palliative.

---

<sup>2</sup> Lire notamment : Blick, Interview du directeur d'Exit, Bernhard Sutter, publié le 8 juin 2023 sous : <https://www.blick.ch/fr/news/suisse/interview-du-directeur-dexit-bernhard-sutter-voici-ce-que-co-te-une-assistance-au-suicide-avec-exit-id18647608.html>.

<sup>3</sup> Lire notamment : Le Temps, Erika Preisig, la missionnaire de la mort libre, publié le 18 mai 2019 sous : [https://www.letemps.ch/societe/erika-preisig-missionnaire-mort-libre?utm\\_medium=partage-social&utm\\_source=copypink](https://www.letemps.ch/societe/erika-preisig-missionnaire-mort-libre?utm_medium=partage-social&utm_source=copypink) ; Le Temps, Aide au suicide : cinq ans de prison requis contre le médecin Erika Preisig, publié le 4 juillet 2018 sous : <https://www.letemps.ch/suisse/aide-suicide-cinq-ans-prison-requis-contre-medecin-erika-preisig> ; Arcinfo, « Les médecins ne sont pas des experts de la mort volontaire », publié le 4 juillet 2007 sous : <https://www.arcinfo.ch/cultureloisirs/les-medecins-ne-sont-pas-des-experts-de-la-mort-volontaire-61253> ; Le Temps, Erika Preisig échappe de peu à une condamnation pour homicide, publié le 9 juillet 2019 sous : <https://www.letemps.ch/suisse/erika-preisig-echappe-une-condamnation-homicide> ; 24 Heures, Le fondateur de Dignitas jugé pour aide au suicide, publié le 21 février 2018 sous : <https://www.24heures.ch/le-fondateur-de-dignitas-juge-pour-aide-au-suicide-220788453559> ; SWI Swissinfo, Le président de Dignitas Ludwig Minelli condamné pour calomnie, publié le 2 juillet 2018 sous : <https://www.swissinfo.ch/fre/toute-l-actu-en-bref/le-pr%C3%A9sident-de-dignitas-ludwig-minelli-condamn%C3%A9-pour-calomnie/44230474> ; RTS, Quatre ans de prison pour aide au suicide, publié le 10 juillet 2009 sous : <https://www.rts.ch/info/suisse/1047503-quatre-ans-de-prison-pour-aide-au-suicide.html> ; Le Monde, Jean-Luc Godard est mort en ayant eu recours à l'assistance au suicide, publié le 13 septembre 2022 sous : [https://www.lemonde.fr/culture/article/2022/09/13/mort-de-jean-luc-godard-le-cineaste-a-eu-recours-a-l-assistance-au-suicide\\_6141446\\_3246.html](https://www.lemonde.fr/culture/article/2022/09/13/mort-de-jean-luc-godard-le-cineaste-a-eu-recours-a-l-assistance-au-suicide_6141446_3246.html).

<sup>4</sup> Pour des exemples, lire : Le Temps, La justice acquitte le fondateur de Dignitas, Ludwig Minelli, publié le 1<sup>er</sup> juin 2018 sous : <https://www.letemps.ch/suisse/justice-acquitte-fondateur-dignitas-ludwig-minelli> ; 20 Minutes, Un juge italien aurait abusé de l'aide au suicide, actualisé le 5 novembre 2013 sous : <https://www.20min.ch/fr/story/un-juge-italien-auroit-abuse-de-l-aide-au-suicide-447590260592>. Lire également : JACQUES PETITE, A propos de la mort « en direct » et de l'assistance au suicide, *Rev Med Suisse* 2005 ; 1 : 1240 ; THOMAS BISCHOFF, Chronique d'une mort annoncée, *Rev Med Suisse*, 2022/780 (Vol. 8), p. 919. DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.780.919, sous : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2022/revue-medicale-suisse-780/chronique-d-une-mort-annoncee>.

<sup>5</sup> Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP ; RS 311.0).

<sup>6</sup> Dans cet article, nous avons décidé de nous concentrer sur l'AS *médicale*. En effet, c'est le plus souvent un médecin qui prescrit le *produit* létal utilisé couramment lors des AS. Toutefois, nous le verrons, l'aide au suicide telle que réprimée par le Code pénal n'opère pas de distinction que celui qui prête son aide soit un médecin, un autre professionnel de la santé ou un « laïque ».

<sup>7</sup> Loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd ; RS 811.11).

<sup>8</sup> Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux du 15 décembre 2000 (LPTh ; RS 812.21).

<sup>9</sup> Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951 (LStup ; RS 812.121).

[4] Bien que l'assistance au suicide soit déjà largement thématifiée, analysée et débattue par les juristes suisses depuis plus de vingt ans<sup>10</sup>, notre contribution se justifie dès lors qu'elle aborde ce sujet sous le prisme de l'ensemble des lois potentiellement applicables, y compris celles souvent délaissées, telles que la LPMéd et le droit cantonal. Deux arrêts récents du Tribunal fédéral (2021<sup>11</sup> et 2024<sup>12</sup>) ont par ailleurs restreint les lois applicables en la matière.

## 2. L'assistance au suicide et les autres formes d'aide au décès en Suisse

[5] Selon l'administration fédérale, l'AS « consiste à fournir au patient la substance mortelle qu'il ingérera alors lui-même, sans intervention extérieure, pour mettre fin à ses jours »<sup>13</sup>. Plusieurs organisations d'aide au suicide, notamment EXIT<sup>14</sup> et Dignitas<sup>15</sup>, proposent à cette fin leurs services en Suisse.

[6] Comme évoqué dans l'introduction, notre article analyse uniquement les règles applicables à l'AS. Néanmoins, il existe d'autres formes d'aide au décès que nous mentionnons brièvement également ici, pour les distinguer de l'AS<sup>16</sup>.

[7] *L'euthanasie active directe*<sup>17</sup> est la seule forme d'aide au décès absolument interdite en Suisse<sup>18</sup>, pays considéré plutôt progressiste en la matière<sup>19</sup>. Elle consiste à effectuer intentionnellement un acte (p. ex., une injection) qui entraîne directement la mort d'une personne, afin d'abrèger les souffrances de cette dernière. L'interdiction vaut même si la personne, capable de discernement, en a fait la demande explicite. Au regard du droit pénal, ce comportement est constitutif de

---

<sup>10</sup> On citera principalement, mais non exhaustivement, les livres de : BENEDETTA SARA GALETTI, *La mort provoquée, Les limitations de la réglementation légale, leurs fondements et des propositions d'alternatives*, Genève – Zurich – Bâle 2020 (ci-après : GALETTI 2020); TANJA SOLAND, *Suizidverhinderung als Straftat?*, Bâle 2011 (ci-après : SOLAND); PETRA VENETZ, *Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht*, Zürich 2008 (ci-après : VENETZ).

<sup>11</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021.

<sup>12</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024.

<sup>13</sup> Voir notamment la définition de l'Office fédéral de la justice (OFJ), sous : <https://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>, tous les sites web ont été consultés la dernière fois le 19 mars 2024.

<sup>14</sup> Il s'agit en réalité de deux associations distinctes : EXIT A.D.M.D. Suisse romande Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité que nous abrégons EXIT ADMD et EXIT Deutsche Schweiz que nous nommons EXIT DS pour des questions de simplification.

<sup>15</sup> Il s'agit plus précisément de l'association DIGNITAS – *Vivre dignement – Mourir dignement* que nous nommons Dignitas pour des questions de simplification.

<sup>16</sup> Pour un développement complet des questions liées à la notion large d'euthanasie et ses différentes formes, voir : GALETTI 2020, *supra* note 10, p. 33 ss.

<sup>17</sup> Cf. n. 13.

<sup>18</sup> La situation dans d'autres pays est parfois très différente, comme aux Pays-Bas, en Belgique et au Canada où l'euthanasie active directe est permise à certaines conditions : EZEKIEL J. EMANUEL/BREGJE D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN/JOHN W. URWIN/JOACHIM COHEN, *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*. JAMA. 2016 Jul 5;316(1):79-90. Sur les pratiques d'assistance au décès aux Pays-Bas, lire : GABRIELLE STEFFEN, *Voltooid leven – une vie accomplie*, in : Jusletter 27 août 2018. Pour un panorama plus large de droit comparé, lire : OLIVIER GUILLOD, *Soins et respect de la volonté de la personne en fin de vie : regard de droit comparé*, in Olivier Guillod/Pierre Wessner (édit.), *Le droit de la santé : aspects nouveaux – Rapport des contributeurs suisses aux Journées internationales 2009 de l'association Henri Capitant*, Neuchâtel 2010, p. 5–48.

<sup>19</sup> Notamment : VALÉRIE JUNOD, *Assistance au suicide et prescription de pentobarbital : 2e round*, *Rev Med Suisse* 2023; 19 : 1146-7 (ci-après : JUNOD 2023); DOMINIQUE MANAI, *Soins et respect de la volonté de la personne en fin de vie : droit suisse*, in Olivier Guillod/Pierre Wessner (édit.), *Le droit de la santé : aspects nouveaux – Rapport des contributeurs suisses aux Journées internationales 2009 de l'association Henri Capitant*, Neuchâtel 2010, p. 77 (ci-après : MANAI 2010).

meurtre, plus exactement dans ce dernier cas de meurtre sur demande de la victime (art. 114 CP<sup>20</sup>). Il s'agit alors d'un délit punissable d'une peine privative de liberté de trois ans au plus<sup>21</sup>. En comparaison, l'homicide (art. 111 CP<sup>22</sup>) constitue un crime punissable d'une peine privative de liberté de cinq ans au moins<sup>23</sup>.

[8] *L'euthanasie active indirecte*<sup>24</sup> vise l'administration de substances (par ex. de la morphine) pour soulager les souffrances. Cependant, les effets secondaires de ces substances peuvent hâter le décès et même le provoquer<sup>25</sup>, ce risque étant ici envisagé et accepté. Cette forme d'euthanasie n'est pas expressément réglée dans le CP, mais elle est considérée comme admise, en tout cas lorsque pratiquée par des professionnels de la santé pour pallier les souffrances de leurs patients. Les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ci-après : directives ASSM 2022) relatives à la fin de vie la considèrent également admissible<sup>26</sup>. Elles encadrent cette pratique en posant les conditions suivantes : le soulagement des souffrances nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et interprofessionnelle ; les différents professionnels sont intégrés dans le processus décisionnel et dans la mise en œuvre du/des traitement(s)<sup>27</sup>. La mise en place du traitement vise le soulagement efficace des symptômes : on veille à ne pas sous-doser les médicaments par crainte de raccourcir la vie et, *a contrario*, à ne pas dépasser les doses nécessaires « au traitement optimal des symptômes »<sup>28</sup>.

[9] *L'euthanasie passive*<sup>29</sup> consiste pour la personne concernée à renoncer aux mesures de maintien de sa vie ou à interrompre celles-ci (p. ex., par le débranchement d'un appareil à oxygène). Cette forme d'euthanasie n'est pas non plus réglée expressément par la loi ; elle est néanmoins considérée comme permise, en tout cas, si la personne qui y consent ou en fait la demande est capable de discernement. En effet, son droit à l'autonomie lui permet toujours de refuser des soins. Lorsque la demande n'émane ni du patient ni de son représentant légal, l'euthanasie passive exige que les soins soient devenus futiles. Selon l'ASSM, la *futilité médicale* s'entend comme les situations où un traitement médical est inefficace ou dénué de sens<sup>30</sup> ; ainsi le terme *futilité* s'apparente à la notion

---

<sup>20</sup> La disposition prévoit que « [q]uiconque, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».

<sup>21</sup> Art. 114 CP ; Art. 10 al. 3 CP.

<sup>22</sup> L'art. 111 CP prévoit que « [q]uiconque tue une personne intentionnellement est puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au moins, en tant que les conditions prévues aux articles suivants ne sont pas réalisées. ».

<sup>23</sup> Art. 111 CP ; Art. 10 al. 2 CP.

<sup>24</sup> Cf. n. 13.

<sup>25</sup> Selon une brochure du CHUV, « l'euthanasie active indirecte » serait devenue un concept obsolète. Une méta-analyse de 17 études publiées, portant au total sur plus de 3000 patients décédés, a démontré que l'administration d'opioïdes ou de sédatifs, même à des doses très élevées, ne hâte pas le décès des patients dans la dernière phase de la vie (Sykes & Thorns 2003). « Des études récentes permettent même de conclure qu'une sédation médicalement indiquée administrée en phase terminale prolonge quelque peu la vie du patient. » : CHUV, « Euthanasie », ça veut dire quoi ?, Palliative FLASH, n. 48 janvier 2015.

<sup>26</sup> Directives médico-éthiques de l'ASSM, Attitude face à la fin de vie et à la mort, version 2022, p. 20 ss (ci-après : directives ASSM 2022).

<sup>27</sup> Directives ASSM 2022, pt. 6.1.2.

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Cf. n. 13.

<sup>30</sup> ASSM (2021) Ineffectiveness and unlikelihood of benefit : dealing with the concept of futility in medicine Swiss Academies Communications 16 (6), ainsi que les recommandations y relatives.

d'*inutilité*. La futilité doit être évaluée, au cas par cas, par le professionnel de la santé sur la base de critères scientifiques et de sa propre expérience professionnelle<sup>31</sup>.

[10] *Les mesures de médecine palliative*<sup>32</sup> comprennent les traitements médicaux et les soins corporels, mais aussi le soutien psychologique, social et spirituel apporté au patient en fin de vie, voire à ses proches. Les soins palliatifs permettent d'améliorer sensiblement la qualité de vie des personnes gravement malades et des mourants, diminuant si possible leur désir de hâter leur propre mort. L'euthanasie active indirecte ou passive n'est pas exclue dans le cadre des soins palliatifs. En revanche, pour certains soignants, les mesures de médecine palliative s'opposent à l'AS.

### 3. Aperçu de la jurisprudence sur la liberté de mourir

[11] Le droit à l'autodétermination et la liberté personnelle fondent une *liberté de mourir*. Celle-ci est aujourd'hui reconnue pour toute personne capable de discernement. Elle est protégée par l'art. 8 par. 1 CEDH ainsi que par l'art. 10 al. 2 Cst.

[12] Pour le Tribunal fédéral (reprenant l'évolution progressive de la jurisprudence de la Cour EDH<sup>33</sup> et de sa propre jurisprudence<sup>34</sup>), « il existe pour chacun le droit de choisir la forme et le moment de la fin de sa vie [...] à tout le moins lorsque la personne concernée est en mesure de se déterminer librement et d'agir en conséquence »<sup>35</sup>. Toutefois, cette *liberté de mourir* s'oppose, encore aujourd'hui, à un *droit général de mourir*<sup>36</sup>. Cela a deux conséquences essentielles pour la PS : d'une part, elle ne peut pas prétendre à des prestations étatiques positives facilitant la réalisation de ce choix ; d'autre part, l'État ne peut pas l'entraver illicitement dans la réalisation de son projet. Les limites entre ces deux pans restent cependant difficiles à tracer. Par exemple, lorsque l'État impose une prescription d'un médecin pour accéder au produit létal natrium-pentobarbital (ci-après : NAP), entrave-t-il l'accès ou se borne-t-il à ne pas fournir une prestation positive ? Une attitude purement passive de l'État permettrait tous les comportements consensuels, y compris un meurtre à la demande de la victime. On voit bien que tel n'est pas le cas. En l'espèce, le Tribu-

---

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> Cf. n. 13.

<sup>33</sup> La jurisprudence de la Cour EDH en matière d'aide au décès, respectivement d'AS, s'est principalement construite autour de différentes décisions rendues au fil des années en application des art. 2 CEDH (droit à la vie) et 8 CEDH (droit au respect de la vie privée). Il s'agit dans l'ordre chronologique des affaires suivantes : Cour EDH, Affaire Pretty c. Royaume-Uni, arrêt du 29 avril 2002 ; Cour EDH, Affaire Haas c. Suisse, arrêt du 20 janvier 2011 ; Cour EDH, Affaire Koch c. Allemagne, arrêt du 19 juillet 2012 ; Cour EDH, Affaire Gross c. Suisse, arrêt du 14 mai 2013 à laquelle nous consacrons un paragraphe plus avant. La doctrine ayant déjà largement commenté ces décisions, ce chapitre est volontairement bref. Voir p.ex. : BENEDETTA SARA GALETTI, *L'assistance médicale au suicide dans la loi vaudoise*, in : Jusletter, 26 avril 2021, p. 10 (ci-après : GALETTI, Loi vaudoise) ; MARC BALAVOINE, *Assistance au suicide : l'éternel débat autour de la nécessité d'une base légale*, in *Regards de marathoniens sur le droit suisse : mélanges publiés à l'occasion du 20e « Marathon du droit »*, Genève : Slatkine, 2015, p. 391–400 ; DANIEL HÜRLIMANN, *Kommentar zum jüngsten Suizidhilfe-Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte*, *Bulletin des médecins suisses*, 2013, 93(31/32), p. 1173 s ; GRÉGOR PUPPINCK/CLAIRE DE LA HOUGUE, *Le droit au suicide assisté dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, in : Jusletter 27 janvier 2014 ; LUDWIG A. MINELLI, *Das Schopenhauer-Syndrom hat voll zugeschlagen*, in : Jusletter 24. Februar 2014 ; MARTINA SPERLICH, *Ein Recht auf Suizidbeihilfe im Licht der EMRK*, in : Jusletter 7. April 2014 ; LUC GONIN, *Assistance au suicide et droit à la vie privée et familiale (art. 8 CEDH)*, in : Jusletter 8 juillet 2013 ; JEAN-FRANÇOIS PERRIN, *Après l'arrêt Gross c/ Suisse ...*, in : Jusletter 18 août 2014 (ci-après : PERRIN 2014).

<sup>34</sup> ATF 133 I 58, JdT 2008 I 349 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_9/2010 du 12 avril 2010.

<sup>35</sup> ATF 142 I 195, consid. 3.4.

<sup>36</sup> Ibid. Également : ATF 133 I 58, JdT 2008 I 349. Critique : BENEDETTA SARA GALETTI, *L'assistance au suicide dans les institutions sanitaires publiques et privées*, ex ante, 1/2021, p. 53–57 (ci-après : GALETTI 2021).

nal fédéral, tout en affirmant à deux reprises que l'État n'a aucune obligation positive de garantir la remise de NAP sans prescription médicale<sup>37</sup>, a confirmé que cette exigence n'entravait pas *illiblement* les droits fondamentaux d'une personne désirant se donner la mort (respect de l'art. 36 Cst.)<sup>38</sup>.

[13] Comme déjà mentionné, cette construction jurisprudentielle s'est faite en plusieurs étapes ; cependant trois décisions retiennent particulièrement notre attention, nous les présentons ci-après.

[14] Dans un arrêt de principe datant de 2006, le Tribunal fédéral a confirmé, tout en reconnaissant que le droit à l'autodétermination inclut le droit « de décider des modalités et du moment de la fin de sa propre vie », que ni la LPT<sup>h</sup>, ni la LStup ne permettait de remettre du NAP sans ordonnance médicale à une personne atteinte de troubles psychiques<sup>39</sup>.

[15] Le Tribunal fédéral confirme ensuite cette jurisprudence en 2010 dans une affaire relativement similaire où une requérante, cette fois en bonne santé, invoque un droit d'obtenir du NAP sans prescription médicale pour pouvoir mettre fin à sa vie de manière sûre et indolore. Le Tribunal fédéral y réaffirme que l'État n'a aucune obligation positive de garantir la remise de NAP sans prescription médicale, de surcroît à une personne en bonne santé ne correspondant pas aux critères définis par les directives ASSM relatives à l'AS<sup>40</sup>.

[16] Finalement, l'affaire *Gross c. Suisse* (2014) a porté cet arrêt de 2010 devant la Cour EDH. La Cour a admis que la demande de la requérante, en bonne santé, tendant à se faire remettre une dose létale de NAP sans prescription médicale en vue de son suicide entrerait dans le champ d'application de l'art. 8 CEDH. Sur le fond, la Cour a estimé, premièrement, que la jurisprudence suisse ne pouvait pas simplement renvoyer aux directives ASSM afin de déterminer si un médecin était autorisé ou non à prescrire du NAP (faute de base légale), deuxièmement, que la situation de la requérante était d'autant plus incertaine et périlleuse que cette dernière était en bonne santé et ne relevait pas du cadre médico-éthique prévu par les directives ASSM relatives à l'AS. Elle a, finalement, conclu que le manque de clarté du droit suisse relatif à l'AS – permettant d'une part la possibilité de se voir prescrire du NAP tout en ne clarifiant pas la portée de ce droit – était propre à violer l'art. 8 CEDH<sup>41</sup>. Cet arrêt n'est toutefois jamais entré en force pour une question d'abus de droit.

#### 4. L'article 115 du Code pénal

[17] À l'instar d'autres pays séculaires et libéraux<sup>42</sup>, la Suisse ne réprime pas pénalement le suicide, ni la tentative de suicide. Le suicide n'étant pas pénalement répréhensible, la participation à cet acte ne devrait pas l'être non plus<sup>43</sup>. Cependant, déjà en 1912, la question de l'assistance au

---

<sup>37</sup> ATF 133 I 58, JdT 2008 I 349 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_9/2010 du 12 avril 2010.

<sup>38</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_9/2010 du 12 avril 2010, consid. 6.3.6.

<sup>39</sup> ATF 133 I 58, JdT 2008 I 349. Position confirmée par la Cour EDH, *Affaire Haas c. Suisse*, arrêt du 20 janvier 2011.

<sup>40</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_9/2010 du 12 avril 2010.

<sup>41</sup> Cour EDH, *Affaire Gross c. Suisse*, arrêt du 14 mai 2013.

<sup>42</sup> ERNST HAFTER, *Zum Tatbestand : Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord*, *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, vol. 8, no. 1, 1911, p. 397 s. ; GÜNTER STRATENWERTH/GUIDO JENNY/FELIX BOMMER, *Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I, Straftaten gegen Individualinteressen*, 7<sup>ème</sup> éd., Berne 2010, § 1 N 49.

<sup>43</sup> Tout du moins selon les principes généraux du droit pénal, cf. art. 24 CP.

suicide a prêté à débat parmi les parlementaires de l'époque<sup>44</sup>. Finalement, par crainte de « dérives »<sup>45</sup>, le législateur a adopté une disposition pénale spéciale qui introduit, à l'art. 115 CP, une *interdiction partielle* de l'assistance au suicide<sup>46</sup>. Cette disposition est entrée en vigueur en 1942. Hormis une modification d'ordre linguistique<sup>47</sup>, elle n'a pas été changée depuis.

[18] Aux termes de l'art. 115 CP, « [q]uiconque, poussé par un mobile égoïste, incite une personne au suicide, ou lui prête assistance en vue du suicide, est, si le suicide est consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire. ». Cette disposition est la seule à régler explicitement l'AS<sup>48</sup> au niveau fédéral. La poursuite de l'action pénale se prescrit par 15 ans<sup>49</sup>.

[19] *A contrario*, au regard de l'art. 115 CP, l'assistance au suicide n'est pas *pénalement* répréhensible si elle est mue par un mobile non-égoïste et tant que le geste final est accompli par la personne (cf. pt. 4.2. *infra*), capable de discernement (cf. pt. 4.1. *infra*), qui entend se suicider<sup>50</sup> (ci-après : PS). Autrement dit, en l'absence de motifs égoïstes, chacun (ci-après : « l'assistant ») peut fournir une aide pratique, logistique, intellectuelle ou encore psychologique à la PS capable de discernement<sup>51</sup>. L'aide peut par exemple consister à fournir une arme ou des médicaments potentiellement mortels en cas de dosage excessif (pour reprendre les exemples mentionnés par le Tribunal fédéral<sup>52</sup>) ou encore à aider à grimper sur un tabouret pour une pendaison. L'art. 115 CP s'applique indifféremment aux professionnels de la santé et aux « laïques ».

[20] Les éléments constitutifs de l'art. 115 CP – uniquement pour le volet *assistance au suicide*<sup>53</sup> – sont les suivants :

---

<sup>44</sup> Code pénal suisse, Procès-verbal de la deuxième commission d'experts, Vol. II, septembre-octobre 1912, p. 170 ss ; CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, *Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord* (Art. 115 StGB), in : Frank T. Petermann, *Sicherheitsaspekte der Sterbehilfe*. St. Gallen (CH) : Universität St. Gallen, p. 83 (ci-après : SCHWARZENEGGER 2008).

<sup>45</sup> Id.

<sup>46</sup> Dans ce sens : JOSÉ HURTADO POZO/FEDERICO ILLANÈZ, in : Alain Macaluso/Laurent Moreillon/Nicolas Queloz (édit.), *Commentaire Romand, Code pénal II*, 1<sup>ère</sup> éd., Bâle 2017, art. 115, N 1 s (ci-après : CR CP II-Auteur(s)); Également : FF 1918 IV I, p. 35 s.

<sup>47</sup> Suite à l'adoption de la Loi fédérale sur l'harmonisation des peines du 17 décembre 2021 (RO 2023 259), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2023, la locution générique de forme masculine « celui qui » est modifiée par le terme plus neutre de « quiconque ».

<sup>48</sup> ATF 136 II 415, JdT 2011 IV 164 ; CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, in : Marcel Alexander Niggli/Hans Wiprächtiger (édit.), *Basler Kommentar, Strafrecht, Strafgesetzbuch*, 4<sup>ème</sup> éd., Bâle 2019, art. 115 N 2 (ci-après : BSK StGB-Auteur(s)).

<sup>49</sup> Cf. art. 97 al. 1 let. b CP.

<sup>50</sup> La volonté de la PS doit être indépendante. Si cette volonté est viciée, l'AS est illégale. Ainsi, lorsque l'auteur manipule une personne dépourvue de discernement, c'est la qualification d'homicide intentionnel qui doit être retenue : BERNARD CORBOZ, *Les infractions en droit suisse*, vol. I, 3<sup>ème</sup> éd., Berne 2010, art. 115 N 4 (ci-après : CORBOZ 2010). Il en va de même si une personne en aide une autre à mettre fin à ses jours, mais se rend compte que tel n'est pas vraiment sa volonté : Günter Stratenwerth/Wolfgang Wohlers (édit.), *Schweizerisches Strafgesetzbuch : Handkommentar*, 3<sup>ème</sup> éd., Berne 2013, art. 115 N 2. Également l'arrêt du Tribunal fédéral 6B\_48/2009 du 11 juin 2009, consid. 2.

<sup>51</sup> Voir notamment : STEFAN TRECHSEL/CHRISTOPHER GETH, in : Stefan Trechsel/Mark Pieth (édit.), *Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar*, 2<sup>ème</sup> éd., Zürich/St-Gall 2013, art. 115 N 3 qui parlent de conseils sérieux fournis à la PS (ci-après : TRECHSEL/GETH 2013).

<sup>52</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021, consid. 1.5.3.

<sup>53</sup> Pour rappel, l'art. 115 CP traite également de l'*incitation* au suicide, sujet non abordé dans cet article.

- a. Objectivement, la PS a tenté ou consommé son suicide : toutes les formes de tentatives suffisent, y compris le délit impossible<sup>54</sup> (p. ex., l'assistant fournit une substance qui ne peut pas causer la mort).
- b. Objectivement, la PS avait la capacité de discernement (cf. pt. 4.1. *infra*) ; sinon la qualification d'homicide doit être retenue.
- c. La PS a eu la maîtrise effective de l'acte final (cf. pt. 4.2. *infra*) ; dans le cas contraire, il y a homicide.
- d. Objectivement, l'auteur a *prêté son assistance* en ce sens qu'il a activement contribué à ce que la PS puisse mettre un terme à sa vie, l'abstention n'est en principe pas punissable<sup>55</sup> (cf. pt. 4.2. *infra*).
- e. Subjectivement, l'auteur a agi intentionnellement, étant entendu que le dol éventuel suffit<sup>56</sup> (p. ex., je prête mon aide à quelqu'un en vue de son suicide, en *n'envisageant* pas qu'il passe à l'acte mais en *acceptant* ce risque). La négligence n'est en revanche pas punissable (par ex., le risque n'a pas été envisagé ou s'il l'a été, il n'a pas été accepté).
- f. Subjectivement, l'auteur était mû par un mobile égoïste (cf. pt. 4.3. et 4.4. *infra*).

[21] Nous revenons sur les conditions b) c) d) et f) au chapitre suivant.

[22] Comme pour toute infraction pénale, le fardeau de la preuve incombe à l'autorité d'accusation<sup>57</sup>.

[23] Les condamnations sur la base de l'art. 115 CP sont très rares : à teneur des données disponibles sur la page web de l'OFS<sup>58</sup>, on n'en dénombre aucune pour AS entre 2008 et 2021<sup>59</sup>.

#### 4.1. La capacité de discernement de la PS

[24] La capacité de discernement n'est pas définie par le Code pénal<sup>60</sup>, celui-ci se référant à la notion développée en droit civil<sup>61</sup> à l'art 16 CC<sup>62</sup>. Selon cette disposition, une personne est *incapable* de discernement si elle est privée de la faculté d'agir raisonnablement<sup>63</sup> pour une des raisons énumérées : jeune âge, déficience mentale, troubles psychiques, ivresse ou autres causes

---

<sup>54</sup> CORBOZ 2010, *supra* note 50, art. 115 N 3.

<sup>55</sup> Dupuis et al. (édit.), Petit Commentaire Code Pénal, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle 2017, art. 115 N 14 (ci-après : PC CP).

<sup>56</sup> CR CP II-HURTADO POZO/ILLÀNEZ, *supra* note 46, art. 115 CP N 11 et la réf. citée ; BSK StGB-SCHWARZENEGGER, *supra* note 48, art. 115 N 13 ; CORBOZ 2010, *supra* note 50, art. 115 N 10 ; PC CP, *supra* note 55, art. 115 N 15.

<sup>57</sup> S'agissant de la preuve de l'incapacité de discernement : BSK StGB-SCHWARZENEGGER, *supra* note 48, art. 115 N 6. S'agissant de celle du mobile égoïste : JOSÉ HURTADO POZO, Droit Pénal. Partie spéciale, Zürich 2009, p. 72 (ci-après : HURTADO POZO 2009).

<sup>58</sup> Voir les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS) relatifs à la justice pénale, sous : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/strafjustiz.html>.

<sup>59</sup> Toutefois, l'art. 115 CP a été appliqué à une reprise en 2016 dans le cas d'une *incitation* au suicide, jugement confirmé en seconde instance. Cf. Tribunal cantonal du canton de Vaud, Cour d'appel pénale, décision Jug / 2016 / 243 du 6 juillet 2016.

<sup>60</sup> Elle n'est d'ailleurs pas égale à la notion de responsabilité pénale selon l'art. 19 CP.

<sup>61</sup> SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 86 ainsi que les références citées.

<sup>62</sup> Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210).

<sup>63</sup> La faculté d'agir raisonnablement revient à être capable de comprendre et d'apprécier la situation donnée (composante dite cognitive) et capable d'agir selon sa propre volonté (composante dite volitive).

semblables. La capacité de discernement est présumée chez les adultes<sup>64</sup>. La capacité est une notion relative qui peut être présente pour certains actes, et absente pour d'autres, notamment en fonction de leur complexité. Elle doit dès lors être évaluée *in concreto* pour l'acte en cause. Elle est présente ou non (i.e., pas de « moitié » de capacité de discernement). S'agissant des mineurs, il n'y a pas de présomption en fonction d'un âge donné. La pratique issue du domaine médical tend néanmoins à l'admettre entre 12 et 16 ans en fonction des interventions (médicales) en question ; nous y reviendrons au pt. 4.5. *infra*.

[25] Comme déjà évoqué, la capacité de discernement est un élément clé pour distinguer une AS d'un homicide. En effet, l'essence même d'un suicide repose sur la capacité de discernement de son auteur<sup>65</sup> ; selon son étymologie explicite – en latin « *suicidium* », composé du préfixe « *sui* » qui signifie « soi » et du verbe « *caedere* » qui se traduit par « tuer » – le suicide est l'acte *délibéré* de celui qui met fin à sa vie. Donc, sans capacité de discernement, une personne ne peut pas se suicider. Par conséquent, une personne qui aide une personne jugée incapable de discernement à mourir commet, comme déjà mentionné, un homicide, avec toutes les conséquences juridiques que cela implique.

[26] Cette exigence nécessite de déterminer à *quel moment* la PS doit être capable de discernement. Plus précisément, la PS doit-elle nécessairement être capable de discernement au moment du geste ultime ? Un arrêt du Tribunal fédéral a reconnu la validité d'une capacité de discernement<sup>66</sup> évaluée par deux experts, la première expertise pratiquée cinq semaines avant l'AS et la seconde deux semaines avant. Dans cette affaire, le mari de la défunte, assistée pour son suicide par une association, contestait l'existence de la capacité de discernement de son épouse au moment de l'AS, il s'appuyait notamment sur l'avis de leur médecin de famille qui avait reçu l'épouse en consultation, dans le cadre du traitement d'une plaie, cinq mois avant son suicide. Ici, le Tribunal fédéral a privilégié les faits corroborés par les deux rapports d'experts et a admis l'existence de la capacité de discernement de la défunte évaluée plusieurs semaines avant son suicide. La capacité de discernement ne doit donc pas forcément être prouvée au moment précis du geste final<sup>67</sup> – ce qui serait en toute hypothèse peu gérable en pratique. Une capacité établie quelques jours ou semaines auparavant est censée perdurer au moment de l'acte, sauf modifications substantielles des circonstances (p. ex., si une hospitalisation intervient entre-temps).

[27] En revanche, une directive anticipée demandant une AS à un moment déterminé ne permet pas à la personne de dicter son AS si elle perd ensuite sa capacité de discernement<sup>68</sup>. La personne peut certes refuser des traitements médicaux, y compris vitaux, par le biais de directives anticipées, mais elle ne peut pas demander qu'on l'aide à se suicider, ce à partir du moment où elle n'a plus la capacité de discernement.

[28] Un autre enjeu a trait à la capacité de discernement des personnes atteintes de troubles psychiques (p. ex., une dépression ou une schizophrénie). En effet, dans ces situations, la capacité de

---

<sup>64</sup> Il en va différemment s'il est évident que, « selon l'expérience générale de la vie », cette capacité est absente.

<sup>65</sup> MANAI 2010, *supra* note 19, p. 77 ; SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 85 et 88 ; FRANK TH. PETERMANN, Demenz-Erkrankungen und Selbstbestimmung – ein Widerspruch in sich?, in : Frank Th. Petermann (édit.), Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, St. Gallen 2008, p. 156.

<sup>66</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_1024/2018 du 7 février 2019, consid. 2 ss.

<sup>67</sup> Également dans ce sens : CORBOZ 2010, *supra* note 50, art. 115 N 4.

<sup>68</sup> Dans ce sens : VALÉRIE JUNOD, in : Pascal Pichonnaz/Bénédict Foëx/Christiana Fountoulakis (édit.), Commentaire Romand, Code civil I, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle 2023, art. 372 N 34 s (cité : CR CC I-Auteur(s)).

discernement peut être difficile à évaluer<sup>69</sup>, notamment parce qu'elle peut fluctuer dans le temps (p. ex., chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démences<sup>70</sup>). Il est admis que l'existence d'un trouble psychique n'entraîne pas nécessairement l'incapacité de discernement de la personne. Même une personne atteinte d'un trouble mental peut avoir des moments de grande lucidité, y compris par rapport à la décision de se suicider. Un arrêt de 2006 du Tribunal fédéral a rappelé que la prescription de NAP aux patients souffrants de troubles psychiques ne peut être exclue de manière générale<sup>71</sup>. Certes, si le désir de mourir est un symptôme d'une pathologie psychique *a priori* guérissable, il convient de la traiter d'abord. En revanche, cela n'exclut pas, par principe, tout accès à l'AS de patients souffrants de troubles psychiques. L'arrêt pose néanmoins une cautèle supplémentaire : une expertise psychiatrique est nécessaire<sup>72</sup>. Les experts médicaux préconisent quant à eux d'aborder la situation des personnes atteintes de troubles psychiques avec une grande prudence<sup>73</sup>.

[29] Selon nos vérifications, l'association Exit DS exige, lors de l'évaluation de la capacité de discernement d'une personne atteinte de troubles psychiques, les opinions de deux experts indépendants. Pour sa part, Exit ADMD exige une expertise psychiatrique, en plus du certificat médical standard. Dignitas rappelle que l'exigence de la capacité de discernement ne peut être contournée, sans plus de détail. Il semble, en pratique, que seul un petit pourcentage des PS avance, pour justifier leur demande, une souffrance insupportable attribuée à une maladie *psychique*<sup>74</sup>.

[30] En définitive, une évaluation médicale est requise uniquement si la présence d'une maladie fait planer le doute sur la capacité de discernement. En d'autres termes, sur la base de l'art. 115 CP, une expertise médicale de la capacité de discernement ne saurait être d'emblée requise, notamment s'agissant des personnes âgées mais en bonne santé.

---

<sup>69</sup> Sur l'évaluation médicale de la capacité de discernement des patients institutionnalisés en EMS, lire : JEAN-LUC BOSS, Assistance au suicide et capacité de discernement en EMS : 50 nuances de gris, Rev Med Suisse, 2023/820 (Vol. 9), p. 648–649. DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.820.648 URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2023/revue-medicale-suisse-820/assistance-au-suicide-et-capacite-de-discernement-en-ems-50-nuances-de-gris>. Lire également les recommandations éthiques de la fédération genevoise des établissements médico-sociaux (FEGEMS) : FEGEMS, Assistance au suicide dans les EMS – Recommandations du Conseil d'éthique de la Fegems, mars 2017 et les directives de l'ASSM, Prise en charge et traitement des personnes atteintes de démence, 2018, p. 30.

<sup>70</sup> L'association EXIT DS n'accepte la prise en charge de tels patients qu'à un stade très précoce de la maladie. Ainsi, sa page web précise : « [t]he number of people suffering from dementia ailments such as Alzheimer's is steadily increasing. Persons belonging in this group are eligible for physician-assisted suicides only during the early stages of the disease. As the disease progresses, persons suffering from dementia increasingly lose their ability to judge. This is why EXIT refuses to assist them to end their lives. », sous : <https://www.exit.ch/en/englisch/faq/>.

<sup>71</sup> ATF 133 I 58, consid. 6.3.5.1.

<sup>72</sup> ATF 133 I 58, consid. 6.3.5.2. Sur l'évaluation factuelle de la capacité de discernement d'une personne atteinte de troubles psychiques (expertise), lire : arrêt du Tribunal fédéral 6B\_1087/2012 du 22 mai 2023.

<sup>73</sup> Voir : YVES DONZALLAZ, Traité de droit médical – Volume III, Le patient, Berne 2021, N 8337 et les ref. citées (ci-après : DONZALLAZ 2021).

<sup>74</sup> Selon les chiffres disponibles d'EXIT ADMD : il n'y a eu que 5 cas d'AS pour maladie psychique sur un total de 502 accompagnements effectués en 2022 (majoritairement des cas de cancer) : <https://www.exit-romandie.ch/files/1682340681-exit-bulletin-78-web-4250.pdf>. S'agissant d'EXIT DS, le chiffre est 24 cas sur un total de 1'125 accompagnements en 2022 : <https://www.exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2020-1-1/> et de 11 cas sur un total de 1'252 accompagnements en 2023 (majoritairement des cas de cancer également) : EXIT, Mitglieder-Magazin, EXIT INFO 2/2024, disponible sous : <https://www.exit.ch/mitgliedschaft/mitglieder-magazin/>.

## 4.2. Les actes matériels

[31] Matériellement, l'assistance au suicide, selon l'art. 115 CP, se déploie en deux temps ; l'aide prêtée et le geste du suicide lui-même.

[32] Comme déjà évoqué, l'assistant *aide* la PS en ce sens qu'il contribue activement à la mise en œuvre de son suicide. En d'autres termes, il aide réellement la PS avant ou pendant le suicide<sup>75</sup>, que ce soit par des conseils ou des actes<sup>76</sup>. L'aide peut être pratique, logistique, intellectuelle ou encore psychologique<sup>77</sup>. Il faut comprendre que l'aide apportée doit influencer, faciliter (causalement) le passage à l'acte<sup>78</sup>. S'il est incontestable que fournir une arme à la PS entre dans ce champ d'application, qu'en est-il de fournir à la PS une « simple » information (p. ex., j'informe la PS que le fait d'ingérer 10 grammes de paracétamol avec un demi-litre de vodka est léthal) ? Selon nous, il faut que le renseignement, le conseil ou l'information soient suffisamment concrets pour entrer dans le champ d'application de l'art. 115 CP<sup>79</sup>. Autrement dit, sans cette aide spécifique, il n'y aurait guère eu de chance que le geste ultime se produise. Dans le cas contraire, la liberté d'expression ou la liberté personnelle de l'assistant serait trop nettement entravée<sup>80</sup>.

[33] Du point de vue sémantique, un suicide implique que le geste fatal soit réalisé par la PS ; il s'agit de la *maîtrise intellectuelle et physique* du geste. En d'autres termes, la PS doit, premièrement, être libre d'accomplir le geste fatal (c'est *elle* qui *veut* accomplir le geste, il n'y a pas de pression extérieure influant sur sa volonté) ; deuxièmement, elle doit physiquement accomplir le geste elle-même (c'est *elle* qui *peut* et va accomplir le geste, elle en est capable). Dès lors, et à l'instar de la capacité de discernement, en l'absence de maîtrise effective du geste final, la qualification retenue sera celle d'homicide.

[34] Parfois, la différence entre 114 CP et 115 CP peut être minime ; p. ex., le fait d'administrer par voie intraveineuse un poison peut être considéré comme un meurtre sur demande de la victime au sens de l'article 114 CP, alors que mettre en place la perfusion, tout en laissant au candidat au suicide le soin d'ouvrir le robinet déclenchant l'injection, relève de l'AS selon l'art. 115 CP (punissable qu'en présence d'un mobile égoïste)<sup>81</sup>. Cette exigence d'accomplir soi-même l'acte fatal aboutit de fait à une inégalité de traitement entre les personnes capables de discernement entièrement *paralysées* et celles qui ne le sont pas<sup>82</sup>. Cette inégalité ne découle cependant pas

---

<sup>75</sup> CR CP II-HURTADO POZO/ILLÀNEZ, *supra* note 46, art. 115 CP N 6 ainsi que les réf. citées.

<sup>76</sup> TRECHSEL/GETH 2013, *supra* note 51, art. 115 N 3 ; DIETRICH VARWYK, Die Tötung auf Verlangen und die Beteiligung am Selbstmord im schweizerischen, deutschen und französischen Strafrecht, vergleichende Darstellung, Dissertation, Fribourg, 1964, p. 70 qui mentionne explicitement « durch Rat und Tat ».

<sup>77</sup> Cf. n. 51.

<sup>78</sup> STEFAN TRECHSEL/CHRISTOPHER GETH, in : Stefan Trechsel/Mark Pieth (édit.), Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, 4<sup>ème</sup> éd., Zürich/St-Gall 2021, art. 115 N 6 (ci-après : TRECHSEL/GETH 2021) ; Rapport du Conseil fédéral, Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide, Berne juin 2011, p. 21 (ci-après : Rapport du Conseil fédéral 2011).

<sup>79</sup> Également : HURTADO POZO 2009, *supra* note 57, p. 70.

<sup>80</sup> Sur la notion d'information protégée par l'art. 16 Cst. : BERTIL COTTIER, in : Vincent Martenet/Jacques Dubey (édit.), Commentaire Romand, Constitution fédérale, Bâle 2021, art. 16 N 27 (ci-après : CR Cst.-Auteur). S'agissant de sa restriction en général, lire : CR Cst.-Cottier, art. 16 N 44.

<sup>81</sup> HANSPETER MOCK, Euthanasie et suicide assisté en Suisse : état des lieux et perspectives, in Revue trimestrielle des droits de l'Homme 2004, p. 52.

<sup>82</sup> Dans ce sens : VANESSA LUCAS, La légalisation de l'euthanasie active en Suisse : plaidoyer pour l'ajout d'un alinéa 2 à l'article 114 du Code Pénal, in : Jusletter 13 octobre 2014, p. 14 ss. Lire également : URSULA CASSANI, L'assistance au décès, in : Droit de la santé et médecine légale. Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène, 2014. p. 622 ss (ci-après : CASSANI 2014) ; JOSÉ HURTADO POZO, Euthanasie active : vers un système plus soucieux de la liberté personnelle ?

de l'article 115 CP, mais plutôt de l'art. 114 CP. En effet, c'est cette dernière disposition qui sanctionne une personne qui aiderait une PS capable de discernement mais paralysée, à mourir, pas l'art. 115 CP.

[35] On signalera cependant une décision du Tribunal cantonal neuchâtelois qui avait acquitté un médecin ayant réalisé le geste létal final lui-même, au motif d'un état de nécessité ou de circonstances rattachées à l'état de nécessité justifiant son acte<sup>83</sup>. L'affaire concernait une femme de 42 ans atteinte de sclérose latérale amyotrophique, donc partiellement paralysée, dont le dispositif qui devait lui permettre de s'injecter le produit avait mal fonctionné. Le médecin avait « pris le relais » en actionnant lui-même le système de délivrance.

### 4.3. Le mobile égoïste

[36] Pour rappel, l'AS est punissable sur la base de l'art. 115 CP si elle est mue par un mobile égoïste. Le Code pénal ne définit pas ce qu'est le mobile égoïste, il s'agit d'une notion juridique indéterminée soumise au pouvoir d'appréciation du juge<sup>84</sup>.

[37] Les débats parlementaires de 1912 révèlent que le législateur avait prévu que le nombre de condamnations sur la base de l'art. 115 CP serait faible, notamment en raison de cette condition du mobile égoïste ; il l'avait accepté<sup>85</sup>.

[38] Le mobile égoïste doit être compris dans un sens large, il ne se limite pas à la recherche d'un avantage patrimonial propre<sup>86</sup> (dessein de lucre)<sup>87</sup>. Un mobile égoïste est présent lorsque l'assistant cherche à retirer un avantage, pour lui ou pour un tiers, de nature matérielle, idéologique ou affective<sup>88</sup>. En d'autres termes, pour être condamné, l'assistant doit agir principalement dans le but de satisfaire ses intérêts personnels<sup>89</sup> ou ceux de tiers qui peuvent relever de trois catégories distinctes :

- Les avantages personnels d'ordre matériel : p. ex., l'assistant aspire à un héritage ou souhaite se libérer d'une contribution d'entretien<sup>90</sup> ou d'une dette.

---

in : Jean-Baptiste Zufferey/Jacques Dubey/Adriano Previtali (édit.), *L'Homme et son droit, Mélanges en l'honneur de Marco Borghi*, Genève – Zurich – Bâle 2011, p. 224 ss (ci-après : HURTADO POZO 2011).

<sup>83</sup> Décision POL.2010.19 du 6 décembre 2010 du Tribunal cantonal neuchâtelois. Pour une critique de cet arrêt, lire : HURTADO POZO 2011, *supra* note 82, p. 211. Lire également : CASSANI 2014, *supra* note 82, p. 627. Pour une réflexion éthique et médicale liée à cette décision, lire : JEAN MARTIN, Assistance au suicide, état de nécessité et exception d'euthanasie. A propos d'un jugement neuchâtelois récent, *Rev Med Suisse*, 2011/277 (Vol.-3), p. 88–89.

<sup>84</sup> Dans ce sens : SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 96.

<sup>85</sup> CALAME, Code pénal suisse, Procès-verbal de la deuxième commission d'experts, Vol. II, septembre-octobre 1912, p. 170 : « Je ne puis me ranger à l'opinion de Mr. Thormann et vous prie de maintenir dans le texte les mots : « dans un intérêt personnel ». Cet article sera, sans doute, rarement appliqué, si la restriction (c'est-à-dire les mots « dans un intérêt personnel ») est maintenue. Si elle est biffée, l'article pourra devenir d'une application plus fréquente, mais alors il frappera surtout des personnes qui ont agi par des mobiles loyaux et honorables, les hommes, par exemple, qui auront par amitié facilité le suicide d'un camarade perdu d'honneur. ».

<sup>86</sup> MANAI 2010, *supra* note 19, p. 77 s.

<sup>87</sup> HURTADO POZO 2009, *supra* note 57, p. 72.

<sup>88</sup> THOMAS GÄCHTER/BERNHARD RÜTSCHKE, *Gesundheitsrecht-Ein Grundriss für Studium und Praxis*, 2018, p. 188.

<sup>89</sup> SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 105.

<sup>90</sup> Id., p. 106.

- Les avantages personnels d'ordre affectif : l'assistant est par exemple mu par un désir de vengeance ou veut se débarrasser d'une personne qu'il déteste<sup>91</sup>. Haine, vengeance et méchanceté sont souvent citées comme cas de figure<sup>92</sup>. On pourrait également songer à celui qui aspire à la notoriété<sup>93</sup>.
- Un motif idéologique peut-il être considéré comme égoïste ? Imaginons le cas d'un médecin qui veut faire avancer la « cause » du suicide assisté et pour ce motif le propose de manière publique et ostentatoire ? Doit-on considérer qu'il est mu par un mobile philosophique égoïste ? Dans le canton de Bâle-Ville, un psychiatre zurichois avait filmé certains de ses patients afin de convaincre le public du bien-fondé de l'AS. La Cour d'appel du canton de Bâle-Ville a nié le mobile égoïste, pourtant défendu par le Ministère public. Le médecin a été acquitté<sup>94</sup>.

[39] La doctrine majoritaire estime qu'une participation *indifférente* de l'assistant à l'AS suffit à écarter la condition du *mobile égoïste*<sup>95</sup>. En d'autres termes, l'assistant, dont l'action n'est pas mue par un mobile égoïste, ne doit pas nécessairement agir par *altruisme* pour échapper à l'art. 115 CP. Selon SCHWARZENEGGER, si le législateur avait voulu introduire la présence d'une condition de mobile altruiste, il aurait écrit l'art. 115 CP comme suit : « celui qui sans raison respectable... »<sup>96</sup>.

[40] En présence simultanée d'un motif altruiste et d'un mobile égoïste (imaginons, p.ex., l'unique héritier d'une PS qui aide cette dernière à se suicider pour la soulager des souffrances d'une maladie incurable), le juge doit apprécier chacun des deux motifs ambivalents<sup>97</sup> sans que ni l'un ni l'autre ne soient *a priori* prépondérants<sup>98</sup>.

---

<sup>91</sup> CORBOZ 2010, *supra* note 50, art. 115 N 12.

<sup>92</sup> HURTADO POZO 2009, *supra* note 57, p. 72 ; SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 106.

<sup>93</sup> Dans ce sens : NADÈGE BELDI, *La problématique de l'assistance au suicide en droit suisse*, in : Jusletter 20 octobre 2008.

<sup>94</sup> Jugement du Appellationsgerichts du canton de Bâle-Vile du 1<sup>er</sup> octobre 2008 (BS).

<sup>95</sup> Voir notamment : CORBOZ 2010, *supra* note 50, art. 115 N 12 ; MARTIN SCHUBARTH, *Kommentar zum schweizerischen Strafrecht-Besonderer Teil*. Bd. 1 : Delikte gegen Leib und Leben. Art. 111–136 StGB, Berne 1982, art. 115 N 29 (cité ci-après : SCHUBARTH 1982) ; BSK StGB-SCHWARZENEGGER, *supra* note 48, art. 115 N 14 ; WILLY ROTHENBERGER, *Die Teilnahme am Selbstmord im Entwurf eines schweizerischen Strafgesetzbuches*, 1927, p. 72 ; STRATENWERTH/JENNY/BOMMER, *supra* note 42, § 1 N 59 ; TRECHSEL/GETH 2021, *supra* note 78, art. 115 N 6 ; Également : GALETTI 2020, *supra* note 10, p. 396 et les réf. citées.

<sup>96</sup> SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 105. Nous soutenons ce point de vue qui, selon nous, est confirmé par une interprétation historique de la disposition grâce à la lecture des débats parlementaires de 1912. Sur la punissabilité de l'assistance au suicide : « [u]ne autre particularité est que le caractère délictueux dépend ici du mobile, qui, dans d'autres délits n'est qu'une circonstance aggravante ou atténuante. Le mobile qui donne le caractère à l'acte de délit, est l'intérêt personnel. Où il n'existe pas [l'intérêt personnel], où p. ex. des mobiles honorables sont en jeu, il n'y a pas de délit. » : GAUTIER, *Code pénal suisse, Procès-verbal de la deuxième commission d'experts*, Vol. II, septembre-octobre 1912, p. 170. On voit dans cette phrase que la condition est effectivement et uniquement l'intérêt personnel et que la notion de mobile honorable fait office de contre-exemple uniquement.

<sup>97</sup> Dans ce sens : Schwarzenegger 2008, *supra* note 44, p. 108.

<sup>98</sup> Dans ce sens : SCHUBARTH 1982, *supra* note 95, art. 115 N 32 ; SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 108 ; MARTIN SCHUBARTH, *Assistierter Suizid – Aussergewöhnlicher Todesfall ?*, in : Frank Petermann (Hrsg.), *Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung*, St. Gallen 2010, § 26 (cité ci-après : SCHUBARTH 2010) ; *a contrario* : ALFRED VON OVERBECK/PHILIPP THORMANN, *Das Schweizerische Strafgesetzbuch : Besondere Bestimmungen – Einführung und Anordnung des Gesetzes*, Volume 2, Schulthess 1941, art. 115 N 7 qui estimaient en 1941 que la seule présence d'un motif égoïste (même en présence d'un motif altruiste) justifiait l'application de l'art. 115 CP.

#### 4.4. Le cas particulier du mobile égoïste s'agissant des associations d'aide au suicide

[41] Selon nos recherches, il existe en Suisse, à l'heure actuelle, six organisations d'aide au suicide. Il s'agit d'EXIT ADMD, d'EXIT DS, de Dignitas, de Lifecircle<sup>99</sup>, d'EX International et de Pegasos<sup>100</sup>. Le nombre de leurs membres respectifs varie ainsi que leur stratégie mais toutes semblent avoir pour objectif le droit à une mort autodéterminée et à une meilleure qualité de vie. Certaines font par ailleurs la promotion des soins palliatifs (Lifecircle), voire proposent des hospices résidentiels (association Palliatura – Exit DS à Berthoud (BE) notamment). La majorité d'entre elles ont adopté un code de conduite qui contient notamment les conditions pour accéder à une AS, conditions qui vont au-delà des règles du CP (p.ex., souffrir d'une maladie incurable). Notons que notre présentation des différentes associations d'aide au suicide se fonde sur la base d'informations publiques, lesquelles ne sont pas toujours faciles d'accès.

[42] La majorité des associations d'aide au suicide présentes en Suisse n'ont pas, à teneur de leurs statuts<sup>101</sup>, de *but lucratif*<sup>102</sup> (s'agissant d'EX International et de Pegasos, nous n'avons trouvé aucune information à ce sujet). Cependant, elles sont communément indemnisées pour leurs activités, ce via des cotisations, des contributions d'accompagnement et, parfois également, des dons.

[43] Un *défraiement pour les coûts* engendrés par les activités d'accompagnement des PS n'est pas remis en cause. Un problème serait susceptible de survenir si les montants perçus dépassaient les coûts des activités. Dans un *obiter dictum*, le Tribunal fédéral avait d'ailleurs signalé que cela

<sup>99</sup> A priori Lifecircle ne met pas en œuvre directement les AS de ses membres, qui relèveraient de la fondation *Eternal Spirit*, toutefois rattachée à cette dernière : page web intitulée Lifecircle.ch, sous : <https://www.lifecircle.ch/fr/aide-au-suicide-et-euthanasie/>. De manière surprenante, les statuts de Lifecircle disent que c'est l'entité *Life-End* qui met en œuvre les AS : art 2. des statuts de Lifecircle, version du 15 décembre 2022, disponible sous : [https://www.lifecircle.ch/fileadmin/lifecircle/docs/fr/lifecircle\\_Statuts.pdf](https://www.lifecircle.ch/fileadmin/lifecircle/docs/fr/lifecircle_Statuts.pdf) (cité ci-après : statuts Lifecircle). Quoiqu'il en soit, il faut être membre de Lifecircle pour prétendre à une AS : page web intitulée eternalspirit.ch, sous : <https://www.eternalspirit.ch/fr/mort-volontaire-assistee/>. Ces informations sont néanmoins difficilement compréhensibles. Par souci de clarté, nous décidons de présenter l'association Lifecircle qui semble à la base de toutes les autres entités.

<sup>100</sup> L'association d'aide au suicide tessinoise Liberty Life (également connue sous le nom de LL Exit) semble être actuellement en liquidation : page web intitulée zefix.ch, sous : <https://www.zefix.ch/en/search/entity/list/firm/1198265>. S'agissant de l'association tessinoise, Carpe Diem, nous n'avons trouvé aucune information sur internet et nous avons délibérément choisi de l'écarter, pour ce motif, de notre analyse. Pour une lecture relative à l'association Carpe Diem, lire : GALETTI 2020, *supra* note 10, p. 576 ss.

<sup>101</sup> Art. 2 al. 5 des statuts de Dignitas, version du 8 février 2023, disponible sous : [http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11&Itemid=52&lang=fr](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=52&lang=fr) (cité ci-après : statuts Dignitas) ; art. 1 des statuts d'EXIT ADMD, version du 10 juin 2023, disponible sous : <https://www.exit-romandie.ch/statuts-fr1034.html> (cité ci-après : statuts EXIT ADMD) ; art. 2 des statuts d'EXIT DS, version du 14 septembre 2021, disponible sous : <https://www.exit.ch/statuten/> (cité ci-après : statuts EXIT DS) ; art 1. statuts Lifecircle. Seules les associations EX International et Pegasos ne mettent pas leurs statuts à disposition des internautes sur leurs pages Web respectives.

<sup>102</sup> Ce terme est souvent mentionné dans les statuts des associations mais n'existe pas en droit suisse qui utilise le terme *but économique*. À cet égard, le droit suisse ne permet plus qu'une association, dont le *but est économique*, acquiert la personnalité juridique au sens de l'art. 60 al. 1 CC : ATF 88 II 209, JdT 1963 I 109, SJ 1965 I 229 ; ATF 90 II 333, JdT 1965 I 201 ss, SJ 1965 I 229. Un but économique doit être retenu, si une association exerce une activité économique ou commerciale et que le bénéfice qu'elle génère est distribué à ses membres : CR CC I-JEANNERET/HARI, *supra* note 68, art. 60 N 7. En d'autres termes, une entité ne peut exister, sous forme d'association, que si elle poursuit un *but non économique* (ou *idéal*). Elle peut, cependant, se doter et se prévaloir de *moyens économiques* pour y parvenir (p. ex., en percevant des cotisations). Ceci suppose toutefois que le remploi des bénéfices dégagés par une telle association doit se faire dans le strict respect de ses buts. L'exercice de l'activité commerciale constituera alors le moyen de financement du but : CR CC I-JEANNERET/HARI, *supra* note 68, art. 60 N 6.

pourrait constituer un mobile égoïste au sens de l'art. 115 CP<sup>103</sup>. Il n'avait cependant évoqué aucun chiffre. La doctrine en débat<sup>104</sup>.

[44] Nous avons vérifié les rémunérations perçues par les six associations.

[45] Les statuts ainsi que les comptes de l'association EXIT ADMD sont accessibles au public<sup>105</sup>. Les premiers définissent le but de l'association qui est de « de promouvoir le droit de l'être humain de disposer librement de sa personne, de son corps et de sa vie. »<sup>106</sup>. Ils informent également que les membres du comité s'engagent normalement à titre bénévole, ils peuvent toutefois toucher des honoraires en fonction de l'étendue de leurs tâches si l'équité l'exige<sup>107</sup> ; une telle rémunération n'est pas répertoriée séparément dans les comptes publics d'EXIT ADMD. De manière intéressante, les statuts d'EXIT ADMD prévoient également qu'« [e]n aucun cas, une activité en rapport avec une assistance à l'autodélivrance ne peut donner lieu à une rémunération. »<sup>108</sup>. La lecture des comptes de l'exercice 2022 de cette association révèle un résultat d'exploitation excédentaire de CHF 363'211.22 pour l'année en question ; de CHF 69'569.09 en 2021 et de CHF 451'826.40 en 2020. Les statuts ne précisent pas ce que l'association doit faire de ses bénéfices.

[46] Les statuts de l'association Dignitas sont également accessibles au public<sup>109</sup>. Ils définissent le but de l'association comme suit : « assurer à ses membres bénéficiaires une vie et un décès dans la dignité, d'aider d'autres personnes à faire valoir ce droit humain et de lutter pour sa réalisation dans le monde entier. »<sup>110</sup>. Ils prévoient également que « [l]'association investit les excédents résultant de ses comptes afin d'élargir ses prestations, de faire valoir et de défendre les droits humains et les libertés fondamentales, notamment la liberté de choix et l'autodétermination durant la vie et en fin de vie, et de favoriser les mesures dont le but est de prévenir les tentatives de suicide comportant des risques importants ainsi que le nombre des tentatives de suicide. »<sup>111</sup> et précisent, de manière très intéressante, qu'en cas de dissolution de l'association « les ressources subsistantes doivent être attribuées à une institution poursuivent des buts identiques ou similaires. Les membres n'ont aucun droit sur les ressources de l'association. »<sup>112</sup>. En revanche, selon nos vérifications, Dignitas ne met pas son bilan annuel à disposition du public via son site internet.

[47] Les statuts de l'association EXIT DS sont accessibles au public<sup>113</sup>. Ils définissent le but de l'association qui est « das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Leben und im Sterben ein. »<sup>114</sup>

---

<sup>103</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 1B\_516/2011 du 17 novembre 2011.

<sup>104</sup> VENETZ, *supra* note 10, p. 266 ss ; ANDREAS BRUNNER, Graubereiche in der Sterbehilfe, in : Frank Th. Petermann [Hrsg.], *Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung*, 2010, p. 237 ss ; SCHUBARTH 2010, *supra* note 98, p. 258 s ; CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, in : Marcel Alexander Niggli/Hans Wiprächtiger (éd.), *Basler Kommentar, Strafrecht II*, 2ème éd., Bâle 2007, art. 115 N. 10 (cité : BSK Strafrecht II – Auteur(s)) ; SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 28 s ; DANIEL HÄRING, *Fünf Mythen über Suizidhilfeorganisationen*, in : Jusletter 8 mai 2017, p. 28 s.

<sup>105</sup> EXIT ADMD, Bulletin EXIT N° 78, avril 2023, disponible sous : <https://www.exit-romandie.ch/nos-bulletins-fr1263.html> ; statuts EXIT ADMD, *supra* note 101.

<sup>106</sup> Art. 3 statuts EXIT ADMD.

<sup>107</sup> Art. 36 statuts EXIT ADMD.

<sup>108</sup> Art. 36 statuts EXIT ADMD.

<sup>109</sup> Statuts Dignitas, *supra* note 101.

<sup>110</sup> Art. 2 al. 1 in fine statuts Dignitas.

<sup>111</sup> Art. 10 statuts Dignitas.

<sup>112</sup> Art. 12 statuts Dignitas.

<sup>113</sup> Statuts EXIT DS, *supra* note 101.

<sup>114</sup> Art. 2 statuts EXIT DS, première phrase.

en soulignant que « Gewinn und Kapital des Vereins sind ausschliesslich dem vorstehend genannten Zweck gewidmet. Erwerbszwecke sind ausgeschlossen und ein Gewinn wird nicht angestrebt. »<sup>115</sup> Ils prévoient que les membres du conseil d'administration soient défrayés pour leurs activités en lien à l'association. Ils sont également rémunérés ; les montants de ces rémunérations doivent apparaître dans les comptes annuels<sup>116</sup> et y figurent effectivement<sup>117</sup>. Les comptes de l'exercice 2023 sont disponibles au public qui peut les consulter en ligne ; ils font état d'un résultat annuel de CHF 1'706'895<sup>118</sup>, contre CHF 75'047 en 2022, et CHF 942'860 lors de l'exercice 2021<sup>119</sup>.

[48] Les statuts de l'association Lifecircle sont accessibles au public<sup>120</sup>. Cette association s'engage également, à l'instar des associations déjà présentées, « für das Selbstbestimmungsrecht der Menschen in allen Lebenslagen ein, vor allem bei schwerer Erkrankung sowie am Lebensende. »<sup>121</sup>. Ils ne mentionnent pas la rémunération du conseil d'administration. Les comptes 2018 de l'association sont accessibles au public<sup>122</sup> ; ils révèlent un résultat annuel de CHF 142'762.61. Il n'est pas précisé à quoi doit être destiné ce bénéfice.

[49] Nous regrettons le manque de transparence des associations Pegasos et EX International que nous avons contactées dans le cadre de cette recherche, les invitant à nous fournir leurs statuts associatifs. Nous n'avons obtenu aucun retour. Par ailleurs, les données disponibles sur internet les concernant restent maigres, surtout en ce qui concerne l'association EX International<sup>123</sup> ; aucun rapport d'activité, aucune statistique ne semblent être publiées.

[50] S'agissant du coût de la prise en charge d'une AS, les chiffres disponibles sur internet nous permettent de constater que celui-ci diffère substantiellement entre les différents acteurs (de la gratuité à des montants dépassant CHF 10'000). Ceci pourrait être expliqué par la notable différence du nombre d'adhérents entre les différentes associations, le « manque à gagner » en lien avec des cotisations moins nombreuses entraînant des coûts de prise en charge de l'AS plus élevés.

[51] Cependant, les chiffres et les données publiques récapitulées plus haut ne sont malheureusement pas assez précis pour évaluer dans quelle mesure les montants perçus pour une AS fournie vont au-delà du défraiement engendré par l'activité d'accompagnement correspondante. Dans nos conclusions et recommandations, nous revenons sur le besoin d'une transparence renforcée dans ce secteur.

---

<sup>115</sup> Art. 2 statuts EXIT DS, dernière phrase.

<sup>116</sup> Art 24 statuts EXIT DS.

<sup>117</sup> EXIT, Mitglieder-Magazin, EXIT INFO 2/2024, disponible sous : <https://www.exit.ch/mitgliedschaft/mitglieder-magazin/>.

<sup>118</sup> Ibid.

<sup>119</sup> EXIT, Mitglieder-Magazin, EXIT INFO 2/2023.

<sup>120</sup> Statuts Lifecircle, *supra* note 101.

<sup>121</sup> Art. 2 statuts Lifecircle, première phrase.

<sup>122</sup> Page web intitulée Lifecircle.ch, sous : <https://www.lifecircle.ch/fr/informations-pour-adherents/comptes-annuels/>.

<sup>123</sup> Page web intitulée EX International, sous : <http://www.exinternational.ch/> ; à découvrir également la page web intitulée Pegasos Swiss Association : <https://pegasos-association.com/fr/>.

#### 4.5. Le cas des mineurs

[52] Ni le texte de l'art. 115 CP, ni celui de l'art. 114 CP ne font la distinction entre personnes majeures et mineures<sup>124</sup>. Le champ d'application de l'art. 115 CP ne se limite dès lors pas aux premiers, mais protège également les personnes mineures, pour autant bien sûr qu'elles soient capables de discernement<sup>125</sup>. L'AS pour des mineurs n'est donc pas exclue, du moins en théorie.

[53] S'agissant de leur capacité de discernement, comme déjà évoqué, le droit civil ne fixe pas de limite précise. Pour rappel, la capacité de discernement est une notion relative à évaluer *in concreto* face à l'acte précis dont il est question, ici le suicide. Un mineur capable de discernement est libre d'exercer ses droits strictement personnels (art. 19c al. 1 CC), ce qui englobe ses soins médicaux et leur refus. En matière de soins médicaux, nous avons vu que la capacité de discernement est généralement admise<sup>126</sup> entre 12 et 16 ans (p. ex., 16 ans pour se faire prescrire un contraceptif selon la doctrine<sup>127</sup>, 14 ans pour décider seul de participer à certaines recherches médicales<sup>128</sup>, 13 ans pour refuser une intervention invasive selon un arrêt de 2008<sup>129</sup> et, plus récemment, 12 ans pour choisir de se faire vacciner contre le covid-19<sup>130</sup>). Il n'existe pas de seuil général<sup>131</sup>.

[54] S'agissant de suicide assisté des mineurs, certains auteurs se sont penchés sur la question. Pour SOLAND, leur capacité de discernement devrait être fixée à 16 ans<sup>132</sup>. D'autres auteurs excluent catégoriquement les mineurs du champ d'application de l'art. 115 CP, considérant qu'ils n'ont pas les capacités intellectuelles, cognitives permettant d'appréhender les conséquences d'un tel acte<sup>133</sup>; leur motivation est toutefois axiomatique.

---

<sup>124</sup> Ces dispositions se réfèrent toutes deux au terme « personne » (notion pas définie dans le CP mais rappelant la notion de personne physique).

<sup>125</sup> Dans ce sens également : MANAI 2010, *supra* note 19, p. 77.

<sup>126</sup> Voir notamment : MADELEINE MIRABAUD/RÉMY BARBE/FRANÇOISE NARRING, Les adolescents sont-ils capables de discernement ? Une question délicate pour le médecin, in *Rev Med Suisse*, 2013, n. 9, p. 416, qui proposent la solution suivante : « En dessous de 12 ans : la capacité de discernement n'est pas reconnue en ce qui concerne les interventions et traitements médicaux. Entre 12 et 16 ans : la capacité de discernement doit être jugée individuellement en fonction du type d'intervention médicale prévue. Au-delà de 16 ans : la capacité de discernement peut être admise pour des décisions sans gravité. Pour les traitements plus lourds de conséquences et coûteux, l'accord du représentant légal est nécessaire. En se rapprochant de 18 ans : on peut admettre que la capacité de discernement (majorité légale) est présumée. ».

<sup>127</sup> OLIVIER GUILLOD avec la collaboration de FRÉDÉRIC ERARD, *Droit médical*, Bâle 2020, p 235, § 288.

<sup>128</sup> Art. 23 al. 1 let. a de la Loi fédérale du 30 septembre 2011 relative à la recherche sur l'être humain (RS 810.30 ; LRH); art. 3 let. k LRH.

<sup>129</sup> ATF 134 II 235.

<sup>130</sup> En 2021, une recommandation de l'OFSP relative à la vaccination contre le covid-19 soutenait que les adolescents âgés de 12 ans, capables de discernements, pouvaient librement décider de se faire vacciner. Malheureusement, à ce jour, cette recommandation ne figure plus sur le site de l'OFSP. Toutefois cette recommandation est mentionnée dans un article publié en 2021 : ALEXANDRA JUNGO/JULIA REIDY, Covid-19-Impfung – Jugendliche können eigenständig entscheiden, recht 2021, p. 241 ainsi que dans la décision du Tribunal cantonal fribourgeois du 29 juillet 2021 (603 2021 102 / 603 2021 114).

<sup>131</sup> ATF 134 II 235.

<sup>132</sup> SOLAND, *supra* note 10, p. 117 ss.

<sup>133</sup> Selon SCHWARZENEGGER, « Im Sinne einer Faustregel lässt sich dennoch festhalten, dass ein freiverantwortlicher Suizid bei Kindern und Jugendlichen mangels der intellektuellen Fähigkeiten, die schwerwiegenden Konsequenzen solchen Handelns genau abzuschätzen, regelmässig ausscheidet. » : BSK Strafrecht II – SCHWARZENEGGER, art. 115 N 10 ; SCHWARZENEGGER 2008, *supra* note 44, p. 87 ; Également : BSK StGB-SCHWARZENEGGER, *supra* note 48, art. 115 N 5 ; MARTIN SCHUBARTH, *Kommentar zum schweizerischen Strafrecht-Besonderer Teil*. Bd. 1 : Delikte gegen Leib und Leben. Art. 111–136 StGB, Berne 1982, art. 115 N 16 et 37 ; Également VENETZ qui estime qu'on ne devrait en général pas donner suite à une la demande d'AS émanant d'un mineur : VENETZ, *supra* note 104, p. 169 s.

[55] À notre avis, le choix d'une personne capable de discernement et ses droits fondamentaux (i.e. le droit à la liberté personnel dont découle son autonomie en matière médicale) prime les autres considérations, notamment celles découlant du devoir de garant<sup>134</sup>. On voit mal que face à des souffrances extrêmes et une maladie mortelle, le suicide assisté d'un jeune de 15 ans soit sanctionné par le CP, alors que ce ne serait pas le cas si la personne avait 18 ans et se trouvait dans la même situation. En revanche, on peut se montrer plus circonspect dans l'appréciation *in concreto* de cette capacité dans le cas de mineurs, leur manque d'expérience et de recul pouvant les amener à mal évaluer leur situation<sup>135</sup>.

[56] Soulignons toutefois que les associations d'aide au suicide sises en Suisse<sup>136</sup> n'accordent la qualité de membre qu'aux seules personnes majeures (18 ans révolus) ; elles n'accompagnent donc aucun mineur. L'âge moyen des membres d'EXIT DS est de 79,6 ans en 2022 contre 80 ans en 2023<sup>137</sup> (tendance à la hausse)<sup>138</sup>. S'agissant d'EXIT ADMD, moins de 6% de leurs membres actuels sont âgés de moins de 50 ans<sup>139</sup>.

#### 4.6. Les garde-fous supplémentaires contre les abus

[57] Les détracteurs de l'AS évoquent le risque de dérives pour demander une réglementation plus stricte de la pratique<sup>140</sup>. À notre avis, deux mesures déjà en place limitent ce risque.

[58] Premièrement, en vertu du droit cantonal, lorsqu'une personne meurt, un médecin doit être appelé afin de constater le décès. Si lors de ce constat, le médecin doute que la mort soit « naturelle », il doit avertir les autorités judiciaires pour procéder à la levée de corps<sup>141</sup>. Si le médecin ne respecte pas son devoir de diligence, en témoignant à tort d'une mort naturelle, il peut être

<sup>134</sup> Lorsqu'une personne occupe une position de *garant*, elle est en principe tenue d'*agir* pour protéger les intérêts de la personne qu'elle est censée protéger. Par exemple, le parent ou le médecin-traitant doit protéger la santé de l'enfant, respectivement du patient. Toutefois, à notre avis, les instructions données par la personne (capable de discernement) que la loi protège l'emportent sur ce devoir. Ainsi, un patient peut imposer son refus de soins à son médecin, même si ce refus va à l'encontre de ses intérêts, tout comme un client peut donner l'ordre à son gérant d'acheter des titres que le mandataire a déconseillé. Les instructions de la personne capable délimitent l'étendue du devoir de sauvegarde. Ainsi, même un garant peut prêter son assistance à un suicide si les conditions susmentionnées sont remplies. Sur la commission par omission (art. 11 CP) en général, lire : URSULA CASSANI/KATIA VILLARD, in : Laurent Moreillon/Alain Macaluso/Nicolas Queloz/Nathalie Dongois (édit.), Commentaire Romand, Code pénal I, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle 2021, art. 11 N 1 ss.

<sup>135</sup> Dans le même sens : BENEDETTA SARA GALETTI, 3<sup>ème</sup> partie : Le consentement et la capacité juridique / Le consentement des mineurs dans le domaine médical, dans : Samantha Besson/Yves Mäusen/Pascal Pichonnaz/Xenia Karametaxas (édit.), Le consentement en droit, Genève – Zurich – Bâle 2018, p. 128.

<sup>136</sup> Art. 8 statuts EXIT ADMD ; art. 3 statuts EXIT DS ; Brochure Dignitas, Vivre dignement – Mourir dignement, fournie sur demande, p. 4 ; page web intitulée [eternalspirit.ch](https://www.eternalspirit.ch/fr/mort-volontaire-assistee/foire-aux-questions/), sous : <https://www.eternalspirit.ch/fr/mort-volontaire-assistee/foire-aux-questions/> ; page web intitulée [pegasos-association.ch](https://pegasos-association.ch), sous : <https://pegasos-association.ch>. Nous n'avons pas trouvé d'information pour EX International.

<sup>137</sup> Selon les chiffres publiés dans un article de la RTS : RTS, Les suicides assistés via Exit en Suisse alémanique ont augmenté en 2023, publié le 8 février 2024 sous : <https://www.rts.ch/info/suisse/2024/article/les-suicides-assistes-via-exit-en-suisse-alemanique-ont-augmente-en-2023-28396022.html>.

<sup>138</sup> Exit DS, Jahresbericht 2022, disponible sous : <https://www.exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2022/>.

<sup>139</sup> Exit ADMD, Bulletin Exit N°78, avril 2023, p. 10, disponible sous : <https://www.exit-romandie.ch/nos-bulletins-fr1263.html>.

<sup>140</sup> Sur l'opposition à l'AS et ses motivations, voir DONZALLAZ 2021, *supra* note 73, N 8244 ss ainsi que les réf. citées.

<sup>141</sup> À Genève, il s'agit de l'art. 68 de la Loi sur la santé (K 1 03). En Valais, il s'agit de l'art 108 de la Loi sur la santé du 12.03.2020 (800.1) ainsi que des art. 1 et 2 de l'Ordonnance sur la constatation des décès et les interventions sur les cadavres humains (818.400). Lire également : OLIVIER GUÉNIAT/YANIS CALLANDRET/MURIELLE DE SEPIBUS, in : Yvan Jeanneret/André Kuhn/Camille Perrier Depeursinge (édit.), Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle 2019, art. 253 N 17 (ci-après : CR CPP-AUTEUR).

sanctionné pour rédaction d'un faux certificat médical (art. 318 CP). Si le médecin est au courant ou soupçonne un suicide assisté, il *doit* déclarer la mort comme violente<sup>142</sup>.

[59] Ensuite et selon l'art. 253 al. 1 CPP<sup>143</sup>, en cas de mort violente, donc y compris lors d'un suicide assisté, le Ministère public ordonne un premier examen<sup>144</sup> par un médecin légiste afin de déterminer les causes de la mort<sup>145</sup>. S'il existe des indices de commission d'une infraction, le ministère public ordonne la mise en sûreté du cadavre ; des examens complémentaires, voire une autopsie, sont réalisés (art. 253 al. 2 et 3 CPP)<sup>146</sup>. Une instruction est alors automatiquement ouverte sur la base de l'art. 309 CPP.

[60] Ces mesures d'ordre procédural réduisent le risque d'abus, puisque la justice est amenée à se prononcer et à examiner le respect des conditions du Code pénal lors de chaque AS.

[61] Certains cantons ont édicté des directives spécifiques sur la procédure en cas d'assistance au suicide<sup>147</sup>.

[62] La Directive genevoise<sup>148</sup>, datée du 18 juin 2021, prévoit que le Ministère public lorsqu'il examine le dossier d'une AS doit notamment examiner si les conditions prévues par les directives ASSM [2018, et non 2022 !] relative à la fin de vie et à la mort (cf. pt. 5.1. *infra*) sont respectées<sup>149</sup>. Par ce biais, elle érige des conditions de droit associatif privé en critères pour décider d'ouvrir ou non une procédure pénale sur la base de « l'article 86 LPTh, voire 115 CP. »<sup>150</sup>, nous reviendrons sur ce point aux chapitres 5.1. et 6.1. *infra*. Cette directive *offre* également au procureur la possibilité d'ordonner une autopsie médico-légale lors de suicide ou de suspicion de suicide, elle reprend ainsi sur ce point la recommandation du Conseil des Ministres du conseil de l'Europe

---

<sup>142</sup> Cf. n. 141. De plus, en médecine légale, lorsqu'il s'agit d'évaluer les circonstances d'un décès, la notion de mort *naturelle* (décès faisant suite à un processus physiologique ou morbide et sans rapport avec une intervention extérieure immédiate ou non) s'oppose à la notion de mort *violente* (décès faisant suite à l'intervention, soit d'un tiers, soit d'un fait extérieur quelconque, quel que soit le délai écoulé entre l'événement et le décès). Dès lors, un suicide est qualifié de mort violente en médecine légale.

<sup>143</sup> Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007 (CPP ; RS 312.0).

<sup>144</sup> Sur cette notion, lire : CR CPP-GUÉNIAT/CALLANDRET/DE SEPIBUS, *supra* note 141, art. 253 N 3 ss.

<sup>145</sup> Lire également : MARTIN SCHUBARTH, Assistierter Suizid – Aussergewöhnlicher Todesfall ?, disponible en ligne sur <http://www.martinschubarth.ch/files/80605.pdf>.

<sup>146</sup> L'art. 253 CPP prévoit que « si lors d'un décès, les indices laissent présumer que le décès n'est pas dû à une cause naturelle, et notamment qu'une infraction a été commise, ou que l'identité du cadavre n'est pas connue, le Ministère public ordonne un premier examen du cadavre par un médecin légiste afin de déterminer les causes de la mort ou d'identifier le défunt » (al. 1). « Si un premier examen du cadavre ne révèle aucun indice de la commission d'une infraction et que l'identité de la personne décédée est connue, le Ministère public autorise la levée du corps » (al. 2). Finalement « [d]ans le cas contraire, le Ministère public ordonne la mise en sûreté du cadavre et de nouveaux examens par un institut de médecine légale ou, au besoin, une autopsie. Il peut ordonner la rétention du cadavre ou de certaines de ses parties pour les besoins de l'examen » (al. 3).

<sup>147</sup> À Genève, il s'agit de la directive du Procureur général sur la levée de corps, C.13. Dans le canton de Vaud, il s'agit de la directive n°4.5 du Procureur général sur la procédure en cas de décès résultant d'une aide au suicide EXIT.

<sup>148</sup> Directive du procureur genevois sur la levée de corps, *supra* note 147, C.13.

<sup>149</sup> Il s'agit plus précisément, selon le pt. 15.1 de la directive, de vérifier les points suivants : « de l'existence d'une demande claire du défunt (lettre manuscrite par exemple) ; – de l'existence d'un certificat médical attestant de la capacité de discernement, étant précisé qu'en cas de suspicion de troubles psychiques, celui-ci devrait être rédigé par un psychiatre ; – de l'existence d'un certificat médical se prononçant sur les symptômes de la maladie ou les limitations fonctionnelles qui causent une souffrance que le défunt a jugé insupportable ; – que les certificats précités n'ont pas été établis par un médecin d'une organisation d'aide au suicide ; – qu'ils n'ont pas été établis par le médecin qui a prescrit le pentobarbital ; – de l'accomplissement par le défunt lui-même du dernier geste conduisant à la mort. ». Il semble que certaines de ces conditions soient reprises d'une ancienne version des directives ASSM, voir notre chapitre 5.1.

<sup>150</sup> Genève, Directive sur la levée de corps, *supra* note 147, titre V, pt. 15.2.

R(99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie-médico-légale<sup>151</sup>. En pratique, il faut espérer que de telles autopsies ne sont pas systématiquement ordonnées dans le cas d'AS. Nous y verrions une atteinte aux droits de la personnalité des proches du défunt<sup>152</sup>.

[63] La validité de telles règles cantonales peut prêter à discussion<sup>153</sup>, surtout lorsque ces dernières se fondent uniquement sur des directives administratives. Ces directives ne sont, de surcroît, pas tenues à jour, puisqu'elles n'incorporent pas la jurisprudence de 2021 du Tribunal fédéral relative à l'art. 86 LPT<sup>154</sup> et font référence à des directives déontologiques privées obsolètes (renvoi à la version de 2018 des directives ASSM)<sup>155</sup>.

## 5. Lorsque l'assistance au suicide est fournie par un médecin

[64] *Hors* de son cadre professionnel, le médecin peut, comme l'a relevé le Tribunal fédéral<sup>156</sup>, aider une personne à se procurer une arme à feu, un poison, voire une substance thérapeutique non soumise à ordonnance et potentiellement mortelle en grande quantité (p. ex., le paracétamol).

[65] En revanche, lorsqu'il agit *à titre professionnel*, (p.ex., en prescrivant une substance létale comme le NAP), le médecin est lié par des règles déontologiques (pt. 5.1.) qui ont vocation à limiter l'assistance qu'il peut fournir ; de même, les règles de la LPMéd (pt. 5.2.) sont susceptibles de trouver application.

### 5.1. Les règles déontologiques du droit associatif privé

[66] Les règles déontologiques sont émises par des entités privées, souvent des associations professionnelles. Ainsi, les médecins doivent obéir aux règles imposées par les fédérations dont ils sont membres. En Suisse, il s'agit principalement de la FMH (Fédération des médecins suisses). Celle-ci impose à « ses » médecins<sup>157</sup> le respect de son code de déontologie<sup>158</sup>.

[67] En matière d'AS, le code de déontologie de la FMH inclut par référence (c'est-à-dire par ses annexes) les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Dans notre contexte, il s'agit des directives « Attitude face à la fin de vie et à la mort », dans leur version 2022<sup>159</sup>.

---

<sup>151</sup> Genève, Directive sur la levée de corps, *supra* note 147, titre II, pt. 6 ; Également : Conseil de l'Europe – Comité des Ministres, Recommandation N°R (99)3 du Comité des Ministres aux États membres relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale du 2 février 1999.

<sup>152</sup> ATF 127 I 115.

<sup>153</sup> Par analogie, ATF 136 II 415, JdT 2011 IV, p. 164.

<sup>154</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021 et notre chapitre y relatif au pt. 6.1.

<sup>155</sup> La version en vigueur des directives ASSM en matière d'AS (version 2022) fait référence à un degré de souffrance « extrême » de la PS, et non pas à une souffrance jugée « insupportable » (version 2018).

<sup>156</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021, consid. 1.5.3.

<sup>157</sup> Certains médecins ne sont pas membres de la FMH, ce qui va de pair avec des contraintes supplémentaires, notamment pour facturer leurs prestations à la charge des assurances sociales : page web intitulée [fmh.ch](https://www.fmh.ch/fr/prestations/affiliation/informations-non-membres.cfm), sous : <https://www.fmh.ch/fr/prestations/affiliation/informations-non-membres.cfm>.

<sup>158</sup> Code de déontologie de la FMH du 12 décembre 1996, entré en vigueur le 1er juillet 1997, préambule.

<sup>159</sup> Sur la genèse de ces modifications, lire : YVONNE GILLI/HENRI BOUNAMEAUX, Corps médical et suicide assisté, Bulletin des Médecins Suisses, 2021, 102(44), p. 1436–7. Pour une critique des directives de 2018 : PHILIPPE DUCOR/BERTRAND KIEFER, Principe d'autonomie : un dernier sacrement ?, Bulletin des médecins suisses, 2018, 99 (28/29), p. 910–912. Pour un tableau résumant ces directives, cf. CAROLE-ANNE BAUD/BARBARA BROERS/VALÉRIE JUNOD/LAURENT MICHAUD/SOPHIE PAUTEX/OLIVIER SIMON, Suicide assisté : un besoin de clarification,

[68] On rappellera que, le 25 octobre 2018, la FMH avait refusé d'intégrer à son code les directives de l'ASSM dans leur version de 2018 (« Attitude face à la fin de vie et à la mort ») ; elle les avait jugées *trop libérales*. L'ASSM avait alors remanié ses directives, ce qui a donné lieu à la version 2022, cette fois acceptée par la FMH le 19 mai 2022<sup>160</sup>.

[69] Les directives ASSM 2022 prévoient quatre conditions *générales* cumulatives pour qu'une demande d'AS soit considérée « justifiable d'un point de vue médico-éthique »<sup>161</sup> : la capacité de discernement de la PS, la volonté indépendante de cette dernière (pour rappel, ces deux premières conditions ne font que reprendre les conditions imposées par l'art. 115 CP, cf. chapitre 4.), une souffrance extrême et l'examen des alternatives à l'AS. Les directives précisent comment évaluer ces quatre conditions. Par rapport au Code pénal précédemment discuté, les exigences supplémentaires sont les suivantes :

- une *maladie grave* de la PS entraînant une souffrance jugée *extrême* ; le Code pénal est lui muet sur la condition d'un trouble de la santé et de ses effets ;
- le caractère compréhensible de la demande d'AS pour le médecin qui participe professionnellement à l'AS, soit généralement le médecin qui prescrit le NAP ; le Code pénal n'exige aucune analyse de la situation par la personne fournissant son aide ;
- la discussion préalable des alternatives à l'AS entre le médecin prescripteur de NAP et le patient ; ce point n'est pas du tout exigé par le CP.
- Au niveau procédural, le médecin doit avoir deux discussions approfondies<sup>162</sup> avec la PS pour vérifier les conditions susmentionnées. Ces deux entretiens doivent être espacés d'au moins deux semaines, sauf exceptions justifiées ; le Code pénal n'exige rien de tel.
- L'avis d'une deuxième personne, qui n'est pas nécessairement un professionnel de la santé, est requis pour vérifier la capacité de discernement et la volonté indépendante<sup>163</sup>. De nouveau, le Code pénal est muet sur cet aspect.

[70] Le non-respect du Code de la FMH, y compris ses annexes, donc des directives 2022 de l'ASSM, peut entraîner des *sanctions* prononcées par la société de discipline cantonale : celles-ci vont du blâme à l'exclusion, en passant par l'amende pouvant atteindre CHF 50'000.<sup>164</sup> À notre connaissance, sur la base de nos recherches et de discussions avec des médecins, aucune sanction « disciplinaire » associative n'a jamais été prononcée contre un médecin pour avoir prêté assistance à un suicide.

---

Rev Med Suisse, 2023/830 (Vol. 9), p. 1141–1145. DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.830.1141 URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2023/revue-medicale-suisse-830/suicide-assiste-un-besoin-de-clarification>.

<sup>160</sup> Sur une critique de la révision des directives ASSM, lire : MICHAEL SCHERMBACH, Die Teilrevision der SAMW-Richtlinie « Umgang mit Sterben und Tod », in : Jusletter 30 janvier 2023.

<sup>161</sup> Directives ASSM 2022, pt. 6.2.1, p. 25.

<sup>162</sup> Pour des recommandations à destination des médecins sur la rencontre avec le patient et l'évaluation de sa demande, voir ANNE-LAURE SERRA, Le suicide assisté – Odette veut mourir avant qu'il ne soit trop tard, in : L. Michaud/C. Bonsack (édit.), Prévention du suicide. Rencontrer, évaluer, intervenir. Genève : Médecine & Hygiène, 2017, p. 371–372.

<sup>163</sup> Directives ASSM 2022, pt. 6.2.1, p. 26.

<sup>164</sup> Art. 47 du code de déontologie de la FMH (CDM).

[71] Comment comprendre l'existence de ces règles déontologiques voulues par la FMH et l'ASSM?<sup>165</sup> À titre préliminaire, nous constatons que la FMH ni n'interdit, ni ne requiert l'AS des médecins. Ni elle l'encourage, ni ne la décourage.

[72] Néanmoins, la FMH a jugé nécessaire de formuler une appréciation éthique sur l'AS en renvoyant aux directives ASSM. Pourquoi? Est-ce pour éviter des abus, sur la prémisse que le Code pénal ne suffit pas à les empêcher? Ou est-ce pour guider et/ou soutenir le jugement moral des médecins? Est-ce pour préserver l'image des médecins dans la population? Pour guider la population dans ses attentes vis-à-vis des professionnels de la santé, préservant ainsi les médecins de demandes qu'ils auraient autrement du mal à refuser? Est-ce pour des raisons simplement historiques? Il est difficile de discerner une ou plusieurs réponses. La seule réponse qui reposerait réellement sur un intérêt public à assurer les meilleurs soins à la population serait la première (i.e., prévenir les abus). Or, c'est celle qui est la moins solide. En effet, le Parlement et le Conseil fédéral ont amplement débattu du sujet et ils ont nié une lacune de protection. Même après l'arrêt Gross de la Cour européenne des droits de l'homme<sup>166</sup>, la Suisse n'a pas voulu légiférer<sup>167</sup>. En outre, les va-et-vient de l'ASSM au fil de ses différentes directives attestent que le besoin de protection n'est pas si évident.

[73] Nous abordons plus avant la question des règles de déontologie médicale en lien avec le droit disciplinaire étatique au point suivant.

## 5.2. Les règles de la LPMéd

[74] La LPMéd, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2007, a notamment pour but d'unifier le droit disciplinaire des professions médicales universitaires<sup>168</sup>. Auparavant, leur non-respect n'était sanctionné que par le droit cantonal, forcément disparate. La LPMéd prévoit à la fois des mesures disciplinaires (pt. 5.2.1. *infra*) et des mesures administratives (pt. 5.2.2. *infra*).

### 5.2.1. Les mesures disciplinaires

[75] À son art. 40, la LPMéd énonce les devoirs professionnels des médecins. Ces derniers doivent notamment exercer leur activité avec « soin et conscience professionnelle » (let. a)<sup>169</sup>. Cette clause

---

<sup>165</sup> Pour une piste éthico-déontologique, lire : JEAN MARTIN, Assistance au suicide et dispositions éthiques/déontologiques, Rev Med Suisse, 2004/2467 (Vol.-10), p. 258–260. URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2004/revue-medicale-suisse-2467/assistance-au-suicide-et-dispositions-ethiques-deontologiques>. Des prises de position éthique quant à l'AS ont également été émises par la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE)- L'assistance au suicide – Prise de position N°9/2005, 27 avril 2009 ; CNE, Critères de diligence concernant l'assistance au suicide – Prise de position N° 13/2006, octobre 2006.

<sup>166</sup> Cour EDH, Gross c. Suisse, arrêt du 14 mai 2013, §§ 65–66.

<sup>167</sup> Implicitement, la Suisse a considéré que le cadre légal actuel découlant du Code pénal est suffisant, alors même que la CourEDH avait indiqué qu'il ne pouvait y avoir de renvoi jurisprudentiel aux règles de l'ASSM, sans base légale.

<sup>168</sup> ATF 143 I 352, consid. 3.3 ; Message du 3 décembre 2004 concernant la loi sur les professions médicales universitaires, FF 2005 212, p. 212 s. (ci-après cité : Message LPMéd).

<sup>169</sup> Le devoir d'exercer la médecine avec « soin et conscience professionnelle » s'apparente notamment à un exercice diligent de la médecine (qui s'apprécie, à son tour, à l'aune du respect des règles de l'art médical). Cf. ATF 148 I 1, consid. 10.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_506/2023 du 14 février 2024, consid. 6.3 s. Le médecin est également tenu de respecter son devoir général d'information ; le patient doit consentir de manière libre et éclairé à tout acte médical. Soulignons de manière intéressante qu'il en va de même s'agissant de l'information requise de la part

générale est ensuite complétée par un catalogue de devoirs plus spécifiques (let. b à h)<sup>170</sup>, ceux-ci n'entrant toutefois pas en considération dans le contexte qui nous intéresse.

[76] En cas de violation des devoirs professionnels, les autorités publiques cantonales peuvent prononcer des sanctions nommées *mesures disciplinaires*<sup>171</sup>, à ne pas confondre avec celles de la FMH évoquées au pt. 5.1. *supra*. Ces mesures vont d'un simple avertissement à une interdiction définitive de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle (art. 43 LPMéd). Elles sont exhaustives ; les cantons ne peuvent pas en prévoir d'autres<sup>172</sup>. Elles ont pour but d'amener la personne sanctionnée à se comporter conformément aux exigences de la profession médicale (exigence d'une faute professionnelle). En d'autres termes, elles visent à préserver l'exercice correct de la médecine et la confiance que la société place dans les professions médicales<sup>173</sup>. Une mesure disciplinaire doit respecter le principe de proportionnalité (art. 5 al. 2 Cst.) ; le choix de la nature et la quotité de la sanction infligée s'apprécie en fonction du type et de la gravité de la violation des devoirs professionnels<sup>174</sup>. L'art. 46 LPMéd règle, finalement, la prescription de la poursuite disciplinaire<sup>175</sup>.

[77] La question qui se pose ici est la suivante : l'art. 40 let. a LPMéd et son exigence de « soin et conscience professionnelle » peut-il être appliqué pour restreindre l'AS ? Plus précisément : un médecin peut-il être sanctionné disciplinairement, sur la base de l'art. 40 let. a LPMéd, pour n'avoir pas respecté les directives ASSM 2022 sur l'AS ? Nous répondons par la négative, au motif que cette base légale est insuffisamment précise.

[78] En effet, en droit disciplinaire, le principe général de *légalité* reste applicable, même s'il l'est de manière différenciée<sup>176</sup>, par rapport à la pratique en droit pénal ; principes dits *nullum crimen sine lege* et *nulla poena sine lege*. S'agissant de la qualification de l'infraction administrative (violation du devoir professionnel), une densité normative *réduite* est admissible ; les clauses générales sont acceptables<sup>177</sup>, à moins d'une restriction grave à un droit fondamental. Dans ce dernier cas,

---

d'un vétérinaire à destination de la maîtresse d'un chien : arrêt du Tribunal fédéral 2C\_287/2023 du 16 janvier 2024, consid. 4.2.

170 On peut citer notamment la let. e qui prévoit que les médecins doivent « défendre, dans leur collaboration avec d'autres professions de la santé, exclusivement les intérêts des patients indépendamment des avantages financiers ».

171 RACHEL CHRISTINAT/DOMINIQUE SPRUMONT, La surveillance disciplinaire dans le domaine de la santé / V. – Annexe : Tableaux des autorités cantonales compétentes, dans : François Bellanger/Thierry Tanquerel (éd.), Le droit disciplinaire, Genève – Zurich – Bâle 2018, p. 124.

172 ATF 143 I 352, consid. 3.3 ; Message LPMéd, *supra* note 168, p. 212 s.

173 ATF 142 II 259, consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_268/2010 du 18 juin 2010, consid. 5.1.

174 Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_506/2023 du 14 février 2024, consid. 7.1.

175 Sur les actes susceptibles d'interrompre le délai de prescription, lire : arrêt du Tribunal fédéral 2C\_506/2023 du 14 février 2024, consid. 4 ss. Notons également que la procédure disciplinaire à l'encontre d'un médecin exerçant sous sa propre responsabilité professionnelle est qualifiée de litige de droit *civil* au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH : arrêt du Tribunal fédéral 2C\_804/2022 du 20 juin 2023 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_845/2021 du 18 octobre 2022, consid. 5.1.3. Également : ULRICH HÄFELIN/GEORG MÜLLER/FELIX UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7<sup>ème</sup> édition, Zürich 2016, § 1506 s. Par ailleurs, la question d'une possible qualification *pénale* est souvent discutée dans la doctrine, surtout lorsque la mesure disciplinaire est particulièrement sévère. Dès lors, conformément à la jurisprudence, une telle procédure disciplinaire doit respecter les garanties procédurales afférentes au droit à un procès équitable (p. ex., le droit d'être entendu) : art. 6 CEDH, art. 29 et 29a Cst. Cf. ATF 121 I 379 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_804/2022 du 20 juin 2023, consid. 10.1.

176 URSULA MARTI/ROSWITHA PETRY, La jurisprudence en matière disciplinaire rendue par les juridictions administratives genevoises, in RDAF 2007 I 226, p. 235.

177 Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_268/2010 du 18 juin 2010, consid. 5.1 s.

une base légale formelle est exigée (art. 5 et 36 Cst.)<sup>178</sup>. S'agissant du type de sanction pouvant être infligé, les exigences découlant du principe de légalité sont d'application stricte, l'autorité ne pouvant pas infliger de sanction non prévue par la loi<sup>179</sup>.

[79] Il s'agit donc de déterminer si la formulation légale « soin et conscience professionnelle » est suffisamment claire pour fournir la base légale d'une sanction en cas de non-respect des directives ASSM? À notre connaissance, cette question n'a pas été tranchée par les tribunaux suisses.

[80] Nous proposons deux pistes de réflexion.

[81] Premièrement, la jurisprudence reconnaît que les devoirs professionnels énoncés dans la LPMéd, notamment à l'art. 40 let. a, peuvent être « concrétisés » et « interprétés »<sup>180</sup> par des règles déontologiques d'associations professionnelles privées, *pour autant que lesdites règles soient d'intérêt public*<sup>181</sup>. À cet égard, une règle déontologique est d'intérêt public, selon FELLMANN, si elle vise « à assurer à la population des soins médicaux de qualité et fiables »<sup>182</sup>. Cette notion de règle déontologique d'intérêt public s'oppose donc, dans notre contexte, à un acte ne relevant pas de l'art médical. Or, pour l'ASSM elle-même, l'AS ne relève pas des actes médicaux<sup>183</sup>. Dès lors, les règles déontologiques de l'ASSM relatives à l'AS ne peuvent revêtir ce trait caractéristique d'intérêt public dans son acceptation admise par FELLMANN.

[82] Secondement, la jurisprudence affirme que les règles déontologiques privées ne peuvent pas « compléter le catalogue exhaustif » des devoirs prévus par l'art. 40 LPMéd<sup>184</sup>, malheureusement sans plus de précision. Nous comprenons dès lors que la création de nouveaux devoirs est prohibée. Or, on peut difficilement admettre que les trois pages des directives ASSM 2022 relatives à l'AS ne servent qu'à *préciser* les quatre mots de la lettre a de l'art. 40 LPMéd – « soin et conscience professionnelle » ; à notre avis, elles les *complètent* forcément.

[83] En résumé, seules les règles déontologiques d'*intérêt public*, c'est-à-dire visant à assurer à la population des soins médicaux de qualité et fiable, « peuvent servir à préciser »<sup>185</sup> le catalogue exhaustif des devoirs professionnels prévus à l'art. 40 LPMéd. Ces deux critères jurisprudentiels

---

<sup>178</sup> ATF 142 I 49; ATF 139 I 280.

<sup>179</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_268/2010 du 18 juin 2010, consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_694/2021 du 8 septembre 2023, qui a jugé, certes dans un autre contexte, qu'une mesure disciplinaire sous forme d'une amende pouvant atteindre CHF 4000.- doit être prévue dans une loi *formelle*.

<sup>180</sup> Message LPMéd, *supra* note 168, p. 211. Dans un arrêt de 2018, le Tribunal fédéral affirme que « [d]ie in Art. 40 MedBG verankerten Berufspflichten sind im Lichte der Standesregeln der Berufsorganisationen auszulegen. ». Également : arrêt 2C\_782/2017 du 27 mars 2018 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2019 du 28 janvier 2021; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_747/2022 du 14 février 2023, consid. 6.3.

<sup>181</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_782/2017 du 27 mars 2018, consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_1083/2012 du 21 février 2013, consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_901/2012 du 30 janvier 2013, consid. 3.4; WALTER FELLMANN, Komm. MedBG, N 28 f. zu Art. 40 MedBG; WALTER FELLMANN, Arzt als Unternehmer – Kickbacks und ihre Grenzen, in : Tomas Poledna/Reto Jacobs (Hrsg.), Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld, Zürich/Basel/Genf 2009, p. 135 ss; KERSTIN VOKINGER, Das Berufsrecht in der Arzt-Patientenbeziehung – veranschaulicht an einem Patientenbeispiel, in : hill 2012 Nr. 28, Rz 68.

<sup>182</sup> WALTER FELLMANN, Berufspflichten der Medizinalperson nach Art. 40 MedBG, in : René Schaffhauser/Ueli Kieser/Tomas Poledna (Hrsg.), Das neue Medizinalberufegesetz (MedBG), St. Gallen, p. 100 [notre traduction]; Dans ce sens également : TANJA IVANOVIC, Die Sorgfalt der Medizinalpersonen nach Art. 40 lit. a MedBG : Generalklausel und Konkretisierung, RJB 157/2021, p. 134.

<sup>183</sup> Directives ASSM 2022, pt. 6.1.2. Lire également : arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024, consid. 3.4. ainsi que les références citées.

<sup>184</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_1083/2012 du 21 février 2013, consid. 5.1. Également : BENOÎT CHAPPUIS/FRÉDÉRIC ERARD, Indépendance structurelle de l'avocat et du médecin : deux paradigmes opposés, RSJ 119/2023, p. 580.

<sup>185</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_1083/2012 du 21 février 2013, consid. 5.1; Également : arrêt du Tribunal fédéral 2C\_782/2017 du 27 mars 2018, consid. 2.3; YVES DONZALLAZ, Traité de droit médical – Volume II, Le patient, Berne 2021, N 4870 et réf. citées.

font, selon nous, défaut s'agissant des directives ASSM sur l'AS. Pour rappel, nous soutenons que les règles de l'ASSM relatives à l'AS n'ont pas de but *médical* dans le contexte qui nous intéresse. Il s'ensuit qu'elles ne peuvent pas préciser la portée de la règle de l'art. 40 *let. a* LPMéd. À notre avis, la seule violation des directives ASSM 2022 relatives à l'AS n'emporte pas de conséquences selon la LPMéd.

[84] La Cour de justice genevoise s'est penchée sur ces questions<sup>186</sup>. Dans un *obiter dictum*, elle est parvenue à une autre conclusion, considérant que des sanctions disciplinaires pourraient être infligées<sup>187</sup>. Elle n'examine cependant pas les limites issues du principe de la légalité et n'analyse pas la portée d'intérêt public des directives de l'ASSM. Dès lors, nous tenons cet *obiter dictum* pour infondé.

### 5.2.2. Les mesures administratives

[85] À son art. 34, la LPMéd prévoit un régime d'autorisation cantonale pour l'exercice d'une profession médicale universitaire sous sa propre responsabilité professionnelle (autorisation dite de police). Les conditions d'octroi d'une telle autorisation sont fixées à l'art. 36 LPMéd, les conditions de son retrait (« retrait de sécurité »<sup>188</sup>) à l'art. 38 LPMéd, tandis que les conditions liées à sa restriction figurent à l'art. 37 LPMéd.

[86] Il s'agit ici de mesures purement *administratives* (sans caractère pénal)<sup>189</sup> qui doivent être distinguées des mesures *disciplinaires* évoquées plus haut<sup>190</sup>. Alors que les mesures disciplinaires interviennent à la suite d'une violation d'un devoir professionnel en sanctionnant le comportement fautif (exigence d'une faute); les mesures *administratives* ne sanctionnent pas, mais visent uniquement à protéger le public<sup>191</sup>.

[87] L'art. 36 LPMéd prévoit notamment qu'un médecin doit être *digne de confiance*<sup>192</sup> pour qu'une autorisation de pratiquer (sous sa propre responsabilité professionnelle) lui soit octroyée (*let. b*)<sup>193</sup>.

[88] Le cas échéant, peut-on sur cette base estimer qu'un médecin, qui ne respecterait pas les directives 2022 de l'ASSM en matière d'AS, n'est plus *digne de confiance* (art. 36 al. 1 *let. b* LPMéd)

---

<sup>186</sup> Genève, Cour de Justice, Chambre pénale d'appel et de révision, Arrêt P/8913/2017 AARP/45/2023 du 6 février 2023.

<sup>187</sup> Du même avis : FABIAN TEICHMANN/MADELEINE CAMPRUBI/LÉONARD GERBER, Le droit au suicide médicalement assisté, *sui generis* 2021, p. 121 ainsi que les réf. cités.

<sup>188</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_879/2013 du 17 juin 2013, consid. 4.3.

<sup>189</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_539/2020 du 28 décembre 2020, consid. 4.4.

<sup>190</sup> Tribunal fédéral 2C\_907/2018 du 2 avril 2019, consid. 6.2; Tribunal fédéral 2C\_316/2018 du 19 décembre 2018, consid. 5.1; Tribunal fédéral 2C\_853/2013 du 17 juin 2014, consid. 7.5. D'ailleurs, La LPMéd les traite séparément (art. 37 et 38 LPMéd pour le « retrait » de l'autorisation; art. 43 al. 1 *let. d* et *e* LPMéd pour l'interdiction de pratiquer pour la sanction): arrêt du Tribunal fédéral 2C\_539/2020 du 28 décembre 2020. De plus, l'autorité compétente pour les prononcer n'est pas forcément la même et dans ce cas des procédures distinctes sont nécessaires: arrêt du Tribunal fédéral 2C\_539/2020 du 28 décembre 2020.

<sup>191</sup> CHRISTINAT/SPRUMONT, *supra* note 171, p. 127.

<sup>192</sup> Dans un arrêt de 2023, le Tribunal fédéral a rappelé qu'un médecin doit être digne de confiance dans sa relation au patient mais également dans sa relation à l'autorité sanitaire. Aussi, un médecin qui tait des informations requises lors de sa demande d'autorisation de pratiquer n'est pas digne de confiance au sens de l'art. 36 al. 1 *let. b* LPMéd, qu'il ne remplit ainsi pas les conditions nécessaires pour être autorisé à pratiquer la médecine sous sa propre responsabilité professionnelle: arrêt du Tribunal fédéral 2C\_207/2023 du 6 novembre 2023, consid. 5 ss. Sur la notion de confiance en général, lire: CHRISTINAT/SPRUMONT, *supra* note 171, p. 114.

<sup>193</sup> Les autres conditions des *let. a* à *c* ne trouvent pas application dans le contexte qui nous intéresse.

et donc lui retirer son autorisation de pratiquer ou assortir cette dernière de mesures contraignantes? À nouveau, à notre connaissance, cette question n'a pas encore été tranchée par les tribunaux suisses.

[89] Le Tribunal fédéral a laissé entendre que le contenu des devoirs professionnels et la condition relative à l'octroi de l'autorisation de pratiquer – être digne de confiance – pourraient se recouper, car tous deux reposeraient implicitement sur le même élément : la fiabilité<sup>194</sup>. Ainsi, la violation d'un devoir professionnel *détruirait* le caractère de confiance (fiabilité) imposé à l'art. 36 al. 1 let. b LPMéd<sup>195</sup>.

[90] En admettant que les directives 2022 de l'ASSM relatives à l'AS ne sont pas assimilables à des devoirs professionnels au sens de l'art. 40 let. a LPMéd (cf. nos développements au pt. 5.2.1. *supra*), leur transgression n'est dès lors pas, à notre avis, propre à rompre la confiance/la fiabilité au sens de l'art. 36 al. 1 let. b LPMéd. Le prononcé d'une mesure administrative (restriction ou retrait d'une autorisation) pour ce motif doit donc être exclu. En d'autres termes, le prononcé d'une mesure administrative *sur la base unique* d'un non-respect des directives ASSM 2022 est à exclure.

## 6. Lorsque le produit NAP est utilisé pour l'assistance au suicide

[91] Le NAP est la substance la plus communément utilisée pour l'AS fournie par des médecins et par des associations d'aide au suicide. Dans ce chapitre, nous examinons l'application de la LPT<sub>h</sub> ainsi que de la LStup à la prescription de NAP.

### 6.1. Les règles de la LPT<sub>h</sub>

[92] Le but de la LPT<sub>h</sub> est de protéger les consommateurs de produits thérapeutiques en garantissant que les médicaments ou les dispositifs médicaux mis sur le marché soient sûrs, efficaces et d'une qualité irréprochable (art. 1 al. 1 LPT<sub>h</sub>). La LPT<sub>h</sub> vise également à ce que les produits thérapeutiques ainsi commercialisés soient utilisés « conformément à leur destination et avec modération » (art. 1 al. 2 let. b LPT<sub>h</sub>). La loi vise ainsi un but de police sanitaire<sup>196</sup>, l'objectif premier étant l'amélioration de la santé individuelle et de la santé publique (collective). Dans ce sous-chapitre, nous tentons de répondre aux deux questions suivantes : le NAP utilisé à des fins d'AS est-il un médicament (pt. 6.1.1. *infra*) et, le cas échéant, la LPT<sub>h</sub> ou plus précisément ses dispositions pénales sont-elles applicables dans ce contexte (pt. 6.1.2. *infra*).

---

<sup>194</sup> Ainsi, il a relevé que « [i]ndessen überschneidet sich der Inhalt der Berufspflichten teilweise mit den Voraussetzungen der Berufsausübungsbewilligung, indem ihnen implizit das Element der Vertrauenswürdigkeit zugrunde liegt. Durch die Verletzung von Berufspflichten kann die Vertrauenswürdigkeit im Sinne von Art. 36 Abs. 1 lit. b MedBG zerstört werden » : arrêt du Tribunal fédéral 2C\_95/2021 du 27 août 2021, consid. 3.2.2. Le Tribunal fédéral a également précisé dans un autre arrêt qu'une violation répétée et grave des devoirs professionnels peut briser la confiance : arrêt du Tribunal fédéral 2C\_504/2014 du 13 janvier 2014, consid. 3.3.

<sup>195</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 2C\_853/2013 du 17 juin 2014, consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_897/2015 du 25 mai 2016, consid. 2.

<sup>196</sup> ATF 133 I 58, consid. 4.2.1.

### 6.1.1. Le NAP est-il un médicament ?

[93] À l'heure actuelle, aucun médicament à usage humain contenant du NAP n'est homologué (i.e. au bénéfice d'une autorisation de mise sur le marché, AMM) en Suisse<sup>197</sup>. Deux médicaments vétérinaires sont cependant autorisés pour l'euthanasie des animaux. Le premier, dénommé *Euthasol*<sup>198</sup>, se présente comme une solution injectable de 100 ml ou 250 ml, contenant 400 mg de NAP par ml de solution, la dose requise pour l'euthanasie par voie intraveineuse étant de 140 mg par kilo de l'animal. Son AMM est détenue en Suisse par la société Dechra Veterinary Products Suisse GmbH. Le second, nommé *Esconarkon*<sup>199</sup>, se présente comme une solution injectable de 100 ml ou 500 ml, contenant cette fois 300 mg de NAP par ml de solution. Le titulaire de l'AMM de ce second produit est la firme Streuli Tiergesundheits AG.

[94] En pratique, le NAP utilisé à des fins d'AS pour un usage *humain* est préparé sous forme de *formule magistrale* (art. 9 al. 2 let a. LPTh). Le pharmacien d'officine fabrique le produit de manière *ad hoc* sur la base d'une ordonnance médicale. Il le remet sous forme de poudre au médecin prescripteur (cf. pt. 7.3. *infra*). Renseignements pris<sup>200</sup>, la préparation magistrale de NAP semble être fabriquée avec des matières premières disponibles sur le marché suisse ; notamment grâce à la substance *Pentobarbitalum natricum PhEur* commercialisée par la société suisse-alsacienne Häseler AG<sup>201</sup>. Les médecins ne recourent donc pas aux produits vétérinaires, lesquels sont déjà dilués.

[95] Quand bien même le produit est préparé par un pharmacien sur la base d'une ordonnance d'un médecin, on doit se demander si le NAP est à qualifier de *médicament* au sens de la LPTh. Selon l'art. 4 al. 1 let. a de cette loi, les médicaments sont des produits « d'origine chimique ou biologique destinés à agir médicalement sur l'organisme humain ou animal, ou présentés comme tels, et servant notamment à diagnostiquer, à prévenir ou à traiter des maladies, des blessures et des handicaps ». Dans un arrêt de 2007 relatif à l'AS<sup>202</sup>, le Tribunal fédéral a retenu que le NAP est soumis à la LPTh, de sorte que sa remise doit reposer sur une prescription (ordonnance) médicale<sup>203</sup>. Dans un arrêt plus récent de 2021, il a cependant partiellement remis en cause le fait que le NAP soit considéré comme un médicament. En effet, il a trouvé paradoxal que, prescrit à une personne bien portante et à des fins d'AS, le NAP entre dans la définition de médicament, puisque dans ce cas, il ne sert ni à diagnostiquer, ni à prévenir, ni à traiter une maladie<sup>204</sup>. Il a

---

<sup>197</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024, consid. 3.4; BERNHARD RÜTSCHÉ/DANIEL HÜRLIMANN/MARC THOMMEN, *Ist Suizidhilfe für Gesunde mittels Natrium-Pentobarbital strafbar?*, *sui generis* 2022, p. 115.

<sup>198</sup> Numéro d'autorisation Swissmedic 62912 001 (flacon perforable de 100 ml) ou 002 (flacon perforable de 250 ml), première autorisation le 22 avril 2013, Cf. dénomination du produit vétérinaire, disponible sous : <https://www.vetpharm.uzh.ch/TAK/PDFSPC/06000000/06291201-FI-FR.pdf>.

<sup>199</sup> Numéro d'autorisation Swissmedic 55815 002 (flacon de 100 ml) ou 004 (flacon de 500 ml), première autorisation le 8 novembre 2001, Cf. dénomination du produit vétérinaire, disponible sous : <https://www.vetpharm.uzh.ch/TAK/PDFSPC/05000000/05581501-FI-FR.pdf>.

<sup>200</sup> Les informations qui suivent ont été obtenues auprès de professionnels des sciences pharmaceutiques.

<sup>201</sup> Compendium.ch ; version et accès professionnel. D'ailleurs, la substance est vendue en dose unitaire de 15g ce qui correspondrait au dosage initial nécessaire dans le cadre d'une AS, lire : ROBERTO ANDORNO, *Nonphysician-Assisted Suicide in Switzerland*, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2013 ; 22(3) :246-253. doi :10.1017/S0963180113000054 <https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/nonphysician-assisted-suicide-in-switzerland/446B61D157793D9AB4046A5C6BE28423>.

<sup>202</sup> ATF 133 I 58, consid. 4.1.

<sup>203</sup> Id., consid. 4.2.

<sup>204</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021 dans lequel il souligne en particulier qu'« il apparaît sans conteste que pour un médecin, prescrire une substance létale à une personne en parfaite santé ne relève pas de

cependant laissé cette question ouverte<sup>205</sup>. Dans le cas des préparations vétérinaires autorisées pour l'euthanasie des animaux<sup>206</sup>, on peut également raisonnablement douter, qu'ils relèvent de la définition susmentionnée (un animal bien portant peut aussi être euthanasié).

[96] Le Conseil fédéral a quant à lui estimé en 2011 que « [l]e fait que le NaP ne soit pas utilisé pour remplir un de ces trois objectifs [c'est-à-dire : diagnostiquer, prévenir ou traiter une maladie] mais soit administré en dose létale à des fins de suicide n'ôte rien à sa qualité de médicament »<sup>207</sup>. Ce passage, issu d'un rapport du Conseil fédéral relatif à la thématique de l'accompagnement en fin de vie, est dénué de toute motivation.

[97] La doctrine s'est également penchée sur cette question.

[98] De manière intéressante, RÜTSCHÉ *et al.*<sup>208</sup> exposent une solution opposée à l'opinion émise par le Tribunal fédéral. Ces auteurs estiment qu'un produit ne doit pas forcément être utilisé conformément à une indication thérapeutique (médicale) pour être qualifié de médicament. Premièrement, ils soulignent que la définition prévue à l'art. 4 al. 1 let. a LPTh n'est pas exhaustive lorsqu'elle énumère qu'un médicament sert « notamment à diagnostiquer, à prévenir ou à traiter des maladies, des blessures et des handicaps » ; le terme « notamment » laissant entendre que d'autres buts seraient possibles. Deuxièmement, ils interprètent largement le terme « agir médicalement, *medizinischen Einwirkung* », qui signifie, selon eux, agir pharmacologiquement, immunologiquement ou métaboliquement et qui dès lors n'a rien à voir avec le fait d'avoir ou non une indication thérapeutique (ou médicale)<sup>209</sup>. Ils en arrivent alors à une conclusion intermédiaire : un produit n'a pas besoin de bénéficier d'une indication thérapeutique (ou médicale) pour correspondre à la définition du terme « médicament » de la LPTh. Ils concluent que le NAP, même prescrit à des fins de *suicide-bilan*, peut être considéré comme un médicament.

[99] À notre avis, le NAP utilisé pour l'AS n'est *pas* un médicament. Si, à défaut de NAP, un médecin remettait du cyanure à son patient dans le cadre d'une AS, le poison ne serait pas considéré comme un médicament. Que le cyanure ait été préparé par une pharmacie n'y changerait rien. Si un produit nettoyant pour sol et un produit désinfectant pour les plaies ont la même composition, chacun suit le régime qui découle de son indication d'emploi. Le premier est un produit chimique, le second est un médicament. Ce n'est pas l'effet potentiel du produit dans un autre contexte qui est déterminant, mais bien son effet mis en avant ou promu dans le cas concret. Dans le même ordre d'idée, certains aliments peuvent être vendus comme médicaments destinés à soutenir les patients atteints de carences alimentaires, alors qu'un produit présentant la même composition peut être également vendu comme simple denrée alimentaire. Dans un arrêt de 2014<sup>210</sup>, la Cour de justice de l'Union européenne a rappelé que la notion de médicament,

---

l'état des connaissances médicales ou pharmacologiques, non plus que de la science, mais bien de l'éthique et de la morale. Quoi qu'il en soit, la question de l'utilisation thérapeutique du pentobarbital peut rester ouverte. En effet, il n'apparaît pas que la LPTh dût trouver application en l'espèce, s'agissant de la prescription du pentobarbital, contrairement à ce qu'a retenu la cour cantonale. ».

<sup>205</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021, consid. 1.5.2.

<sup>206</sup> Cf. n. 198.

<sup>207</sup> Rapport du Conseil fédéral, *supra* note 78, p. 23.

<sup>208</sup> RÜTSCHÉ/HÜRLIMANN/THOMMEN, *supra* note 197, p. 113.

<sup>209</sup> Dans ce sens également : URSULA EGGENBERGER STÖCKLI/FELIX KESSELRING, in : Thomas Eichenberger/Urs Jaisli/Paul Richli (édit.), *Basler Kommentar, Heilmittelgesetz*, 2<sup>ème</sup> éd., Bâle 2021, art. 4 N 15.

<sup>210</sup> CJUE, Judgment of the Court (Fourth Chamber), 10 July 2014. Joined Cases C-358/13 and C-181/14.

selon le critère de *la fonction*<sup>211</sup>, doit impliquer un effet *bénéfique* sur la santé humaine. Elle l'a exclu lorsque le produit n'a qu'un effet pharmacologique sur le corps. La définition du médicament (selon ce critère de la fonction) n'englobe, dès lors, pas les substances dont les effets se limitent à une simple modification des fonctions physiologiques, sans que ces dernières n'entraînent des effets *bénéfiques voulus*, directs ou indirects, sur la santé humaine. Dans l'arrêt européen, la Cour a nié la qualification de médicaments aux cannabinoïdes de synthèse, substances psychoactives consommées dans un but uniquement récréatif et non thérapeutique.

[100] À notre avis, soit on admet que la gestion de la mort est une tâche relevant de l'activité médicale<sup>212</sup>, et le produit qui permet d'atteindre ce but (alors reconnu comme médical) peut raisonnablement être qualifié de médicament. Soit on considère que cette pratique se situe *hors* du domaine médical, et le produit a forcément un but non médical, et donc échappe à notre avis à la LPTh. Vouloir jouer sur les deux tableaux relève de l'hypocrisie.

[101] Quoiqu'il en soit, le Tribunal fédéral a, très récemment et finalement, nié la qualification de médicament au NAP utilisé pour l'AS d'une personne en bonne santé<sup>213</sup>. Son argumentation se fonde sur le critère de *la fonction* d'un médicament (c'est-à-dire, l'effet *bénéfique* évoqué ci-dessus : diagnostiquer, prévenir ou traiter une maladie, une blessure ou un handicap selon la définition de l'art. 4 al. 1 let. a LPTh) qui fait défaut dans ce contexte.

### 6.1.2. La LPTh est-elle applicable ?

[102] Dans son arrêt de 2021<sup>214</sup>, le Tribunal fédéral s'est penché sur une seconde question, soit celle de l'application des normes pénales de la LPTh en cas de prescription du NAP pour une assistance au suicide. Indépendamment de la question de la qualification du NAP en tant que médicament ou non, il s'est demandé si l'application de la LStup doit prendre le pas sur celle de la LPTh<sup>215</sup>. En effet, le NAP est un psychotrope ; il est inscrit dans le tableau b de l'OTStup-DFI (cf. pt. 6.2. *infra*). La Cour a jugé les règles de la LPTh *non-applicables* en matière d'assistance au suicide de personnes en bonne santé<sup>216</sup> (ici une femme certes âgée mais en bonne santé qui souhaitait mourir en même temps que son époux).

[103] Selon le Tribunal fédéral, si une loi doit s'appliquer, ce serait la LStup qui devrait l'emporter sur la LPTh, car la première présente une réglementation plus stricte que la seconde. Il s'est basé sur l'art. 1b LStup, qui prévoit l'application prioritaire de la LStup lorsque la LPTh ne réglemente pas un point ou que sa réglementation est moins étendue. Pour étayer son point de vue, le Tribunal fédéral a fourni en exemple l'art. 46 al. 1 OCStup selon lequel les médecins ne peuvent prescrire des médicaments contenant des substances soumises à contrôle en matière de stupéfiants qu'aux patients qu'ils ont *examinés eux-mêmes*, tandis que la LPTh se contente d'exiger que

---

<sup>211</sup> En Suisse et dans l'UE, la définition de médicament comporte un critère dit de la fonction (une substance est un médicament par l'effet qu'elle produit sur le corps) et un critère dit de la présentation (une substance peut également être un médicament en raison de ce qui *est dit* à son sujet).

<sup>212</sup> À cet égard, lire TEICHMANN qui préconise, en quelque sorte, un « assouplissement » des règles déontologiques médicales dans le but d'inclure l'AS dans le catalogue des actes médicaux : FABIAN TEICHMANN/MARKUS THIER, *Verleiten und Beihilfe zum Suizid gemäss Art. 115 StGB*, in : Jusletter 1. Februar 2021.

<sup>213</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024, consid. 3.4.

<sup>214</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021.

<sup>215</sup> Notamment les art. 3 al. 1, 26 al. 1 LPTh ; sanctions : art. 86 LPTh.

<sup>216</sup> Parfois appelé « suicide-bilan ».

le médecin connaisse l'état de santé du consommateur ou du patient à qui il prescrit un médicament (art. 26 al. 2 LPTh). Le Tribunal a cité aussi l'art. 48 OCStup qui prévoit que les stupéfiants prescrits ne doivent pas dépasser la quantité nécessaire à un mois de traitement, alors que la LPTh ne fixe aucune limite quantitative sur la durée du traitement. Dans les deux cas, la LStup l'emporte<sup>217</sup>. Pour le Tribunal fédéral, il doit en aller de même pour les dispositions pénales. Cet arrêt avait laissé ouverte la question de savoir si un médecin qui fournit une AS par NAP enfreint les dispositions pénales de la LStup (question que nous examinons au chapitre suivant).

[104] RÜTSCHÉ *et al.*<sup>218</sup> admettent également la préséance de la LStup sur la LPTh, même si le fondement de leur raisonnement diffère de celui du Tribunal fédéral. Ils comparent l'art. 11 al. 1 LStup (les stupéfiants ne doivent être employés, remis ou prescrits « que dans la mesure admise par la science » en français ; « wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist » en allemand) avec l'art. 26 LPTh (doivent être respectées lors de la prescription, la remise et l'utilisation de médicaments : les « règles reconnues des sciences médicales et pharmaceutiques » en français et « die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden », en allemand). Pour ces auteurs, c'est déjà l'art. 11 al. 1 LStup qui est plus précis, justifiant que cette loi l'emporte. Toutefois, à notre avis, leur interprétation se fonde uniquement sur la version allemande, alors que les textes français des deux lois sont équivalents<sup>219</sup> – ce que le Tribunal fédéral a d'ailleurs reconnu<sup>220</sup>.

[105] Enfin, en 2024, le Tribunal fédéral a conclu que les dispositions pénales de la LPTh ne s'appliquent pas à une personne utilisant un *médicament* contenant une substance classée parmi les stupéfiants (un sirop pour la toux contenant de la codéine)<sup>221</sup> hors indication médicale<sup>222</sup>. Il s'est fondé cette fois sur l'art. 2 al. 1 let. b LPTh, selon lequel la LPTh est applicable aux stupéfiants *lorsqu'ils sont utilisés comme produits thérapeutiques*. Pour la Haute Cour, l'utilisation effective de la substance (pour diagnostiquer, prévenir ou traiter des maladies, blessures ou handicaps) est déterminante. Dans le cas d'espèce, le sirop pour la toux ayant été utilisé dans un but récréatif/hédonique, l'application de la LPTh est exclue. Dans son argumentaire, il fait référence à son arrêt susmentionné de 2021, rappelant que l'application de la LPTh a été rejetée en cas d'utilisation de NAP pour une assistance au suicide. Ce faisant il assimile indirectement l'utilisation du NAP pour une AS à un usage non médical.

## 6.2. Les règles de la LStup sont-elles applicables à l'AS ?

[106] L'objectif de la LStup est de réglementer la mise à disposition de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins *médicales* et scientifiques (art. 1 let. b LStup), tout en interdisant les autres utilisations dites récréatives. Les stupéfiants sont définis comme des produits, substances ou pré-

---

<sup>217</sup> Du même avis : FRANK TH. PETERMANN, *Rechtliche Überlegungen zur Problematik der Rezeptierung und Verfügbarkeit von Natrium-Pentobarbital*, in *Sterbehilfe – Grundsätzliche und praktische Fragen*, 2006, p. 298 ; FRANK TH. PETERMANN, *Die geltende Regelung für Natrium-Pentobarbital : Ein legistischer Rubik's Cube ?*, PJA 11/2008, p. 1415.

<sup>218</sup> RÜTSCHÉ/HÜRLIMANN/THOMMEN, *supra* note 197, p. 116 s.

<sup>219</sup> Notons que ces auteurs considèrent également que la LStup l'emporte sur la LPTh indépendamment du fait que le NAP soit prescrit à des fins d'AS à une personne en bonne santé ou en fin de vie : *Id.*, p. 117.

<sup>220</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021, consid. 1.4.5.

<sup>221</sup> La codéine est classée dans le tableau c de l'OTStup-DFI.

<sup>222</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_863/2023 du 5 février 2024.

parations qui « engendrent une dépendance et qui ont des effets de type morphinique, cocaïnique ou cannabique, et celles qui sont fabriquées à partir de ces substances ou préparations ou qui ont un effet semblable à celles-ci. » (art. 2 let. a LStup). Tandis que les psychotropes sont les produits, substances ou préparations « engendrant une dépendance qui contiennent des amphétamines, des barbituriques, des benzodiazépines ou des hallucinogènes tels que le lysergide ou la mescaline ou qui ont un effet semblable » (art. 2 let. b LStup). Plus concrètement, sont des substances soumises à la LStup toutes les substances énumérées dans le tableau du DFI, peu importe la preuve scientifique de leur potentiel de dépendance<sup>223</sup>. À cet égard, le NAP est soumis à la LStup, car il figure dans le tableau b de l'annexe de l'OTStup-DFI<sup>224</sup>. Il s'agit plus précisément d'un barbiturique, historiquement utilisé en anesthésiologie. Son potentiel de dépendance dans l'AS est évidemment . . . nul.

[107] La LStup s'applique aux stupéfiants et aux psychotropes<sup>225</sup> qu'ils soient utilisés comme produits thérapeutiques (art. 1b LStup) ou à des fins récréatives. La LStup est également applicable même si la substance est utilisée à d'autres fins, p. ex. religieuses<sup>226</sup>. En matière d'AS, le NAP est considéré comme un psychotrope ce qui entraîne l'application de la LStup.

[108] À son article 11 al. 1 bis, la LStup prévoit une obligation de notifier la prescription ou la remise de « stupéfiants autorisés en tant que médicaments », lorsque ceux-ci sont utilisés « pour une indication autre que celle qui est admise ». La notification doit être adressée aux autorités cantonales dans les 30 jours. Le non-respect de ce devoir de notification est sanctionné à l'art. 21 al. 1 let. a LStup. Ces dispositions ne sont, à notre avis, pas applicables à la remise ou la prescription de NAP pour une AS. En effet, comme vu plus haut, le NAP tel qu'utilisé pour une AS n'est pas un médicament ; il n'a pas non plus d'indication médicale « admise ». De toute façon, le NAP est proposé comme formule magistrale. Il n'a donc pas d'autorisation de mise sur le marché de Swissmedic ni de notice d'emploi agréée par Swissmedic. Dès lors, il ne peut pas être *hors indication* de Swissmedic. Enfin, il est bien utilisé conformément à l'indication voulue et indiquée par le médecin qui émet la prescription magistrale.

[109] En outre, l'application des normes pénales de la LStup à la prescription médicale de ce NAP dans le cadre d'une AS a fait l'objet de décisions récentes.

[110] En effet, suite à l'arrêt de renvoi rendu par le Tribunal fédéral en 2021 à propos d'un médecin ayant prescrit du NAP à une personne en bonne santé (cf. point 6.1.2. *supra*)<sup>227</sup>, la Cour de justice genevoise a jugé en 2022 les dispositions pénales de la LStup (plus précisément l'art. 20 al. 1 let. e LStup en lien avec l'art. 11 al. 1 LStup) non applicables à l'AS<sup>228</sup>. Elle a considéré que

---

<sup>223</sup> Sur la définition et la classification des stupéfiants et des substances associées, lire : VALÉRIE JUNOD/OLIVIER SIMON/ BARBARA BROERS/WILLEM SCHOLTEN/CAROLE-ANNE BAUD, *Stupéfiants : Définition et Classification*, in : Jusletter 1 février 2021. Notons également que les dispositions de la LStup s'appliquent aussi bien aux stupéfiants qu'aux psychotropes sauf mention contraire dans la loi (art. 2b LStup).

<sup>224</sup> Art. 2a LStup ; art. 1 al. 2 let. a OTStup DFI, Annexes 1 et 3 OTStup DFI, tableau b. À ce titre, il peut être remis au moyen d'une ordonnance ordinaire, par opposition à une ordonnance à souche (art. 46 al. 3 OCStup).

<sup>225</sup> Les dispositions de la LStup s'appliquent aussi bien aux stupéfiants qu'aux psychotropes, sauf mention contraire dans la loi (art. 2b LStup).

<sup>226</sup> Sur des cérémonies chamaniques avec de l'Ayahuasca (contenant de la DMT, une substance classée au tableau d de l'OTStup-DFI) : arrêt du TAF C-1428/2014 du 26 avril 2016 ; arrêt TPI/00167/2020 du tribunal pénal de première instance du Jura du 22 juin 2021 ; arrêt SB140106-O/U/ad du 24 octobre 2014 de l'Obergericht de Zurich.

<sup>227</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_646/2020 du 9 décembre 2021.

<sup>228</sup> Genève, Cour de Justice, Chambre pénale d'appel et de révision, arrêt P/8913/2017 AARP/45/2023 du 6 février 2023, consid. 2.7.4 et 2.8.

la répression pénale en matière d'AS est strictement réglée par l'art. 115 CP et que la LStup n'a pas pour but de régler les conditions de la prescription médicale d'un produit qui ne comportait ici aucune indication médicale. En d'autres termes, l'art. 11 al. 1 LStup (devoir de diligence des médecins lors de la prescription) lié à l'art. 20 al. 1, let. e LStup (infraction pénale liée à la prescription médicale) ne s'appliquent pas en cas de *suicide-bilan*.

[111] Sur recours du Ministère public, le Tribunal fédéral a confirmé l'issue de la Cour de justice le 13 mars 2024<sup>229</sup>. Nous saluons cette décision, étant également d'avis que l'arrêt de la Cour de justice méritait d'être confirmé, en tout cas dans le cas d'une AS fournie à une personne en bonne santé<sup>230</sup>. L'arrêt signale que la prescription par un médecin de NAP à une personne en bonne santé ne résulte *d'aucune indication médicale*, ne poursuit pas de but *thérapeutique* et relève de *l'éthique et de la morale* exclusivement<sup>231</sup>. De telles considérations conduisent, en bonne logique, le Tribunal fédéral à conclure que le comportement du médecin n'est pas réprimé par la LStup<sup>232</sup> ; il précise que « le seul fait pour l'intimé d'avoir prescrit du pentobarbital de sodium, à une personne en bonne santé, capable de discernement et désireuse de mourir, ne constitue *pas un comportement réprimé pénalement par l'art. 20 al. 1 let. e LStup* »<sup>233</sup>.

[112] En irait-il différemment si l'AS était offerte pour mettre fin aux souffrances d'une personne malade ? Dans ce cas, faudrait-il admettre qu'il s'agit d'un acte médical, puisqu'il soulage une souffrance ? Avec pour conséquence que ce type d'AS serait soumise à un contrôle plus étendu, au regard de la LStup ? Nous en doutons. La seule règle de la LStup qui potentiellement limiterait l'AS est l'art. 11 al. 1 LStup sur le respect des règles admises par la science. Or, comme expliqué au chapitre 5 *supra*, nous sommes d'avis que les règles déontologiques de l'ASSM ne relèvent pas des sciences, mais de l'éthique comme l'a récemment confirmé le Tribunal fédéral<sup>234</sup>. Il s'ensuit qu'elles ne sont pas obligatoires à teneur de l'art. 11 al. 1 LStup. Le résultat est donc le même : l'AS est uniquement soumise aux limites de l'art. 115 CP peu importe que la personne qui se suicide soit en bonne ou mauvaise santé.

[113] En résumé, s'agissant de répression étatique *pénale*, l'art. 115 CP est, à notre sens, la seule norme pénale appréhendant l'AS. Nous abordons dans le prochain sous-chapitre les règles de droit cantonal relatives à l'AS.

---

<sup>229</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024 ; Tribunal fédéral, Communiqué de presse, Arrêt du 13 mars 2024 (6B\_393/2023), 13 mars 2024. Voir également la presse du 13 mars 2024 : Le Temps, Assistance au suicide d'une personne en bonne santé : le Tribunal fédéral constate les lacunes du droit pénal, publié le 13 mars 2024 ; RTS, L'ancien vice-président d'Exit Suisse romande Pierre Beck est définitivement acquitté, publié le 13 mars 2024.

<sup>230</sup> Dans ce sens : JUNOD 2023, *supra* note 19 ; VALÉRIE JUNOD, Suicide assisté : médecin ayant fourni du pentobarbital punissable ?, Bull Med Suisses. 2022 ; 103(24) : 822-824 ; RÜTSCHÉ/HÜRLIMANN/THOMMEN, *supra* note 197, p. 120 s.

<sup>231</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024, consid. 3.6.1.

<sup>232</sup> Selon le Tribunal fédéral, « [u]ne approche contraire reviendrait du reste à tolérer, de manière choquante, qu'à l'inverse de l'intimé, un médecin ayant recours à des méthodes « plus brutales » pour prêter assistance à un suicide – tels que par exemple la remise en quantité suffisante d'une substance non soumise à ordonnance médicale, voire d'une arme ou d'un autre objet susceptible de servir à un suicide –, soit pour sa part susceptible, selon les circonstances, d'échapper à toute poursuite pénale. » : arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024, consid. 3.6.2.

<sup>233</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024, consid. 3.6.5.

<sup>234</sup> Id., consid. 3.6.3.

## 7. Le droit cantonal relatif à l'assistance au suicide

### 7.1. Aperçu romand

[114] Certains cantons romands ont décidé de légiférer en matière d'AS<sup>235</sup>. Ils sont intervenus avec l'intention de garantir<sup>236</sup> le droit à l'autodétermination en matière d'AS<sup>237</sup>, dans leurs institutions de santé cantonales, en particulier leurs hôpitaux publics et leurs EMS. En effet, la réticence de certaines institutions publiques à admettre en leurs murs les associations d'AS était importante<sup>238</sup>. Cependant, en légiférant pour protéger la liberté de recourir à l'AS, les cantons limitent indirectement l'accès à cette pratique. Par ailleurs, leur compétence pour imposer des

---

<sup>235</sup> Il s'agit des cantons de Genève, Vaud, Neuchâtel et du Valais.

<sup>236</sup> Dans le canton de Vaud, l'article de loi adopté découle d'un contreprojet à une initiative populaire en faveur de l'autodétermination des résidents en EMS (Canton de Vaud, Initiative populaire « Assistance au suicide en EMS » et contre-projet du Grand Conseil, Brochure de vote, votation cantonale du 17 juin 2012). À Neuchâtel, cf. art. 35a al. 1 LS et Grand conseil neuchâtelois, Rapport de la commission santé – assistance du suicide à l'appui d'une loi portant modification à la loi de santé, 14 mars 2014, p. 2. À Genève, voir le titre du projet de loi genevois PL 11879 adopté le 24 mai 2018 : « pour garantir le droit au suicide dans les EMPP et EMS » et le rapport du Grand Conseil : « le but de ce PL est de garantir avant tout un droit (droit au suicide assisté) : le droit à l'autodétermination pour les personnes concernées, mais aussi de garantir une égalité de traitement entre ces personnes, quel que soit le lieu où elles se trouvent, c'est-à-dire en EMS, en clinique privée, à l'hôpital ou enfin à leur domicile » (Grand Conseil genevois, PL 11870-A, Rapport du 20 mars 2017, p. 2). En Valais, voir l'art. 1 al. 3 LSPASI. En outre, selon la brochure de vote, la LPASI permet « de garantir l'accès à l'assistance au suicide pour toutes les personnes qui répondent aux conditions légales et qui en font la demande, quelle que soit l'institution qui les accueille » (Canton du Valais, Loi sur les soins palliatifs et l'encadrement de la pratique de l'assistance au suicide en institution adoptée par le Grand Conseil le 10 mars 2022, Brochure du vote, Votation cantonale du 27 novembre 2022, p. 20).

<sup>237</sup> À notre avis, ce dernier est déjà garanti, dans les établissements de droit public, par la jurisprudence du Tribunal fédéral et de la CEDH. Dans ce sens et entendu dans le cadre des travaux parlementaires neuchâtelois, Prof. Olivier Guillod a déclaré que « la situation est actuellement réglée par un cadre de référence qui découle de la jurisprudence fédérale et de la Convention européenne des droits de l'homme. Il en résulte la reconnaissance d'une liberté de mettre fin à ses jours, et d'en choisir les modalités et le moment » : Commission Santé – assistance au suicide, Rapport, p. 3. Également : TOBIAS JAAG/MARKUS RÜSSLI, Sterbehilfe in staatlichen Spitälern, Kranken- und Altersheimen, ZBl 102/2001 S. 113, p. 123. D'un autre avis : MARIE CHERUBINI, Les droits fondamentaux des personnes âgées en EMS, Genève – Zurich – Bâle 2016, p. 217 ; MARCO BORCHI, L'art. 115 CP tra rispetto dell'autonomia individuale e esigenza di regolamentazione, in : COMEC (édit.), I quaderni della COMEC – Il suicidio assistito in ambito ospedaliero, Lugano 2005, p. 41.

<sup>238</sup> ATF 142 I 195. Sur cet arrêt, lire : GALETTI 2020, *supra* note 10, p. 487 ; FABIA JUNGO, 86. ATF 142 I 195–216 (13 septembre 2016/f ; 2C\_66/2015), RDAF 2017 I p. 463 ss, p. 463. Pour aller plus loin sur les questions d'AS au sein d'institutions de santé, lire : ANNE-LAURE JOTTI-ARNOLD/FRANÇOIS MATT/JANINE DISERENS/LAZARE BENAROYO, Assistance au suicide en EMS – Recommandations éthiques et pratiques de la Chambre de l'éthique de l'AVDEMS, Rev Med Suisse 2005 ; 1 : 85-6 ; JEAN MARTIN, Assistance au suicide : problématique individuelle claire, dimension communautaire complexe, Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 701-2 ; GERARD WAEBER/COSETTE ODIER/CARLO FOPPA/JEAN-BLAISE WASSERFALLEN/MARCO VANNOTTI/CLAUDIA MAZZOCATO, Assistance au suicide en hôpital de soins aigus : sommes-nous prêts ?, Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 2454-60 ; FRANÇOIS LOEW/MARIE-ROSE CHARVOZ/JACQUELINE CRAMER/AILINE ESPOSITO/MARCEL FALLET/JACQUES LEDERREY/CLAIRE-LINE MECHKAT/DANIEL ROGER/ANNE-LAURE REPOND, Assistance au suicide dans les EMS : recommandations du Conseil d'éthique de la Fegems, Rev Med Suisse, 2010/275 (Vol. 4), p. 2422–2424. URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-275/assistance-au-suicide-dans-les-ems-recommandations-du-conseil-d-ethique-de-la-fegems>.

restrictions au « droit de choisir la forme et le moment de la fin de sa vie »<sup>239</sup> peut prêter à débat, notamment face aux intérêts publics en jeu ; nous y reviendrons au pt. 7.2. *infra*.

[115] Soulignons, à titre préliminaire, que nous sommes partis de la prémisse qu'il existe, bel et bien, une compétence permettant aux cantons de légiférer en matière d'AS<sup>240</sup>, à tout le moins dans le respect du cadre légal fédéral. La démonstration de ce point irait toutefois bien au-delà du cadre de cette recherche et nécessiterait une contribution à elle seule. À cet égard, on signalera toutefois l'arrêt du Tribunal fédéral du 16 juin 2010<sup>241</sup>. Ce jugement a écarté l'application d'un accord conclu entre le Ministère public du canton de Zurich et une organisation privée d'AS<sup>242</sup>. Sa motivation est malheureusement brève : « L'art. 115 CP prévoit en relation avec l'état de fait de l'assistance au suicide une réglementation exhaustive »<sup>243</sup>. Cependant, dans cet arrêt, le Tribunal fédéral relève que l'art. 115 CP, tel que conçu et adopté par le législateur de l'époque, n'avait pas pour vocation d'appréhender l'aide organisée au suicide.

## 7.2. Les lois cantonales en Suisse romande

[116] En Romandie, le canton de Vaud a été le premier à légiférer, le 21 février 2012, à la suite d'une initiative populaire<sup>244</sup>. Puis, le 4 novembre 2014, le canton de Neuchâtel a introduit deux articles sur le suicide assisté en institutions<sup>245</sup>, tandis que le canton de Genève a légiféré le 24 mai

---

<sup>239</sup> Sur le droit à l'autodétermination de l'art. 8 par. 1 CEDH et la liberté personnelle (art. 10 al. 2 Cst.), lire : ATF 142 I 195, consid. 3.4 ; PHILIPPE MEIER, Résumé de jurisprudence (filiation et protection de l'adulte) septembre à décembre 2016, RMA 2017 p. 6 ss, 38). Également : Cour EDH, *Affaire Pretty c. Royaume-Uni*, arrêt du 29 avril 2002 ; Cour EDH, *Affaire Haas c. Suisse*, arrêt du 20 janvier 2011 ; Cour EDH, *Affaire Gross c. Suisse*, arrêt du 14 mai 2013. Pour une lecture relative à la jurisprudence de la Cour EDH : NATHANAËL PÉTERMANN, Les obligations positives de l'Etat dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, Théorie générale, incidences législatives et mise en œuvre en droit suisse, Berne 2014 (= *Etudes de droit suisse* 805), p. 328 ; MICHEL HOTTELIER/VINCENT MARTENET, *La pratique suisse relative aux droits de l'homme* 2016, SRIEL 2017 p. 363 ss, 383. Pour une lecture relative à la jurisprudence du Tribunal fédéral : MICHEL HOTTELIER/HANSPETER MOCK/MICHEL PUÉCHAVY, *La Suisse devant la Cour européenne des droits de l'homme*, 2e éd., Genève – Zurich – Bâle 2011, p. 84 ; A. GISELLE TOLEDO VERA, Le droit à la santé des personnes détenues : entre dignité humaine, égalité et responsabilité collective, dans : Frédéric Bernard/Eleanor McGregor/Diane Vallée-Grisel (édit.), *Études en l'honneur de Tristan Zimmermann, Constitution et religion – Les droits de l'homme en mémoire*, Genève – Zurich – Bâle 2017, p. 273. Lire également : GALETTI 2021, *supra* note 36, p. 46. Sur l'arrêt *Gross*, lire : HECTOR ENTENZA, La réglementation légale suisse en matière d'accès à l'assistance au suicide : Réflexions autour de l'arrêt *Gross c. Suisse*, RSDIE 2014 p. 189 ss ; CASSANI 2014, *supra* note 82, p. 618 ss.

<sup>240</sup> Selon BORGHİ, les cantons ont, sur la base des art. 117 ss Cst., la compétence de légiférer en matière d'AS tant que cela n'entrave pas, ne limite pas le droit pénal fédéral en la matière : MARCO BORGHİ, *L'art. 115 CP tra rispetto dell'autonomia individuale e esigenza di regolamentazione*, in : COMEC (édit.), *I quaderni della COMEC – Il suicidio assistito in ambito ospedaliero*, Lugano 2005, p. 41.

<sup>241</sup> ATF 136 II 415, JdT 2011 IV p. 164.

<sup>242</sup> L'accord définissait, entre autres, à quelles conditions l'AS pouvait être accordée.

<sup>243</sup> ATF 136 II 415, JdT 2011 IV p. 164, consid. 2.3.3.

<sup>244</sup> Il a adopté l'art. 27d de la Loi vaudoise sur la santé publique du 29 mai 1985 (LSP ; 800.01). Dans le canton de Vaud, EXIT avait lancé une initiative populaire selon laquelle les établissements disposant de subventions publiques étaient tenus d'accepter l'AS en leur sein. L'article de loi (art. 27d LSP) finalement entré en vigueur est un contreprojet du Grand conseil, avec toute une liste de conditions. Voir : GALETTI, *Loi vaudoise*, *supra* note 33, p. 15–17. Les dispositions légales sont complétées par une directive (de janvier 2013, mise à jour en 2018) et intitulée « Directives d'application de la loi sur la santé publique sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public ».

<sup>245</sup> Il s'agit des art. 35a et 35b de la Loi neuchâteloise de santé du 6 février 1995 (LS-NE ; 800.1). Ces dispositions ont fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, recours rejeté. ATF 142 I 195. À ce sujet : GALETTI 2021, *supra* note 36, p. 50–57.

2018<sup>246</sup>. La population valaisanne a adopté le 27 novembre 2022, sur référendum, la Loi sur les soins palliatifs et l'encadrement de la pratique de l'assistance au suicide en institution (LSPASI<sup>247</sup>) admettant le suicide assisté en institution. Les cantons de Fribourg et du Jura sont les seuls cantons romands à n'avoir pas, à ce jour, légiféré<sup>248</sup>. Les cantons de Neuchâtel et du Valais mentionnent explicitement dans leur législation, un droit à l'autodétermination face à la mort<sup>249</sup>, tandis que dans le canton de Vaud l'art. 34 de la Constitution prévoit un « droit à l'assistance nécessaire devant la souffrance » et un « droit de mourir dans la dignité ».

[117] Dans les deux cantons « précurseurs », Vaud et Neuchâtel, la réglementation initialement proposée était courte, énonçant simplement que les institutions étaient tenues de respecter le choix de leurs résidents de demander une AS en leur sein<sup>250</sup>. À la suite des travaux des commissions, des débats parlementaires, et du vote populaire dans le canton de Vaud, différentes conditions ont été ajoutées<sup>251</sup>. Le canton de Genève s'est ensuite inspiré de la réglementation vaudoise<sup>252</sup>. Enfin, le canton du Valais a adopté, en 2023, une loi spécifique sur l'AS et les soins palliatifs<sup>253</sup>, subordonnant l'AS à plusieurs conditions restrictives.

[118] À Neuchâtel, les dispositions adoptées par le Grand Conseil ont fait l'objet d'un recours devant le Tribunal fédéral<sup>254</sup>. La Société coopérative Armée du Salut, propriétaire d'un EMS, invoquait sa liberté de conscience et de croyance pour refuser l'AS en son sein. Le Tribunal fédéral a rejeté le recours. Dans sa décision, il a rappelé l'existence d'une « liberté de mourir », qui protège

---

<sup>246</sup> Il s'agit de l'art 39A de la Loi genevoise sur la santé du 7 avril 2006 (LS-GE ; K 1 03). Pour un résumé du contexte de l'adoption de la loi genevoise : GALETTI 2021, *supra* note 36, p. 57–58. De manière inattendue, cinq ans après son introduction, le Grand Conseil genevois a voté, le 1er septembre 2023, l'abrogation de cet art 39A LS-GE. Initialement, le projet de loi ne prévoyait que la suppression de l'art. 12A LS-GE (sur la commission de surveillance en matière d'assistance au suicide, chargé de surveiller cette pratique). En effet, cette commission ne fonctionnait pas et posait problème (notamment en matière de secret professionnel et de conflits d'intérêts) : Grand Conseil genevois, PL 12530-A, rapport du 13 octobre 2020, p. 2–3 ; PL 12530-B, rapport du 28 avril 2022, p. 2. Mais finalement, ce sont toutes les dispositions de la LS-GE sur le suicide assisté qui ont été supprimées (12A et 39A LS-GE), les députés jugeant que cette réglementation n'était pas utile, et qu'il n'y avait pas de problème à Genève (Grand conseil genevois, PL 11530-B, Rapport du 28 avril 2022). Par crainte d'un retour en arrière en matière d'accès à l'AS dans les institutions sanitaires genevoises, l'association EXIT ADMD a lancé un référendum cantonal afin d'empêcher cette abrogation. Elle n'a eu aucune peine à récolter les signatures nécessaires. Au lieu des 6'500 signatures requises, elle en a déposé près de 15'000. Le vote devrait avoir lieu en 2024.

<sup>247</sup> Loi valaisanne du 10 mars 2022 sur les soins palliatifs et l'encadrement de la pratique de l'assistance au suicide en institution (LSPASI ; 805.2).

<sup>248</sup> En Suisse alémanique la situation est un peu différente : le canton de Bâle Ville a refusé en 2015 une motion tendant à légiférer l'assistance au suicide dans les institutions de santé publique. Une motion relative à l'AS a été également annulée en 2020 dans le canton de Bâle Campagne, d'ailleurs une directive de son hôpital cantonal interdirait l'AS dans ses murs. Dans le canton de Soleure, l'accès à l'AS dépend du bon vouloir des institutions ; environ la moitié des maisons de retraite soleuroises autoriseraient l'AS. Aux niveaux des communes, la ville de Zurich interdit l'AS au sein des hôpitaux communaux mais l'autorise aux résidents des EMS communaux depuis l'an 2000. La ville de Lucerne autorise l'AS dans ses EMS communaux, en revanche la pratique est interdite à l'hôpital cantonal : DANIEL HÜRLIMANN, *Recht und Medizin am Lebensende – Menschenrechtliche Anforderungen und Regulierungsvorschläge*, Bâle 2022, p. 358 ss.

<sup>249</sup> Selon l'art. 35a al. 1 LS-NE, « [t]oute personne capable de discernement a le droit de choisir les modalités et le moment de sa mort », tandis que selon l'art. 1 al. 3 LSPASI, « [t]oute personne majeure et capable de discernement a le droit d'exercer sa liberté personnelle pour mettre fin à ses jours ».

<sup>250</sup> Voir le texte de l'initiative populaire proposée au peuple vaudois (Canton de Vaud, Initiative populaire « Assistance au suicide en EMS » et contre-projet du Grand Conseil, Brochure de vote, votation cantonale du 17 juin 2012). À Neuchâtel, voir Rapport de la commission santé – assistance du suicide à l'appui d'une loi portant modification à la loi de santé, 14 mars 2014. Initialement, le texte neuchâtelois ne se limitait pas aux institutions reconnues d'utilité publique.

<sup>251</sup> Id.

<sup>252</sup> Grand Conseil genevois, Exposé des motifs, PL 11870, 4 avril 2016, p. 12.

<sup>253</sup> Dans les cantons de Genève, Vaud et Neuchâtel, les règles sur l'AS figurent dans la loi sur la santé cantonale.

<sup>254</sup> ATF 142 I 195 ; cf. note 238.

les individus s'ils sont entravés illicitement dans leur projet de suicide et a salué les efforts du canton pour concrétiser cette liberté pour les personnes en institution<sup>255</sup>. Après une pesée des intérêts en présence, il a estimé que la liberté des résidents d'EMS de choisir le moment et la forme de la fin de leur vie primait la liberté de conscience et de croyance de la recourante<sup>256</sup>.

[119] Les règles cantonales, en partie disparates<sup>257</sup>, ont pour mérite de clarifier la situation pour les hôpitaux et les EMS cantonaux, mais elles ont pour inconvénient d'introduire – à tout le moins implicitement – des exigences allant *au-delà* du Code pénal.

[120] Les règles genevoises, vaudoises et neuchâteloises sont formulées selon un modèle *minimum*, c'est-à-dire en indiquant quelles institutions sont tenues, à quelles conditions, de tolérer l'AS en leurs murs ; en théorie, elles laissent cependant les institutions libres d'accepter l'AS dans des cas supplémentaires (p. ex., lorsque ces conditions ne sont pas remplies). En revanche, en Valais, la loi est à cet égard plus restrictive et fixe les conditions à remplir pour l'AS, ne laissant pas la possibilité aux institutions de l'accepter dans d'autres cas de figure.

[121] Si de prime abord, les conditions d'accès à l'AS semblent relativement similaires dans les quatre législations romandes (exigences de la capacité de discernement ; maladie ou séquelle d'accident graves et incurables de la PS ; discussion relative aux alternatives à l'assistance au suicide ; PS n'a pas/plus de logement ou le retour à domicile pour effectuer l'AS n'est pas raisonnablement exigible)<sup>258</sup>, elles diffèrent sur certains points. Ainsi, seule la loi cantonale valaisanne refuse l'accès à l'AS aux personnes mineurs dans les institutions concernées<sup>259</sup>, tandis les lois cantonales genevoise, vaudoise et neuchâteloise n'énoncent pas une telle limitation. À Genève, les établissements médicaux et les EMS, qu'ils soient publics ou privés sont tenus d'accepter les AS en leur sein si les conditions sont remplies, tandis que dans les autres cantons, seules les institutions avec mandat public (Valais) ou reconnues d'intérêt public/d'utilité publique (Vaud et Neuchâtel) sont concernées<sup>260</sup>. À Genève et dans le canton de Vaud, les personnes résidentes des EMS ne peuvent pas être forcées de rentrer chez elles pour obtenir une AS, tandis qu'à Neuchâtel et en Valais, un retour à domicile de ces personnes peut être exigé (Neuchâtel) ou est exigé (Valais) si elles ont encore un logement et que leur retour est raisonnablement exigible<sup>261</sup>. Les dispositions cantonales diffèrent également s'agissant des conditions imposées au personnel soignant des institutions concernées ainsi que des moyens utilisés pour l'AS. Les soignants des institutions vaudoises et valaisannes concernées ont l'*interdiction* de participer à la procédure ou à la mise en œuvre d'une AS à titre professionnel, tandis que le personnel genevois ne peut juste pas être

---

<sup>255</sup> Id., consid. 3.4 et 4.

<sup>256</sup> Id., consid. 5.

<sup>257</sup> Pour un tableau comparatif des différentes règles cantonales, cf. CAROLE-ANNE BAUD/BARBARA BROERS/VALÉRIE JUNOD/LAURENT MICHAUD/SOPHIE PAUTEX/OLIVIER SIMON, Suicide assisté : un besoin de clarification, *Rev Med Suisse*, 2023/830 (Vol. 9), p. 1141–1145. DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.830.1141 URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2023/revue-medicale-suisse-830/suicide-assiste-un-besoin-de-clarification>.

<sup>258</sup> Art. 39A al. 1 LS-GE ; art. 27d al. 1 LSP-VD ; art. 35a al. 2 LS-NE ; art. 7 al. 1 LSPASI-VS.

<sup>259</sup> Art. 1 al. 3 LSPASI-VS. Cette condition a été ajoutée lors des débats en commission. Canton du Valais, Loi sur l'accompagnement en fin de vie, Rapport de la commission de la santé, des affaires sociales et de l'intégration, p. 15–16.

<sup>260</sup> Art. 39A al. 1 LS-GE ; art. 27d al. 1 LSP-VD ; art. 35a al. 2 LS-NE ; art. 6 LSPASI-VS. Neuchâtel et le Valais prévoient néanmoins que les institutions non reconnues d'intérêt public (NE)/sans mandat public (VS) doivent informer clairement leurs patients/résidents sur la politique interne en matière d'AS : art. 35a al. 3 LS-NE ; art. 9 al. 1 LSPASI-VS.

<sup>261</sup> Art. 39A al. 4 LS-GE ; art. 27d al. 4 LSP-VD ; art. 35a al. 2 let. c LS-NE ; art. 7 al. 1 let. d LSPASI-VS.

*contraint* d'y participer<sup>262</sup> et qu'à Neuchâtel, le patient/résident ne peut exiger une AS dans un établissement public que si elle est proposée par une « aide extérieure à l'institution »<sup>263</sup>. Quant au moyen utilisé pour l'AS (p. ex., le produit létal), les lois genevoise et vaudoise disposent qu'il doit être soumis à prescription médicale<sup>264</sup>, tandis que les lois neuchâteloise et valaisanne sont muettes à ce sujet.

[122] Notons encore que la procédure à suivre est détaillée dans les lois des cantons de Genève, Vaud et Valais (sans l'être à Neuchâtel)<sup>265</sup>. En cas de refus d'AS, seul le canton de Neuchâtel prévoit une voie de recours dans sa loi<sup>266</sup>. Vaud mentionne néanmoins, dans ses directives, la possibilité de saisir le bureau cantonal de médiation ou la Commission vaudoise d'examen des plaintes des patients/résidents<sup>267</sup>. Les Directives vaudoises prévoient également la création d'une commission de suivi de l'application de la loi et des directives<sup>268</sup>. Cette commission peut émettre des recommandations en matière d'AS mais ne se prononce pas sur les cas particuliers. À Genève, une commission officielle est chargée de se prononcer en cas de doute sur la capacité de discernement de la PS, donc cette fois, sur des cas particuliers<sup>269</sup>. Le fonctionnement de cette commission fait l'objet de critiques<sup>270</sup>.

[123] Finalement, seule la loi cantonale valaisanne prévoit la tenue de statistiques liées à l'AS, une interdiction formelle de faire de la publicité en lien à l'AS ainsi que l'interdiction d'exploiter l'aide au suicide dans un but lucratif<sup>271</sup>.

[124] Comme déjà évoqué, l'objectif ostensible de ces lois étant de protéger le droit à l'autodétermination des patients en matière d'AS, nous sommes étonnés par les diverses restrictions qu'elles imposent (notamment en sortant les mineurs du champ d'application de la LSPASI ou encore en prévoyant l'interdiction de participer à l'AS à titre professionnel).

[125] Une ingérence dans les libertés fondamentales de la PS, respectivement de l'assistant (cf. pt. 3 *supra*) aurait dû respecter les conditions ancrées à art. 36 Cst. En d'autres termes, l'ingérence doit reposer sur une base légale ; viser la sauvegarde d'un intérêt public ou la protection d'un droit fondamental d'autrui, être proportionnée et ne pas porter atteinte au noyau dur du droit fondamental.

---

<sup>262</sup> Art. 39A al. 5 LS-GE ; art. 27d al. 5 LSP-VD ; art. 7 al. 2 LSPASI-VS.

<sup>263</sup> Art. 35a al. 2 LS-NE. Voir aussi art. 6 al. 1 LSPASI-VS.

<sup>264</sup> Art. 39A al. 6 LS-GE ; art. 27d al. 6 LSP-VD (uniquement si l'AS se déroule au sein de l'établissement).

<sup>265</sup> À Genève : En cas de doute sur les conditions, deuxième avis possible par un médecin ou une commission d'évaluation, qui se détermine par écrit – art. 39A al. 2 et 3 LS-Ge ; dans le canton de Vaud : le médecin responsable du traitement hospitalier/de l'EMS vérifie les conditions, avec l'équipe soignante, le médecin-traitant et les proches puis se détermine par écrit, un deuxième avis est possible par un médecin ou une commission interne à l'établissement – art. 27d al. 2 et 3 LSP-VD ; en Valais, le patient doit informer son médecin traitant et l'institution, puis le Médecin-traitant vérifie les conditions et se détermine par écrit, la réglementation détaille la procédure s'il refuse de procéder à l'évaluation, un deuxième avis est possible – art. 8 LPASI-VS. Toujours en Valais, si l'AS peut perturber les autres résidents, les institutions sociales accueillant des résidents souffrant de grave maladie psychique ou de grave handicap psychique doivent mettre à disposition un autre lieu approprié que le lieu de vie des résidents. Art. 6 al. 3 LPASI-VS.

<sup>266</sup> Recours à l'autorité de surveillance des institutions. Art. 35b LS-NE.

<sup>267</sup> Directives d'application de la loi sur la santé publique sur l'assistance au suicide en établissement sanitaire reconnu d'intérêt public, janvier 2013, mises à jour en 2018, pt. 4.

<sup>268</sup> Id., pt. 7.

<sup>269</sup> Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide. Art. 12A LS-GE.

<sup>270</sup> Cf. note 246.

<sup>271</sup> Art. 9 al. 2 et 3 LPAS-VS.

[126] On doit se demander quel est ou quels sont les intérêts que ces lois visent à protéger ? Ceci est rarement clairement énoncé. De plus, les mesures semblent viser des buts distincts et sont souvent contradictoires. Ainsi, par exemple, l'intérêt public visant à protéger la vie des mineurs s'oppose directement à leur droit à l'autodétermination. De même, l'intérêt à protéger la sensibilité et la liberté de conscience des soignants, en leur interdisant de participer à l'AS, s'oppose également à leur propre droit à la liberté personnelle.

[127] De plus, si ces mesures d'éviction semblent aptes à atteindre les buts qu'elles visent (p. ex., en protégeant effectivement la vie des mineurs en les soustrayant de fait à l'AS), nous doutons que les autres conditions soient remplies. Premièrement, il existe des mesures moins coercitives le permettant également (p. ex., par une approche très circonspecte lors de l'évaluation de la capacité de discernement d'un jeune de moins de 18 ans, cf. pt. 4.5. *supra*). Deuxièmement, la pesée des différents intérêts en jeu n'a pas été menée de manière rigoureuse ; il n'est pas évident que la protection de la vie, pourtant perçue comme hautement douloureuse par le mineur, l'emporte sur son droit à l'autodétermination (cf. pt. 4.5. *supra*). Ainsi, ces diverses restrictions semblent, selon nous, ne pas respecter le principe de proportionnalité au sens de l'art. 36 Cst.

### 7.3. Les directives cantonales en matière de remise de NAP

[128] Parallèlement aux *lois* cantonales relatives à l'accès à l'AS, lois évoquées au précédent chapitre, certains cantons ont encore adopté des *ordonnances administratives* sur la remise (par le pharmacien) du NAP.

[129] Ainsi, l'Association des pharmaciens cantonaux, association regroupant les pharmaciens cantonaux de Suisse et de la principauté du Liechtenstein<sup>272</sup>, a édicté une directive relative à la remise de ce produit<sup>273</sup>. Selon cette dernière, le médecin prescripteur doit s'assurer que les conditions requises pour une AS soient remplies, mais sans préciser lesquelles ; il n'y a pas de renvoi explicite en faveur des directives ASSM.

[130] Cette directive prévoit que l'ordonnance du médecin doit comporter la mention « dose létale » ou « pour assistance au suicide » ; le NAP doit être prescrit sous forme de poudre qui devra être diluée au moment de l'emploi ; la validité de l'ordonnance ne devrait pas dépasser 6 mois, la remise de NAP ne doit être faite que sur présentation d'une ordonnance ; il est recommandé que le produit soit livré directement et exclusivement au médecin ; la prescription devrait n'être honorée que par une officine publique se trouvant dans le même canton que le médecin prescripteur.

[131] En elle-même, cette directive émane de l'APC<sup>274</sup> et prend la forme d'une *recommandation*<sup>275</sup> ; elle n'a, selon nous, pas de force contraignante, sauf pour le canton à y renvoyer ou à l'incorporer dans son droit.

---

<sup>272</sup> Cette association « a pour but la promotion de la sécurité des produits thérapeutiques et des thérapies et l'amélioration de la santé publique. L'association gère l'échange d'informations et assure le perfectionnement et la formation continue de ses membres. ». URL : <https://www.kantonsapotheker.ch/fr/>.

<sup>273</sup> Association des pharmaciens cantonaux, Interprétation technique, Remise de pentobarbital sodique lors d'assistance au suicide, 2<sup>ème</sup> version du 25 octobre 2017.

<sup>274</sup> Cf. n. 272.

<sup>275</sup> En effet, la directive prévoit « [l']APC recommande aux pharmaciens et médecins impliqués de suivre les principes suivants » : Association des pharmaciens cantonaux, *supra* note 273, pt. 4.

[132] Ensuite, le canton de Genève a repris, en partie, cette directive en émettant la sienne. Il s'agit de la Directive concernant la remise de pentobarbital sodique dans le cadre d'une assistance au suicide, entrée en vigueur en 2021. Elle prévoit notamment que le médecin rédige une ordonnance conventionnelle devant porter la mention « assistance au suicide ». Le médecin passe alors commande dans une pharmacie et limite cette dernière à la quantité requise pour la personne concernée. À réception de la commande, le pharmacien doit vérifier que le médecin est autorisé à pratiquer dans le canton. La remise du produit *dûment* étiqueté se fait directement au médecin (principalement une poudre pour dissolution ultérieure, flacon de 100 ml). Le pharmacien doit inscrire dans l'ordonnancier toute remise de NAP (art. 22 RPTH<sup>276</sup>). Enfin, le médecin remet le produit au patient ou à l'accompagnateur. À notre connaissance, cette directive ne repose sur aucune base légale dans le droit cantonal.

[133] Ces directives ajoutent encore une strate de réglementation.

## 8. Les autres règles applicables

[134] Les organisations d'aide au suicide, comme EXIT ou Dignitas, ne font pas l'objet d'une réglementation spécifique. En droit civil, les dispositions du Code des obligations, par exemple celles afférentes au contrat de mandat (art. 394 et ss CO), ne visent pas spécifiquement l'AS. Il n'y a pas davantage de règles *administratives* spécifiques en matière de suicide assisté.

[135] En droit du travail, l'employeur peut donner des instructions contraignantes à ses employés. Très souvent, les hôpitaux et les EMS restreignent le droit de leur personnel de participer à une AS. Le non-respect de leurs règles peut engendrer des sanctions en droit du travail. Regrettablement, ces règles ne sont pas rendues publiques. À l'exception de la directive institutionnelle de l'Hôpital du Valais nommée « Le traitement des demandes d'assistance au suicide » datant du 17 février 2016 (cf. note 282 *infra*).

[136] Suite à l'entrée en vigueur de l'art. 27d LS-VD, le 1<sup>er</sup> janvier 2013, la Direction médicale du CHUV (hôpitaux publics vaudois) a mis à jour sa directive institutionnelle relative à l'AS. Cette dernière fait une quinzaine de pages et reprend, en bonne logique, les conditions instaurées par la loi cantonale. Précisons qu'elle n'est pas disponible en ligne et qu'elle a été mise à notre disposition dans le cadre de notre projet de recherche FNS. Les informations qui suivent en sont issues. Notons que la directive du CHUV fait référence aux directives de l'ASSM mais étrangement dans leur version 2004<sup>277</sup>.

[137] La directive commence par rappeler la mission-clé du CHUV, soit « l'amélioration de la santé des patients par administration de soins, et le cas échéant, l'accompagnement des personnes ne pouvant être guéries. »<sup>278</sup>. Elle met l'accent sur la garantie du respect de la volonté de tout patient hospitalisé et des besoins des différents acteurs concernés. S'agissant spécifiquement des soignants, la directive appelle l'institution à respecter leur liberté de conscience<sup>279</sup>. Le CHUV y

---

<sup>276</sup> Règlement genevois du 9 septembre 2020 sur les produits thérapeutiques (RPTH; K 4 05.12).

<sup>277</sup> Directive CHUV, pt. 1.

<sup>278</sup> Id., pt. 2.1.

<sup>279</sup> À cet effet, la directive signale que le personnel soignant ne peut pas participer à titre professionnel à la réalisation de l'AS. Elle précise également que cela ne concerne pas les actes préparatoires (tels que la pose d'une voie veineuse, p. ex.). Toutefois, les soignants ne peuvent être contraints d'effectuer ces divers actes préparatoires ; leur liberté de conscience devant être garantie.

relève que le séjour à l'hôpital ne constitue qu'une étape dans la vie des patients ; le retour à domicile (ou au lieu de résidence) restant l'objectif primordial. Ainsi, le projet d'AS ne peut coexister avec le projet de soin au sein de l'hôpital que si – et seulement si – le retour du patient à domicile ou dans l'EMS n'est pas possible pour des raisons médicales ou médico-sociale. Au surplus, la directive énumère les critères, conditions et procédure à remplir afin de pouvoir accéder à l'AS dans l'institution.

[138] À Genève, en 2022, les HUG ont également révisé leurs directives internes en matière d'AS ; elles s'adaptent désormais à l'art. 39A LS-GE entré en vigueur le 28 juillet 2018. Elles prennent la forme de recommandations du Conseil d'éthique clinique de l'établissement datant de 2019 et d'une note interne de la Direction médicale datant de 2022 qui s'impose aux employés des HUG. Ces documents – non-publics – nous ont également été fournis dans le cadre de notre projet de recherche FNS et les informations qui suivent en sont issues.

[139] Comme les précédentes, les recommandations genevoises rappellent la mission de l'institution, en précisant que l'AS n'est *pas* comprise dans l'offre des soins prodigués aux HUG, tout en restant une « réalité » rencontrée dans l'institution. Les recommandations énumèrent ensuite le cadre légal de l'art. 115 CP, de l'art. 39A LS-GE, le cadre déontologique de l'ASSM (dans sa version de 2018<sup>280</sup>) et la position de la FMH à cet égard, les prises de position de l'ASI et de PalliativeCH relatives à l'AS. Elles énumèrent ensuite des enjeux éthiques soulevés par les questions d'AS dans les institutions de santé ; ils y sont développés sous l'angle du patient, de l'établissement, de son personnel soignant ainsi que de la société en général. S'agissant des patients atteints de troubles psychiques, les recommandations du Conseil d'éthique clinique des HUG se calquent sur la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière ; pour accéder à une AS, le patient doit être capable de discernement et son désir d'AS ne doit pas être un symptôme – par hypothèse traitable et devant l'être au préalable – de sa maladie psychique. Elles énoncent ensuite les conditions pour qu'une AS puisse avoir lieu au sein des HUG et la procédure à suivre. Elles estiment également que les soignants ne doivent pas être contraints de participer à une AS (liberté de conscience et d'objection), que l'AS doit avoir lieu dans le service du patient hospitalisé concerné, qu'une demande d'hospitalisation à des fins d'AS uniquement est proscrite et, finalement, que les proches sont – dans la mesure du possible et avec l'accord du patient – impliqués dans la démarche.

[140] La note interne de la Direction médicale, qui s'impose aux employés des HUG, reprend dans l'ensemble les recommandations émises par le Conseil d'éthique clinique ; elle expose les conditions liées à une AS au sein des HUG, définit la composition et l'étendue du mandat du groupe de travail agissant comme organe de référence et, finalement, établit la procédure à respecter. Finalement, elle consacre le rôle des différents soignants des HUG dans le contexte d'une AS<sup>281</sup>. Un point important qui ressort de notre compréhension de cette note est sa flexibilité sur le retour à domicile : un patient des HUG dont le retour à domicile pourrait être envisagé conserve le choix de pouvoir réaliser l'AS au sein de l'hôpital.

[141] En 2013, la Direction générale de l'Hôpital neuchâtelois (HNE) a également adopté sa « Directive institutionnelle relative à l'assistance au suicide au sein de l'Hôpital neuchâtelois » ; celle-

---

<sup>280</sup> Rappelons que le cadre de la version 2022 des directives ASSM relatives à l'AS est plus strict que celui de la version 2018 qui n'avait pas été repris de ce fait par la FMH (cf. pt. 5.1. *supra*).

<sup>281</sup> Notamment que la prescription de NAP par un médecin des HUG est proscrite. Les soins d'accompagnement du patient dans son projet d'AS relèvent du bon vouloir et de la liberté de conscience des équipes des HUG. En revanche la note précise que la prise en charge du patient avant les heures qui entourent le suicide fait partie de l'accompagnement usuel et peut donc être exigée de tous les soignants.

ci fait une dizaine de pages. Elle précise que l'AS ne fait pas partie des activités médicales mais que la mission principale et fondamentale de l'institution peut, sous conditions, s'étendre à l'accompagnement des patients jusqu'à la fin de leur vie. La directive expose ensuite, en bonne logique, les conditions liées à une AS au sein du HNE ainsi que les critères et la procédure à respecter. Notons que la directive ne fut pas modifiée à la suite de l'entrée en vigueur, en 2015, des art. 35a et 35b LS-NE. De manière intéressante, nous constatons cependant que son contenu respecte ce cadre légal pourtant adopté ultérieurement. Précisons encore que la directive neuchâteloise est *actuellement* en cours de révision et que cette dernière a été mise à notre disposition dans le cadre de notre projet de recherche FNS.

[142] L'Hôpital du Valais a également adopté une directive institutionnelle nommée « Le traitement des demandes d'assistance au suicide » datant du 17 février 2016<sup>282</sup>. Ce texte est antérieur à l'entrée en vigueur de la LSPASI-VS. Cette directive, de quelques pages, mentionne plusieurs conditions cumulatives à remplir pour qu'une AS puisse avoir lieu en son sein<sup>283</sup>. En outre, elle précise que le retour du patient à domicile (ou dans son lieu de vie habituel) ne doit pas pouvoir être envisagé et que le personnel de l'hôpital n'est pas autorisé à prendre part, de manière active, à l'AS du patient. Même s'il est un peu étonnant que cette directive n'ait pas été mise à jour à la suite de l'adoption de la LSPASI en 2022, les conditions d'accès à l'AS y sont toutefois similaires. Elle fait également référence aux directives de l'ASSM mais ne mentionne toutefois pas la version référencée.

[143] Enfin, comme déjà évoqué, les associations d'aide au suicide, ont généralement aussi adopté leurs propres règlements d'organisation qui s'imposent à leur personnel, leurs membres ainsi que leurs bénévoles. S'agissant d'EXIT ADMD, d'EXIT DS, de Dignitas et de Lifecircle, leurs statuts sont accessibles au public (cf. pt. 4.4. *supra*). Au surplus, Dignitas fournit, sur demande, une brochure contenant d'autres informations réglementaires<sup>284</sup>. En revanche, les associations Pegasos et EX International ne publient rien à ce sujet.

## 9. Conclusion et recommandations

[144] Sur le plan légal, plusieurs aspects importants restent flous, dont ceux rappelés ci-après :

- Une sanction sur la base de la LPMéd (qu'il s'agisse d'une mesure disciplinaire ou d'une mesure administrative) peut-elle être prononcée au motif que le médecin n'a pas respecté les exigences supplémentaires issues des directives de l'ASSM? Bien que la Cour de justice genevoise le suggère dans un *obiter dictum*, nous l'excluons car le principe de la légalité serait violé, les directives de l'ASSM liées à l'AS allant au-delà d'une simple précision. Par ailleurs, ces directives ont une vocation éthique ou morale, et non médicale.
- La FMH peut-elle prononcer ses propres sanctions si cette même directive n'est pas respectée, alors même qu'elle considère l'AS comme ne faisant pas partie de l'activité médicale du médecin?

---

<sup>282</sup> Disponible en ligne, sous : [https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/medias/Communiqués\\_2016/de/Traitement\\_demandes\\_assistance\\_au\\_suicide\\_D1.pdf](https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/medias/Communiqués_2016/de/Traitement_demandes_assistance_au_suicide_D1.pdf).

<sup>283</sup> Le patient est atteint d'une maladie incurable et se trouve proche de la fin de sa vie, il est capable de discernement, il connaît les alternatives à l'AS et les refuse, son choix est persistant et sans contraintes externes.

<sup>284</sup> Brochure Dignitas, Vivre dignement – Mourir dignement, fournie sur demande.

[145] Nous sommes d'avis que l'art. 115 CP est la seule base légale réprimant *pénalement* l'AS, qu'il s'agisse d'un *suicide-bilan* ou du suicide d'une personne en fin de vie, peu importe qu'une association d'aide au suicide soit ou non impliquée. Tant l'application de la LStup que de la LPTh doivent être exclues. À notre sens, l'application de l'art. 115 CP, fondé sur la capacité de discernement, est à même de préserver les intérêts publics et privés soulevés par l'AS<sup>285</sup>. La modification du cadre légal *actuel* sur le suicide assisté, une solution souvent avancée par la doctrine et récemment par le Tribunal fédéral<sup>286</sup>, voire l'adoption d'une loi fédérale spécifique sur le suicide assisté risque d'entraver de façon disproportionnée le droit qu'à chacun de choisir la forme et le moment de la fin de sa vie, notamment si le futur projet législatif devait reprendre certains éléments des directives de l'ASSM.

[146] Au demeurant, le Conseil fédéral s'est prononcé, à de nombreuses reprises, sur le caractère suffisant du Code pénal<sup>287</sup>. Tant en 2006 qu'en 2007, il a conclu que le droit en vigueur est à même de lutter contre les risques de dérives. Ce dossier a été repris et réévalué, dès 2008, à la suite de divers cas très médiatisés de suicides assistés<sup>288</sup>. Cependant, la conclusion de cette énième analyse du droit en vigueur relatif à l'AS est restée identique<sup>289</sup>.

[147] Selon nous, limiter le cadre normatif de l'AS aux seules dispositions du Code pénal offre une situation claire au bénéfice des soignants, patients, proches et familles concernées. À l'inverse, ajouter des règles supplémentaires issues du droit pénal accessoire, du droit cantonal ou encore du droit privé associatif complique leur situation. Le manque d'uniformité des règles, leur nombre élevé ainsi que leur enchevêtrement sont source d'insécurité juridique ainsi que d'inégalité de traitement<sup>290</sup>.

---

<sup>285</sup> En 2010, dans notre sens, WILLA affirmait qu'« [é]tablir une réglementation rigide et stricte en matière de suicide assisté serait une lourde erreur [...] Le consentement du patient est une condition sine qua non. Une compréhension humaine et prolongée du cas par le corps médical l'est tout autant. Ainsi, le flou qui règne sur la question est aujourd'hui un rempart nécessaire » : Journal Le Matin – Lausanne – 7 décembre 2010 ; Dans ce sens également, MÜLLER selon qui « [il] semble bien que le droit pénal actuel permette déjà de parer aux risques de tourisme en matière d'AS et fournisse un outil suffisant en vue de la surveillance rigoureuse des associations d'assistance au suicide » : DENIS MÜLLER, Assistance au suicide : une question légitime ou un prétexte ambigu ?, Rev Med Suisse, 2004/2507 (Vol.-10), p. 2432–2434. URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2004/revue-medicale-suisse-2507/assistance-au-suicide-une-question-legitime-ou-un-pretexte-ambigu>.

<sup>286</sup> Arrêt du Tribunal fédéral 6B\_393/2023 du 13 mars 2024, consid 3.8.1. Également : MARC BALAVOINE, Assistance au suicide : l'éternel débat autour de la nécessité d'une base légale, in Regards de marathoniens sur le droit suisse : mélanges publiés à l'occasion du 20e « Marathon du droit », Genève : Slatkine, 2015, p. 391–400 ; CLAUDE ROUILLET/LEILA ROUSSIANOS, Le droit à la vie et le droit de mourir dignement, in : Jusletter 12. Juni 2006 ; DONZALLAZ 2021, *supra* note 73, N 8365 ss. Pour de nombreux exemples, lire : BSK StGB-SCHWARZENEGGER, *supra* note 48, art. 115 N 23 ainsi que les réf. citées.

<sup>287</sup> Rapport du Conseil fédéral, *supra* note 78, p. 2.

<sup>288</sup> Ibid.

<sup>289</sup> « Après cette nouvelle analyse de la situation, le DFJP et le DFI sont arrivés à la conclusion qu'une modification des art. 115 CP et 119 CPM ne saurait apporter une plus-value particulière par rapport à la situation actuelle. Son introduction pourrait au contraire occasionner de nombreux désavantages, comme la légitimation officielle des organisations d'assistance au suicide, la relativisation importante de l'intangibilité de la vie humaine, la résistance qu'elle provoquerait au sein des milieux médicaux et l'incompatibilité avec le principe de précision de la base légale. Le DFJP et le DFI sont convaincus qu'il est possible de lutter contre les abus qui peuvent être commis dans le cadre de l'assistance au suicide – aide au suicide de personnes incapables de discernement ou en bonne santé, fourniture de NaP sans prescription médicale ou encore stockage illicite de cette même substance – à l'aide des instruments légaux actuellement en vigueur. » : Id. p. 2. Pour une analyse du maintien de ce statut quo, lire : BENEDETTA SARA GALETTI, L'assistance au suicide organisée : Quelle place donner au droit ?, dans : *sui-generis* 2020, p. 87 ss. Sur l'absence de nécessité à légiférer en la matière, lire : PERRIN 2014, *supra* note 33.

<sup>290</sup> S'agissant en particulier des professionnels de la santé, MAURON souligne que « [l]a beauté du cadre juridique suisse en matière d'assistance au suicide est qu'il prend au sérieux les libertés symétriques des personnes cherchant une assistance au suicide et celles qui reçoivent une telle demande. Cela implique la propriété de tout un chacun sur son corps et sa vie, comme aussi la liberté du destinataire d'une demande d'assistance au suicide d'y

[148] Nous regrettons néanmoins le manque de transparence de certaines associations d'aide au suicide, par exemple dans la mise à disposition de leurs comptes et rapports d'activités. Leur attitude est de nature à renforcer les craintes ou les doutes sur leurs activités. Au contraire, d'autres doivent être félicitées pour leurs efforts en la matière. Une remarque analogue peut être formulée à l'égard des hôpitaux publics : ceux de Genève, du canton de Vaud et du canton de Neuchâtel ne rendent pas publiques leurs directives internes. Notons, toutefois, que le CHUV et le RHN ont prévu des documents informatifs au sujet de l'AS destinés à leurs patients.

[149] Si nous comprenons le désir de vouloir *mieux* réglementer un sujet aussi sensible que l'assistance au suicide, ne perdons pas de vue que « le mieux est parfois l'ennemi du bien » et que, lorsqu'il s'agit de définir ce qu'est le « bien », « chacun voit midi à sa porte ».

---

STÉPHANIE BEURIOT – MLaw Chercheuse FNS junior à la Faculté des HEC de l'Université de Lausanne, Département de droit des affaires et fiscalité.

VALÉRIE JUNOD – Professeure ordinaire à la Faculté des hautes études commerciales (HEC) de l'Université de Lausanne, Département de droit des affaires et fiscalité ; Professeure titulaire à la Faculté de droit de l'Université de Genève, Département de droit commercial

CAROLE-ANNE BAUD – Dr. iur. Chercheuse FNS senior à la Faculté des HEC de l'Université de Lausanne, Département de droit des affaires et fiscalité

Cette recherche a fait l'objet d'un financement du FNS (projet 100011\_182477 sur la réglementation des médicaments sous contrôle). Pour plus de détails sur le projet : <https://wp.unil.ch/medicaments-sous-contrôle/> et <https://data.snf.ch/grants/grant/182477>.

Les auteures remercient les personnes au sein des hôpitaux publics et des associations d'aide au suicide qui nous ont fourni leurs documents internes en matière d'AS.

---

donner suite ou non. Retraduisons dans le jargon de l'éthique médicale : l'autonomie du patient ne pèse ni plus ni moins que l'autonomie du praticien. » : ALEX MAURON, Le suicide assisté, toujours et encore, Rev Med Suisse, 2018/616 (Vol. 4), p. 1523–1523. DOI : 10.53738/REVMED.2018.14.616.1523 URL : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-616/le-suicide-assiste-toujours-et-encore>. Cette assertion aurait mérité, à nos yeux, d'être mieux motivée : le patient qui veut mettre fin à ses jours souffre, le plus souvent, de manière intense. Peut-on estimer que le médecin qui devrait signer la prescription souffre tout autant ?