



EIDGENÖSSISCHES JUSTIZ- UND POLIZEIDEPARTEMENT  
DEPARTEMENT FEDERAL DE JUSTICE ET POLICE  
DIPARTIMENTO FEDERALE DI GIUSTIZIA E POLIZIA  
DEPARTAMENT FEDERAL DA GIUSTIA E POLIZIA

**Assistance au décès et médecine palliative :  
la Confédération doit-elle légiférer ?**

Berne, 24 avril 2006

## Condensé

*La motion 03.3180 «Euthanasie et médecine palliative», dont la Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats (CAJ-E) est à l'origine et que l'Assemblée fédérale a transmise en mars 2004, charge le Conseil fédéral de soumettre des propositions en vue d'une réglementation législative de l'euthanasie active directe et de l'euthanasie passive, ainsi que de prendre des mesures pour promouvoir la médecine palliative. Par ailleurs, le 16 juin 2005, le groupe radical-libéral a déposé la motion 05.3352 «Euthanasie. Travaux d'expert», par laquelle il invite le Conseil fédéral à poursuivre les travaux d'experts en vue de la production d'un rapport concernant l'assistance au décès et à soumettre au Parlement le dossier correspondant pour décembre 2005.*

*L'accompagnement et les soins prodigués aux personnes en fin de vie de même que les décisions à prendre dans ce contexte revêtent une très grande portée. En légiférant en matière d'assistance au décès, l'Etat doit garantir que la vie humaine continue d'être protégée, même et surtout, dans cette phase critique de l'existence où toute décision erronée peut entraîner directement la mort, atteinte irréversible au bien juridique suprême que représente la vie. Dans ce contexte, l'interdiction absolue de l'homicide, principe qui est l'un des piliers de notre ordre juridique et dont le respect est impérieux, doit être au centre des réflexions. Toute relativisation de ce principe non seulement est délicate - ne serait-ce que parce que elle en atténue l'effet inhibiteur - mais encore exige une analyse et une mise en balance particulièrement minutieuses et exhaustives des intérêts (à protéger) qui sont en jeu.*

*Le rapport fait un large tour d'horizon des problèmes qui se posent dans la pratique en relation avec l'assistance au décès et l'assistance au suicide. Il examine également la marge de manœuvre des autorités concernées et analyse les besoins concrets de légiférer aux fins de protéger la vie humaine ou de prévenir les abus. Dans le cadre de cette analyse, il passe également en revue les effets - tant positifs que négatifs - que pourrait exercer l'adoption d'une réglementation législative allant plus loin que le régime en vigueur. En outre, le rapport souligne l'importance que revêtent la médecine et les soins palliatifs ainsi que les possibilités qu'ils offrent et suggère des pistes propres à assurer la promotion de ceux-ci.*

### **Le rapport parvient aux conclusions suivantes:**

- ***En matière d'euthanasie active indirecte et d'euthanasie passive, il n'est pas nécessaire de légiférer au niveau fédéral.***

*L'interdiction de l'homicide s'applique sans restriction en Suisse. L'euthanasie active directe est ainsi prohibée. En revanche, à certaines conditions, l'euthanasie active indirecte et l'euthanasie passive ne sont pas punissables. Cette impunissabilité découle, d'une part de l'application de règles générales de droit pénal concernant l'imputation de la faute. En outre, la décision du patient de renoncer à la mise en œuvre de mesures de maintien de la vie ou d'interrompre de telles mesures relève des droits fondamentaux.*

*L'insécurité du droit, souvent déplorée dans ce domaine, tient à l'impossibilité pratique de régler sur le plan normatif ou de reconstituer a posteriori les causes du*

décès et ce qui s'est passé concrètement au chevet du mourant. Les questions qui se posent au premier chef sont celles qui permettent d'évaluer, dans chaque cas d'espèce, l'admissibilité de l'assistance au décès, telles que celles de la capacité de discernement et d'action de la personne concernée, le droit du mandat, le devoir du médecin d'informer son patient, enfin les rapports de représentation.

Si le législateur, par souci d'accroître la sécurité du droit et la transparence, entend adopter des normes générales abstraites permettant de couvrir tous les cas envisageables et de tenir compte des progrès futurs de la médecine, il se heurtera inévitablement à des limites d'ordre pratique.

Les règles de déontologie constituent, en revanche, un instrument propre à garantir une réglementation détaillée de situations aussi complexes que multiples. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a élaboré des directives détaillées en matière d'euthanasie active indirecte et d'euthanasie passive. Aussi longtemps que ces directives sont conformes au droit en vigueur, elles suffisent à réglementer ce domaine de manière satisfaisante.

- **La Confédération peut soutenir et promouvoir le développement de la médecine et des soins palliatifs lorsqu'elle dispose des compétences pour ce faire. Tel est le cas dans le domaine de la formation et de la formation post-grade aux professions médicales universitaires, au niveau du financement des mesures de médecine palliative ainsi qu'en matière d'encouragement de la recherche.**

En matière de médecine et de soins palliatifs, l'offre de prestations s'est, ces dernières années, améliorée, tant du point de vue quantitatif que sous l'angle qualitatif, notamment dans les cantons de Zurich, de Thurgovie, de Vaud et de Berne. Grâce à ces prestations, les personnes concernées peuvent non seulement vivre dignement la dernière phase de leur existence mais encore mourir dans la dignité. En outre, la possibilité d'accéder à des mesures de type palliatif s'est traduite par une diminution du nombre des personnes souhaitant recourir au suicide assisté ou à l'euthanasie active. Toutefois, de l'avis des professionnels concernés, l'offre actuelle doit encore être développée.

Il incombe aux cantons de veiller à garantir sur l'ensemble de leur territoire une offre de soins palliatifs suffisante et d'améliorer les prestations en matière d'information et de conseils destinées aux personnes atteintes d'une maladie incurable et à leurs proches.

La Confédération peut encourager et promouvoir le développement de la médecine et des soins palliatifs en soutenant des projets de recherche en la matière. Elle peut également assurer cette promotion dans le cadre de la formation et de la formation post-grade aux professions médicales universitaires, de la formation aux professions de la santé dispensée par les hautes écoles spécialisées, ainsi que dans le cadre des filières de formation professionnelle non universitaire dans ce secteur. Enfin, elle peut également veiller à ce que l'assurance maladie prenne intégralement en charge les coûts des mesures médicales de type thérapeutique ou palliatif.

- **En matière d'assistance au suicide, il n'y a aucune nécessité impérieuse de légiférer**

Ces deux dernières décennies, des organisations d'assistance au suicide se sont développées et établies en Suisse, à la faveur de la réglementation libérale statuée par le code pénal. En raison de l'accroissement du nombre des cas de suicide assisté, des risques d'abus liés à l'activité de ces organisations se sont fait jour, notamment en rapport avec la capacité de discernement de certains candidats au suicide (principalement ceux qui appartiennent aux catégories de personnes nécessitant tout particulièrement une protection: les jeunes, les personnes souffrant d'une maladie psychique et les malades en phase terminale), avec la situation financière des organisations, enfin avec l'expression de la volonté de mourir et la maîtrise de l'acte de suicide par les intéressés. De tels abus peuvent conduire ceux qui les commettent à franchir la limite qui sépare le comportement licite du comportement délictueux (s'agissant notamment des infractions contre la vie visées aux art. 111 ss., 114 et 115 CP). La protection des personnes concernées exige donc que l'on prenne des mesures visant à empêcher de tels abus.

Certes, le législateur fédéral pourrait édicter, dans les domaines de la santé publique, de la législation sur les stupéfiants et du droit de la tutelle, ainsi que dans le cadre d'une loi spéciale sur la surveillance des organisations d'assistance au suicide, des dispositions permettant d'avoir un contrôle des activités de celles-ci. Toutefois, les différentes options qui ont été examinées se révèlent presque toutes disproportionnées ou impropres parce qu'elles se traduiraient par une bureaucratisation, et, dans la plupart des cas, reviendraient à institutionnaliser et à certifier officiellement ces organisations et leurs activités.

Une révision de la législation sur les stupéfiants mériterait éventuellement d'être envisagée, car elle permettrait de mieux appréhender les réalités propres aux cas de suicide. Il est notoire, en effet, que dans le cadre des suicides qu'elles accompagnent, les organisations concernées utilisent un stupéfiant appelé natrium pentobarbital (NAP). Eventuellement, et dans le but de prévenir les abus, la prescription et la remise de NAP pourraient être soumises à des conditions plus restrictives.

En revanche, il n'y a pas lieu d'envisager de modifier l'art. 115 CP puisqu'il n'y a pas, au premier chef, de lien de cause à effet entre les problèmes constatés en rapport avec l'assistance au suicide et les éléments constitutifs de l'infraction visée à cet article. Ces problèmes sont d'ordre pratique et appellent la question suivante: comment peut-on garantir qu'aucun abus ne soit commis dans le cadre de l'assistance au suicide ?

A l'échelon cantonal et communal, les autorités peuvent, cependant, empêcher les abus en appliquant et en faisant respecter résolument le droit en vigueur (il s'agit plus précisément que les autorités de poursuite pénale appliquent avec plus de rigueur les art. 111ss, 114 et 115 CP qui visent les homicides et que les pouvoirs publics exercent sur le personnel médical concerné la surveillance prévue par la législation en matière de santé publique) ainsi qu'en adoptant des prescriptions pour le secteur des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des homes.

- ***En ce qui concerne le « tourisme de la mort », il n’y a aucune nécessité particulière de légiférer.***

*Ce qu’il est convenu d’appeler le « tourisme de la mort » découle du fait qu’en matière d’assistance au suicide la Suisse applique un régime plus libéral que celui qui prévaut dans la plupart des autres Etats. Sous l’angle politique, ce phénomène est problématique pour l’image de marque de la Suisse. Par ailleurs, l’accroissement du nombre des cas d’assistance au suicide de personnes non domiciliées en Suisse accentue les problèmes que pose la pratique à suivre en matière de poursuites pénales ainsi que la surveillance du personnel médical car l’existence d’un lien avec l’étranger ne fait que rendre plus difficile la reconstitution des faits.*

*Il est nécessaire de prendre des mesures pour prévenir et empêcher les abus et, partant, prémunir les personnes contre des atteintes irréversibles à leur intégrité physique. Toutefois, il n’y a pas à prendre des mesures autres que celles qui sont d’ores et déjà possibles s’agissant de l’assistance au suicide. En usant de l’ensemble des moyens d’action qui s’offrent en matière de lutte contre les abus dans le domaine en question, les autorités feront également et efficacement obstacle au phénomène du tourisme de la mort.*

## Table des matières

<b>1.</b>	<b>POINT DE DÉPART ET MANDAT .....</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>DÉFINITIONS ET QUALIFICATION JURIDIQUE.....</b>	<b>8</b>
2.1	Assistance au décès (euthanasie).....	8
2.1.1	Euthanasie active directe.....	9
2.1.2	Euthanasie active indirecte.....	9
2.1.3	Euthanasie passive.....	9
2.2	Assistance au suicide et « tourisme de la mort » .....	10
2.2.1	Assistance au suicide .....	10
2.2.2	« Tourisme de la mort ».....	11
2.3	Accompagnement des mourants, médecine et soins palliatifs .....	11
<b>3</b>	<b>DÉBAT POLITIQUE ET POSITION DES MILIEUX PROFESSIONNELS .....</b>	<b>11</b>
3.1	Au niveau fédéral.....	11
3.2	Organes spécialisés .....	13
3.2.1	ASSM.....	13
3.2.2	CNE 15 .....	
3.3	Au niveau cantonal et communal.....	16
3.4	Opinion publique.....	18
<b>4.</b>	<b>EUTHANASIE ACTIVE INDIRECTE ET EUTHANASIE PASSIVE .....</b>	<b>19</b>
4.1	Situation politique .....	19
4.2	Euthanasie passive.....	20
4.2.1	Situation juridique .....	20
4.2.2	Marge de manœuvre en vue de l'établissement d'une législation fédérale.....	21
4.3	Euthanasie active indirecte.....	22
4.3.1	Situation juridique .....	22
4.3.2	Marge de manœuvre en vue de l'établissement d'une législation fédérale.....	23
4.4	Possibilités de légiférer.....	23
4.5	Avantages et inconvénients.....	25
4.6	Conclusions .....	26
<b>5.</b>	<b>MEDECINE ET SOINS PALLIATIFS .....</b>	<b>29</b>
5.1	Définition.....	29
5.2	Situation actuelle .....	30
<b>5.2.1</b>	<b>Accès de la population aux soins palliatifs .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Formation et perfectionnement professionnel .....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Directives.....</b>	<b>31</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Financement.....</b>	<b>31</b>
5.3	Marge de manoeuvre des pouvoirs publics .....	32
<b>5.3.1</b>	<b>Confédération .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Cantons .....</b>	<b>34</b>
5.4	Conclusion .....	35
<b>6.</b>	<b>ASSISTANCE AU SUICIDE, ORGANISATIONS D'ASSISTANCE AU SUICIDE, ET TOURISME DE LA MORT .....</b>	<b>35</b>
6.1	Le point de la situation.....	36
<b>6.1.1</b>	<b>Données statistiques.....</b>	<b>36</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Le « tourisme de la mort » : comment se pratique-t-il ? .....</b>	<b>37</b>
<b>6.1.3</b>	<b>Droit comparé .....</b>	<b>38</b>
<b>6.1.4</b>	<b>Dispositions légales régissant l'assistance au suicide en Suisse .....</b>	<b>40</b>
6.2	Analyse des problèmes .....	41

<b>6.2.1</b>	<b>Risques d'abus</b> .....	41
<b>6.2.2</b>	<b>Charges occasionnées à la collectivité</b> .....	43
<b>6.2.3</b>	<b>Nuisances causées par l'exploitation des « mouirois »</b> .....	44
<b>6.2.4</b>	<b>Image de marque de la Suisse</b> .....	44
<b>6.2.5</b>	<b>Synthèse</b> .....	45
<b>6.3</b>	<b>Marge de manoeuvre des cantons</b> .....	46
<b>6.4</b>	<b>Mesures législatives au niveau fédéral</b> .....	46
<b>6.4.1</b>	<b>Révision de l'art. 115 CP</b> .....	47
<b>6.4.2</b>	<b>Loi concernant la surveillance des organisations d'assistance au suicide</b> .....	48
<b>6.4.3</b>	<b>Compléter la loi fédérale sur les stupéfiants</b> .....	51
<b>6.4.4</b>	<b>Instauration d'une curatelle en matière de suicide</b> .....	52
<b>6.5</b>	<b>Conclusions</b> .....	54
<b>6.5.1</b>	<b>Les faits</b> .....	54
<b>6.5.2</b>	<b>Problèmes et amorces de solutions</b> .....	54
<b>6.5.3</b>	<b>Nécessité de légiférer au niveau fédéral ?</b> .....	55
<b>7.</b>	<b>SYNTHÈSE FINALE DES RÉSULTATS ET CONSÉQUENCES POUR LA CONFÉDÉRATION</b> .....	<b>56</b>
<b>7.1</b>	<b>Euthanasie active indirecte et euthanasie passive</b> .....	<b>56</b>
<b>7.2</b>	<b>Médecine palliative et soins palliatifs</b> .....	<b>57</b>
<b>7.3</b>	<b>Assistance au suicide et « tourisme de la mort »</b> .....	<b>57</b>
<b>7.4</b>	<b>Conséquences pour la Confédération</b>	

## 1. Point de départ et mandat

La motion 03.3180 « Euthanasie et médecine palliative », de la Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats (CAJ-E), que l'Assemblée fédérale a transmise en mars 2004, charge le Conseil fédéral de soumettre des propositions en vue d'une réglementation législative de l'euthanasie active indirecte et de l'euthanasie passive, ainsi que de prendre des mesures pour promouvoir la médecine palliative. Par ailleurs, le 16 juin 2005, le groupe radical-libéral a déposé la motion 05.3352 « Euthanasie. Travaux d'experts », par laquelle il invite le Conseil fédéral à poursuivre les travaux d'experts en vue de la production d'un rapport concernant l'assistance au décès et à soumettre au Parlement le dossier correspondant pour décembre 2005.

Pour évaluer la nécessité de légiférer, le chef du Département fédéral de justice et police (DFJP) a institué, à l'automne 2004, un groupe de travail interne à l'administration. Ce groupe de travail a été chargé, dans un premier temps, de se pencher sur les problèmes liés au phénomène dit du « tourisme de la mort », qui se posent avec une acuité particulière. Après des discussions avec des experts internes et externes, l'étude s'est élargie et développée jusqu'au printemps 2006, pour déboucher sur le présent rapport, qui traite désormais de l'ensemble des thèmes cités dans la motion « Euthanasie et médecine palliative ».

La question qui se trouve au cœur de ce rapport est celle de l'opportunité de légiférer – dans un premier temps au niveau fédéral – en matière d'euthanasie active indirecte et d'euthanasie passive, en matière d'assistance au suicide et de « tourisme de la mort », ainsi qu'en vue d'instituer des mesures de promotion de la médecine palliative.

## 2. Définitions et qualification juridique

Il convient, tout d'abord, de définir les notions liées à l'euthanasie au sens large (y compris l'assistance au suicide) et à la médecine palliative et de les qualifier du point de vue juridique.

### 2.1 Assistance au décès (euthanasie)

L'assistance au décès est toujours un *homicide*, c'est-à-dire que la maîtrise de l'acte n'appartient pas à la personne qui souhaite mourir, mais à un tiers. Il suffit en principe, pour qu'il y ait assistance au décès, que l'acte ait pour résultat de *hâter la survenance du décès* au sens d'une causalité dépassante. La doctrine distingue l'euthanasie active de l'euthanasie passive.



### 2.1.1 Euthanasie active directe

L'*homicide direct volontaire d'une tierce personne* (par ex. par l'administration d'une injection ou d'une substance létale) est punissable en droit suisse, même s'il survient à la demande expresse d'une personne atteinte d'une maladie incurable désirant abréger ses souffrances. Il s'agit de l'euthanasie dite directe et active<sup>1</sup>. Cette forme d'« assistance » au décès est considérée, selon la doctrine pénale, comme un homicide au sens des art. 111 et suivants du code pénal suisse (CP ; RS 311.0).

Le meurtre sur demande de la victime (art. 114 CP) est traité de manière privilégiée par rapport au meurtre (art. 111 CP), puisque la quotité de la peine (emprisonnement d'une durée de trois jours à trois ans au plus ; cf. art. 36 CP) tient compte du fait que *l'homicide a lieu sur la demande sérieuse et instante* de la personne à qui la mort est donnée. En outre, l'application de cette quotité privilégiée présuppose que, d'un point de vue subjectif, l'auteur ait agi *en cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié*<sup>2</sup>. Dans certains cas, ce traitement privilégié peut même être supplanté par une exemption de peine au motif que l'auteur a déjà été atteint par les conséquences de son acte (art. 66<sup>bis</sup> CP).

### 2.1.2 Euthanasie active indirecte

D'un point de vue légal, *l'administration de substances visant à soulager les souffrances*, telles que la morphine, est admise, même si ces substances peuvent avoir, outre leur effet palliatif, c'est-à-dire qui atténue les symptômes de la maladie, *l'effet secondaire* – indésirable (!) – de *raccourcir la durée de la vie*<sup>3</sup>. On parle, dans ce cas de figure, d'euthanasie active indirecte. Comme cette action a pour effet de hâter l'instant du décès, elle devrait être considérée, selon les règles générales de causalité, comme un homicide (à ce sujet, cf. infra ch. 4.3.1). C'est la raison pour laquelle il ne faut recourir à ce type d'intervention qu'en dernière extrémité, et uniquement lorsqu'il n'existe aucun autre moyen moins radical d'atténuer les souffrances.

### 2.1.3 Euthanasie passive

La *renonciation à la mise en œuvre de mesures de maintien de la vie* (par ex. la respiration artificielle, l'alimentation par sonde ou l'administration de médicaments) ou *l'interruption de ces mesures* est également *admissible, sous certaines conditions*. On parle, dans ce cas, d'euthanasie passive, puisqu'elle se caractérise par la renonciation à une intervention (à ce sujet, cf. infra ch. 4.2.1). Il est laissé libre cours au processus de fin de vie, en dépit de possibilités d'intervention, si la

<sup>1</sup> Cf. par exemple Christian Schwarzenegger, in: Niggli/Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar Strafgesetzbuch II, Basel etc. 2003, N° 20 ss précédant l'art. 111.

<sup>2</sup> La loi se réfère ainsi à l'art. 64, par. 2, CP. Cet élément subjectif désormais constitutif d'un traitement privilégié n'a été ajouté à l'art. 114 que dans le cadre de la révision du CP de 1989 (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1990). A ce sujet, cf. le message du 26 juin 1985 concernant la modification du code pénal et du code pénal militaire (infractions contre la vie et l'intégrité corporelle, les mœurs et la famille), FF 1985 II 1021, 1036.

<sup>3</sup> Selon les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie », approuvées par le sénat de l'ASSM le 25.11.2004, [http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d\\_RL\\_Sterbehilfe.pdf](http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_Sterbehilfe.pdf), le médecin doit soulager les douleurs et souffrances, même si, dans certains cas, cela peut avoir une influence sur la durée de la vie (raccourcissement ou prolongation), ch. 3.1.

personne concernée ou son représentant légal le souhaite<sup>4</sup>. La question est controversée de savoir s'il s'agit véritablement, dans ce cas, d'assistance au décès ou d'euthanasie (du grec : « mort douce »). Dans ce domaine, le désir de mourir du patient bénéficie de la protection des droits fondamentaux (droit à l'autodétermination)<sup>5</sup>.

## 2.2 Assistance au suicide et « tourisme de la mort »

### 2.2.1 Assistance au suicide

Dans le cas de l'assistance au suicide – contrairement aux cas d'assistance au décès décrits ci-dessus – la *maîtrise de l'acte* appartient à la *personne qui souhaite mourir*. Cette dernière accomplit elle-même le geste qui entraîne la mort, en ayant pleinement conscience de son caractère fatal. *Si elle n'a pas conscience des conséquences de son geste* – par exemple en raison d'une incapacité de discernement – il ne s'agit pas d'un suicide, *mais d'un homicide punissable* (cf. supra ch. 2.1.1).

L'aide que proposent les organisations d'assistance au suicide consiste, la plupart du temps, à prescrire et à fournir une dose létale d'un stupéfiant dans le but de permettre à une personne souhaitant mettre fin à ces jours de se suicider. L'assistance au suicide peut cependant aussi se limiter à apporter un soutien psychique à la personne désirant mettre fin à ces jours, en vue du but qu'elle poursuit.

Contrairement à l'homicide, l'assistance au suicide n'est pas punissable de manière générale, mais seulement dans certaines circonstances. L'art. 115 CP (incitation et assistance au suicide) prévoit que « celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement ».

Dans la jurisprudence suisse, l'assistance au suicide fournie par des *organisations* telles que EXIT et DIGNITAS n'a jamais, à ce jour, fait l'objet d'une condamnation pénale (à ce sujet, cf. infra ch. 6.2.1), parce qu'un mobile égoïste au sens de l'art. 115 CP faisait toujours défaut, ou que l'existence d'un tel mobile n'a jamais pu être prouvée. Dans le langage de ces organisations, l'assistance au suicide est souvent désignée par le terme d'« assistance au décès » (ou d'aide à

---

<sup>4</sup> Lorsque la personne concernée ne peut plus être consultée parce qu'elle n'est plus capable de discernement, ses dispositions de fin de vie peuvent fournir une indication de sa volonté. S'il n'y a ni représentant légal, ni personne de confiance ou si, en situation d'urgence, il n'est pas possible de les consulter, le médecin, le personnel soignant et les thérapeutes doivent prendre leur décision dans l'intérêt bien compris de la personne concernée et selon sa volonté présumée. Pour les mineurs, c'est, en principe, la volonté du représentant légal qui prévaut. Pour les décisions qui engagent la vie du patient, l'autorité de tutelle doit être consultée si aucun consensus ne peut être trouvé avec les parents ou le représentant légal. Cf. les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), « Traitement et prise en charge des patients souffrants d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée », approuvées par le sénat de l'ASSM le 27 novembre 2003 (lien: [http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d\\_RL\\_PVS.pdf](http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/d_RL_PVS.pdf)), ch. 2.

<sup>5</sup> Le désir du patient qui souhaite que son médecin mette fin à ses jours est en revanche limité par l'interdiction de l'homicide. A ce sujet, cf. Jörg Paul Müller, Grundrechte in der Schweiz, 3. Aufl. Bern 1999, p. 59 ss, 61.

l'« autodélivrance »). On parle aussi couramment d'organisations d'assistance au décès, ce qui éveille l'impression, erronée, qu'il ne s'agit pas seulement d'assistance au suicide, mais également d'homicides, qui restent, en principe, punissables en Suisse (cf. supra ch. 2.1.1).

### 2.2.2 « Tourisme de la mort »

Le phénomène dit du « tourisme de la mort » constitue un cas particulier d'assistance au suicide. Depuis quelques années, certaines organisations suisses d'assistance au suicide (notamment DIGNITAS<sup>6</sup>) offrent également leurs services à des *personnes provenant de l'étranger*, c'est-à-dire qui ne sont pas domiciliées en Suisse. Ces personnes souhaitant mourir viennent de pays dans lesquels, contrairement à la Suisse, l'assistance au suicide est interdite (cf. infra ch. 6.1.3). Elles viennent en Suisse pour mettre fin à leurs jours avec l'aide qui leur est proposée, de manière légale (cf. infra ch. 6.1.2). Le terme de « tourisme de la mort » s'est répandu en Suisse pour décrire ce phénomène. Puisque, comme nous l'avons dit, il s'agit de *cas d'assistance au suicide* – et non d'assistance au décès – il serait plus exact de parler de « *tourisme du suicide* ».

## 2.3 Accompagnement des mourants, médecine et soins palliatifs

La médecine palliative et les soins palliatifs sont un accompagnement vers la mort par un soutien médical et une prise en charge des personnes en fin de vie, même si les mesures qui sont prises peuvent, dans certains cas, avoir comme effet secondaire de raccourcir la durée de la vie. La réglementation juridique de la médecine palliative relève du droit de la santé (cf. les remarques détaillées au ch. 5).

L'accompagnement des personnes en fin de vie n'a *pas de conséquences sur le plan pénal*.

## 3 Débat politique et position des milieux professionnels

Le thème de l'assistance au décès, au sens large, et de sa réglementation occupe les politiques, les associations spécialisées et l'opinion publique depuis déjà plusieurs années. Les interventions parlementaires appelant à légiférer dans ce domaine couvrent toute la gamme des possibilités, de la libéralisation et de la facilitation de l'assistance au décès jusqu'à la restriction ou l'interdiction pure et simple. Dans ces circonstances, il n'est pas aisé de déterminer quelle orientation la législation doit prendre.

### 3.1 Au niveau fédéral

Au niveau fédéral, le débat politique sur la problématique globale de l'*assistance au décès* s'intéresse aux divers aspects de la fin de la vie. En font partie des thèmes

---

<sup>6</sup> L'association « DiGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben » a été fondée le 17 mai 1988 à Forch ZH. Selon ses statuts, l'organisation a pour but d'assurer à ses membres de pouvoir vivre, mais aussi mourir dans la dignité et de propager ces valeurs auprès d'autres personnes. Pour plus d'informations (en allemand), cf. <http://www.dignitas.ch/we/seite02.htm>.

comme les différentes formes d'euthanasie (active directe, active indirecte et passive), l'assistance au suicide et le tourisme de la mort qui y est lié, ou encore l'accompagnement vers la mort et la médecine palliative. Les droits des patients doivent également être mentionnés dans ce contexte<sup>7</sup>.

S'agissant de l'*euthanasie active directe*, tant le Parlement que le Conseil fédéral ont toujours refusé, à ce jour, d'assouplir l'interdiction de l'homicide. Le Conseil fédéral l'a fait clairement dans le rapport qu'il a présenté, en juillet 2000, pour donner suite au postulat Ruffy<sup>8</sup>, dans son avis de novembre 2001 sur la motion Zäch<sup>9</sup> et enfin, en décembre 2001, lors de l'examen de l'initiative parlementaire Cavalli<sup>10</sup>.

La motion de la Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats « Euthanasie et médecine palliative »<sup>11</sup> et celle du groupe radical-libéral<sup>12</sup> « Euthanasie. Travaux d'experts » demandent une réglementation de l'*euthanasie active indirecte* et de l'*euthanasie passive*, ainsi que des mesures de promotion de la médecine palliative.

S'agissant de la *médecine palliative*, il faut encore mentionner la motion Rossini, les interpellations Bortoluzzi et Gross, ainsi que la motion Menétrey-Savary<sup>13</sup>.

---

<sup>7</sup> L'avant-projet de révision du droit de la tutelle, de juin 2003, prévoit d'introduire dans la législation fédérale des règles spécifiques pour la représentation des personnes incapables de discernement dans le domaine médical (art. 434 ss, AP-CC). Les propositions, ainsi que les résultats de la consultation, peuvent être consultés à l'adresse suivante :

<http://www.bj.admin.ch/bj/fr/home/dokumentation/medieninformationen/0/2004/7.html>

<sup>8</sup> Le rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffy 94.3370 « Assistance au décès. Adjonction au Code pénal suisse » peut être consulté à l'adresse suivante :

<http://www.bj.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0004.File.tmp/ber-ruffy-f.pdf>. Il se base sur le rapport du groupe de travail « Assistance au décès », à l'attention du DFJP, de mars 1999, qui peut être consulté à l'adresse suivante :

<http://www.bj.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0002.File.tmp/b-bericht-f.pdf>. Dans son rapport, le Conseil fédéral rejette également l'exception, formulée de manière très restrictive, à la punissabilité de l'euthanasie active telle que l'avait proposée une majorité du groupe de travail « Assistance au décès », en expliquant qu'une telle exception équivaudrait à un assouplissement de l'interdiction de l'homicide et constituerait la rupture d'un tabou profondément ancré dans notre culture chrétienne (loc. cit., p. 15).

<sup>9</sup> Motion Zäch 01.3523 « Euthanasie. Combler les lacunes de la loi au lieu d'autoriser l'homicide », avis du Conseil fédéral du 14 novembre 2001. Cette motion a été transmise le 17 juin 2003 sous forme de postulat des deux conseils.

<sup>10</sup> Initiative parlementaire Cavalli 00.441 « Caractère répréhensible de l'euthanasie active. Nouvelles dispositions »

<sup>11</sup> Motion CAJ-E 03.3180 « Euthanasie et médecine palliative ». Le Conseil fédéral a aussi souligné, dans son rapport donnant suite au postulat Ruffy (note 8), qu'il était impératif d'exploiter les ressources de la médecine et des soins palliatifs et qu'il fallait tout mettre en œuvre – à l'occasion de réformes législatives dans le domaine de la santé publique – pour les promouvoir et les développer. En outre, le Conseil fédéral s'est prononcé en faveur d'une réglementation explicite de l'euthanasie passive et de l'euthanasie active indirecte (loc. cit., p. 14). A ce sujet, cf. également l'avis du Conseil fédéral sur la motion Zäch (note 9).

<sup>12</sup> Motion du groupe radical-libéral 05.3352 « Euthanasie. Travaux d'experts ». Le 23 septembre 2005, le Conseil fédéral s'est déclaré prêt à accepter la motion.

<sup>13</sup> Motion Rossini 00.3342 « Financement des soins palliatifs », transmise le 6 octobre 2000 sous forme de postulat ; Interpellation Bortoluzzi 00.3668 « Renforcer les soins palliatifs » ; Interpellation Gross 03.3341 « Médecine palliative. Structures d'aide aux personnes en fin de vie » ; Motion Menétrey-Savary 03.3405 « Enseignement de la problématique de l'assistance au suicide en faculté de médecine ». Cf. également Interpellation Gutzwiller 05.3593 « Nombre de patients souffrant de douleur chronique. Est-il nécessaire d'agir? » et la réponse du Conseil fédéral du 23 novembre 2005.

Deux autres motions de 2002<sup>14</sup> demandent une modification de l'art. 115 CP (Incitation et assistance au suicide). Ces interventions déplorent une situation insatisfaisante sur plusieurs plans : elles dénoncent, notamment, qu'une *assistance au suicide* serait fournie, sans examen sérieux, à des personnes atteintes de troubles psychiques, que la délimitation entre l'art. 115 CP et l'art. 114 CP (meurtre sur demande de la victime) n'est pas suffisamment claire et qu'un nombre croissant de ressortissants de pays étrangers, dans lesquels l'assistance au suicide et les organisations d'assistance au suicide sont interdites, viennent en Suisse pour mettre fin à leurs jours, ce qui est indigne de notre pays.

Les propositions avancées pour remédier à cette situation sont aussi nombreuses que variées : introduction de l'obligation d'avoir un domicile en Suisse, régime d'enregistrement et d'autorisation pour les organisations d'assistance au suicide ou au décès, interdiction de la publicité, constatation, par deux médecins indépendants l'un de l'autre, d'une volonté de mourir exprimée pendant une longue période et de la capacité de discernement de la personne souhaitant mettre fin à ses jours, ou encore suppression de l'absence d'un mobile égoïste comme élément constitutif de l'art. 115 CP, ce qui interdirait, sans exception, toute assistance au suicide. Ces deux motions ont été classées, faute d'avoir pu être traitées par le Parlement dans les délais prescrits. Enfin, lors de la session d'automne 2005, deux questions sur les *organisations d'assistance au suicide* ont été déposées au Conseil national<sup>15</sup>.

### 3.2 Organes spécialisés

Tant l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) que la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE) ont examiné de manière détaillée, en 2004 et en 2005, la problématique de l'accompagnement des patients en fin de vie, de l'assistance au suicide et également, en partie, du tourisme du suicide.

#### 3.2.1 ASSM

Les *directives médico-éthiques de l'ASSM* sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes, datant de 1995, ont été révisées en 2004 et republiées sous le titre « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie »<sup>16</sup>. L'objectif principal de ces nouvelles directives est de mettre en évidence les tâches, les possibilités et les limites de la prise en charge des patients en fin de vie. Les mesures que préconise l'ASSM doivent viser à soulager les souffrances et à offrir la meilleure qualité de vie possible aux patients concernés ainsi qu'un soutien à leurs proches.

On trouve dans ces directives les considérations suivantes sur la prise en charge palliative et sur l'abstention ou le retrait thérapeutique :

<sup>14</sup> Motion Vallender 02.3500 « Aide au suicide et tourisme du suicide » ; Motion Baumann 02.3623 « Interdire le tourisme du suicide en Suisse »

<sup>15</sup> Question Heim 05.5160 « Surveillance insuffisante des organisations prêtant assistance au suicide » ; question Wäfler 05.5174 « Associations d'assistance au décès. Exécution du droit pénal par les autorités judiciaire zurichoises ».

<sup>16</sup> Cf. note 3. A la fin de 2003, les « Directives médico-éthiques pour le traitement et la prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée » ont été publiées séparément. A ce sujet, cf. note 4.

La *prise en charge palliative* comprend l'ensemble des traitements médicaux et des soins, ainsi qu'un appui psychique, social et spirituel aux patients et à leurs proches, le but étant de soulager les souffrances et d'assurer la meilleure qualité de vie possible. Le médecin doit, dès lors, soulager les douleurs et souffrances, même si, dans certains cas, cela peut avoir une influence sur la durée de la vie (raccourcissement ou prolongation).

Une fois que le processus de la mort est engagé, la *renonciation à des mesures destinées à préserver la vie* ou la suspension de telles mesures peut être justifié, voire indiqué. Dans la prise de décision, des critères comme le pronostic, les bénéfices thérapeutiques prévisibles, ainsi que les contraintes liées à la thérapie proposée, jouent un rôle. Les mêmes considérations s'appliquent en principe aux nouveaux-nés, aux nourrissons et aux enfants en bas âge. Le fait qu'avec ces catégories de patients pédiatriques, on ne puisse pas se fonder sur une volonté présumée ou sur la personnalité, complique toutefois la prise de décision. Le recours à des mesures lourdes visant à maintenir les fonctions vitales doit donc dépendre du pronostic<sup>17</sup>.

Concernant l'*assistance au suicide*, les directives posent, dans un premier temps, que la mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. A ce titre, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être l'origine d'un désir de suicide. Les directives reconnaissent également, toutefois, que dans des situations aux confins de la vie et de la mort, le médecin peut se retrouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'aide au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale. D'autre part, le médecin doit toujours respecter la volonté du patient. Dans certains cas, et sous certaines conditions, le médecin peut donner suite à une demande d'assistance au suicide. Il a cependant aussi le droit de la refuser. Les supérieurs hiérarchiques ne peuvent exiger de leurs subordonnés qu'ils aident un patient en fin de vie à mettre fin à ses jours, ni même qu'ils soient impliqués dans le processus. Ils peuvent cependant le leur interdire formellement. A l'intérieur de ces limites, il s'agit d'une décision de conscience personnelle, qui doit être documentée et satisfaire aux exigences minimales suivantes :

- La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche.
- Des alternatives de traitement ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre.
- Le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.

Le dernier geste du processus entraînant la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même<sup>18</sup>.

<sup>17</sup> Cf. lesdites directives de l'ASSM (note 3), ch. 3.

<sup>18</sup> Cf. ASSM, « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie » (note 3), ch. 4.1 ; cf. également les directives et recommandations médico-éthiques de l'ASSM, « Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance », approuvées par le Sénat de l'ASSM le 18 mai 2004, ch. II.5.2 et III.5. Lien : [http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/f\\_RL\\_AeltereMensch 2004.pdf](http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/f_RL_AeltereMensch 2004.pdf).

Concernant les institutions de soins de longue durée, les directives et recommandations de l'ASSM sur le traitement et la prise en charge de personnes âgées en situation de dépendance stipulent que le personnel ne doit à aucun moment participer activement au suicide d'un résident<sup>19</sup>.

### 3.2.2 CNE

La CNE a publié, le 11 juillet 2005, une prise de position sur « L'assistance au suicide », dans laquelle on trouve *12 recommandations sur l'assistance au suicide*<sup>20</sup>.

La CNE commence par expliquer que les questions éthiques que pose l'assistance au suicide résultent d'un conflit d'exigences morales entre le devoir d'assistance aux personnes tentées par le suicide, d'une part, et le respect dû à l'autodétermination de la personne désirant mettre fin à ses jours, de l'autre (recommandation 1). Du point de vue éthique, l'assistance au suicide doit être distinguée du meurtre sur demande de la victime (recommandation 2).

L'approche fondamentalement libérale qui sous-tend la norme pénale sur l'assistance au suicide (art. 115 CP) ne devrait pas être remise en question. Le principe d'esprit libéral doit prévaloir, selon lequel la décision de la personne souhaitant mettre fin à ses jours et celle de celui qui l'assiste doivent être respectées, l'Etat n'ayant pas à s'en mêler (recommandations 3 et 5).

Un problème éthique particulier réside dans la manière de s'assurer qu'une vérification suffisante des informations pertinentes a été entreprise avec toute la diligence nécessaire et qu'une connaissance approfondie a été établie de la personne, des raisons qui l'amènent à vouloir mettre fin à ses jours, et de la permanence de ce désir (recommandation 4).

Du point de vue de l'éthique, il n'y a pas de raison d'exclure a priori les personnes provenant de l'étranger d'une assistance au suicide en Suisse, pour autant que, comme pour les personnes domiciliées ici, les conditions mentionnées dans la recommandation 4 soient remplies (recommandation 10).

La CNE approuve et exige une surveillance par l'Etat des organisations spécialisées dans l'assistance au suicide (recommandation 12), sur la base des considérations suivantes : parce que les personnes qu'elles assistent leur sont étrangères, les organisations d'aide au suicide pourraient être poussées à ne se préoccuper que du respect de l'autodétermination de la personne souhaitant mourir, en oubliant l'autre pôle du champ de tension qu'est l'assistance à personne en danger. Des dispositions juridiques sont ainsi nécessaires pour garantir que cet autre pôle soit pris en compte

---

<sup>19</sup> Cf. lesdites directives de l'ASSM (note 18), ch. III.5. Dans sa prise de position 1, l'Association suisse des infirmières et des infirmiers s'est aussi exprimée à ce sujet en déclarant que « la pratique du meurtre sur la demande de la victime et l'assistance au suicide ne font pas partie de la mission de la médecine et des soins infirmiers », Berne, mai 2005.

<sup>20</sup> Cf. ces recommandations dans le document de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE) « L'assistance au suicide », prise de position, N° 9/2005 ; approuvée par la commission le 27 avril 2005 ([http://www.nek-cne.ch/fr/pdf/br\\_suizid\\_f\\_internet\\_fr.pdf](http://www.nek-cne.ch/fr/pdf/br_suizid_f_internet_fr.pdf)), p. 63 ss. En 2004, la CNE avait déjà soumis à la discussion 10 thèses (cf. les informations à ce sujet en p. 6 du document précité).

de manière adéquate. Les règles que se donnent les organisations concernées ne suffisent pas (recommandation 5).

Une assistance au suicide ne devrait pas être fournie lorsque le désir de mourir est l'expression ou le symptôme d'une maladie psychique (recommandation 6)<sup>21</sup>. Concernant les enfants et les adolescent, les règles juridiques et éthiques admises en matière de soins de santé s'appliquent (recommandation 7)<sup>22</sup>.

Lorsqu'un résident d'une institution de soins de longue durée demande une assistance pour mettre fin à ses jours, et qu'il ne dispose pas d'un autre lieu de vie, il devrait pouvoir accomplir son geste en ce lieu, si cela est possible. Pour les hôpitaux de soins aigus, chaque institution devrait déterminer clairement si elle admet le suicide assisté dans ses murs ou non, et expliquer sa décision aux patients (recommandation 8).

Les professionnels de la santé ne devraient jamais être contraints de pratiquer l'assistance au suicide. S'ils choisissent de le faire, il doit s'agir d'une décision personnelle (recommandation 9).

### 3.3 Au niveau cantonal et communal

Au niveau cantonal et communal, le débat politique, ces dernières années, s'est focalisé sur la problématique de l'assistance au suicide et du tourisme de la mort. A ce jour, ce sont principalement les cantons de Zurich et d'Argovie qui sont concernés par ce dernier phénomène. Pour l'heure, la situation semble s'être quelque peu apaisée, du moins en Argovie. Selon leurs autorités politiques, ces deux cantons ont eu l'impression de devenir des « centres » du tourisme de la mort. Les organes de poursuite pénale et les membres des parlements cantonaux ont regretté l'absence de directives claires réglant les activités des organisations d'assistance au suicide. Des dysfonctionnements et des abus ont été constatés, concernant, notamment, la détermination et l'évaluation, par les organisations en question, de la capacité de discernement des personnes souhaitant mettre fin à leurs jours. Des velléités d'édicter des dispositions au niveau cantonal ont parfois été constatées (cf. par exemple la motion 04.168 Sylvia Flückiger-Bäni, du 22 juin 2004, concernant l'assistance au décès et l'abolition du tourisme de la mort dans le canton d'Argovie), mais des voix se sont également élevées en faveur d'une réglementation unique, au niveau fédéral, afin d'éviter de déplacer les problèmes vers d'autres cantons<sup>23</sup>.

Le 22 août 2005, le Grand Conseil du canton de Zurich a débattu de la question du tourisme de la mort. Un postulat émanant des rangs du parti évangélique et du PDC demandait une interdiction du tourisme de la mort dans le canton de Zurich ainsi que

<sup>21</sup> En 1999, EXIT (Deutsche Schweiz) a décrété un moratoire sur l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Le 10 novembre 2004, le comité de l'association a décidé d'assouplir ce moratoire et de poser, dans chaque cas, la question de la capacité de discernement de la personne concernée. A ce sujet, cf. le communiqué de presse suivant (*en allemand*) à l'adresse: [http://www.exit.ch/wDeutsch/aktuelles/archiv\\_2004/2004\\_11\\_12\\_64937145\\_meldung.php?navid=18](http://www.exit.ch/wDeutsch/aktuelles/archiv_2004/2004_11_12_64937145_meldung.php?navid=18)

<sup>22</sup> Une minorité de la CNE rejette l'assistance au suicide pour les enfants et les adolescents. Cf. le rapport de la CNE (note 20), p. 70.

<sup>23</sup>Cf. le communiqué de presse du canton d'Argovie (en allemand) du 1<sup>er</sup> juillet 2004, à l'adresse : <http://www.ag.ch/medien-mitteilungen/index.php?controller=Mitteilung&MitteilungsId=2656&navId=Medienmitteilungen> .



l'introduction d'un régime d'autorisation, assorti d'une obligation de formation, pour les personnes pratiquant l'assistance au suicide (postulat du 22 septembre 2003, KR-N° 288/2003). Le Conseil d'Etat était disposé à accepter le postulat. Dans ce contexte, il a rappelé qu'il n'existait pas d'obligation légale, pour les organisations d'assistance au suicide, de coopérer avec les autorités de poursuite pénale chargées d'enquêter sur les décès extraordinaires. Dans le canton de Zurich, quelque 150 personnes, dont une centaine de l'étranger, meurent chaque année avec l'aide d'une organisation d'assistance au suicide. Le Conseil d'Etat a ajouté que si la Confédération n'intervenait pas, c'est le canton qui devait agir. Le Grand Conseil a cependant refusé de transmettre le postulat, par 95 voix contre 49<sup>24</sup>.

En 1987, la ville de Zurich a interdit l'assistance au suicide, de manière générale, dans les hôpitaux et les foyers, médicalisés ou non, pour personnes âgées. En 2000, l'exécutif de la ville a réexaminé cette réglementation et décidé d'autoriser, sous certaines conditions, les organisations d'assistance au suicide à intervenir dans les homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux<sup>25</sup>. Auparavant, les résidents de ces institutions étaient contraints, lorsque c'était possible, de regagner leur domicile pour mettre fin à leurs jours avec l'assistance d'une organisation. C'est d'ailleurs toujours le cas des patients des hôpitaux de la ville de Zurich, dans lesquels l'interdiction du suicide assisté est toujours en vigueur. La visite de membres d'organisations d'assistance au suicide est, en revanche, admise<sup>26</sup>.

Le 17 octobre 2001, le Conseil municipal de la ville de Berne a édicté des directives concernant l'assistance au suicide avec l'aide de tiers dans les homes publics (« Richtlinien zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen », qui sont entrées en vigueur immédiatement. Selon ces directives, l'assistance au suicide avec

<sup>24</sup> Cf. le compte-rendu des débats du conseil, séance du 22 août 2005, dans la NZZ du 23 août 2005, N° 195, p. 53. En janvier 2004, le Conseil d'Etat zurichois a dû répondre, par ailleurs, à différentes questions concernant l'organisation d'assistance au suicide DIGNITAS. A ce sujet, cf. procès-verbal de la 33<sup>e</sup> séance du Grand Conseil zurichois, lundi 12 janvier 2004, 8h15, KR 2004, p. 2483-2492.

<sup>25</sup> Décision du 14 juillet 1987 : « Durchführung von Selbsttötungsaktionen » (*mise en œuvre d'actes de suicide*) et « Unterstützung solcher Massnahmen » (*soutien à de telles mesures*) ; Décision de l'exécutif de la ville de Zurich, du 25 octobre 2000, « Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements » (*désir de mettre fin à ses jours avec l'aide d'une organisation d'assistance au suicide dans les établissements du Département de la santé et de l'environnement*), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001. Cette décision est à l'origine de l'interpellation Bortoluzzi 00.3668 « Renforcer les soins palliatifs », du 13 décembre 2000.

<sup>26</sup> La secrétaire générale de l'Académie suisse des sciences médicales, Mme Margrit Leuthold, a publié, dans la NZZ des 19 et 20 novembre 2005, n° 271, p. 77, un article intitulé « Sterbewunsch in der Klinik » (*désir de mourir à la clinique*), dans lequel on trouve un récapitulatif complet, pour toute la Suisse, concernant l'accès des organisations d'assistance au suicide aux hôpitaux et aux homes. Elle y soutient que les hôpitaux de soins aigus devraient exposer clairement leur attitude par rapport au suicide assisté et la manière dont il convient de régler la question de l'accès des organisations d'assistance au suicide à leurs locaux. Le 6 février 2006, l'ASSM a publié sur sa page d'accueil sa prise de position sur ces sujets. Cf. ASSM : Pratique de l'assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus : position de l'ASSM. L'ASSM considère qu'en la matière chaque hôpital communique clairement et de manière transparente les règles qu'il applique et qu'en tout cas, il convient d'éviter que les établissements de soins aigus ne présentent l'assistance au suicide comme une prestation médicale supplémentaire qu'ils offrent. Selon une dépêche d'agence du 17 décembre 2005, l'Hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) est le premier de Suisse à accepter, à partir de 2006, l'assistance au suicide (avec l'aide d'EXIT-ADMD Suisse romande) ; cf. la NZZ du 19 décembre 2005, N° 296, p. 9. Par contre, l'Hôpital universitaire de Bâle refuse clairement de collaborer avec des organisations d'assistance au suicide, mais accorde une grande importance aux dispositions de fin de vie ; à ce sujet, cf. le compte-rendu paru dans la Basler Zeitung du 28 décembre 2005, N° 303, p. 13.

l'aide de tiers est, en principe, admise dans ces institutions, lorsque l'intéressé n'a plus de domicile propre. Il est interdit au personnel des homes de participer activement à la préparation ou à l'exécution d'un suicide (même assisté par des tiers), et en particulier de mettre en contact un patient avec une organisation d'aide au suicide. Les collaborateurs de l'établissement peuvent, cependant, être présents lors du suicide, si la personne qui met fin à ses jours le souhaite; toutefois cette présence est à bien plaie<sup>27</sup>.

Dans le canton d'Argovie, le Conseil d'Etat a rejeté, en octobre 2003, le recours d'un médecin qui s'était vu interdire de prescrire des stupéfiants à titre de médicaments. Ce médecin avait, en effet, prescrit de manière de plus en plus fréquente des stupéfiants à l'attention d'organisations d'assistance au suicide. Le Conseil d'Etat a estimé que les certificats médicaux ne répondaient pas aux exigences légales et que le médecin en question négligeait les devoirs de protection envers ses patients, qu'il ne soumettait pas à un examen approfondi<sup>28</sup>.

Le 26 mai 2004, la Direction de la santé du canton de Zurich a retiré à un médecin son autorisation de pratiquer la médecine en qualité d'indépendant. Dans le cadre de ses activités, il avait examiné un patient pour le compte d'une organisation d'assistance au suicide, rédigé un rapport et, enfin, établi une ordonnance pour une dose létale de natrium pentobarbital (NAP), violant, par cette démarche, une interdiction de traiter des patients masculins qui lui avait été signifiée antérieurement<sup>29</sup>.

### 3.4 Opinion publique

Le thème le plus discuté par l'opinion publique est également celui de l'assistance au suicide, en raison de plusieurs cas, ces dernières années, de pratiques discutables de la part de certaines organisations d'assistance au suicide (en particulier concernant les relations publiques à l'étranger). C'est le tourisme de la mort qui a suscité les discussions les plus nourries<sup>30</sup>. La question s'est posée de savoir si ce phénomène constitue une menace pour la réputation internationale de la Suisse – ne serait-ce qu'en raison de la différence de situation au plan juridique entre la Suisse et les autres pays, ou parce qu'il est supposé que d'aucuns profitent, peut-être abusivement, du régime juridique libéral qui prévaut en Suisse. Des voix se sont élevées publiquement, notamment dans le canton de Zurich, lequel est

<sup>27</sup> Ces directives (en allemand) peuvent être consultées à l'adresse suivante : <http://www.bern.ch/stadtverwaltung/bss/av/alterspolitik>. L'assistance au suicide avec l'aide de tiers n'est pas autorisée dans les cas de figure suivants :

- L'intéressé a pris la décision de mettre fin à ses jours sous la pression d'autrui.
- La capacité de discernement de la personne souhaitant mourir est diminuée.
- La personne souhaitant mourir souffre d'une maladie psychique.

<sup>28</sup> Communiqué de presse du 21 octobre 2003 du Conseil d'Etat du canton d'Argovie (en allemand).

<sup>29</sup> Le Tribunal administratif de Zurich et le Tribunal fédéral ont successivement rejeté, par la suite, les recours interjetés par le médecin concerné. Cf. l'arrêt du Tribunal fédéral 2P.310/2004, du 18 mai 2005.

<sup>30</sup> A titre d'exemples du débat public, cf. le reportage « Fahrkarte – ganz einfach » dans le magazine d'information « Facts », N° 36, du 8 septembre 2005, p. 16 ss, ainsi que l'éditorial « Selbstbestimmung am Ende des Lebens », dans la NZZ des 12/13 novembre 2005, N° 265, p. 53. Ludwig A. Minelli a publié un article d'opinion sur la question, sous le titre « Absichtliche Fehlinformationen gegen DIGNITAS in Medien », qui peut être consulté à l'adresse suivante (en allemand) : <http://www.dignitas.ch/we/media/Fehlinformationen.pdf>.

particulièrement touché par le phénomène du tourisme de la mort, pour exiger l'adoption d'une réglementation fédérale sur les activités des organisations d'assistance au suicide<sup>31</sup>.

L'acuité de la situation concernant l'assistance au suicide et le tourisme de la mort avait quelque peu relégué au second plan la discussion de fond sur l'assistance au décès et la question de la nécessité de légiférer à l'échelon fédéral. Au printemps 2005, le cas de l'Américaine Terri Schiavo, se trouvant dans un coma vigile, a cependant ranimé le débat partout dans le monde, et donc aussi en Suisse<sup>32</sup>.

## 4. Euthanasie active indirecte et euthanasie passive

### 4.1 Situation politique

Dans son rapport de l'an 2000 donnant suite au postulat Ruffy, le Conseil fédéral avait - pour la première fois et contrairement au point de vue qu'il avait jusqu'alors résolument soutenu - fait sienne l'opinion du groupe de travail « Assistance au décès », qui s'était prononcé en faveur d'une réglementation explicite de l'euthanasie passive et de l'euthanasie active indirecte<sup>33</sup>. Il avait motivé cette position en expliquant que ces deux formes d'assistance au décès sont considérées, aujourd'hui déjà, comme admissibles, mais ne sont traitées que dans les directives pertinentes de l'ASSM. Etant donné que l'euthanasie touche à la vie, qui est le bien juridique suprême, sa réglementation devrait intervenir par le fait du législateur, qui jouit de la légitimité démocratique, et non laissée à l'appréciation des sciences médicales. Une législation claire aurait l'avantage, par ailleurs, de garantir l'égalité de traitement et la

<sup>31</sup> Le manque d'une réglementation au niveau fédéral instituant un régime d'autorisation avec formation obligatoire pour les personnes pratiquant l'assistance au suicide a été qualifié de « scandaleux » par la NZZ, compte tenu du fait que des interventions parlementaires en ce sens sont pendantes au DFJP depuis longtemps (cf. la NZZ des 12/13 novembre 2005, N° 265, p. 53). Cependant, les interventions déposées aux Chambres fédérales spécifiquement en vue de soumettre les organisations d'assistance au suicide à une réglementation ad hoc ont toutes été classées, faute d'avoir pu être traitées dans les délais prescrits (à ce sujet, cf. supra ch. 3.1). Peu de temps auparavant, le Grand Conseil zurichois avait refusé de transmettre un postulat qui demandait l'interdiction du tourisme de la mort et l'introduction d'une réglementation cantonale pour les personnes pratiquant l'assistance au suicide (à ce sujet, cf. supra ch. 3.3).

<sup>32</sup> Cf. l'article de la NZZ du 23 mars 2005, N° 69, p. 15, « Ein Fall Schiavo ist auch bei uns möglich, Erfahrungen mit der Betreuung von Wachkoma-Patienten ». Le 22 mars 2005, l'ASSM, pour sa part, a publié une prise de position sous le titre : « Le cas Terri Schiavo : Comment agirait-on en Suisse ? » Ce document explique que les patients dans un coma vigile ne sont pas mourants, mais dans un état stable, sans doute irréversible. Selon les directives de l'ASSM « Traitement et prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée » (note 4), ces patients ont droit à une prise en charge adéquate, qui comprend également l'apport de liquide et de nourriture. Sauf volonté contraire exprimée directement ou indirectement, (quelle que soit la manière dont cette volonté s'exprime ou la personne qui la recueille) un patient cliniquement stable doit continuer d'être nourri et hydraté correctement. L'apport de liquide et d'alimentation ne peut être interrompu que si le patient a rédigé des dispositions de fin de vie claires à cet effet. Ni le conjoint, ni les parents, ni d'autres proches, ni le médecin traitant ne peuvent prendre cette décision en lieu et place du patient. Ce n'est que lorsque des complications surviennent que les proches peuvent décider, conjointement avec l'équipe soignante, de renoncer à une mesure thérapeutique au profit de soins visant simplement à soulager les souffrances, pour autant que cela corresponde à la volonté présumée du patient. Cette prise de position (*en allemand uniquement*) peut être consultée à l'adresse suivante : <http://www.samw.ch/docs/Stellungnahmen/TerriSchiavo.pdf>.

<sup>33</sup> Cf. les sources des rapports du groupe de travail et du Conseil fédéral dans la note 8.

sécurité du droit, tout en offrant l'occasion de combler une lacune et d'adapter le droit à la réalité des faits<sup>34</sup>.

Dans les chiffres qui suivent, nous examinerons la nécessité de légiférer en matière d'euthanasie passive et d'euthanasie active indirecte, compte tenu des mentalités actuelles. Ces deux formes d'assistance au décès sont traitées séparément, car la situation juridique actuelle n'est pas la même dans les deux cas de figure.

## 4.2 Euthanasie passive

### 4.2.1 Situation juridique

Il est question d'euthanasie passive lorsque l'on renonce à la mise en œuvre de mesures de préservation de la vie ou que de telles mesures sont interrompues, pour laisser libre cours au processus de la mort<sup>35</sup>.

L'euthanasie passive a une très grande importance en Suisse. Par comparaison avec cinq pays de l'UE (Suède, Danemark, Pays-Bas, Belgique et Italie) la Suisse est l'endroit où cette forme d'assistance au décès est la plus souvent pratiquée. Le pourcentage des décès survenant suite à un processus d'euthanasie passive est de 41 % en Suisse, de 30 % aux Pays-Bas et de 6 % en Italie<sup>36</sup>.

L'homicide par omission<sup>37</sup>, tel que l'on pourrait qualifier l'euthanasie passive selon la doctrine pénale, n'est punissable qu'à certaines conditions, qui valent également pour ce que l'on appelle les délits d'omission improprement dits ou de commission par omission. Dans ce genre de délits, une personne peut se voir imputer un résultat interdit par le code pénal (en l'espèce, la mort d'une personne au sens des art. 111 ss CP) dont elle n'a pas empêché la survenance<sup>38</sup>. La réalisation d'un délit de commission par omission doit être déterminée en fonction de l'obligation d'agir de l'auteur potentiel. Ce dernier doit ainsi avoir une obligation particulière d'agir (qui

<sup>34</sup> Cf. le rapport donnant suite au postulat Ruffy (note 8), p. 14 s.

<sup>35</sup> A ce sujet, cf. supra ch. 2.1.3. Selon les directives de l'ASSM « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie » (note 3), ch. III ad. 3.2, les mesures destinées à préserver la vie comprennent, en particulier, la réhydratation et l'alimentation artificielle, la respiration assistée et la réanimation cardiopulmonaire. En fonction de la situation, l'administration d'oxygène, une médication, une transfusion sanguine, une dialyse ou une intervention chirurgicale doivent également être discutées.

<sup>36</sup> Cf. l'article consacré à cette étude, menée d'octobre 2000 à septembre 2003, publié dans la NZZ du 3 octobre 2005, N° 230, p. 9. **Le taux de décès** attribués à une euthanasie passive englobe également ceux qui résultent d'une administration à haute dose d'opiacés (ce qui doit en réalité être considéré comme une euthanasie active indirecte). L'étude en question arrive à la conclusion que les médecins italiens, suédois et danois ressentent de manière plus prononcée que leurs collègues néerlandais, belges et suisses un devoir absolu de préserver la vie.

<sup>37</sup> Schwarzenegger (note 1), N° 24 précédent l'art. 111, considère l'interruption d'un traitement en cours comme une action et donc comme un geste relevant de l'*euthanasie active directe* qui, dans des cas exceptionnels (sur la base d'une pesée des intérêts fondée sur le droit constitutionnel) pourrait être considérée comme *conforme au droit* par l'existence d'un motif de justification transcendant la loi. Cf. également ses remarques très complètes sur l'euthanasie passive dans différents cas de figure, loc. cit., N° 21 ss.

<sup>38</sup> Ces conditions ont été établies par la jurisprudence, ce qui pose un problème du point de vue du principe de légalité (cf. message concernant la modification du code pénal suisse etc., du 21 septembre 1998, FF **1999** p. 1787, 1807). Par la modification du code pénal suisse du 13 décembre 2002, le Parlement a désormais intégré ces conditions dans la partie générale de ce code (art. 11 nCP) (cf. FF **2002** p. 7658, 7662). Cette modification du code pénal devrait entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

peut être fondée par une loi, un contrat ou encore la création d'un risque). *Lorsque l'auteur potentiel n'a pas d'obligation d'agir, les conditions d'un homicide par omission ne sont pas réunies.* L'euthanasie passive n'est donc pas punissable, dans la mesure où le médecin concerné – ou selon les cas une autre personne – n'a pas d'obligation d'agir<sup>39</sup>. En effet, l'obligation d'agir du médecin est fondée par un contrat (mandat). Lorsque ce mandat est révoqué, il n'y a plus d'obligation d'agir et donc plus de base pour la punissabilité d'un homicide par omission.

Lorsque c'est *le patient (capable de discernement !)* qui demande lui-même *expressément* que l'on renonce à mettre en œuvre ou que l'on interrompe un traitement, le médecin ne peut pas non plus être sanctionné pénalement pour omission, parce que le consentement du patient, nécessaire à une poursuite du traitement, fait clairement défaut. Dans de telles circonstances, le médecin interviendrait *de sa propre autorité et illicitement*<sup>40</sup>. La décision du patient de ne pas recourir à des traitements susceptibles de prolonger la vie, ou de les interrompre, bénéficie même d'une protection au titre de droit fondamental<sup>41</sup>. Il n'existe donc, sous cet angle, aucune marge de manœuvre pour une législation fédérale conforme à la constitution et que sous-tendrait un autre point de vue.

#### 4.2.2 Marge de manœuvre en vue de l'établissement d'une législation fédérale

En matière d'euthanasie passive, la marge de manœuvre en vue de l'établissement d'une législation fédérale se situe, d'une part, au niveau des *conditions dans lesquelles la décision du patient* de renoncer à un traitement ou de l'interrompre *peut être considérée comme juridiquement valable*, que cette décision soit prise à l'avance, dans une directive de fin de vie, ou pendant un traitement médical. Il est également possible, d'autre part, de légiférer sur la *question de savoir qui est habilité à décider de renoncer à un traitement, et sur la base de quels critères, lorsque le patient n'est pas, ou plus, en état de le faire lui-même.*

Les situations dans lesquelles le patient n'a pas la capacité de discernement lui permettant de décider de renoncer à un traitement ou de l'interrompre sont très diverses. A titre d'exemples, citons les patients dans le coma, les nouveaux-nés, les personnes atteintes de démence sénile ou souffrant de troubles psychiques. Le droit pourrait néanmoins énumérer ces situations et dire quelles règles s'appliquent impérativement dans chacune d'entre elles. *L'endroit idéal pour une réglementation détaillée de ce genre*, qui traiterait de la capacité de discernement et d'action, ainsi que des rapports de représentation, mais aussi du devoir d'information du médecin,

<sup>39</sup> Lorsqu'il y a obligation d'agir, il faut encore, pour que l'homicide par omission soit punissable, qu'il y ait un pouvoir d'agir (possibilité objective et subjective de mettre en œuvre la mesure de sauvetage) et qu'il soit (hautement) probable qu'en cas d'intervention la mort ne serait pas survenue, ou ne serait survenue qu'ultérieurement. Cf. les renvois dans Schwarzenegger (note 1), art. 111 N° 21 ss.

<sup>40</sup> Une intervention sans autorisation serait punissable, par exemple au titre de lésions corporelles simples (art. 123 CP). A ce sujet, cf. Karl-Ludwig Kunz, Sterbehilfe: Der rechtliche Rahmen und seine begrenzte Dehnbarkeit, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger (éditeur), Strafrecht, Strafprozessrecht und Menschenrechte, Festschrift für Stefan Trechsel zum 65. Geburtstag, Zürich etc. 2002, p. 613 ss, 620 s. Les directives de l'ASSM « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie » (note 3) posent que le respect de la volonté du patient capable de discernement est fondamental dans l'action médicale. C'est la raison pour laquelle un traitement médical contre la volonté exprimée du patient capable de discernement est inadmissible. Cela vaut également lorsque, du point de vue des tiers, cette volonté semble aller à l'encontre des intérêts bien compris du patient (loc. cit., ch. 2.1).

<sup>41</sup> Cf. Müller (note 5), p. 61.

ne serait pas tant le code pénal que le *code civil ou une loi spéciale* fondée sur la compétence de la Confédération de légiférer en matière de droit civil (art. 122, al. 1, Cst.).

Le *code pénal* se prêterait à une réglementation explicite des *conditions de non-punissabilité de l'euthanasie passive*. C'est d'ailleurs dans ce sens que va la proposition du groupe de travail « Assistance au décès »<sup>42</sup>.

## 4.3 Euthanasie active indirecte

### 4.3.1 Situation juridique

L'euthanasie active indirecte (par un acte) est la conséquence accessoire, involontaire mais inévitable, d'un traitement de la douleur administré à une personne mourante et qui raccourcit la durée de survie de celle-ci (raccourcissement de la vie comme effet secondaire d'un traitement palliatif)<sup>43</sup>. En application des règles générales de causalité, un tel acte devrait, dans les faits, être qualifié de meurtre<sup>44</sup>, puisque cette notion doit s'appliquer non seulement à l'homicide volontaire, mais également à un geste délibéré hâtant la survenance du décès. La non-punissabilité de ce type d'assistance au décès repose – selon les avis de doctrine – sur d'autres règles d'attribution des délits ou d'autres motifs de justification. Les arguments avancés sont que l'auteur n'a pas créé de risque interdit et donc que les éléments constitutifs de l'infraction au sens de l'art. 111 CP ne sont pas réunis<sup>45</sup>, ou que l'auteur, dont le geste réunit bel et bien les éléments constitutifs de l'infraction, a un motif de justification au sens de l'art. 32 CP (devoir professionnel du médecin de soulager les souffrances de son patient)<sup>46</sup>, ou encore que la justification de l'acte découle d'une pesée des intérêts selon les principes constitutionnels<sup>47</sup>.

<sup>42</sup> Cf. les renvois dans le rapport du groupe de travail « Assistance au décès » (note 8), p. 2. Le développement écrit de la motion Ruffy, assorti d'une proposition de loi formulant les conditions de la non-punissabilité au titre des art. 114 et 115 CP, est publié dans le BO 1996 N 362.

<sup>43</sup> Schwarzenegger (note 1), N° 25 précédant l'art. 111. Cf. également loc. cit. les références au fait qu'une partie de la doctrine exige, comme condition, que le raccourcissement de la vie lié au traitement de la douleur soit seulement probable et non certain – afin de délimiter l'euthanasie active indirecte de l'euthanasie active directe.

<sup>44</sup> L'acte est donc également considéré comme la cause du décès lorsqu'il ne fait qu'*accélérer* la survenance du résultat (tout homicide peut être considéré comme l'accélération d'un résultat qui doit avec certitude se produire, mais plus tard). Stefan Trechsel/Peter Noll, *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Allgemeine Voraussetzungen der Strafbarkeit*, 6<sup>e</sup> édition, Zurich 2004, p. 90.

<sup>45</sup> Selon la théorie de la pertinence, l'attribution objective du résultat échoue du fait que le risque de raccourcir la durée de la vie est considéré comme étant *autorisé*, au vu du principe socialement admis qu'il faut soulager les souffrances intolérables des mourants et améliorer ainsi la qualité de vie des personnes gravement malades. Une atténuation efficace des souffrances des personnes à l'agonie augmente leur qualité de vie, de sorte que le risque, lié au traitement, d'un raccourcissement de la durée de survie est autorisé. Cf. Kunz (note 40), p. 618 s.

<sup>46</sup> C'est la conception que le groupe de travail « Assistance au décès » a privilégiée dans son rapport. Cf. le rapport du groupe de travail (note 8), p. 43 s.

<sup>47</sup> C'est la thèse que défend Schwarzenegger (note 1), N° 25 précédant l'art. 111: En l'absence d'une réglementation légale, il paraît plus convaincant d'admettre un motif de justification en s'appuyant sur une pesée des intérêts réalisée sur la base du droit constitutionnel, selon lequel le droit à l'autodétermination et l'interdiction des traitements inhumains l'emporte exceptionnellement, s'agissant des malades en phase terminale souhaitant mourir, sur le devoir de préserver la vie, lorsqu'il n'existe pas d'autre moyen moins radical de combattre la douleur et que la suppression ou la

La non-punissabilité de l'euthanasie active indirecte – comme celle de l'euthanasie passive (cf. supra ch.4.2.1) – peut être inférée du code pénal, après un examen attentif ; elle découle également de l'application des principes généraux du droit pénal.

#### 4.3.2 Marge de manœuvre en vue de l'établissement d'une législation fédérale

S'agissant de la marge de manœuvre du législateur fédéral en vue de l'établissement d'une réglementation de l'euthanasie active indirecte, la situation se présente de la même façon que pour l'euthanasie passive. Le législateur pourrait régler explicitement, dans le code pénal, les conditions générales dans lesquelles le recours à un tel traitement contre la douleur n'est pas punissable. La *délimitation par rapport à l'euthanasie active (directe), qui est clairement punissable selon le droit actuel* (cf. supra ch. 2.1.1) et qui devrait le rester selon l'avis du Conseil fédéral (cf. infra ch. 4.4), constituerait certainement un défi particulier. Le législateur disposerait également d'une marge de manœuvre pour déterminer les conditions dans lesquels une décision peut, ou doit, être prise concernant le recours à cette forme de thérapie. Pour l'essentiel, on peut ici rappeler les points cités plus haut, au ch. 4.2.2. Pour l'euthanasie active indirecte, le devoir d'information du médecin joue un rôle encore plus important que pour l'euthanasie passive. Si l'effet prévisible de la renonciation à un traitement peut souvent être appréhendé sans difficulté par le profane en médecine, ce n'est en revanche plus le cas lorsqu'il s'agit d'un traitement contre la douleur. La mise en balance de la diminution des souffrances que le traitement permet d'espérer et du risque qu'il comporte de raccourcir la durée de la vie ne peut à l'évidence être correctement opéré sans un certain savoir médical.

#### 4.4 Possibilités de légiférer

Depuis 1985<sup>48</sup> le Conseil fédéral a plusieurs fois exprimé l'opinion que l'admissibilité de l'euthanasie passive dépendait à tel point des circonstances du cas d'espèce qu'il était impossible d'élaborer une norme générale qui soit satisfaisante et que la sécurité du droit qu'offrirait cette norme ne serait qu'apparente. Il incombe en fait au médecin de décider, à la lumière des circonstances du cas d'espèce, quelles mesures sont indispensables ou inutiles<sup>49</sup>. Lors des débats au Parlement sur la motion Ruffy, l'ancien chef du DFJP avait à nouveau exprimé ces doutes, en se demandant s'il était possible de parvenir à une solution législative sur l'assistance au décès ou s'il valait mieux laisser la question à l'appréciation de la science et à la responsabilité médicale<sup>50</sup>.

---

diminution des souffrances compense le raccourcissement de la vie. L'argument du conflit de devoirs (le devoir de préserver la vie se heurte au devoir de soulager les souffrances) serait également recevable. N'est justifié, toutefois, que le recours aux moyens nécessaires pour soulager les souffrances. A ce sujet, cf. Martin Schubarth, Kommentar zum schweizerischen Strafrecht, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Besonderer Teil, 1. Band: Delikte gegen Leib und Leben, Art. 111-136 StGB, Bern 1982, Systematische Einleitung, Rn. 40.

<sup>48</sup> Cf. le message concernant la modification du code pénal etc. du 26 juin 1985 (note 2), p. 1038.

<sup>49</sup> Le Conseil fédéral s'exprime également dans ce sens dans les réponses aux interpellations Eggly (93.3659) et Petitpierre (93.3672). Cf. les renvois dans le rapport donnant suite au postulat Ruffy (note 8), p. 14.

<sup>50</sup> Cf. BO 1996 N 362 - 368.

La question des possibilités qui s'offrent au législateur en matière d'assistance au décès et des limites de son action n'a, cependant, jamais encore été examinée de manière détaillée ni, partant, reçu de réponse<sup>51</sup>. Dans son rapport donnant suite au postulat Ruffy, le Conseil fédéral, examinant les avantages et les inconvénients d'une réglementation de l'euthanasie passive et de l'euthanasie active indirecte, soutenait qu'une législation claire aurait l'avantage de garantir *l'égalité de traitement et la sécurité du droit*. En revanche, il n'a pas manqué de relever les difficultés auxquelles donnerait lieu l'établissement d'une réglementation légale de cette matière complexe<sup>52</sup>. Pour sa part, le groupe de travail « Assistance au décès » avait renoncé à formuler un projet de loi concret et s'était contenté de fournir une ébauche de norme<sup>53</sup>. De l'avis du groupe de travail, une telle norme devrait trouver sa place dans le code pénal, puisque après l'interruption d'un traitement ou l'administration de certaines substances, la première question qui se pose est celle de l'applicabilité des normes du code pénal punissant l'homicide. C'est donc également dans ce texte que devraient être détaillées les conditions dans lesquelles ces actes ne sont pas punissables. Le groupe de travail a confirmé que l'euthanasie passive ne réunit pas les éléments constitutifs de l'homicide. Concernant l'euthanasie active indirecte, il a noté qu'il s'agissait typiquement d'un acte d'homicide que justifie, cependant, le devoir professionnel du médecin de soulager les souffrances du patient. Malgré ces prémisses différentes, le groupe de travail a proposé de régler les deux formes d'euthanasie dans une seule et même norme, qui pourrait être formulée comme suit :

**« Article 111<sup>bis</sup>: Actes non punissables**

<sup>1</sup> *N'agit pas de façon illicite celui qui interrompt ou renonce à entreprendre des mesures prolongeant la vie dans les cas suivants :*

- a. *lorsque l'intéressé, capable de discernement, le demande expressément ;*
- b. *lorsque l'intéressé, irrémédiablement atteint dans sa santé et proche de la mort, n'est plus en mesure de faire une telle demande et que l'interruption ou la renonciation aux mesures prolongeant la vie apparaît comme conforme à sa volonté présumée, compte tenu des circonstances actuelles, ainsi que de ses éventuelles déclarations de volonté antérieures ;*
- c. *lorsque l'intéressé, de l'avis du médecin et d'un spécialiste neurologue, est tombé dans un coma irréversible et qu'il y a lieu de penser que la renonciation à poursuivre ou à entreprendre des mesures prolongeant la vie correspond à sa volonté présumée, compte tenu des circonstances actuelles, ainsi que de ses éventuelles déclarations de volonté antérieures.*

<sup>2</sup> *N'agit pas de façon illicite le médecin qui, avec le consentement du patient ou, lorsqu'il n'est plus capable de discernement, conformément à sa volonté présumée, compte tenu des circonstances actuelles, ainsi que de ses éventuelles déclarations de volonté antérieures, prend, pour soulager des souffrances insupportables, des mesures dont il sait qu'elles pourraient avoir pour effet accessoire de raccourcir la vie. »<sup>54</sup>*

<sup>51</sup> Cette question n'était pas couverte par le mandat du groupe de travail « Assistance au décès ». Cf. le rapport du groupe de travail (note 8), p. 2.

<sup>52</sup> Cf. rapport donnant suite au postulat Ruffy (note 8), p. 12 et 14 s.

<sup>53</sup> Ibidem, p. 15.

<sup>54</sup> Cf. le rapport du groupe de travail « Assistance au décès » (note 8), p. 42 ss, en particulier p. 43, note 67. Le projet alternatif « assistance au décès » élaboré par les membres du cercle des professeurs de droit pénal allemands, autrichiens et suisses (« Arbeitskreis deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer) va dans la même direction, mais en prévoyant des dispositions séparées pour l'euthanasie passive, d'une part, et pour l'euthanasie active indirecte, de l'autre (§ 214: Beenden, Begrenzen oder Unterlassen lebenserhaltender Massnahmen; et § 214a: Leidensmindernde Massnahmen) ; cf. Heinz Schöch/Torsten Verrel et al., GA 2005, p. 553 ss, 584 s.



#### 4.5 Avantages et inconvénients

Une réglementation allant dans ce sens aurait certainement l'avantage d'une plus grande transparence et d'une légitimité (renouvelée) que lui donnerait l'intervention du législateur. Ce dernier a cependant déjà légitimé ce genre de comportement – le plus récemment lors de la révision des infractions contre la vie et l'intégrité corporelle<sup>55</sup>. Le code pénal dans sa version actuelle permet déjà d'inférer – certes après un examen approfondi, nécessitant certaines connaissances préalables – dans quels cas l'euthanasie passive et l'euthanasie active indirecte ne sont pas punissables. Il faut en effet avoir certaines notions de droit pour déterminer si la renonciation à un traitement ou son interruption, ou encore le recours à un traitement de la douleur ayant pour effet de raccourcir la vie, peuvent être considérés comme respectant la légalité. Ces connaissances doivent porter certes sur le droit pénal, mais bien plus encore sur le droit civil. En l'occurrence, l'insécurité du droit ne tient par tant à la question de savoir *si* l'euthanasie passive ou active indirecte est autorisée ou interdite dans son principe<sup>56</sup>, mais bien plus à celle de savoir *qui* peut ou doit en décider, *à quel moment* et *sur la base de quel faits*<sup>57</sup>.

S'agissant de l'euthanasie active indirecte, le défi que doit relever le législateur est d'établir une limite claire avec l'euthanasie active directe, en définissant à l'avance dans la loi la pesée des intérêts qui doit être entreprise et en couvrant ainsi de manière plus précise le domaine de la médecine palliative. Si le code pénal se contentait de prévoir que le recours à des traitements contre la douleur raccourcissant la durée de la vie n'est en principe pas punissable, la délimitation entre l'euthanasie active directe et l'euthanasie active indirecte resterait indéfinie, ce qui ne serait ni judicieux, ni cohérent<sup>58</sup>.

Les *inconvénients* d'une nouvelle réglementation de l'assistance au décès dans le code pénal, ou en dehors de celui-ci, sont liés, principalement, au *risque que cette réglementation ne soit pas exhaustive*. Si l'objectif est d'arriver à la plus grande transparence possible, la réglementation devra être très détaillée, afin de couvrir tous les cas de figure et toutes les catégories de patients. D'un autre côté, la législation

---

Ils proposent en outre (ibidem, p. 586) une loi dite d'accompagnement vers la mort, qui imposerait aux médecins l'obligation de documenter leurs interventions.

<sup>55</sup> A ce sujet, cf. la note 48 supra, et le texte qui s'y rapporte.

<sup>56</sup> En tout état de cause, il existe différentes argumentations qui plaident pour la non-punissabilité de l'euthanasie passive. Cf. par exemple les renvois dans Andreas Donatsch, *Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe*, recht 2000, p. 141 s, 143.

<sup>57</sup> Continuer de traiter un patient qui a explicitement révoqué le mandat donné au médecin serait même illégal. Ce domaine de l'euthanasie passive concerne les comportements non seulement autorisés, mais obligatoires. A ce sujet, cf. supra ch. 4.2.1 in fine. S'agissant de la question de savoir qui doit prendre la décision lorsque le patient lui-même en est incapable, cf. les principes médico-éthiques de l'ASSM « Droit des patientes et patients à l'autodétermination », approuvés par le sénat de l'ASSM le 24 novembre 2005.

<sup>58</sup> La situation actuelle pourrait en réalité déjà être qualifiée d'ouverte. A ce sujet, cf. Kunz (note 40), p. 619 s. : *La difficulté de définir avec précision* le champ d'application de l'euthanasie active indirecte tient au fait que le risque autorisé d'abrèger la durée de la vie ne connaît pas de limite supérieure et peut aller jusqu'à la quasi certitude. Dans la pratique, il devient ainsi impossible de distinguer le geste, autorisé, visant à soulager les souffrances mais comportant un risque d'abrèger la durée de la vie, du geste, non autorisé, visant à abrèger la vie pour mettre fin aux souffrances. A cela s'ajoute qu'il est *très difficile de remettre en question*, ultérieurement, les décisions qui ont été prises. La nécessité de recourir à des médicaments soulageant la douleur mais présentant un risque d'abrèger la durée de la survie laisse une large part à l'appréciation. Le projet alternatif « assistance au décès » prévoit, pour sa part, une pesée des intérêts. Cf. Schöch/Verrel (note 54), p. 573 ss.

doit être formulée de manière suffisamment souple pour s'appliquer à tous les cas particuliers envisageables et pouvoir s'adapter à d'éventuels développements futurs de la recherche médicale<sup>59</sup>.

#### 4.6 Conclusions

Le code pénal ne se prête pas à une réglementation détaillée de tous les cas envisageables d'euthanasie passive ou active indirecte. Il ne se prête de toute façon pas à régler des questions qui ne relèvent pas du domaine qu'il couvre (capacité de discernement en matière civile, capacité d'action, validité juridique des dispositions de fin de vie, rapports de représentation, droit du mandat). Si une norme spéciale sur l'euthanasie passive et active indirecte était créée dans le code pénal, elle ne serait pas l'instrument adéquat pour juger de la légalité de chaque cas et serait tout au plus un point d'appui pour une réglementation plus détaillée en dehors du code pénal<sup>60</sup>. Une telle norme ne constituerait pas tant une réglementation nouvelle qu'une confirmation des gestes que la médecine pratique déjà, dans la situation juridique actuelle, et que la doctrine et la jurisprudence considèrent comme légaux. Une disposition qui ne traite pas, parce qu'elle ne le peut pas, les questions délicates qui se posent dans chaque cas d'espèce ou presque, n'apporte aucun avantage pratique par rapport à la situation juridique actuelle. En tout état de cause, une telle norme n'entraînerait *aucune amélioration sensible sur le plan de la sécurité du droit et de l'égalité de traitement*.

Si le législateur, en revanche, essaie – dans le code pénal ou dans une autre loi – de réglementer plus en détail l'assistance au décès, il ne parviendra guère à éviter de prendre des décisions définitives dans des domaines très sensibles<sup>61</sup>. Il pourrait ainsi être amené à dire dans quelles conditions, pour les nouveaux-nés mourants, les médecins et les représentants légaux ou les parents peuvent ou doivent décider de renoncer à un traitement ou de l'interrompre. Dans ce genre de situation, il est

<sup>59</sup> Telle était aussi l'opinion du groupe de travail « Assistance au décès », cf. son rapport (note 8), p. 14 et p. 44. Dans ce même rapport (p. 44 s.) le groupe de travail a identifié les catégories de patients suivantes :

- personnes majeures et capables de discernement ;
- personnes majeures et incapables de discernement ;
- personnes mineures ou interdites capables de discernement ;
- personnes mineures ou interdites incapables de discernement, parmi lesquelles les nouveaux-nés représentent un cas à part.

<sup>60</sup> Une telle réglementation conduirait inéluctablement à une bureaucratisation de l'assistance au décès. Il ne serait nullement garanti que ces dispositions apportent une aide au patient qui, au moment de prendre une décision concernant une euthanasie passive, n'est plus capable de discernement. A ce sujet, cf. Gunther Arzt, Bürokratisierung der Hilfe beim Sterben und beim Suizid – Zürich als Modell, in: Amelung etc. (éditeur), Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie; Festschrift für H.-L. Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003, Heidelberg 2003, p. 583 ss, 585 ss.

<sup>61</sup> A ce sujet, cf. Kunz (note 40), p. 621 s. et les explications dans le rapport du groupe de travail « Assistance au décès » (note 8), p. 50, 51 s. : « Une tentative de légiférer à propos du nouveau-né risque par ailleurs de déclencher un débat tout à fait stérile sur la question des conditions minimales qui doivent être remplies du point de vue somatique pour que la vie puisse être imposée à autrui. » Concernant cette problématique, cf. également Robert Kehl, Für eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe, AJP 10/1995, p. 1307 ss, 1312 ss. Kehl reproche plus ou moins explicitement au législateur (ibidem p. 1315) concernant son refus obstiné de légiférer en matière d'assistance au décès, d'être velléitaire et timoré. Kehl plaide en faveur d'une réglementation légale, en invoquant la puissance inconditionnelle de la loi. Selon lui, il n'appartient pas au législateur de décider s'il entend légiférer pour répondre à des questions juridiques délicates et des problèmes d'insécurité du droit qui se posent, il y est tout simplement obligé (p. 1312).

impossible, comme on le fait dans le cas d'un adulte en fin de vie, de se fonder sur la volonté ou sur la volonté présumée de l'intéressé. Conformément aux directives actuelles de l'ASSM, les médecins fondent leur décision sur l'intérêt bien compris de l'enfant et sur le pronostic<sup>62</sup>.

Derrière la question de savoir si l'assistance au décès peut être réglementée par une loi se profile, d'abord, la question des possibilités de principe dont dispose le législateur pour régler des cas concrets sur un plan abstrait et général. Mais l'autre question qui se pose est celle de savoir si le législateur doit vraiment apporter lui-même des solutions contraignantes aux délicats problèmes éthiques qui se posent en matière d'assistance au décès. Sous cet angle, la « délégation » de la réglementation aux médecins, c'est-à-dire à l'ASSM, n'est pas uniquement problématique. Pour autant que ces directives respectent le droit en vigueur, elles suffisent à réglementer ce domaine de manière satisfaisante. Dans le cas contraire, les autorités (d'instruction pénale ou de surveillance, tels les offices de la santé) tout comme le législateur, seraient libres d'intervenir.

Lorsque, dans la pratique, l'existence d'une « zone grise » est dénoncée, c'est-à-dire de cas où la limite est franchie entre une thérapie visant à atténuer les souffrances et l'euthanasie active directe, ce sont d'abord les autorités qui doivent intervenir, et non le législateur. En effet, il n'y a pas d'insécurité juridique concernant la punissabilité de l'euthanasie active directe et il est inexact de parler ici de « zone grise ».

Cependant, même si le législateur se posait ces questions délicates : comme aucune solution nouvelle ne se dessine qui serait susceptible, aujourd'hui, de réunir une majorité<sup>63</sup>, une législation plus détaillée n'apporterait pas de changement matériel mais se bornerait sans doute à rendre la pratique actuelle un peu plus transparente et à remplacer les directives de l'ASSM par une forme de réglementation plus contraignante.

En outre, il ne faut pas perdre de vue que derrière les plaidoyers en faveur d'une réglementation de l'euthanasie passive et de l'euthanasie active indirecte se cache parfois également le désir de légaliser l'euthanasie active directe<sup>64</sup>. Ces demandes

---

<sup>62</sup> Sur ce sujet, on trouve aux ch. 2.2.2 et 3.2 des directives de l'ASSM « Prise en charge des patientes et patients en fin de vie » (note 3) les considérations suivantes : « Pour les enfants et les adolescents incapables de discernement, c'est en principe la volonté du représentant légal qui est déterminante ; il s'agit généralement des parents. Toutefois, les décisions touchant à la vie et à la mort d'un enfant représentent souvent un fardeau trop lourd pour les parents, qui sont alors incapables de trancher seuls. Ils ne devraient donc être associés au processus décisionnel que dans la mesure où ils le souhaitent. Les décisions relatives au traitement et à la prise en charge doivent être prises dans l'intérêt bien compris de l'enfant et en accord avec ses parents ou son représentant légal. (...) Le recours à des mesures lourdes visant à maintenir les fonctions vitales doit donc dépendre principalement du pronostic. Pour ce faire, il importe de mettre en balance, d'une part, les contraintes liées à la thérapie en termes de douleurs, de malaise et de limitation et, d'autre part, le bénéfice que l'on peut en attendre en termes de bien-être, de possibilités relationnelles et de conscience du vécu ». Cf. supra, ch. 4.2.1 in fine. A ce sujet, cf. également les principes de l'ASSM (note 57), ch. II.2.21 et II.3 ainsi que supra, note 4.

<sup>63</sup> A ce sujet, cf. Kunz (note 40), p. 629: Comme aujourd'hui, la référence généralisée à des valeurs éthiques sert de fondement à des conceptions parfois très divergentes de l'assistance au décès, sans que se dessine la victoire nette d'un camp sur l'autre dans le débat public, il semble délicat de déterminer quels sont les contenus d'une éventuelle législation qui seraient susceptibles de réunir une majorité.

<sup>64</sup> A ce sujet, cf. les remarques de la note 45 supra et l'intervention du conseiller national Franco Cavalli lors de l'examen par le Conseil national, le 10 mars 2004, de la motion de la CAJ-E 03.3180,

sont ainsi fondées, dans certains cas, davantage sur des motifs politiques que sur le souci de la défense de l'état de droit.

---

« Euthanasie et médecine palliative », BO **2004** N 266 : Ce n'est qu'une fois que l'euthanasie indirecte et l'euthanasie passive auront été réglementées et qu'il n'y aura plus de zone grise qu'il sera possible de reprendre la discussion du problème que j'ai soulevé dans mon initiative, à savoir la possibilité, dans certains cas, de ne plus punir l'euthanasie active directe. Cela présuppose que la zone grise ait disparu (*trad.*). (BO **2004** N 267).

## 5. Médecine et soins palliatifs

La motion de la CAJ-E, intitulée «Euthanasie et médecine palliative», qui a été transmise, charge également le Conseil fédéral de «prendre des mesures pour promouvoir la médecine palliative». Nous exposons ci-après ce qui a déjà été réalisé en la matière et les mesures supplémentaires qui pourraient être prises.

### 5.1 Définition

En Suisse, les deux définitions de la médecine palliative qui ont le plus fréquemment cours sont les suivantes:

D'abord, celle qu'en a donné l'OMS en 2002: «C'est une approche qui favorise la qualité de vie des patients et des proches face aux problèmes associés à une maladie mettant en jeu le pronostic vital, au moyen de la prévention et du soulagement de toute souffrance, par le repérage, l'évaluation rigoureuse et le traitement de la douleur et de tous les autres problèmes physiques, psychosociaux et spirituels».

Ensuite, celle qu'a formulée la Société suisse de Médecine et de Soins palliatifs (SSMSP) en 2005: «Les soins palliatifs, discipline de soins globaux, ont pour but d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients souffrant d'une maladie évolutive incurable, quel que soit le stade de cette dernière; ils trouvent toutefois leur place prédominante dans la période de la fin de la vie, lorsque la mort proche du patient devient prévisible. Ils cherchent à rendre l'existence plus facile aux malades en soulageant leurs symptômes, en leur offrant un soutien sur les plans social, psychique, spirituel et le cas échéant religieux, et en les accompagnant jusqu'à la fin de leur existence. L'objectif principal n'est pas de combattre la maladie, mais de préserver la qualité de vie au cours de la maladie; les proches des malades sont donc inclus dans la prise en charge qui leur offre également soutien et accompagnement».

«La médecine et les soins palliatifs englobent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel prodigués à des personnes souffrant d'une affection évolutive non guérissable. Leur but est d'atténuer les souffrances et d'assurer aux malades et à leurs proches la meilleure qualité de vie possible».

De ces définitions, on peut inférer que les soins palliatifs, lorsqu'ils sont prodigués dans les règles de l'art, permettent aux malades d'achever leur vie et de mourir dans la dignité. En Suisse, les deux principales organisations non étatiques qui sont actives dans le domaine des soins palliatifs sont la Ligue suisse contre le cancer et la Société suisse de Médecine et de Soins palliatifs (SSMSP). Dans le manifeste de Fribourg (février 2001) qui définit la stratégie nationale pour le développement des soins palliatifs en Suisse, la SSMS a arrêté les cinq objectifs suivants:

- intégrer les soins palliatifs dans le système de santé;
- coordonner les diverses activités dans ce domaine;
- assurer un accès précoce à ces soins;
- utiliser ainsi la « End of life care » efficacement;
- définir progressivement la qualité des soins palliatifs.

## 5.2 Situation actuelle

### 5.2.1 Accès de la population aux soins palliatifs

Aujourd'hui, ce sont principalement les personnes atteintes du cancer ou du sida qui ont accès aux soins palliatifs. Ces dernières années, un constat s'est toutefois imposé: les personnes souffrant d'affections chroniques graves, telles que la sclérose multiple, la sclérose latérale amyotrophique («fonte musculaire» progressive entraînant la mort) ou encore les personnes âgées présentant des pathologies multiples ont également besoin de mesures de médecine palliative optimales. A noter que sous l'effet du phénomène du vieillissement de la population, la demande de soins palliatifs devrait aller croissant ces prochaines années.

En Suisse, les prestations de soins palliatifs sont dispensées par des hospices et des maisons de soins palliatifs, des unités intra hospitalières et des équipes mobiles. Selon le rapport intitulé «Les soins palliatifs en Suisse - Etat des lieux»<sup>65</sup>, 24 institutions spécialisées en soins palliatifs ont été recensées en Suisse en 1999 et 2000, dont 15 assurent une prise en charge en résidentiel et 9 sous forme ambulatoire. La majorité (80 à 90%) des personnes traitées dans ces institutions sont atteintes d'un cancer. Toujours, selon le rapport susmentionné, l'offre totale de lits s'élève à 146 unités, soit environ 20 lits pour 1 million d'habitants. Or, en comparaison internationale, le ratio moyen des besoins est de l'ordre de 50 lits pour 1 million d'habitants, capacité d'accueil à laquelle il convient d'ajouter des équipes mobiles qui travaillent en réseau avec les fournisseurs primaires de soins et les services communaux de santé. Le rapport susmentionné sera actualisé en 2006.

L'offre en matière de soins palliatifs présente d'importantes disparités entre les cantons. En outre, elle est répartie de manière très inégale sur le territoire. Selon l'état des lieux dressé par l'Association François-Xavier Bagnoud, en l'an 2000 seuls 12 des 26 cantons disposaient d'institutions de soins palliatifs. C'est dans les cantons latins, notamment ceux de Genève, de Vaud et du Tessin, que les soins palliatifs sont les mieux intégrés au système général de santé. A noter, toutefois, que ces cinq dernières années, à l'instigation de la SSMSP, a eu lieu, notamment en Suisse alémanique et dans la région Berne/Jura/Neuchâtel, une mise en réseau des ressources existantes en matière de soins palliatifs. En mars 2006, le canton de Zurich a imparti à tous les hôpitaux subventionnés du canton un mandat de prestations les obligeant à créer dès 2007 des capacités d'accueil destinées aux malades aux malades ayant besoin de soins palliatifs aigus. En outre, le canton de Zurich mettre en place un réseau extra-hospitalier de prise en charge des personnes en fin de vie.

### 5.2.2 Formation et perfectionnement professionnel

Si, par le passé, les soins palliatifs ont longtemps représenté la portion congrue dans le cadre des programmes de formation aux professions médicales, on a assisté ces dernières années à une professionnalisation des soins palliatifs s'appuyant sur l'acquisition de connaissances et de savoir-faire spécifiques. Aujourd'hui, il existe une offre de formation au niveau des écoles supérieures, des HES et de l'université.

---

<sup>65</sup> L'étude a été réalisée en l'an 2000 par une équipe de l'Association François-Xavier Bagnoud, sur mandat de la Société suisse de Médecine et de Soins palliatifs ainsi que de la Ligue suisse contre le cancer.

Elle va d'un cours d'introduction de plusieurs heures à une formation post-grade de trois ans et à un master dispensés par l'Institut universitaire Kurt Bösch, à Sion. Dans le cadre de la formation de base en soins infirmiers, les soins palliatifs soit constituent une branche spécifique soit sont intégrés à d'autres modules (par exemple, alimentation des personnes mourantes, accompagnement des personnes en fin de vie). En outre, dès 2007, dans le cadre d'un programme européen multiprofessionnel d'enseignement conduisant au master en soins palliatifs, une partie de cette formation post-grade sera dispensée par la Haute Ecole de St-Gall en collaboration avec l'hôpital cantonal.

En règle générale, les cours de perfectionnement en soins palliatifs s'adressent à un large public (personnel soignant et médecins); toutefois, depuis quelque temps, on assiste également à l'émergence de cours de perfectionnement uni-disciplinaires qui s'adressent spécifiquement aux médecins ou au personnel infirmier.

### 5.2.3 Directives

A l'échelon européen un groupe international d'experts mandaté par le Conseil de l'Europe a élaboré, ces dernières années, 54 recommandations sur l'organisation des soins palliatifs, qui ont été adoptées par le Comité des ministres, en septembre 2004. En Suisse, la SSMSP a arrêté, en 2003, des principes en matière de médecine et de soins palliatifs. Il existe, en outre, toute une série de directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), qui ont, notamment, trait aux soins palliatifs<sup>66</sup>. Le 24 novembre 2005, le Sénat de l'ASSM a approuvé le projet de nouvelles directives et recommandations médico-éthiques «Soins palliatifs» et l'a mis en consultation<sup>67</sup>.

### 5.2.4 Financement

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10) ne mentionne pas à proprement parler les soins palliatifs. Toutefois, le droit en vigueur n'établit pas de discrimination s'agissant de la prise en charge des coûts des prestations en matière de soins palliatifs. D'un autre côté, les conventions tarifaires ne prévoient aucune mesure incitative qui favoriserait un développement des structures de soins dans ce secteur<sup>68</sup>. Dans le nouveau régime de financement des soins préconisé par le Conseil fédéral<sup>69</sup>, il n'y a pas lieu de craindre non plus que les soins palliatifs soient moins bien traités que les autres s'agissant de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins.

<sup>66</sup> Cf. les directives suivantes de l'ASSM: «Traitement et prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée» (2003) (n. 4), ch. 4.3; «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie» (2004) (n. 4), ch. 3.1; «Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance» (2004) (n. 18), ch. 4.4.

<sup>67</sup> Le terme de cette consultation a été fixé à fin février 2006. (cf. le communiqué de presse y relatif daté du 30 novembre 2005 et consultable à l'adresse suivante: [http://www.samw.ch/content/f\\_Publikationen\\_MM\\_30\\_11\\_05.php](http://www.samw.ch/content/f_Publikationen_MM_30_11_05.php).)

<sup>68</sup> A ce sujet, cf. également la motion Rossini (00.3342 Financement des soins palliatifs) du 22 juin 2000, transmise par le Conseil national sous forme de postulat le 6 octobre 2000 ainsi que la réponse du Conseil fédéral du 19 juin 2003 à l'interpellation Gross (03.3341 Médecine palliative. Structures d'aide aux personnes en fin de vie).

<sup>69</sup> Cf. le message du 16 février 2005 relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins, FF 2005, p. 1911 ss.

## 5.3 Marge de manoeuvre des pouvoirs publics

### 5.3.1 Confédération

Les réponses apportées par le Conseil fédéral aux interventions concernant les soins palliatifs, qui ont été déposées au Conseil national et au Conseil des Etats<sup>70</sup>, soulignent la nécessité de promouvoir le secteur des soins palliatifs en Suisse. La Confédération jouit d'une certaine marge de manoeuvre lui permettant de prendre, dans les limites de ses compétences constitutionnelles et légales, des mesures de développement des soins palliatifs que ce soit en matière de recherche, de formation et de formation post-grade ou encore d'assurance-maladie et de prise en charge des soins.

#### Recherche

Avec le soutien de l'OFSP) et de l'ASSM, la Société suisse de Médecine et de Soins palliatifs (SSMSP) a confié, en 2004, à un mandataire externe l'étude intitulée «Swiss Palliative Care Research Initiative» (Swiss-PCRI). Cette étude a permis d'identifier des catégories professionnelles et des projets qui peuvent jouer un rôle important dans le cadre d'une future recherche en matière de soins palliatifs. L'étude ayant été achevée à la fin de 2004, il s'agirait maintenant de lancer des projets de recherche concrets. La Confédération pourrait promouvoir de tels projets dans le cadre du programme de recherches de l'OFSP ou dans celui du Fonds national de la recherche scientifique.

#### Formation et perfectionnement professionnel

- Professions médicales universitaires: la Confédération a la possibilité de promouvoir la médecine palliative par le biais de la formation aux professions médicales universitaires, ainsi que de la formation post-grade dans ce secteur. Aux termes de la future loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd) - le Conseil des Etats l'a adoptée le 8 mars 2006, en sa qualité de second conseil - la formation et la formation post-grade doivent dispenser aux étudiants les bases scientifiques nécessaires pour prendre des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation. De même, les futurs médecins doivent-ils être capables d'appréhender les patients et leurs proches dans leur globalité ainsi que de tenir compte, pour le choix des thérapies, des facteurs de nature psychique, sociale, juridique, culturelle et éthique. En formulant les objectifs de formation et de formation post-grade que doivent atteindre les médecins, la future LPMéd règle concrètement les connaissances, les aptitudes et les compétences que ceux-ci doivent acquérir, également dans le domaine des soins palliatifs. La fixation d'objectifs de formation et la reconnaissance des cursus de formation post-grade par un organe indépendant d'accréditation et d'assurance de la qualité sont de nature à garantir la qualité de la formation et de la formation post-grade dans le domaine des soins palliatifs en Suisse. Dans ce contexte, l'OFSP a suggéré à la Commission interfacultés médicales suisse (CIMS) de préciser l'objectif de formation en soins palliatifs dans la liste des

---

<sup>70</sup> C. Motion Menétrey-Savary 03.3405 Enseignement de la problématique de l'assistance au suicide en faculté de médecine du 20 juin 2003; Interpellation Gross 03.3341 Médecine palliative. Structures d'aide aux personnes en fin de vie du 11 avril 2003; Motion Zäch 01.3523 Euthanasie. Combler les lacunes de la loi au lieu d'autoriser l'homicide du 3 octobre 2001; Interpellation Bortoluzzi 00.3668 Renforcer les soins palliatifs du 13 décembre 2000; Motion Rossini 00.3342 Financement des soins palliatifs du 22 juin 2000.



objectifs de la formation en médecine. Cette liste est actuellement en voie de remaniement.

- Formation aux professions de la santé dans les hautes écoles spécialisées: les filières d'études dans les secteurs de la santé, du travail social et de la culture relèvent de la Confédération (Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie, OFFT), depuis l'entrée en vigueur de la révision de la loi fédérale sur les hautes écoles spécialisées (automne 2005). On projette la conclusion d'une convention entre la Confédération et les cantons. Elle portera sur l'aménagement de l'offre d'études dans les hautes écoles spécialisées et contiendra des directives sur l'accréditation des programmes de formation au sein de ces établissements. A l'heure actuelle, on ne sait pas encore avec précision dans quelle mesure la Confédération sera associée à la définition des programmes d'études des différentes filières puis, à un stade ultérieur, à celles des cursus post-grade, par exemple en matière de soins palliatifs.
- Professions non universitaires du secteur de la santé: depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr), la réglementation de la formation aux professions non universitaires du secteur de la santé ressortit également à la Confédération (OFFT). Toutefois, comme la forme et le contenu des filières de formation professionnelle sont du ressort de l'«organisation faîtière suisse du monde du travail de la santé», la Confédération ne dispose d'aucune marge de manoeuvre en la matière.

### **Nouveau régime de financement des soins:**

Le 16 février 2005, le Conseil fédéral a approuvé le message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins. L'objectif principal de cette réforme est de stabiliser les coûts des soins pris en charge par l'assurance-maladie. Cet objectif doit être atteint grâce à l'application d'un modèle qui s'appuie dans l'assurance-maladie sur les définitions actuelles des soins devant être couverts par les caisses-maladie. Cette réforme vise, par ailleurs, à alléger les charges financières de certaines catégories de personnes dépendantes de soins, en introduisant une allocation pour important dans l'AVS et en supprimant pour ces personnes le plafond annuel des prestations complémentaires.

Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins au niveau de l'ordonnance, il conviendra, toutefois, de revoir les définitions actuelles des prestations de soins<sup>71</sup> et, au besoin d'y apporter les précisions qui s'imposent pour mettre en harmonie la doctrine et la pratique dominantes. D'une manière générale, il faudra veiller, lors de la mise à jour des définitions, à ne pas négliger les besoins des personnes dépendantes de soins dans des situations particulières (comme les soins palliatifs ou les soins prodigués en cas de maladie psychique ou de démence sénile).

En janvier 2006, la commission de la sécurité sociale et la santé publique du Conseil des Etats (CSSS) a débuté ses délibérations sur le nouveau régime de financement des soins.

---

<sup>71</sup> Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS **832.112.31**)

### 5.3.2 Cantons

Il appartient aux cantons de faire le point de la situation et de déterminer les besoins en matière de soins palliatifs sur leur territoire ainsi que de budgéter, au chapitre des dépenses cantonales de santé, les montants nécessaires au financement desdits soins.

Il est possible aux cantons d'adopter des dispositions législatives qui permettent de mieux intégrer les soins palliatifs dans leurs systèmes de santé. En voici quelques exemples :

- Canton de Zurich: les soins palliatifs ont fait l'objet d'une réglementation d'ensemble dans le cadre du droit des patients qui a été adopté en 2005.
- Canton de Thurgovie: la loi sur la santé publique est en cours de révision. Il s'agit d'y réglementer le secteur des soins palliatifs (2006)
- Canton de Vaud: adoption d'un décret concernant un programme cantonal de développement des soins palliatifs (2002).
- Ville de Berne: directives du Conseil municipal concernant le droit aux soins palliatifs dans le cadre de traitements ambulatoires et d'hospitalisations de longue durée (2004).

#### **Formation et formation post-grade**

Les cantons de Genève et de Lausanne projettent de financer conjointement une chaire de médecine et de soins palliatifs à l'Université de Lausanne. A moyen terme, le canton de Zurich, projette de créer un poste de professeur en soins palliatifs à l'Université et d'intégrer cette matière dans le programme des études de médecine.

#### **Offre de soins palliatifs: planification et financement**

Il incombe aux cantons de veiller, dans le cadre de leur planification sanitaire, à garantir, sur leur territoire, une offre suffisante de soins palliatifs. Les mesures qu'ils doivent prendre se situent au niveau du financement des séjours dans des établissements médico-sociaux qui ne sont pas inclus dans les listes des établissements médico-sociaux et hôpitaux cantonaux. De tels séjours exigent, en effet, une participation financière des patients. Aussi, les cantons pourraient-ils promouvoir les soins palliatifs dans le secteur hospitalier par le biais desdites listes ainsi que de manière ciblée. En ce qui concerne l'aide et les soins à domicile (prise en charge ambulatoire), les cantons et les communes pourraient, par le truchement de mandats de prestations, accroître la place occupée par les soins palliatifs dans le secteur d'activités couvert par Spitex.

Un problème reste à résoudre: celui du financement de l'accompagnement par un spécialiste (par exemple, entretien sur le cas du patient) assuré par des fournisseurs de prestations non spécialisés du secteur ambulatoire (médecins de famille; organisations relevant de Spitex), accompagnement qui ne peut être mis à la charge d'un patient en particulier mais peut être facturé à l'assurance-maladie à titre d'activité de conseil en matière de santé. En l'occurrence, tout canton pourrait conclure avec l'hôpital de l'agglomération concernée une convention de prestations qui réglerait l'indemnisation pour ce type d'accompagnement.

#### **Assurance de la qualité**

Les cantons et les communes peuvent conclure avec des institutions partenaires (Spitex, établissements médico-sociaux) des conventions de prestations déclarant

d'application obligatoire les critères de qualité auxquels doivent satisfaire la médecine et les soins palliatifs.

#### **5.4 Conclusion**

La médecine et les soins palliatifs (y compris toutes les formes de soutien) qui s'adressent à des personnes atteintes d'une affection évolutive incurable, durant toute la période de la maladie, permettent, lorsqu'ils sont pratiqués dans les règles de l'art, non seulement de continuer à vivre mais encore de mourir dans la dignité. Si, ces dernières années, l'offre de prestations de type palliatif s'est améliorée, tant du point de vue quantitatif que sous l'angle qualitatif, elle ne couvre encore pas l'ensemble du territoire. De même, les prestations en matière d'information et de conseils, destinées aux personnes atteintes d'une maladie incurable et à leur proche, présentent des lacunes.

Pourtant des informations plus complètes sur la médecine et les soins palliatifs de même qu'une répartition géographique plus équilibrée de l'offre de prestations en la matière contribueraient à faire baisser - dans tous les cas de figure - le nombre des personnes aspirant à une assistance au suicide ou à une euthanasie active.

Dans le cadre de la mission qui est la leur de garantir une infrastructure hospitalière, et en collaboration avec les fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire, les *cantons* ont la possibilité de continuer à améliorer l'information sur la médecine et les soins palliatifs et de développer l'offre de prestations en la matière, de telle sorte qu'à terme, tous les patients puissent bénéficier, au besoin, de soins palliatifs.

La *Confédération* peut soutenir les efforts de développement de la médecine et des soins palliatifs, lorsqu'elle dispose des compétences pour ce faire. Tel est le cas dans le domaine de la formation et de la formation post-grade aux professions médicales universitaires ainsi qu'au niveau du financement des mesures de médecine palliative. Enfin, la *Confédération* aurait la possibilité de s'engager davantage en matière d'encouragement de la recherche.

### **6. Assistance au suicide, organisations d'assistance au suicide, et tourisme de la mort**

La problématique de l'assistance au suicide, sous les diverses formes que celle-ci peut revêtir, est en étroite connexité avec l'assistance au décès et la médecine palliative, objets de la motion 03.3180 de la CAJ-CE. Ce sont les organisations d'aide au suicide et le tourisme de la mort qui, aux yeux des milieux politiques et de l'opinion publique, appellent le plus l'adoption de normes législatives, précisément en raison des risques d'abus qu'ils recèlent. Ci-après, nous analyserons notamment les problèmes qui se posent en l'occurrence et examinerons si ces problèmes nécessitent que la *Confédération* légifère.

## 6.1 Le point de la situation

### 6.1.1 Données statistiques

Les organisations d'assistance au suicide qui sont actuellement actives en Suisse ou qui l'étaient ces dernières années sont les suivantes :

- EXIT Deutsche Schweiz (année de fondation: 1982, env. 50'000 membres);
- EXIT-ADMD Suisse romande (année de fondation: 1982, env. 10'000 membres);
- DIGNITAS (année de fondation: 1998; l'organisation compte aujourd'hui quelque 4500 membres dans le monde, dont 600 à 700 en Suisse);
- Ex-International (aucun chiffre n'est disponible) ;
- SuizidHilfe (le secrétariat est fermé depuis le 27 mars 2003).

Evolution du nombre de cas au cours de ces dernières années<sup>72</sup>

- EXIT Deutsche Schweiz (essentiellement des personnes domiciliées en Suisse):  
1990 - 1993: en moyenne, près de 30 cas d'assistance au suicide par année

1996:	106 cas
1997:	108 cas
1998:	113 cas
1999:	111 cas
2000:	96 cas
2001:	124 cas
2002:	90 cas
2003:	131 cas
2004:	154 cas
2005:	162 cas

- DIGNITAS (uniquement des personnes provenant de pays étrangers):

2000:	3 cas
2001:	38 cas
2002:	59 cas
2003:	91 cas
2004:	88 cas

<sup>72</sup> Les données concernant EXIT Deutsche Schweiz sont tirées des rapports annuels d'activité publiés par cette organisation. S'agissant plus spécialement des chiffres de l'année 2005, cf. le rapport annuel d'activités 2005 de Werner Kresi, EXIT Deutsche Schweiz Info 1/2006, p. 11. Quant aux données concernant DIGNITAS, elles sont extraites de rapports d'activités qui, jusque et y compris 2003, sont publiées sur la page d'accueil de l'organisation, ainsi que d'autres comptes-rendus de celle-ci. Entre 1988 et le 15 septembre 2005, 253 personnes domiciliées en Allemagne (sur un total de 453) ont recouru à l'assistance de DIGNITAS. Cf. Ludwig A. Minelli. Die Augabe von DIGNITATE-Deutschland : Gründung von DIGNITATE-Deutschland am 26. September 2005 (également consultable –uniquement en allemand - sur la page d'accueil de DIGNITAS)

Ratio entre tourisme de la mort et tous les autres cas de décès<sup>73</sup> et tous les cas de suicide (accompagnés) en Suisse:

Statistique de l'année 2003	Ensemble de la Suisse	En % de tous les décès	En % de tous les suicides
Décès	63'070		
Suicides	1'400	2,22%	
Suicides accompagnés par des organisations (EXIT Deutsche Schweiz: 131; EXIT-ADMD Suisse romande: 50; DIGNITAS: 91)	272	0,43%	19,43%
Suicides de personnes non domiciliées en Suisse, accompagnés par des organisations (DIGNITAS)	91	0,14%	6,5%

A propos de cette statistique, il y a lieu de mentionner que la recherche sur le phénomène du suicide qui vise à élucider les causes des taux constamment élevés de suicide enregistrés en Suisse comparativement à ceux que connaissent ses voisins n'en est encore qu'à ses premiers balbutiements<sup>74</sup>.

### 6.1.2 Le « tourisme de la mort » : comment se pratique-t-il ?

Sans l'aide d'une organisation, le phénomène du tourisme de la mort en Suisse (cf. supra, ch. 2.2.2) n'aurait pas la forme ni l'ampleur qu'il revêt aujourd'hui. En Suisse, le tourisme de la mort, autrement dit l'assistance au suicide de personnes domiciliées à l'étranger, est principalement organisée et assurée par l'organisation DIGNITAS (cf. la statistique pertinente au ch. 6.1.1).

Comme les personnes en question n'ont pas de domicile en Suisse, leur suicide est assuré dans un appartement loué par DIGNITAS à Zurich et, depuis 2004, également et provisoirement dans une maison sise dans le canton d'Argovie. Selon les dires de Ludwig A. Minelli, secrétaire général de DIGNITAS, un entretien a lieu entre un accompagnant et la personne qui veut mourir. Après avoir examiné cette

<sup>73</sup> Source: Office fédéral de la statistique; Etat de la population et évolution démographique- chiffres clés, décès ; lien:

[http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/bevoelkerung/stand\\_u\\_struktur/blank/kennzahlen0/ueberblick.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/bevoelkerung/stand_u_struktur/blank/kennzahlen0/ueberblick.html)

<sup>74</sup> Cf. le rapport intitulé «Le suicide et la prévention du suicide. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)», [http://www.bag.admin.ch/gespol/suizidpraevention/f/suizid\\_f.pdf](http://www.bag.admin.ch/gespol/suizidpraevention/f/suizid_f.pdf), Office fédéral de la santé publique, avril 2005. La Suisse enregistre un taux de suicide de 19,1 pour 100 000 habitants, taux nettement supérieur à la moyenne mondiale (14,5); une comparaison avec les autres causes de décès fait ressortir que les décès par suicide sont, à eux seuls, plus fréquents que l'ensemble des décès causés par les accidents de la route, le sida et les drogues (on trouvera les chiffres exacts à la page 8 du rapport susmentionné). Les médicaments et les drogues jouent un rôle très important dans les tentatives de suicide (ils sont utilisés dans 68% des cas; cf. ibidem, p.15). En Suisse alémanique, le recours à l'euthanasie intervient dans cinq cas de décès sur dix. Une euthanasie passive ou une euthanasie active indirecte a respectivement eu lieu dans 27,7% et 22,1% des cas de décès; une assistance au suicide a eu lieu, quant à elle, dans 0,4% des cas de décès (ibidem, p. 17). 90% des personnes qui ont commis un suicide souffraient d'une dépression ou d'un autre trouble psychique pouvant être diagnostiqué, ou encore étaient toxicomanes (ibidem, p. 18).

personne, un médecin de confiance de l'organisation lui prescrit une substance médicamenteuse ou un stupéfiant entraînant la mort. Ce produit est mis à la disposition de la personne concernée, en l'absence du médecin. Chez DIGNITAS, le stupéfiant prescrit est toujours du natrium pentobarbital (NAP). 15 grammes de cette substance ont pour effet de plonger la personne qui l'absorbe dans un coma total en l'espace de deux à 5 minutes, puis – au bout d'un certain temps qui varie selon les personnes – de paralyser ses fonctions respiratoires. Le stupéfiant n'est jamais laissé à la disposition de la personne concernée hors de la présence de l'accompagnant. Celui-ci reçoit 500 francs par cas. Quant à la personne qui veut être délivrée de la vie, elle verse à DIGNITAS<sup>75</sup> un montant de 2000 francs pour l'assistance au suicide que l'organisation lui prête.

Chaque suicide est annoncé à l'autorité compétente à titre de décès non naturel et extraordinaire (cf. infra, ch. 6.2.2). Celle-ci associe les autres autorités (médecine légale, médecin cantonal) aux différentes investigations. Les autorités chargées de l'instruction pénale déterminent, dans le cas d'espèce, s'il s'agit ou non d'un suicide. Pour que tel soit le cas, il faut que la personne décédée ait eu effectivement la maîtrise de l'acte. Les autorités examinent, en outre, si la personne concernée a formé sa volonté et exprimé sa détermination sans subir aucune pression de tiers. Enfin, s'il s'agit effectivement d'un suicide, les autorités devront également établir dans quelle mesure les autres éléments constitutifs de l'infraction visée à l'art. 115 CP sont réunis. La personne qui aura prêté assistance en vue du suicide ne sera pas punissable à moins qu'elle n'ait été poussée par un mobile égoïste.

### 6.1.3 Droit comparé

Le phénomène du tourisme de la mort tient principalement au fait que l'assistance au suicide est définie et réglée de manière très variable d'un Etat à l'autre. La réglementation prévue à l'art. 115 CP (incitation et assistance au suicide)<sup>76</sup> fait passer le droit suisse pour permissif si on le compare à celui d'autres Etats, notamment ceux qui jouxtent la Suisse.

En *Allemagne*, l'incitation et l'assistance au suicide ne sont pas expressément punissables en tant que telles (dans ce pays, la doctrine considère, en effet, que celui qui participe à un suicide ne peut être sanctionné pénalement puisqu'il n'a pas commis l'infraction principale qui, elle, est punissable). En revanche, dans certaines circonstances, une personne qui, ayant une obligation juridique d'agir, n'a pas empêché un suicide ou n'a pas prêté secours à une personne en train de se suicider, peut être appelée à répondre de cette négligence devant un tribunal. Même lorsqu'un suicide médicalement assisté est autorisé, la jurisprudence allemande oblige le

<sup>75</sup> Aujourd'hui DIGNITAS compte quelque 4'500 membres domiciliés dans pas moins de 52 pays. Le groupe le plus important numériquement se trouve en Allemagne. 560 membres, soit env. 13% de l'effectif total, proviennent de Grande-Bretagne. Entre le 10 octobre 2002 et le 4 avril 2004, 22 ressortissants britanniques (nés entre 1925 et 1965) se sont suicidés sur le territoire suisse avec l'assistance de DIGNITAS. Entre 1998, année de sa fondation, et début février 2005, Dignitas a assuré l'assistance au suicide de 362 personnes. Selon ses propres indications, DIGNITAS disposait, au printemps 2005, de 6 à 8 médecins de confiance exerçant dans les cantons de Zurich, d'Argovie et de Lucerne. Pour de plus amples informations à ce sujet ainsi qu'en ce qui concerne la procédure suivie concrètement par Dignitas pour l'assistance au suicide, cf. House of Lords, Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL], London 2005, Volume II, p. 633-646.

<sup>76</sup> Cf. supra, ch. 2.2.1 et infra, ch. 6.1.4.

médecin à intervenir pour sauver la vie du patient - pour autant que cela soit encore possible - dès que celui-ci a perdu connaissance (cf. BGHSt 32, 367). A la suite de cette jurisprudence, les personnes prêtant assistance au suicide - en particulier le fameux docteur Julius Hackethal - ont opté pour un moyen entraînant très rapidement la mort et empêchant du même coup toute intervention pour sauver la vie du patient.

Selon le *droit français*, l'assistance au suicide n'est pas punissable; en revanche le «Code de déontologie médicale» interdit catégoriquement aux médecins de provoquer délibérément la mort<sup>77</sup>. En outre, la législation française statue un droit à la médecine palliative, droit qui permet aux proches d'une personne en fin de vie de l'accompagner jusqu'à ses derniers instants et d'obtenir, par exemple, à cette fin un congé.

En *Autriche, en Italie, en Espagne, au Portugal et en Pologne*, l'assistance au suicide est punissable.

En *Grande-Bretagne*, l'assistance au suicide est encore totalement prohibée. Toutefois, en règle générale, on s'y livre à l'appréciation juridique des cas de suicide avec davantage de circonspection que dans les Etats de l'Europe continentale. La punissabilité de la tentative de suicide n'a été abolie qu'en 1961, par le Suicide Act 1961<sup>78</sup>.

Les différences que présente le régime juridique appliqué en Suisse par rapport à celui qui est en vigueur dans d'autres Etats européens ont fait que le tourisme de la mort s'est développé en Suisse. Ces dernières années, un nombre sans cesse croissant de personnes domiciliées à l'étranger se sont rendues en Suisse pour mettre un terme à leur existence avec le concours d'organisations d'assistance au suicide, en particulier de DIGNITAS. Toutefois, la Suisse n'est pas le seul Etat à avoir adopté une attitude libérale en la matière. Ces dernières années, d'autres pays ont poussé plus loin le libéralisme, allant même jusqu'à édicter des lois sur l'assistance au décès.

Les *Pays-Bas* ont été le premier Etat européen à légaliser (à certaines conditions) l'assistance au suicide pratiquée par des médecins. Cette mesure date d'avril 2002. En *Belgique* également, la loi sur l'assistance au suicide du 28 mai 2002 autorise l'assistance au suicide (c'est-à-dire l'euthanasie active d'une personne, à sa demande) lorsqu'elle est pratiquée par un médecin et pour autant que des conditions bien précises soient remplies. *Aux Etats-Unis*, l'*Oregon* s'est doté, en 1997, d'une réglementation sur l'assistance au suicide. Il est le seul Etat extra-européen à avoir pris une telle mesure<sup>79</sup>.

---

<sup>77</sup> Le Code de déontologie médicale figure dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112; Article 38: «Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par les soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort».

<sup>78</sup> En Grande-Bretagne on examine actuellement si l'assistance au suicide ne pourrait pas être autorisée à certaines conditions dans le cas des malades en phase terminale. A ce sujet, cf. House of Lords (n. 75), Volume I: Report, p. 5 ss. Pour de plus amples informations sur le régime en vigueur en Grande-Bretagne, cf. ibidem, p. 12 ss. ainsi que Volume II: Evidence, p. 578 ss., 580.

<sup>79</sup> En janvier 2006, la Cour Suprême des Etats-Unis a avalisé par 6 voix contre trois la loi de l'Oregon, contre l'avis d'Alberto Gonzales, Ministre de la justice. Pour de plus amples informations sur la

### 6.1.4 Dispositions légales régissant l'assistance au suicide en Suisse

Les dispositions légales de portée générale qui valent donc également pour les organisations d'assistance au suicide et leurs représentants, sont, notamment, les normes figurant aux art. 111 et suivants CP de même que les prescriptions pertinentes de la loi sur les stupéfiants (LStup ; RS 812.121). Il n'existe pas de règles «taillées sur mesure» pour les organisations d'assistance au suicide. En revanche, lorsque des personnes qui prêtent assistance en vue du suicide utilisent, dans l'exercice de leur activité, des stupéfiants tels que le natrium pentobarbital (NAP), elles ont l'obligation de passer par un médecin dûment autorisé à prescrire des stupéfiants: selon l'art. 10 LStup, seuls les médecins énumérés à l'art. 9 LStup qui sont autorisés à pratiquer<sup>80</sup> sont habilités à prescrire des stupéfiants<sup>81</sup>. En vertu de l'art. 11 LStup, lesdits médecins sont tenus de n'employer des stupéfiants que dans la mesure admise par la science<sup>82</sup>. Inversement les médecins ont le droit - garanti par la constitution - de refuser de prescrire une substance entraînant la mort<sup>83</sup>.

Les art. 41 et suivants de l'ordonnance sur les stupéfiants (OStup ; RS 812.121.1) règlent les modalités applicables à l'acquisition et à l'utilisation de stupéfiants par les médecins. Aux termes de l'art. 43 OStup, les médecins ne peuvent prescrire des stupéfiants qu'aux patients qu'ils ont examinés eux-mêmes; en outre, l'ordonnance prescrivant des stupéfiants doit contenir un certain nombre d'informations bien déterminées telles que le nom, l'adresse, la signature manuscrite et le timbre du médecin qui a prescrit le stupéfiant; le nom, le prénom, l'année de naissance et l'adresse du patient; la date à laquelle l'ordonnance a été établie; le nom du stupéfiant, sa présentation et son dosage; enfin la quantité et le mode d'emploi<sup>84</sup>.

---

situation juridique régnant dans les pays cités ainsi que dans d'autres, cf. le rapport de la CNE (n. 20), p. 40 à 42.

<sup>80</sup> L'octroi de l'autorisation d'exercer la médecine à titre indépendant ressortit aux cantons; la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, dont délibèrent actuellement les Chambres fédérales, fixera les conditions requises pour l'octroi de l'autorisation, les cantons continuant d'être compétents pour cet octroi (cf. FF 2005, p. 157 ss, en particulier p. 207). Cette autorisation peut aussi être retirée à un médecin qui, par exemple, violerait son devoir de diligence en prescrivant du NAP; à ce sujet cf. Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, *Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe*, RSJ 101, 2005, p. 53 ss., 87 ss.

<sup>81</sup> L'appendice a de l'ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques du 12 décembre 1996 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Ordonnance de Swissmedic sur les stupéfiants, OStup-Swissmedic ; RS 812.121.2) contient la liste de tous les stupéfiants.

<sup>82</sup> Selon les directives médico-éthiques de l'ASSM «Prise en charge des patients en fin de vie» (n. 3) l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité des médecins; toutefois, si le médecin prend la décision morale personnelle de prêter une assistance au suicide dans un cas d'espèce, cette décision doit être respectée en tant que telle; cf. supra, ch. 3.2.1.

<sup>83</sup> La liberté de conscience et de croyance, droit fondamental garanti par l'art. 15 Cst., donne à toute personne le droit de choisir librement sa religion ainsi que de se forger ses convictions philosophiques et de les professer individuellement ou en communauté et d'agir ou, au contraire, de refuser d'agir en fonction de celles-ci. Cette liberté fondamentale couvre également le droit de refuser de participer à un traitement médical, en raison d'un conflit de conscience (à ce sujet, cf. le rapport du groupe de travail « droits du personnel médical », destiné au DFJP et daté du 12 mars 2002, en particulier le ch. 3). Relevons encore que les médecins qui exercent à titre indépendant peuvent, par principe et non pas seulement pour des motifs d'éthique, refuser tout traitement, sauf dans les situations d'urgence (Annexe IV au rapport intitulé « droits du personnel médical », loc. cit, avis de droit concernant la liberté de conscience du personnel du secteur de la santé, établi par DIALOG ETHIK et daté du 5 octobre 2001, document destiné à l'Office fédéral de la justice, p. 3).

<sup>84</sup> En outre, à la demande des autorités zurichoises de poursuites pénales, le médecin qui prescrit le stupéfiant doit établir une déclaration attestant que le patient est capable de discernement et en



Les *directives médico-éthiques de l'ASSM «Prise en charge des patients en fin de vie»* contiennent des règles concernant spécifiquement l'assistance au suicide pratiquée par les médecins et fixent, notamment, les exigences minimales à respecter en la matière. L'une de ces exigences a trait à l'état de santé de la personne qui souhaite mourir: la vie de celle-ci doit toucher à sa fin<sup>85</sup>.

Au chapitre des autres restrictions juridiques posées en matière d'assistance au suicide, rappelons que, dès 1987, l'assistance au suicide a été expressément prohibée dans les hôpitaux, les maisons de retraite et les établissements médico-sociaux de la ville de Zurich. En l'an 2000, le conseil municipal de Zurich a réexaminé cette réglementation afin d'autoriser, à certaines conditions, dans les maisons de retraite et les établissements médico-sociaux, l'auto-délivrance pratiquée avec le concours des organisations d'assistance au suicide<sup>86</sup>. Auparavant, les pensionnaires de ces institutions qui souhaitaient se suicider étaient tenus de le faire à l'extérieur de l'institution, par exemple, dans leur logement privé. C'est d'ailleurs ce que doivent continuer à faire les patients des hôpitaux de la ville de Zurich, puisque le suicide accompagné y est toujours prohibé; en revanche, la visite de représentants des organisations d'assistance au suicide y est autorisée. Dans la décision du conseil municipal de Zurich, il est stipulé que, dans les autres institutions relevant du Département de la santé et de l'environnement, *l'assistance au suicide est prohibée pour les patients atteints d'une maladie psychique*. Lorsque le personnel a ouï-dire qu'un patient projette de se suicider avec le concours d'une organisation d'assistance au suicide, il est *tenu d'en aviser* la direction de l'établissement<sup>87</sup>.

Le 17 octobre 2001, le conseil municipal de Berne a arrêté des directives concernant l'assistance au suicide avec l'aide de tiers dans les homes publics (« Richtlinien zur Beihilfe zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen ») et les a mises en vigueur avec effet immédiat. Selon ces directives, le suicide est, en principe, autorisé dans les homes publics, lorsque la personne qui veut mettre un terme à sa vie n'a plus de domicile à l'extérieur. Il est interdit au personnel des homes de participer activement à la préparation et à l'exécution de suicides (même avec l'aide de tiers) et, en particulier, de mettre les personnes qui projettent de se suicider en rapport avec les organisations d'assistance au suicide. Le personnel est autorisé à être présent lors du suicide si la personne qui veut mourir le souhaite. Toutefois cette présence est à bien plaisir.

## 6.2 Analyse des problèmes

### 6.2.1 Risques d'abus

Considéré à la lumière des éléments objectifs de l'infraction visée à l'art. 115 CP, l'accroissement du nombre des personnes domiciliées à l'étranger qui entendent mettre fin à leur existence avec l'aide d'organisations d'assistance au suicide, a soulevé le problème des risques d'abus, l'acte en question se situant à la frontière

---

mesure de s'administrer lui-même le NAP. Cf. à ce sujet Ludwig A. Minelli, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit, AJP 5/2004, p. 491 ss., 500.

<sup>85</sup> Cf. supra ch. 3.2.1 ainsi que n. 99.

<sup>86</sup> Cf. n. 25.

<sup>87</sup> Au sujet de cette obligation d'aviser ainsi que d'autres dispositions de la décision du conseil municipal de Zurich, cf. Arzt, (n. 60), p. 588 ss.

entre l'assistance punissable au suicide et l'homicide. Lesdites organisations s'appuient sur la réglementation libérale statuée par le code pénal d'une manière que le législateur (pénal) n'avait pas prévue. De même, le doute plane sur le respect de toutes les autres normes applicables en l'occurrence (cf. supra, ch. 6.1.4), ce qui fait craindre que les personnes qui entendent attenter à leurs jours avec l'assistance d'une organisation ne bénéficient pas toujours d'une protection appropriée<sup>88</sup>. En ce qui concerne les circonstances aggravantes dans les cas de suicides de personnes domiciliées à l'étranger (cf. infra, ch. 6.2.2), les autorités judiciaires du canton de Zurich redoutent que d'éventuels abus restent impunis parce que l'état de faits n'est souvent pas élucidé à suffisance.

Jusqu'à présent, très rares ont été, en Suisse, les condamnations prononcées pour violation de l'art. 115 CP<sup>89</sup>. En outre, aucune de ces condamnations n'avait trait aux activités d'organisations d'assistance au suicide. En d'autres termes, l'assistance au suicide pratiquée par ces organisations n'a encore jamais été l'objet d'un jugement établissant qu'elle constituait une infraction. En revanche, il arrive aux autorités de douter que les conditions auxquelles est subordonnée la prescription médicale de stupéfiants entraînant la mort, (cf. supra, ch. 6.1.4), notamment celle qui veut que la personne qui entend se suicider soit proche du terme de sa vie (cf. ch. 3.2.1, in fine), sont toujours réunies.

Les risques d'abus peuvent se produire sous plusieurs angles que nous examinons ci-après:

- La personne qui entendait s'autodélivrer doit avoir eu *la maîtrise de l'acte* et l'avoir commis en toute conscience. Il faut qu'elle ait agité de manière autonome en toute connaissance de la gravité et de la portée de son acte. En outre, il faut qu'elle ait commis elle-même le geste entraînant la mort. Si la personne en question a subi des pressions, ou a été victime de contrainte, de menace ou de tromperie de la part de tiers ou encore si elle était incapable de discernement, on a affaire à un homicide et non à un suicide au sens de l'art. 115 CP.
- La *capacité de discernement* des personnes désireuses de mettre fin à leurs jours revêt une importance éminente. Il ne peut y avoir suicide chez des personnes incapables de discerner la portée d'un tel acte. Or, il peut se révéler difficile, dans le cas d'espèce, d'établir si la personne en cause disposait de ladite capacité. Une telle question se pose dans les situations où les personnes sont dépendantes ou peuvent être influencées par des tiers. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'elles souffrent d'une affection psychique, sont en phase terminale d'une maladie incurable, sont dans l'enfance ou l'adolescence ou encore sont pensionnaires d'une institution de soins de longue durée.

<sup>88</sup> Cf. le reportage «Fahrkarte – ganz einfach» publié dans le magazine Facts (n. 30), p. 16 ss.; cf. aussi le reportage «Zürcher Justiz ermittelt gegen Sterbehilfeverein Dignitas; Ungereimtheiten bei Spenden in Höhe von 230 000 Franken» paru dans la Sonntagszeitung no 49 du 4 décembre 2005, p.2.

<sup>89</sup> De 1960 à 1998, huit cas d'infraction ont été établis en Suisse. A ce sujet, cf. Schwarzenegger, loc.cit. (n. 1), art. 115 no. 1 ss., ainsi que ibidem, p. 64 s, statistique criminelle concernant l'art. 115 CP. Le 26 avril 2005, le Tribunal du district de Zurich a condamné un homme à trois ans de réclusion pour incitation au suicide pour un mobile égoïste flagrant (art. 115 CP) et ordonné à son encontre (pour la deuxième fois) une mesure d'internement au sens de l'art. 42 CP (cf. NZZ du 27 avril 2005, no 97, p. 51).

- Pour que l'assistance au suicide ne soit pas punissable, il faut que la personne qui l'a prêté *n'ait pas agi pour un mobile égoïste*. Cette condition oblige à se demander si les organisations d'assistance au suicide agissent de manière véritablement désintéressée et comment elles assurent leur financement. Afin de vérifier si cette condition est remplie, l'autorité de poursuites pénales se doit de contrôler la situation financière de l'organisation concernée. Il appartient aux autorités judiciaires d'établir, dans chaque cas, si l'organisation qui pratique l'assistance au suicide à titre professionnel a agi ou non pour un mobile égoïste, lors même que l'indemnité qu'elle exige est censée uniquement couvrir les coûts de fonctionnement et les frais de personnel. On peut également admettre que l'auteur a agi pour un mobile égoïste au sens de l'art. 115 CP lorsqu'il a essentiellement cherché à satisfaire des besoins matériels ou affectifs, tels que l'accession à un héritage, la libération d'une obligation d'entretien, ou la mort d'une personne qu'il haïssait ou encore son besoin de se mettre en valeur ou de se faire connaître par le public.

### 6.2.2 Charges occasionnées à la collectivité

Tout décès non naturel, a caractère extraordinaire, doit être signalé à l'autorité de poursuites pénales<sup>90</sup>. Celle-ci ouvre une procédure d'investigations policières qui vise, au premier chef, à établir s'il y a eu suicide ou homicide. Par voie de conséquence, lorsque le suicide a fait l'objet d'une assistance, il y a lieu d'élucider si la personne qui s'est donné la mort avait la maîtrise de son acte et agi en toute conscience, si elle s'est auto-délivrée en pleine connaissance de la portée de son acte, si elle avait exprimé continuellement et à répétitions reprises son souhait de mourir, enfin si elle s'est elle-même donné la mort. (cf. supra, ch. 6.2.1). Enfin, l'enquête devra déterminer si la personne qui a prêté assistance en vue du suicide a été ou non poussée par un mobile égoïste.

L'examen visant à déterminer, dans le cas d'espèce, si les éléments constitutifs de l'infraction visée à l'art. 115 CP sont réunis peut être la cause de difficultés supplémentaires pour les autorités des cantons particulièrement touchés par le phénomène du tourisme de la mort. En effet, bien souvent, le fait que les moyens de preuve font défaut ou sont lacunaires, rend difficile l'établissement de la capacité de discernement de la personnes qui a choisi le suicide. Dans certains cas, il faut aller jusqu'à procéder par la voie de l'entraide judiciaire internationale. Pour les autorités suisses d'instruction, il est aussi dispendieux que difficile de vérifier la crédibilité des certificats médicaux établis à l'étranger qui sont parfois produits. Ainsi donc, le tourisme de la mort induit, sans aucun doute, un surcroît de travail et de charges financières pour les autorités suisses chargées de ce secteur.

Selon une estimation à laquelle se sont livrées les autorités zurichoises, chaque cas de suicide «assisté» occasionne aux autorités judiciaires et services de médecine

<sup>90</sup> Dans le canton de Berne, par exemple, en vertu de l'art. 28, al. 1 de la loi sur la santé publique LSP ; RLB 811.01), les professionnels de la santé sont tenus de déclarer immédiatement aux autorités compétentes de poursuite pénale tout décès extraordinaire constaté dans l'exercice de leur profession. Une telle déclaration déclenche chaque fois une procédure d'investigations policières (et non pas encore une véritable instruction pénale). Aux termes de l'ordonnance du 11 juin 1997 sur l'euthanasie et le diagnostic de la mort (RLB 811.06), les directives du 25 février 1995 de l'Académie suisse des sciences médicales sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes sont déclarées applicables (en 2003 et 2004, ces directives ont été remaniées et scindées en deux directives distinctes; cf. supra, n. 3, 4 et 11).

légale des coûts de l'ordre de 3000 à 5000 francs<sup>91</sup>. Si l'on table sur un montant de 3000 francs par cas, on aboutit pour l'année 2003, dans le canton de Zurich, à des coûts de l'ordre de 273 000 francs pour les seuls suicides de personnes domiciliées à l'étranger. Pour éviter le surcroît de travail et de charges occasionné par le tourisme de la mort, il faudrait l'interdire totalement. Eventuellement, les frais qui en résultent peuvent être mis à la charge des proches des personnes qui viennent se suicider en Suisse, ce que prévoient, d'ores et déjà, certaines législations cantonales<sup>92</sup>.

### 6.2.3 Nuisances causées par l'exploitation des « mouirois »

L'exploitation de mouirois et autres locaux accueillant des candidats au suicide (appartements, maisons) perturbe le voisinage, non seulement psychiquement ou moralement mais encore à d'autres égards. Ce constat vaut à plus forte raison lorsque le nombre de « suicides assistés » s'accroît, sous l'effet du tourisme de la mort. En outre, les communes et les cantons où sont sis ces mouirois craignent que leur image n'en soit ternie.

Si ces perturbations prennent une ampleur excessive (notamment en raison de leur fréquence), les voisins touchés, qu'ils soient proches ou plus lointains, peuvent se défendre en tirant parti des facultés que leur offre les art. 679 et 684 du code civil (CC ; RS 210). En l'occurrence, le juge dispose cependant d'un large pouvoir d'appréciation. En outre, il est parfaitement concevable que les autorités cantonales concernées influent sur l'exploitation de tels mouirois en faisant application de la législation cantonale sur l'aménagement du territoire et les constructions et en exigeant que les locaux soient utilisés conformément à l'affectation de la zone<sup>93</sup>.

### 6.2.4 Image de marque de la Suisse

L'opinion publique suisse réagit avec une irritation grandissante au phénomène du *tourisme de la mort*. Ce qui la dérange est le fait que ce tourisme permette aux personnes qui veulent en finir avec la vie de mourir rapidement en dehors de leur environnement familial. Si, de surcroît, les pays d'origine et les proches des « touristes » interviennent auprès des autorités suisses - que ce soit par le biais de compte rendus dans les médias, par la voie diplomatique ou par le truchement de commissions rogatoires - la Suisse en subit une pression internationale. Cette

<sup>91</sup> Cf. les indications (2000 à 3000 euros par cas) fournies par Andreas Brunner, Procureur général en chef du canton de Zurich, in House of Lords (n. 73), Volume II, p. 631.

<sup>92</sup> A ce sujet, cf. notamment le décret bernois concernant les inhumations du 25 novembre 1876 (RBL 556.1). En vertu de l'art. 20, al. 1 de ce décret, les frais de visite et de sépulture, devraient, en cas de décès extraordinaire, être imputés sur la succession de la personne défunte. Or, aujourd'hui, cette manière de faire a pratiquement disparu (cf. Thomas Maurer, *Das bernische Strafverfahren*, 2. Aufl. Berne 2003, p. 236s.). Le canton de St-Gall prévoit une réglementation similaire dans l'ordonnance du 3 janvier 1967 sur les cimetières et les sépultures (Vollzugsverordnung über die Friedhöfe und die Bestattungen). En vertu de l'art. 12 de cette ordonnance, les frais d'examen, en cas de décès extraordinaire, sont imputés sur la succession de la personne défunte, à moins qu'une instruction pénale n'ait été ouverte.

<sup>93</sup> Le Tribunal fédéral suisse a reconnu que certaines activités, en particulier celle des quartiers dits « chauds » étaient de nature à causer des nuisances psychiques ou morales (cf. jugements 1P. 771 et 1P. 773/2001 du 5 mai 2003, cons. 9.2, concernant la ville de Zurich). Il a défini les traits caractéristiques de ces nuisances (elles blessent la sensibilité morale, éveillent des impressions désagréables, troublent la quiétude des habitants du quartier, et rendent les logements avoisinants plus difficiles à louer). Le tourisme de la mort exerce exactement les mêmes effets.

pression est de nature à mettre en péril la renommée de la Suisse, voire à nuire à son image de marque.

Cependant, ces mouvements d'humeur et ces interventions ne sont que peu provoqués par fait que la Suisse pratique en matière d'assistance au décès un régime libéral également à l'égard de personnes domiciliées à l'étranger. Ce qui les déclenche est bien plutôt le fait que l'on suppose que la rapidité avec laquelle se déroule le processus dans le cadre du tourisme de la mort fait que les «touristes» en question qui viennent mourir loin de leur environnement familial bénéficient de moins d'attentions et de contrôles, que s'ils résidaient sur le territoire suisse. Cela étant, la Suisse devrait veiller à offrir sur la scène internationale la garantie que les personnes non domiciliées sur son territoire bénéficient de la même protection que celles qui résident en Suisse.

D'aucuns vont même jusqu'à critiquer l'existence, en Suisse, d'une sorte de *commerce de la vie et de la mort* pratiqué avec des personnes domiciliées à l'étranger. S'il advenait, toutefois, que les représentants des organisations d'assistance au suicide s'enrichissent grâce au tourisme de la mort, l'art. 115 CP serait applicable, puisqu'ils agiraient pour un mobile égoïste. Toutefois, jusqu'à présent, nous n'avons aucun indice sérieux donnant à penser que c'est par appât du gain que les organisations d'assistance au suicide aident des personnes domiciliées en Suisse ou à l'étranger à mettre fin à leurs jours<sup>94</sup>.

Dans sa prise de position sur l'assistance au suicide, la CNE relève qu'il «n' y a pas de raisons morales pour interdire a priori aux suicidants en provenance de l'étranger une assistance au suicide en Suisse» alors que cette assistance est accordée aux personnes domiciliées en Suisse. Toutefois, dans les deux cas, il importe de connaître suffisamment les personnes en cause, de tirer au clair leur situation et de vérifier la constance de leur désir de mettre fin à leurs jours. Il faut, en outre, leur garantir qu'elles seront traitées avec toute la diligence voulue (cf. supra, ch. 3.2.2).

### 6.2.5 Synthèse

En substance, on peut affirmer qu'à l'heure actuelle l'aide au suicide et le tourisme de la mort suscitent le débat sous trois angles:

- D'abord, *sous l'angle politique et et sous celui de la politique criminelle*: la protection de la vie humaine est mise en péril si des organisations d'assistance au suicide et les personnes concrètement impliquées dans cette activité

<sup>94</sup> Selon ses propres dires, Dignitas ne poursuit aucun but lucratif. Les membres paient une taxe d'inscription unique de 100 francs puis s'acquittent d'une cotisation annuelle d'au moins 50 francs (libre à chaque membre de verser plus). L'argent collecté sert à couvrir les frais. A ce sujet, cf. les données fournies sur la page d'accueil de l'organisation, consultable à l'adresse: <http://www.dignitas.ch/we/seite02.htm> ainsi dans le prospectus de DIGNITAS, 2<sup>ème</sup> éd. 2005, consultable (en allemand) à l'adresse : [http://www.dignitas.ch/we/WeitereTexte/Prospekt%20de\\_2005.pdf](http://www.dignitas.ch/we/WeitereTexte/Prospekt%20de_2005.pdf). En revanche, des indices donnent à penser que les dons faits à Dignitas atteignent parfois des montants non négligeables. A ce sujet, cf. le magazine Facts (n. 30), p. 22. Dans son prospectus, DIGNITAS attire expressément l'attention du lecteur sur le fait qu'il est loisible à chacun de verser une cotisation de membre qui dépasse ad libitum le montant de base et relève qu'il n'est pas interdit de coucher DIGNITAS dans son testament (en pareils cas, il convient d'en discuter préalablement avec l'organisation).

commettent, notamment au détriment de personnes non domiciliées en Suisse, des abus en profitant de la situation juridique actuelle, abus que la précarité des ressources et les difficultés à réunir les moyens de preuve empêchent de découvrir et qui ne peuvent donc être réprimés pénalement ni faire l'objet de sanctions en vertu de la déontologie professionnelle.

- *Sous l'angle de la politique de société*, ensuite: d'aucuns font valoir que le tourisme de la mort - celui qui est légal et, a fortiori, s'il devient illégal - est de nature à ternir l'image de marque de la Suisse et que l'exploitation de «mouroirs» perturbe le voisinage, étant donné le nombre important des cas de suicide. Certains redoutent également que la vie (ou la mort) de personnes domiciliées à l'étranger soit l'objet d'un véritable commerce.
- *Sous l'angle financier* enfin: l'accroissement du nombre des cas d'assistance au suicide et, en particulier, l'expansion prise par le tourisme de la mort occasionnent aux cantons et aux communes concernés un notable surcroît de charges qui pèse sur les finances de ces collectivités publiques.

### 6.3 Marge de manoeuvre des cantons

Les risques d'abus dont il vient d'être question (cf. supra, ch. 6.2.1) sont ceux qui ont exclusivement pour origine une éventuelle violation de dispositions pénales ou autres en vigueur (cf. supra, ch. 6.1.4). Les problèmes que posent les abus dans le domaine sensible de l'assistance au suicide et de la protection de la vie humaine ne sont donc pas imputables au premier chef au défaut de dispositions légales. Ils ont, bien plutôt, un lien avec une insuffisance des ressources permettant d'y faire face et avec un manque de volonté politique des autorités compétentes de prévenir les risques et de réprimer les éventuelles violations du droit en la matière.

Les poursuites pénales et la surveillance du personnel médical impliqué dans l'assistance au décès, sont du ressort des cantons lorsqu'elles se fondent sur la législation concernant les stupéfiants et sur le droit régissant la santé publique. Les cantons sont, d'ailleurs, tenus de mettre les moyens financiers nécessaires à disposition. Les cantons et les communes ont, en outre, la faculté d'édicter les normes qui leur semblent indispensables pour le secteur des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des homes ainsi qu'en ce qui concerne la prise en charge des coûts des procédures pénales et des investigations policières ainsi que des frais d'inhumations.

En conclusion, force est tout d'abord de relever que les cantons et les communes sont à même de prévenir dans une large mesure les abus et de parer aux effets indésirables de l'assistance au suicide et du tourisme de la mort. Il leur suffit pour cela d'appliquer et de faire respecter résolument le droit en vigueur et, au besoin, d'édicter de nouvelles dispositions dans leur domaine de compétence.

### 6.4 Mesures législatives au niveau fédéral

Les problèmes qui ont été évoqués sont soit des conséquences directes de l'assistance au suicide soit des phénomènes marginaux liés à celle-ci. Pour les

résoudre, la Confédération a le choix entre deux solutions : soit elle s'attaque aux causes soit elle se borne à contenir les effets indésirables de l'aide au suicide:

Afin d'éliminer les causes, elle pourrait prendre les mesures suivantes:

- instaurer à l'art. 115 CP une interdiction générale de prêter assistance au suicide;
- décréter une interdiction générale des organisations d'assistance au suicide;
- interdire aux organisations d'assistance au suicide d'aider à mourir sur le territoire suisse des personnes domiciliées à l'étranger;
- frapper les «touristes de la mort» d'une interdiction d'entrée (cette mesure apparaît d'emblée impraticable).

Afin d'éliminer les effets indésirables, les mesures suivantes sont envisageables:

- adopter une loi concernant la surveillance des organisations d'assistance au suicide;
- compléter les dispositions de la législation sur les stupéfiants;
- instituer une curatelle en matière de suicide.

#### 6.4.1 Révision de l'art. 115 CP

Si l'on considère que le régime légal suisse, libéral et permissif, est à l'origine des abus et, en particulier, du phénomène du tourisme de la mort, on pourrait être tenté de «traiter le mal à la racine» en durcissant le libellé de l'art. 115 CP. A cet égard, plusieurs variantes sont envisageables:

- *Renoncer à retenir le «mobile égoïste» comme élément fondant la punissabilité de l'acte*, ce qui reviendrait à rendre répréhensible l'assistance au suicide en général. Une telle solution, aussi restrictive, aurait certes pour effet de mettre un terme au tourisme de la mort. Cependant, comme elle reviendrait à prendre le contre-pied du régime libéral en vigueur, elle n'aurait aucune chance de recueillir un consensus sur le plan politique.
- *Limiter l'applicabilité de l'art. 115 CP aux personnes qui prêtent assistance au suicide «en dehors de toute organisation»*: il serait concevable d'élaborer une variante selon laquelle l'art. 115 CP ne s'appliquerait pas aux membres d'organisations d'assistance au suicide, ceux-ci bénéficiant d'un régime spécial. Cette variante reviendrait à rendre passible de sanctions pénales celui qui, bien que non poussé par un mobile égoïste, aura pratiqué l'assistance au suicide à titre professionnel ou à répétées reprises. Cette variante reviendrait de facto à réserver l'impunité de l'assistance au suicide aux seuls proches de la personne qui veut mettre fin à ses jours. Toutefois, comme, bien souvent, les proches ne veulent pas ou ne peuvent pas assumer cette responsabilité ou encore la personne qui veut mourir n'entend pas leur imposer un tel fardeau, cette mesure aboutirait en définitive à une interdiction de l'assistance au suicide.
- *Limiter l'applicabilité de l'art. 115 CP aux personnes ayant leur domicile en Suisse*: exclure l'impunité de l'assistance au suicide lorsqu'elle est prêtée à des personnes non domiciliées en Suisse est une mesure qui pourrait être de nature à résoudre le problème du tourisme de la mort. Toutefois, vis à vis de l'étranger - et en dépit des atteintes à l'image de marque de la Suisse, qui résultent de la situation juridique et factuelle que nous connaissons aujourd'hui - elle ne serait guère praticable puisqu'elle reviendrait à discriminer les personnes domiciliées à

l'étranger par rapport à celles qui ont leur domicile en Suisse. En outre, elle présenterait l'inconvénient non négligeable d'être exclusivement ciblée sur le phénomène du tourisme la mort et de ne pas prendre en compte les risques d'abus qui sont identiques à ceux que présente l'assistance au suicide elle-même. Enfin, il est douteux que cette mesure soit propre à résoudre les problèmes, ne serait-ce que ceux qui sont engendrés par le tourisme de la mort.

Modifier l'art. 115 CP pour *interdire* l'assistance au suicide ou, pour le moins, les organisations d'assistance au suicide ou le tourisme de la mort constituerait une mesure radicale qui ne semble guère praticable d'un point de vue politique<sup>95</sup>. Toutefois, comme, en l'occurrence, les abus ne sont pas imputables, principalement, à un manque de normes, mais bien plutôt à une application trop peu rigoureuse et résolue des réglementations en vigueur, cette mesure apparaît globalement disproportionnée ne serait-ce que par rapport à d'autres solutions envisageables.

#### **6.4.2 Loi concernant la surveillance des organisations d'assistance au suicide**

Il serait concevable d'adopter une loi qui soumette les organisations d'assistance au suicide à la surveillance des pouvoirs publics et qui les oblige à respecter un certain nombre de devoirs de diligence, ainsi que le revendique la CNE dans sa prise de position<sup>96</sup>. Cette loi pourrait soumettre les organisations d'assistance au suicide au régime de l'autorisation. Afin d'obvier au risque qu'une telle réglementation ne soit éludée, il faudrait y soumettre également les particuliers qui prêtent assistance au suicide non seulement dans leur cercle familial mais encore en dehors.

L'autorisation ne serait accordée qu'à des organisations et à des particuliers qui s'engagent à respecter les conditions fixées par la loi et la procédure qu'elle prévoit en amont, pendant et après un suicide assisté. En l'occurrence, il s'agirait principalement d'établir que le suicide est accompagné avec toute la diligence voulue, ce qui, pour les organisations concernées, reviendrait dans une très large mesure à respecter l'obligation de se soumettre à des contrôles et de produire certains documents; par ailleurs, il y aurait lieu de prévoir une réglementation qui limite au personnel médical le droit de pratiquer l'assistance au suicide, définisse la formation requise pour une telle pratique, instaure l'obligation d'aviser l'autorité des projets de suicide assisté et le contrôle préalable par celle-ci de la légalité de chaque cas de suicide, enfin permette à l'autorité d'avoir accès en tout temps aux documents comptables des organisations et aux particuliers qui pratiquent l'assistance au suicide<sup>97</sup>.

<sup>95</sup> Dans sa prise de position intitulée «Thèses sur l'assistance au suicide» (n.20) la CNE n'a, d'ailleurs, pas voulu remettre en cause l'attitude libérale à l'égard de l'assistance au suicide, qui s'exprime au travers de l'art. 115 CP (recommandations 3 et 5).

<sup>96</sup> Les références à cette prise de position figurent à la note 20 et au ch. 3.2.2, supra.

<sup>97</sup> Le projet de loi sur la prévention du suicide («Gesetz zur Suizid-Prävention») proposé par Frank Th. Petermann va dans une direction analogue quand bien même il ne prévoit pas de contrôle préalable de la légalité des projets de suicide assisté ni l'accès des autorités aux documents comptables de l'organisation. En revanche, il préconise une obligation d'aviser à posteriori et l'imputation des frais de procédure en cas de décès extraordinaire sur la succession de la personne défunte. Cf. la contribution du même auteur, parue sous le même titre in AJP 9/2004, p. 1111 ss., 1129 ss.



Afin d'illustrer notre propos, nous esquissons ci-après quelques dispositions qui pourraient figurer dans une loi sur la surveillance des organisations d'assistance au suicide :

**Loi fédérale sur l'admission et la surveillance des organisations d'assistance au suicide et des particuliers pratiquant cette assistance (esquisse établie à titre d'exemple)**

*Vu les art. 118, al. 2, let. a, 122, al. 1 et 123, al. 1, Cst.*

**Art. 1 Régime de l'autorisation**

*Les organisations et les particuliers qui pratiquent l'assistance au suicide (ci-après « personnes concernées ») de personnes qui ont émis le souhait de mourir doivent requérir une autorisation de l'autorité compétente selon le droit cantonal. .*

**Art. 2 Preuve de la capacité de respecter les devoirs de diligence**

<sup>1</sup> *A la demande d'autorisation, il y a lieu de joindre un document exposant de quelle manière l'organisation ou la personne concernée garantit que dans chaque cas elle vérifie si le souhait de mourir exprimé par la personne qui a requis l'assistance au suicide est réellement profond.*

<sup>2</sup> *Ce document doit, en outre, préciser comment l'organisation ou la personne concernée entend s'y prendre, dans le cas d'espèce, pour assurer le respect des exigences suivantes:*

- a. la personne qui souhaite mourir doit avoir à sa disposition tous les moyens nécessaires à lui sauver la vie;*
- b. l'activité de l'organisation ou de la personne concernée ne doit pas se fonder unilatéralement sur le souhait de mourir exprimé par le ou la candidate au suicide ;*
- c. le projet de suicide doit être l'émanation de la libre volonté de la personne qui veut mourir;*
- d. il y a lieu de s'assurer que la personne qui veut mourir a pris cette décision sans subir de pression de la part de tiers;*
- e. la personne qui veut mourir doit pouvoir se donner elle-même la mort en toute connaissance de la gravité et de la portée de cet acte;*
- f. les certificats médicaux et attestations nécessaires doivent être établis dans une langue officielle;*
- g. le suicide assisté doit avoir lieu dans un endroit qui s'y prête;*
- h. l'organisation d'assistance au suicide ou la personne concernée doit prêter son aide de manière désintéressée;*
- i. etc.*

**Art. 3 Obligation d'aviser**

*L'organisation d'assistance au suicide ou la personne concernée avise l'autorité cantonale de chaque projet de suicide accompagné, 3 jours au moins avant qu'il n'ait lieu. Elle produit les certificats médicaux et attestations nécessaires*

**Art. 4 Contrôle préalable**

<sup>1</sup> *L'autorité cantonale de contrôle s'assure sans délai de la légalité de chaque cas dont elle a été avisée et, en tout état de cause, avant la survenance du suicide.*

<sup>2</sup> *En cas de doute, l'autorité peut interdire le suicide assisté et ordonner des investigations complémentaires avant son exécution.*

**Art. 5 Accès aux documents comptables**

*L'organisation d'assistance au suicide ou la personne concernée est tenue d'autoriser l'autorité cantonale à consulter en tout temps ses documents comptables.*

**Art. 6 Contraventions**

*En cas de contravention aux présentes dispositions, l'organisation d'assistance au suicide ou la personne concernée peut être tenue de supporter tout ou partie des*

*frais de procédure supplémentaires engendrés par l'enquête sur le décès extraordinaire, cela indépendamment d'une éventuelle responsabilité pénale.*

**Art. 7 Révocation de l'autorisation**

*L'autorité cantonale compétente peut révoquer en tout temps l'autorisation de pratiquer l'assistance au suicide lorsque les conditions qui ont prévalu lors de son octroi ne sont plus remplies.*

Une réglementation ainsi conçue permettrait d'instaurer une sorte d'assurance-qualité pour les organisations et les personnes qui pratiquent l'assistance au suicide. En outre, assurément, elle offrirait, plus que ce n'est le cas actuellement, une certaine garantie que les suicides assistés sont réellement des suicides ou, en d'autres termes, permettrait d'éviter, par exemple, que des personnes qui ne jouissent pas d'une pleine capacité de discernement quant à la portée et à la gravité du suicide soient accompagnées dans une démarche qui ne saurait constituer un suicide.

La Constitution fédérale ne contient pas de disposition explicite donnant à la Confédération la compétence de légiférer en la matière (en adoptant, par exemple, une loi concernant la surveillance des organisations d'assistance au suicide et des particuliers pratiquant cette assistance). Toutefois, à première vue et selon les points que l'on entend régler, on ne saurait exclure d'emblée qu'une telle loi puisse découler de plusieurs compétences de la Confédération<sup>98</sup>.

L'on devrait pouvoir escompter d'une loi sur la surveillance qu'elle permette de résoudre, au moins en grande partie, les problèmes que pose l'assistance au suicide organisée. Il est difficile de pronostiquer si elle permettrait réellement d'atteindre un tel résultat. En tout état de cause, cette loi entraînerait une bureaucratisation de l'assistance au suicide<sup>99</sup>. En outre, une question se pose du point de vue politique:

<sup>98</sup> Si l'on part de l'idée que la relation qui unit l'organisation d'assistance au suicide à la personne qui entend mettre fin à ses jours est un mandat au sens de l'art. 394 et suivants CO et, partant, une relation entre particuliers qui est soumise à certaines restrictions par le biais de la surveillance exercée par l'autorité, une telle loi pourrait relever, au premier chef, de la compétence de la Confédération de légiférer en matière de droit civil (art. 122, al. 1, Cst.). Le droit suisse comprend, d'ores et déjà, plusieurs textes qui règlent dans les détails des rapports de droit privé ou soumettent ces rapports à certaines restrictions et qui sont fondés sur la compétence qu'a la Confédération de légiférer en matière civile. Tel est non seulement le cas de l'art. 406c CO qui soumet au régime de l'autorisation l'activité des personnes qui s'entremettent à titre professionnel en vue de la conclusion d'un mariage ou d'un partenariat, mais encore celui de la loi fédérale sur l'acquisition d'immeubles par des personnes à l'étranger (RS 211.412.41) ou de l'arrêté fédéral du 8 octobre 1989 concernant un délai d'interdiction de revente des immeubles non agricoles et la publication des transferts de propriété immobilière (RO 1989 II 1974). Selon la jurisprudence établie par l'Office fédéral de la justice (JAAC 46.20 et 63.83), les normes légales peuvent notamment se fonder sur la compétence de la Confédération de légiférer en matière de droit civil lorsqu'elles définissent les conditions auxquelles une institution juridique peut être considérée comme jouissant de l'autonomie que lui confère le droit privé, présentent traditionnellement une connexité avec la codification du droit privé, enfin poursuivent des objectifs qui relèvent typiquement du droit privé. Peuvent être considérées comme étant de droit civil, les normes qui visent à atténuer les déséquilibres structurels entre les parties à un contrat (protection de la partie la plus faible). Selon cette doctrine, la codification de domaines qui sont étrangers aux objectifs que poursuit le droit civil doit être fondée sur une base constitutionnelle spécifique. Si l'on interprète la notion de protection de consommateurs de manière extensive, on ne saurait totalement exclure que la loi en question, doive, en fonction des points qu'elle règle, se fonder à titre complémentaire sur l'art. 97, al. 1 Cst.

<sup>99</sup> A ce sujet, cf. Arzt (n. 60), p. 591 s.: «Auch diese Bürokratisierung wird die Beteiligten massiv belasten, ohne zum Schutz des Lebens wirklich etwas beizutragen» (cette bureaucratisation, elle

est-il judicieux d'élaborer une loi spéciale, instaurant une surveillance spécifique qui fera de la «réclame» (même au-delà de nos frontières) pour l'activité des organisations et des particuliers qui pratiquent l'assistance au suicide et qui confèrera une légitimité officielle à cette activité (assistant au suicide qualifié, agréé par l'Etat)?

Compte tenu des éléments qui viennent d'être évoqués, on peut réellement douter qu'une telle loi soit un moyen propre à résoudre les problèmes, en particulier ceux qui sont liés au phénomène du tourisme de la mort. On peut même se demander si elle n'aurait pas pour effet d'accroître encore l'attrait exercé par la Suisse sur les «touristes de la mort». Par ailleurs, on peut se poser la question de savoir si les moyens d'ores et déjà à disposition ne permettraient pas d'instaurer la transparence de la situation financière des organisations d'assistance au suicide, que l'on escompte de l'adoption d'une loi sur la surveillance desdites organisation (on sait, par exemple, que sous l'empire du droit actuel, les associations qui pour atteindre leur but, exercent une industrie en la forme commerciale, sont tenues de se faire inscrire au registre du commerce (art. 61, al. 2 CC) et, partant de tenir une comptabilité (art. 957 CO). De surcroît, on ne saurait purement et simplement écarter l'argument selon lequel une telle loi serait en quelque sorte un acte législatif ad personam (Minelli) puisqu'elle serait conçue pour répondre aux besoins du seul canton de Zurich. A tout bien considérer, l'adoption d'une telle loi fédérale et sa mise en oeuvre constituent des mesures disproportionnées pour résoudre les problèmes qui se posent en relation avec l'activité des organisations d'assistance au suicide et des particuliers qui pratiquent cette assistance.

#### **6.4.3 Compléter la loi fédérale sur les stupéfiants**

Lors de la plupart des suicides qu'elles accompagnent, les organisations utilisent du natrium pentobarbital (NAP), un stupéfiant mortel. Il serait donc concevable que l'on intègre dans la législation sur les stupéfiants (LStup) une disposition qui soumette la prescription de cette substance et des autres qui sont utilisés aux mêmes fins à des conditions supplémentaires par rapport à celles que fixe l'art. 43 de l'ordonnance sur les stupéfiants pour la prescription de stupéfiants. Il pourrait s'agir, par exemple, d'obliger le médecin qui prescrit la substance à procéder à un examen approfondi du cas<sup>100</sup> et, éventuellement, à faire appel à d'autres spécialistes afin de garantir une élucidation du cas aussi minutieuse que celle qui est évoquée au ch. 6.4.4 ci-après (curatelle en matière de suicide). De telles conditions permettraient, à n'en point douter, d'assurer un meilleur contrôle des suicides accompagnés pratiqués au moyen de stupéfiants au sens de la législation sur les stupéfiants. Il serait également envisageable de limiter expressément la possibilité de prescrire du NAP aux seuls malades en phase terminale (éventuellement aussi, à ceux qui ne souffrent pas de troubles psychiques)<sup>101</sup>. En sus des conditions auxquelles est soumise la

---

aussi, constituera une charge supplémentaire non négligeable pour tous les acteurs, sans pour autant contribuer, un tant soit peu, à une meilleure protection de la vie; trad.).

<sup>100</sup> A la demande des autorités d'instruction pénale, les médecins zurichois se sont, d'ores et déjà, engagés à procéder à un tel examen. Cf. supra, n.8 et la source qui y est citée.

<sup>101</sup> Selon les directives médico-éthiques de l'ASSM «Prise en charge des patientes et des patients en fin de vie» (n. 3), l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité des médecins; toutefois le médecin n'est habilité à prêter une assistance au suicide qu'à la condition que la maladie dont souffre le patient permette de considérer que la fin de sa vie est proche (cf. les sources citées aux ch. 3.2.1 et 6.1.4). Selon le canton auquel elles appartiennent, les autorités de surveillance tolèrent apparemment que les médecins jouissent d'une large marge d'appréciation qui leur permettent d'inférer de l'état de

prescription de ce stupéfiant, on pourrait réglementer spécifiquement l'acquisition, la délivrance et l'usage de celui-ci. Selon le droit en vigueur, le NAP (vendu par le pharmacien) est délivré sur ordonnance pour une personne bien déterminée. Toutefois, ce qui se passe à la sortie de la pharmacie, y compris l'usage qui est fait de la substance, ne fait l'objet d'aucun contrôle, en tout cas pas de la part du médecin qui a établi l'ordonnance. Ainsi donc, il y a actuellement un risque que du NAP qui ne serait pas utilisé dans un cas finisse par tomber entre de mauvaises mains<sup>102</sup>.

Pour modifier la législation sur les stupéfiants, la Confédération pourrait fonder sa compétence sur l'art. 118, al. 2, let. a, Cst. Ainsi serait instaurée une sorte de surveillance spéciale des suicides assistés incluant la délivrance de stupéfiants. En revanche, dans le cadre de cette législation, il ne serait pas possible d'instaurer une surveillance de l'activité des organisations d'assistance au suicide allant au-delà du contrôle de la délivrance du NAP et de l'utilisation qui en est faite.

#### 6.4.4 Instauration d'une curatelle en matière de suicide

Une autre possibilité d'assurer la surveillance des organisations d'assistance au suicide serait d'instaurer une curatelle en matière de suicide dont la réglementation

---

souffrance que le patient subit et du souhait de mourir qu'il a exprimé sérieusement et sans aucune pression externe, qu'il est médicalement indiqué de l'aider à en finir avec l'existence. A ce sujet, cf. Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/ Kieseewetter (n. 80), p. 90. Dans l'article cité, les auteurs militent pour une telle marge d'appréciation et se distancent, d'une part, du point de vue de Minelli qui estime que l'administration de NAP à un patient en fin de vie est un droit garanti par la CEDH et, d'autre part, d'une décision du Département des finances et des affaires sociales du canton de Thurgovie qui ne reconnaît pas le suicide en tant qu'indication médicale justifiant la prescription de NAP. Les auteurs relèvent, en outre, que l'on ne saurait exclure de manière générale que les personnes atteintes de troubles psychiques jouissent d'une pleine capacité de discernement lorsqu'elles émettent le souhait de mettre fin à leurs jours. Dans le cas de ces personnes et dans la mesure où elles ont sollicité une assistance au suicide, il est, en revanche, indispensable, de demander une expertise psychiatrique de manière à permettre au médecin qui prescrit le stupéfiant de se prémunir contre les éventuelles conséquences pénales et civiles de son acte, sans parler des suites prévues par le droit régissant le domaine de la santé (ibidem, p. 91). DIGNITAS propose une assistance au suicide au moyen du NAP, aux personnes chez lesquelles le médecin a diagnostiqué une maladie absolument incurable, ou qui sont victimes de souffrances insupportables ou atteintes de handicaps intolérables (trad.). Ces informations peuvent être consultées (en langue allemande) sous le titre «Legale Freitodhilfe mit DIGNITAS » à l'adresse internet suivante: <http://www.dignitas.ch/we/seite05.htm> . Selon son propre prospectus (n 94), DIGNITAS irait même jusqu'à remettre gratuitement le NAP en vue du suicide. Dans le rapport annuel d'activités 2005 d'EXIT Deutsche Schweiz, Werner Kriesi relève que, cette année-là, 26 personnes âgées non atteintes d'une maladie mortelle mais fatiguées voire épuisées par les douleurs lancinantes dues à l'âge ont sollicité un accompagnement dans leur démarche d'auto-délivrance - cela, bien souvent, non sans attirer des protestations de la part de proches - quand bien même l'autodélivrance dans de pareils respects absolument les limites tracées par la loi. Dans le même contexte, l'organisation relève que dans 15% des cas, la substance létale est administrée par injection intraveineuse. A ce sujet, cf. les sources citées à la note 72, supra.

Petermann estime, quant à lui, que sous l'angle juridique les directives de l'ASSM susmentionnées posent problème pour différentes raisons : d'une part, elles restreignent dans une mesure inadmissible l'applicabilité de l'art. 115 CP et, d'autre part, elles ne sont pas sans susciter des réserves au regard de la Constitution et des droits fondamentaux. A ce sujet, cf. du même auteur « Zur Problematik der Rezeptierung von Natruimun-Pentobarbital », exit info no 1, p. 4 ss., en particulier p. 5.

<sup>102</sup> Petermann discerne aussi ce risque. Aussi préconise-t-il que la substance létale soit prescrite au patient mais *lui soit remise par le truchement de l'organisation d'assistance au suicide*. Une autre solution pourrait être, selon lui, que cette substance soit remise directement à l'organisation par le Pharmacien cantonal. Cf. Petermann (n. 97), p. 1135.

pourrait être intégrée dans le droit de la tutelle en vigueur ou, puisque ce droit fait actuellement l'objet d'une révision totale, dans les futures dispositions du CC concernant la protection des adultes<sup>103</sup>. Selon la réglementation envisagée, tout projet de suicide assisté devrait être signalé *préalablement* par l'organisation concernée à l'autorité de tutelle ou à l'autorité de protection des adultes, qui devrait alors, d'office, désigner un curateur à la personne souhaitant en finir avec l'existence. Celui-ci aurait pour mission de vérifier, dans chaque cas et dans l'intérêt de la personne qui a requis l'assistance au suicide, si le souhait de mourir qu'elle a exprimé est réellement profond. Il devrait, en outre, s'assurer que :

- la personne qui souhaite mourir ait à sa disposition tous les moyens nécessaires à lui sauver la vie;
- le projet de suicide soit l'émanation de la libre volonté de la personne qui veut mourir;
- la personne qui veut mourir a pris cette décision sans subir de pression de la part de tiers;
- la personne qui veut mourir puisse se donner elle-même la mort en toute connaissance de la gravité et de la portée de cet acte;
- les certificats médicaux et attestations nécessaires soient produits;
- le suicide assisté ait lieu dans un endroit qui s'y prête;
- l'organisation d'assistance au suicide prête son aide de manière désintéressée;

Afin de permettre de vérifier que l'organisation d'assistance au suicide agit de manière désintéressée, il y aurait lieu d'établir une disposition légale qui confère au curateur ou à l'autorité de tutelle le droit de consulter les documents financiers de l'organisation. Une autre solution serait d'interroger la personne qui entend se suicider sur les versements, les dons, etc. qu'elle pourrait avoir fait à l'organisation concernée. Après avoir examiné le cas, le curateur établirait à l'intention de l'autorité de tutelle une proposition d'autoriser ou d'interdire le suicide, celle-ci arrêtant ensuite sa décision. Si l'on adoptait une telle réglementation, il y aurait lieu de se demander s'il convient de l'appliquer à tous les cas de suicide accompagné ou uniquement aux suicides assistés par les organisations ad hoc.

La compétence de la Confédération d'édicter une telle réglementation peut être inférée de l'art., 122, al. 1, Cst. Toutefois, selon les tâches qui seront imparties au curateur, il pourrait être nécessaire d'asseoir cette compétence sur d'autres dispositions constitutionnelles (cf. les considérations émises à ce sujet au ch. 6.4.2).

Une autre question se pose en l'occurrence : la Suisse a-t-elle le droit de prescrire ou d'autoriser une telle curatelle s'agissant de personnes domiciliées à l'étranger? Dans le cas du tourisme de la mort, cette curatelle ne manquerait pas de soulever des interrogations quant à la compétence des autorités suisses. Aussi, la loi devrait-elle contenir une disposition définissant expressément le champ d'application à raison des personnes.

L'instauration d'une curatelle en matière de suicide est-elle de nature à résoudre les problèmes qui se posent en rapport avec l'activité des organisations d'assistance au suicide ? On peut, pour le moins, en douter. Outre les difficultés - qui viennent d'être évoquées - auxquelles donneraient lieu la définition du champ d'application de cette

<sup>103</sup> Cf. les références à ce sujet à la n. 7, supra.

mesure et son application elle-même, cette mesure présenterait probablement l'inconvénient d'induire une bureaucratisation de la procédure. Au surplus, à l'instar de la loi sur la surveillance, elle serait de nature à conférer une légitimité officielle à l'activité des organisations d'assistance au suicide. Etant donné qu'il existe des possibilités d'agir sur d'autres plans, cette mesure, apparaît donc, elle aussi, globalement disproportionnée.

## 6.5 Conclusions

### 6.5.1 Les faits

En Suisse près de 1400 personnes se suicident chaque année, ce nombre représentant 2,22% de l'ensemble des décès. Dans 272 cas (env. 20%), la personne qui s'est suicidée a eu recours à l'assistance d'une organisation ad hoc. Quant au phénomène du tourisme de la mort, il concerne moins de 100 cas de suicide par année dans l'ensemble du pays, ce qui représente 0,14% du total des décès et, tout au plus, 7% de l'ensemble des suicides enregistrés en Suisse<sup>104</sup>. La recherche sur le suicide qui vise à élucider les causes des taux constamment élevés de suicide enregistrés en Suisse comparativement à ceux que connaissent ses voisins européens, en est encore à ses premiers balbutiements.

### 6.5.2 Problèmes et amorces de solutions

- La protection de la vie est concrètement menacée si des organisations d'assistance au suicide et des particuliers qui pratiquent cette assistance commettent, en raison de la situation juridique actuelle, des *abus* qui ne peuvent être découverts et, partant, ne peuvent être réprimés pénalement ni faire l'objet de sanctions en vertu de la déontologie professionnelle.
- La complexité des cas qui rend l'administration des preuves plus difficile occasionne un *surcroît de travail aux autorités d'instruction et de surveillance*, qui sont tenues d'examiner chaque cas de décès extraordinaire qui leur est signalé et de réprimer d'éventuels abus.
- Cette charge supplémentaire pourrait être contenue dans certaines limites si l'on parvenait à réduire le nombre des cas de suicide assisté et de suicides perpétrés à la faveur du tourisme de la mort. Pourraient contribuer à l'obtention d'un tel résultat, *un examen rigoureux et résolu visant à déterminer, dans chaque cas, s'il y a eu des violations du droit et un renforcement de la surveillance exercée sur les organisations d'assistance au suicide par les autorités administratives compétentes*. Ces mesures, de même que l'adoption des *prescriptions nécessaires pour le secteur des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des homes*, sont du ressort des cantons et des communes.
- Les frais supplémentaires et la *charge financière* qu'ils imposent aux collectivités publiques concernées ont un lien direct avec la charge de travail que représentent la prévention et la répression des abus; partant, ces éléments ne peuvent être considérés isolément les uns des autres. Au surplus, il s'agit là d'un problème d'une importance secondaire qui pourrait, d'ailleurs, être résolu par

<sup>104</sup> Cf. les données statistiques figurant au ch. 6.1.1, supra.

l'adoption de normes cantonales (prévoyant, par exemple que les frais peuvent être imputés sur la succession de la personne qui s'est suicidée).

- *L'atteinte portée à l'image de marque de la Suisse* par le phénomène du tourisme de la mort et, en particulier, les craintes émises dans ce contexte à propos de possibles abus, doivent être prises au sérieux. Il appartient aux politiciens investis d'une charge publique de résoudre le problème dans leur ressort. Ils doivent définir la politique criminelle et la politique de santé qu'ils entendent suivre en la matière et veiller à ce que les lois (tant cantonales que fédérales) soient appliquées et respectées.
- Les problèmes en relation avec les *nuisances causées au voisinage* des appartements loués pour servir de mouiroirs ainsi qu'avec d'autres nuisances, peuvent, au besoin, être désamorçés par le recours aux instruments qu'offre le droit public et le droit en matière de voisinage.

### **6.5.3 Nécessité de légiférer au niveau fédéral ?**

- Compte tenu des considérations qui précèdent, une révision de l'art. 115 CP qui viserait au premier chef à rendre répréhensible l'assistance au suicide en général, est une mesure qui apparaît disproportionnée et doit donc être écartée.
- De même la proposition de contenir les risques d'abus dans le domaine de l'assistance au suicide par l'édition de normes législatives fédérales - plus précisément par un durcissement du libellé de l'art. 115 CP ou par l'adoption d'une loi spéciale concernant l'admission et la surveillance des organisations d'assistance au suicide - semble aussi disproportionnée qu'inappropriée et inopportune. Une telle loi se traduirait par une forte bureaucratisation et pourrait déboucher sur une institutionnalisation et une certification officielle indésirables de l'activité des organisations d'assistance au suicide.
- En revanche, une révision de la législation sur les stupéfiants (cf. supra, ch. 6.4.3) mérite d'être envisagée parce qu'elle permettrait d'appréhender directement les réalités propres à chaque cas de suicide, que la personne qui a décidé d'en finir avec la vie soit ou non domiciliée en Suisse.
- Dans ces conditions, il ne s'impose pas de prendre, au niveau fédéral, des mesures législatives supplémentaires en matière de santé publique et de tutelle, cela d'autant moins que ces mesures apparaissent aussi disproportionnées qu'inefficaces.

## 7. Synthèse finale des résultats et conséquences pour la Confédération

Dans le présent rapport, nous avons examiné la question de la nécessité de légiférer, sur le plan fédéral, en matière d'euthanasie active indirecte, d'euthanasie passive, d'assistance au suicide et de « tourisme de la mort », ainsi que celle des mesures à prendre pour promouvoir la médecine palliative. Voici, en résumé les principales conclusions auxquelles nous arrivons :

### 7.1 Euthanasie active indirecte et euthanasie passive

- Sur le plan de l'euthanasie active indirecte et de l'euthanasie passive, il n'est *pas nécessaire, pour le législateur fédéral, d'intervenir.*
- L'interdiction de l'homicide s'applique sans restriction en Suisse. L'euthanasie active directe est ainsi interdite. En revanche, l'euthanasie active indirecte et l'euthanasie passive, sous certaines conditions, ne sont pas punissables.
- L'insécurité du droit que d'aucuns déplorent ne tient pas tant à la délimitation juridique de ces actes par rapport à l'homicide, mais à l'impossibilité pratique de régler sur le plan normatif, ou de reconstituer a posteriori, les causes du décès et ce qui s'est passé concrètement au chevet du mourant. Les questions qui se posent au premier plan sont bien plus celles qui permettent d'évaluer, *dans chaque cas d'espèce*, l'admissibilité de l'assistance au décès, telles que celles de la capacité de discernement et d'action de la personne concernée, les rapports de représentation, le droit du mandat et le devoir du médecin d'informer son patient.
- Une réglementation légale de ces questions contribuerait, certes, à une plus grande transparence. Une nouvelle réglementation de l'euthanasie active indirecte et de l'euthanasie passive dans le code pénal ou dans une autre loi (par ex. dans le CC ou dans une loi spéciale) risquerait, cependant, de ne pas être exhaustive. Si l'objectif est d'arriver à la plus grande transparence possible, la réglementation devra être très détaillée, afin de couvrir tous les cas de figure et toutes les catégories de patients. D'un autre côté, la législation doit être formulée de manière suffisamment souple pour s'appliquer à tous les cas particuliers envisageables et pouvoir s'adapter à d'éventuels développements futurs de la recherche médicale. Le législateur se heurtera donc inévitablement à des limites pratiques. En outre, il devrait engager sa responsabilité sur des questions très délicates, également du point de vue de l'éthique.
- Les règles de déontologie sont, à cet égard, un instrument approprié pour une réglementation détaillée de situations complexes et diverses. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a élaboré des directives et des principes détaillés en matière d'euthanasie active indirecte et d'euthanasie passive. Aussi longtemps que ces directives sont conformes au droit en vigueur, elles suffisent à réglementer ce domaine de manière satisfaisante.



## 7.2 Médecine palliative et soins palliatifs

- En matière de médecine et de soins palliatifs (y compris toutes formes de soutien) qui s'adressent à des personnes atteintes d'une affection évolutive incurable, durant toute la période de la maladie, l'offre de prestations s'est, ces dernières années, améliorée tant du point de vue quantitatif que sous l'angle qualitatif, notamment dans les cantons de Zurich, de Thurgovie, de Vaud et de Berne. Grâce à ces prestations, les personnes concernées peuvent non seulement vivre la dernière phase de leur existence mais encore mourir dans la dignité. En outre, la possibilité d'accéder à des mesures de type palliatif s'est traduite par une diminution du nombre des personnes souhaitant recourir au suicide assisté ou à l'euthanasie. Toutefois, de l'avis des professionnels de ce domaine, l'offre actuelle doit encore être développée.
- Il incombe aux cantons de veiller à garantir sur l'ensemble de leur territoire une offre de soins palliatifs suffisante et d'améliorer les prestations en matière d'information et de conseils destinées aux personnes atteinte d'une maladie incurable et à leur proches.
- Pour la *Confédération*, il n'y a donc *aucune nécessité impérieuse de légiférer dans ce domaine*. Toutefois, si elle le juge utile, elle peut soutenir et encourager les efforts de développement de la médecine et des soins palliatifs, lorsqu'elle dispose des compétences pour ce faire. Tel est le cas dans le domaine de la formation et de la formation post-grade aux professions médicales universitaires, de la formation aux professions de la santé dans les HES, au niveau du financement des mesures de médecine palliative ainsi qu'en matière d'encouragement de la recherche.

## 7.3 Assistance au suicide et « tourisme de la mort »

- En Suisse, *l'assistance au suicide* n'est pas punissable en vertu de l'art. 115 du Code pénal, à condition que celui qui l'a prêté n'ait pas été poussé par un mobile égoïste. Jusque dans les années 80, l'application de cette réglementation libérale n'a pas donné lieu à des difficultés notables.
- Ces deux dernières décennies, des organisations d'assistance au suicide se sont développées et établies en Suisse, à la faveur de cette réglementation libérale. En raison de l'accroissement du nombre des cas de suicide assisté, des risques d'abus liés à l'activité de ces organisations se sont fait jour, notamment en rapport avec la capacité de discernement de certains candidats au suicide (principalement ceux qui appartiennent aux groupes de personnes nécessitant tout particulièrement une protection : les jeunes, les personnes souffrant d'une maladie psychique et les malades en phase terminale), avec la situation financière des organisations, enfin avec l'expression de la volonté de mourir et la maîtrise de l'acte de suicide par les intéressés.
- De tels abus peuvent conduire ceux qui les commettent à franchir la limite qui sépare le comportement licite du comportement délictueux (s'agissant notamment des infractions contre la vie visées aux art. 111 ss., 114 et 115 CP). La protection des personnes concernées exige donc que l'on prenne des mesures visant à empêcher de tels abus.

- *A l'échelon cantonal et communal*, les autorités peuvent empêcher les abus en appliquant et en faisant respecter résolument le droit en vigueur (il s'agit plus précisément que les autorités de poursuite pénale appliquent avec plus de rigueur les art. 111ss, 114 et 115 CP et que les pouvoirs publics exercent sur le personnel médical concerné la surveillance prévue par la législation en matière de santé publique) ainsi qu'en adoptant des prescriptions pour le secteur des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des homes.
- *A l'échelon fédéral il n'y a aucune nécessité de légiférer*. Certes, le législateur fédéral pourrait édicter, dans le domaine du droit de la tutelle, ainsi que dans le cadre d'une loi spéciale sur la surveillance des organisations d'assistance au suicide, des dispositions permettant de contrôler les activités de celles-ci en matière d'assistance au suicide. Toutefois les différentes options qui ont été examinées se révèlent presque toutes disproportionnées ou impropres, parce qu'elle se traduiraient par une bureaucratisation, et, dans la plupart des cas, reviendraient à institutionnaliser et à certifier officiellement de telles activités.
- Une révision de la législation sur les stupéfiants mériterait d'être envisagée car elle permettrait de mieux appréhender les réalités propres à chaque cas de suicide. Il est notoire, en effet, que, dans le cadre des suicides qu'elles accompagnent, les organisations concernées utilisent un stupéfiant appelé natrium pentobarbital (NAP). Eventuellement, et pour prévenir les abus, la prescription et la remise de NAP pourraient être soumises à des conditions plus restrictives.
- En revanche, il n'y a pas lieu d'envisager de modifier la réglementation libérale statuée à l'art. 115 CP puisqu'il n'y a aucun lien de cause à effet entre les problèmes constatés en rapport avec l'assistance au suicide et les éléments constitutifs de l'infraction visée à l'art. 115 CP. Ces problèmes sont d'ordre pratique et appellent la question suivante: comment peut-on garantir qu'aucun abus ne soit commis dans le cadre de l'assistance au suicide ?
- Ce qu'il est convenu d'appeler le « *tourisme de la mort* » découle du fait qu'en matière d'assistance au suicide la Suisse applique un régime plus libéral que celui qui prévaut dans la plupart des autres Etats. Sous l'angle politique, ce phénomène n'est pas sans avoir d'incidences négatives sur l'image de marque de la Suisse. Par ailleurs, l'accroissement du nombre des cas d'assistance au suicide de personnes non domiciliées en Suisse accentue les problèmes que pose la pratique à suivre en matière de poursuites pénales ainsi que la surveillance du personnel médical car l'existence d'un lien avec l'étranger ne fait que rendre plus difficile la reconstitution des faits.
- Il est nécessaire de prendre des mesures pour prévenir et empêcher les abus et, partant prémunir les personnes contre des atteintes irréversibles à leur intégrité physique. Toutefois, il n'y a pas à prendre des mesures autres que celles qui sont d'ores et déjà possibles s'agissant de l'assistance au suicide. En usant de l'ensemble des moyens d'action qui s'offrent en matière de lutte contre les abus dans le domaine en question, les autorités feront également et efficacement obstacle au phénomène du tourisme de la mort. Sur ce plan, il n'y a donc aucune nécessité impérieuse de légiférer au niveau fédéral.

#### **7.4 Conséquences pour la Confédération**

Dans l'état actuel des choses, le présent rapport n'a aucune conséquence directe - ni financière ni sur le plan des ressources humaines - pour la Confédération

-----