



# **Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide**

**Rapport du Conseil fédéral**

**Berne, juin 2011**

## Condensé

*Les discussions autour de la délicate thématique de l'accompagnement en fin de vie ne sont pas nouvelles; elles occupent en effet le monde politique suisse depuis bientôt 20 ans. Initialement centrées sur l'euthanasie active (directe et indirecte) et l'euthanasie passive, elles se sont ensuite élargies à l'assistance au suicide. Comme c'est très souvent le cas lorsqu'il s'agit d'aborder des questions touchant à la vie, les débats ont été extrêmement passionnés, les impulsions et opinions politiques et de la société civile fort diverses - pour ne pas dire contradictoires - et les atermoiements nombreux.*

*Après avoir estimé en 2006 et en 2007 qu'une application conséquente du droit en vigueur était suffisante pour lutter contre les éventuels risques de dérives liés à l'assistance organisée au suicide, le Conseil fédéral a décidé de reprendre le dossier en 2008 suite à la médiatisation de quelques suicides assistés par des organisations (ci-après suicides assistés) ayant suscité un vif émoi au sein de la population et des milieux politiques. Il a donc chargé le Département fédéral de justice et police (DFJP) de procéder à un nouvel examen de la situation, examen qui a abouti à l'élaboration d'un avant-projet de modification des art. 115 du code pénal (CP) et 119 du code pénal militaire (CPM), avec deux variantes : (1) soumettre la non-punissabilité des responsables et des collaborateurs des organisations d'assistance au suicide au respect d'un certain nombre de conditions strictes ou (2) interdire l'assistance organisée au suicide. Ces deux variantes ont suscité de vives controverses dans le cadre de la procédure de consultation. Si les participants ont certes admis en majorité qu'il était nécessaire de légiférer au niveau fédéral, aucun consensus quant à la solution à apporter à ce problème difficile et délicat n'a pu être dégagé des prises de position. De nombreux participants ont cependant saisi l'occasion qui leur était donnée de s'exprimer pour exiger la mise en œuvre de mesures destinées à renforcer la prévention du suicide et les soins palliatifs. Sur la base de ces résultats, le Conseil fédéral a chargé le DFJP en septembre 2010 de préparer un projet de modification des art. 115 CP et 119 CPM allant dans le sens de la variante 1, tout en la modifiant substantiellement afin de tenir compte des critiques exprimées à son encontre. Parallèlement, il a chargé le DFI de lui proposer des mesures destinées à renforcer les soins palliatifs et la prévention du suicide.*

*Après cette nouvelle analyse de la situation, le DFJP et le DFI sont arrivés à la conclusion qu'une modification des art. 115 CP et 119 CPM ne saurait apporter une plus-value particulière par rapport à la situation actuelle. Son introduction pourrait au contraire occasionner de nombreux désavantages, comme la légitimation officielle des organisations d'assistance au suicide, la relativisation importante de l'intangibilité de la vie humaine, la résistance qu'elle provoquerait au sein des milieux médicaux et l'incompatibilité avec le principe de précision de la base légale. Le DFJP et le DFI sont convaincus qu'il est possible de lutter contre les abus qui peuvent être commis dans le cadre de l'assistance au suicide – aide au suicide de personnes incapables de discernement ou en bonne santé, fourniture de NaP sans prescription médicale ou encore stockage illicite de cette même substance – à l'aide des instruments légaux actuellement en vigueur.*

*Le rapport se penche également sur les mesures à prendre pour diminuer le nombre de suicides. Il rappelle à titre préalable que le vieillissement de la population aura probablement pour conséquence un accroissement du nombre de suicides assistés, en particulier auprès des personnes âgées. Afin qu'une personne puisse décider de manière libre et déterminée d'opter pour le suicide assisté, il faut que soient portées à sa connaissance les autres possibilités qui s'offrent à elle. C'est la raison pour laquelle les mesures déjà engagées pour améliorer les soins palliatifs, ainsi que la détection et le traitement des dépressions, doivent être poursuivies. L'ensemble de ces mesures doit contribuer à renforcer le droit à l'autodétermination des personnes. En d'autres termes, une meilleure connaissance de toutes les propositions d'accompagnement en fin de vie doit contribuer à renforcer la liberté de choix.*

## Table des matières

1.	Contexte et présentation de l'objet.....	5
1.1.	Rappel des principales étapes du dossier .....	5
1.1.1.	Généralités .....	5
1.1.2.	Motion Ruffy (1994) .....	5
1.1.3.	Groupe de travail (1997 à 1999).....	5
1.1.4.	Discussions parlementaires (2001 à 2004) .....	6
1.1.5.	Rapports du DFJP (2004 - 2007).....	6
1.1.6.	Elaboration de l'avant-projet (2008 à 2010).....	7
1.1.7.	Evaluation des résultats de la procédure de consultation (2010) .....	7
1.1.8.	Tentative de remaniement de l'avant-projet (2010) .....	9
1.2.	Le phénomène du suicide et de l'assistance organisée au suicide en Suisse .9	
1.2.1.	Informations d'ordre statistique.....	9
1.2.2.	Le suicide : causes et processus.....	10
1.2.3.	Les organisations d'assistance au suicide actives en Suisse.....	12
1.2.4.	Les développements récents en matière de suicide assisté .....	15
1.2.5.	Sondages.....	16
1.3.	Les discussions politiques .....	16
1.3.1.	Au niveau international .....	16
1.3.2.	Au niveau fédéral.....	17
1.3.3.	Au niveau cantonal .....	17
1.4.	La réglementation actuelle en matière d'assistance au suicide et d'accompagnement en fin de vie .....	19
1.4.1.	Le droit international et le droit constitutionnel .....	19
1.4.2.	L'art. 115 CP.....	20
1.4.3.	La législation sur les stupéfiants et sur les substances thérapeutiques .....	22
1.4.4.	Les règles déontologiques.....	24
1.4.5.	Les réglementations des hôpitaux et des établissements médicaux-sociaux (EMS).....	25
1.4.6.	La jurisprudence .....	26
1.5.	Aperçu de droit comparé .....	27
1.5.1.	Allemagne.....	27
1.5.2.	Pays-Bas .....	28
1.5.3.	Belgique.....	28
1.5.4.	Luxembourg.....	29
1.5.5.	France.....	29
1.5.6.	Conclusion .....	29
2.	Résultat de la procédure de consultation et tentative de modification de l'art. 115 AP-CP .....	29
2.1.	Mandat du Conseil fédéral consécutif à la procédure de consultation.....	29
2.2.	Les conditions à modifier sur la base des critiques exprimées en consultation.. .....	29
2.2.1.	Remarques préliminaires.....	29
2.2.2.	Intervention de trois médecins.....	30
2.2.3.	La maladie incurable avec un pronostic fatal à court terme .....	31
2.2.4.	Les conditions liées à l'aspect financier.....	31
2.3.	Les éléments de l'avant-projet qui pourraient être abandonnés.....	32
2.3.1.	Art. 115, al. 2, let. a, AP-CP (décision libre, mûrement réfléchie et persistante) .....	32
2.3.2.	Art. 115, al. 2, let. g, AP-CP (obligation de constituer une documentation complète) .....	32
2.3.3.	Art. 115, al. 3, let. a, AP-CP (punissabilité du responsable de l'organisation pour avoir donné son accord à une assistance illégale).....	32
2.3.4.	Art.115, al. 3, let. b, AP-CP (punissabilité du responsable de l'organisation).32	

2.3.5.	Art. 115, al. 4, AP-CP (inobservation intentionnelle des conditions de l'al. 2, let. a à f) .....	33
2.3.6.	Art. 115, al. 5, AP-CP (inobservation par négligence des conditions de l'al. 2) .....	33
2.4.	Disposition envisageable suite à la consultation .....	33
2.5.	Appréciation de la solution proposée.....	34
3.	Renforcement et diffusion au sein de la population des solutions alternatives au suicide .....	34
3.1.	Rappel des faits .....	34
3.1.1.	Rôle de l'autodétermination dans le cadre du suicide assisté .....	35
3.1.2.	Connaissance des possibilités de prise en charge en fin de vie .....	35
3.1.3.	Possibilité de prendre une décision « librement » .....	36
3.1.4.	Synthèse : nécessité de renforcer le droit à l'autodétermination en fin de vie	36
3.2.	Activités entreprises jusqu'ici, interventions nécessaires et mesures éventuelles de la Confédération pour renforcer le droit à l'autodétermination en fin de vie	36
3.2.1.	Relevé de bases scientifiques .....	37
3.2.2.	Soins palliatifs.....	38
3.2.3.	Dépistage précoce et traitement des dépressions.....	41
3.2.4.	Prévention de l'isolement social .....	42
3.3.	Conditions légales générales.....	43
3.3.1.	Saisie de bases scientifiques.....	43
3.3.2.	Activité d'information à l'intention des cantons .....	44
4.	Conclusions.....	44

## **1. Contexte et présentation de l'objet**

### **1.1. Rappel des principales étapes du dossier**

#### **1.1.1. Généralités**

Les discussions autour de la délicate thématique de l'accompagnement en fin de vie ne sont pas nouvelles; elles occupent en effet le monde politique suisse depuis bientôt 20 ans. Initialement centrées sur l'euthanasie active (directe et indirecte) et l'euthanasie passive, elles se sont ensuite élargies à l'assistance au suicide. Comme c'est très souvent le cas lorsqu'il s'agit d'aborder des questions touchant à la vie, les débats ont été extrêmement passionnés, les impulsions et opinions politiques et de la société civile fort diverses - pour ne pas dire contradictoires - et les atermoiements nombreux.

#### **1.1.2. Motion Ruffy (1994)**

A l'origine de la discussion portant sur l'assistance au décès se trouve la motion Ruffy<sup>1</sup> demandant une dépénalisation de l'euthanasie active à de strictes conditions, afin d'éviter qu'une personne souffrant d'une maladie incurable et dont la fin de vie est proche fasse l'objet d'un acharnement thérapeutique. Dans sa réponse, le Conseil fédéral a estimé que les bases pour mener une discussion approfondie sur la problématique de la fin de vie étaient insuffisantes et a proposé que soit mis sur pied un groupe de travail dont le mandat serait d'examiner en détail les questions qui se posent dans ce contexte. Le Conseil national adopta le 14 mars 1996 la motion sous la forme d'un postulat.

#### **1.1.3. Groupe de travail (1997 à 1999)**

Le 20 mars 1997, le Département fédéral de justice et police (DFJP) a institué un groupe de travail chargé d'examiner les questions juridiques et concrètes relevant du domaine de l'assistance au décès. Les recommandations du groupe de travail, publiées dans un rapport de mars 1999, furent les suivantes :

- le groupe de travail estime à l'unanimité que la médecine et les soins palliatifs, visant à atténuer, voire à supprimer les douleurs et les souffrances doivent être développés ;
- le groupe de travail recommande à l'unanimité au DFJP de régler expressément l'euthanasie passive et l'euthanasie active indirecte ;
- la majorité du groupe de travail recommande d'élargir l'art. 114 CP (Meurtre sur demande de la victime) par un alinéa 2, selon lequel dans des cas exceptionnels extrêmes il doit être renoncé à des poursuites, à un renvoi ou à toute peine ;
- la minorité du groupe de travail recommande de renoncer à tout assouplissement de l'interdiction de tuer, notamment dans le cadre de l'art. 114 CP.

Dans son rapport du 5 juillet 2000 à l'intention du Parlement, le Conseil fédéral a rappelé que le DFJP et le DFI étaient chargés de tout mettre en œuvre - à l'occasion de réformes législatives dans le domaine de la santé publique - pour promouvoir et développer la médecine et les soins palliatifs. Il a en outre proposé que l'euthanasie passive et l'euthanasie active indirecte fasse l'objet d'une réglementation légale. Enfin, il a rejeté l'idée d'une réglementation légale de l'euthanasie active directe au sens du Postulat Ruffy.

---

<sup>1</sup> Motion Ruffy du 28.09.1994 (94.3370; Assistance au décès. Adjonction au Code pénal suisse).

#### 1.1.4. Discussions parlementaires (2001 à 2004)

Dans le contexte du traitement des initiatives parlementaires Cavalli<sup>2</sup>, Vallender<sup>3</sup> et de la motion Zäch<sup>4</sup>, le Conseil national a mené le 11 décembre 2001 une discussion approfondie sur la nécessité de légiférer dans le domaine de l'euthanasie active (directe et indirecte) et de l'euthanasie passive. Il a décidé de rejeter les deux initiatives parlementaires, tout en donnant suite à la motion Zäch<sup>5</sup>. Le 17 juin 2003, le Conseil des Etats a décidé de transformer la motion Zäch en postulat ; dans la foulée, il a approuvé une motion de la Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats<sup>6</sup> (CAJ-CE), chargeant 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<sup>7</sup>. La motion de la CAJ-CE a ensuite également été adoptée par le Conseil national le 10 mars 2004. A l'issue de la votation, et dans la mesure où les discussions avaient essentiellement porté sur le thème de l'euthanasie active et passive, le Conseiller national Cina a tenu à préciser que le Conseil fédéral devrait mettre l'accent avant tout sur la problématique de l'assistance au suicide, y compris l'assistance médicalisée au suicide<sup>8</sup>.

#### 1.1.5. Rapports du DFJP (2004 - 2007)

Afin de donner suite à la motion de la CAJ-CE, l'ancien chef du DFJP a mis sur pied en automne 2004 un groupe de travail interne à l'administration. Ce groupe de travail devait, dans un premier temps, se pencher sur les problèmes liés au phénomène dit du « tourisme de la mort ». Après des discussions avec des experts internes et externes, l'étude s'est élargie et développée jusqu'au printemps 2006, pour déboucher le 24 avril 2006 sur la publication d'un rapport<sup>9</sup> traitant de l'ensemble des thèmes cités dans la motion. Ce rapport donnait du même coup suite à une nouvelle motion du groupe radical-libéral invitant le Conseil fédéral à poursuivre ses travaux<sup>10</sup>. Le Conseil fédéral a pris acte de ce rapport le 31 mai 2006 et a donné au Parlement les trois recommandations suivantes :

- il faut renoncer à édicter ou modifier des dispositions en matière d'euthanasie active indirecte et d'euthanasie passive;
  - il faut renoncer à modifier l'art. 115 CP;
  - il faut renoncer à une législation fédérale sur l'autorisation et la surveillance des organisations pratiquant l'assistance au suicide et sur le phénomène du « tourisme de la mort ».
- Se ralliant aux conclusions du DFJP, le Conseil fédéral estimait en effet que les possibles abus en matière d'assistance au suicide pouvaient être empêchés en faisant résolument respecter le droit en vigueur, tâche qui relève notamment des autorités de poursuite pénale. Au cours de la même séance, il a chargé le DFJP – en collaboration avec le DFI – de préparer et de lui soumettre avant la fin de 2006 une note de discussion qui :

- expose les mesures visant à prévenir les abus de l'assistance au suicide et examine des propositions concernant des restrictions de la prescription et de la remise d'une dose létale du stupéfiant nommé natrium pentobarbital ou NaP (modification de la loi sur les stupéfiants) et

<sup>2</sup> Initiative parlementaire Cavalli du 27.09.2000 (00.441; Caractère répréhensible de l'euthanasie active. Nouvelles dispositions).

<sup>3</sup> Initiative parlementaire Vallender du 14.03.2001 (01.407; Incitation et assistance au suicide. Modification de l'article 115 CP).

<sup>4</sup> Motion Zäch du 3.10.2001 (01.3523; Comblent les lacunes de la loi au lieu d'autoriser l'homicide).

<sup>5</sup> BO **2001** N 1835.

<sup>6</sup> Motion de la CAJ-CE du 11.04.2003 (03.3180; Euthanasie et médecin palliative).

<sup>7</sup> BO **2003** E 618.

<sup>8</sup> BO **2004** N 268.

<sup>9</sup> DFJP, Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ?, Berne, 24 avril 2006.

<sup>10</sup> Motion du groupe radical-libéral du 16.06.2005 (05.3352; Euthanasie. Travaux d'experts).

- expose les mesures prises ou prévues pour promouvoir la médecine et les soins palliatifs.

Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport complémentaire du DFJP<sup>11</sup> le 29 août 2007 et a pris dans ce contexte les décisions suivantes :

- il n'y a pas lieu de modifier la législation sur les stupéfiants pour prévenir les abus en matière d'assistance au suicide ;
- le DFI présentera au Conseil fédéral, en temps voulu, des propositions dans le domaine de la recherche sur les soins palliatifs, soit sous la forme d'un programme national de recherche (PNR), soit sous la forme d'autres mesures d'encouragement appropriées.

#### **1.1.6. Elaboration de l'avant-projet (2008 à 2010)**

Suite à quelques cas d'assistance au suicide ayant suscité de vives réactions au sein des milieux politiques et de la population<sup>12</sup>, le Conseil fédéral a chargé le 2 juillet 2008 le DFJP d'examiner en particulier l'opportunité de soumettre les organisations d'assistance au suicide au respect d'exigences minimales en matière de diligence et de conseil au patient, à l'obligation de produire une documentation, d'appliquer l'assurance-qualité à la sélection et à la formation de leur personnel ainsi qu'au devoir de gérer leurs ressources de manière transparente<sup>13</sup>. Le 17 juin 2009, le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport du DFJP du 15 mai 2009 et mené une première discussion<sup>14</sup>. Le 28 octobre 2009, il a décidé de mettre en consultation un avant-projet – accompagné de son rapport explicatif – avec deux variantes : (1) soumettre la non-punissabilité des responsables et des collaborateurs des organisations d'assistance au suicide au respect d'un certain nombre de conditions strictes ou (2) interdire l'assistance organisée au suicide<sup>15</sup>. La procédure de consultation a pris fin le 1<sup>er</sup> mars 2010.

#### **1.1.7. Evaluation des résultats de la procédure de consultation (2010)<sup>16</sup>**

26 cantons, 13 partis politiques, 69 associations et 28 particuliers se sont exprimés dans le cadre de la procédure de consultation, ce qui porte le nombre de prises de position à 136. Dans le cadre de la pondération des résultats, les avis des 28 particuliers n'ont cependant pas été comptabilisés, afin de ne pas leur accorder un poids disproportionné par rapport à un canton ou à une association. La synthèse chiffrée porte ainsi sur 108 avis exprimés.

84 participants (dont 22 cantons et 8 partis) ont reconnu une nécessité d'agir, au niveau fédéral, en matière d'assistance au suicide. En revanche, 25 participants (dont 4 cantons et 5 partis) ont jugé inutile d'adapter les lois fédérales : d'après eux, l'art. 115 CP, dans sa teneur actuelle, suffirait à empêcher d'éventuels abus s'il était appliqué avec toute la rigueur voulue. Bien qu'une grande majorité des participants ait admis le besoin de légiférer au niveau fédéral, aucun consensus sur la manière dont il faut légiférer n'a pu être dégagé : 35 participants ont préconisé une solution allant dans le sens de la variante 1, 20 une solution allant dans le sens de la variante 2 et 22 ont estimé qu'une loi spéciale permettrait de mieux maîtriser ce domaine complexe et délicat. Les deux variantes telles que proposées par le Conseil fédéral n'ont donc pas vraiment convaincu (72 participants ont rejeté la variante 1 et 88 participants la variante 2).

---

<sup>11</sup> DFJP, Rapport complétant le rapport « Assistance au décès et médecine palliative: la Confédération doit-elle légiférer? », Berne, juillet 2007.

<sup>12</sup> Sur les suicides assistés ayant suscités une réaction, voir ch. 1.2.4 ci-dessous.

<sup>13</sup> Communiqué de presse du DFJP du 2 juillet 2008, Assistance au suicide: le Conseil fédéral ordonne un examen approfondi de plusieurs aspects.

<sup>14</sup> DFJP, Assistance organisée au suicide : examen approfondi des solutions envisageables et de la nécessité d'une nouvelle réglementation fédérale, Berne, 15 mai 2009 ; Communiqué de presse du DFJP du 17 juin 2009, Première discussion sur l'assistance au suicide.

<sup>15</sup> DFJP, Modification du code pénal et du code pénal militaire relatif à l'assistance organisée au suicide, Rapport explicatif et avant-projet, Berne, octobre 2009.

<sup>16</sup> DFJP, Modification du code pénal et du code pénal militaire, Synthèse des résultats de la procédure de consultation relative au rapport et à l'avant-projet concernant l'assistance organisée au suicide, Berne, juin 2010.

De rares participants ont estimé que la variante 1 était en principe applicable essentiellement parce qu'elle correspondait sur le fond aux directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales et de la Commission Nationale d'Éthique. De plus, cette variante permettrait de fixer un cadre légal à l'assistance organisée au suicide, susceptible d'harmoniser l'activité policière. En dehors de ces quelques remarques positives, la variante 1 s'est heurtée à de très nombreuses critiques, dont il faut mentionner en particulier les suivantes :

- la disposition est trop complexe, manque de clarté et fait peu de cas des besoins de la population ;
- le fait que trois médecins doivent intervenir dans le processus (pour attester de la capacité de discernement, pour attester de la maladie incurable avec une issue fatale imminente et pour prescrire le NaP) est excessivement lourd, inutile, voire purement chicanier ;
- le fait de limiter l'assistance au suicide aux personnes souffrant d'une maladie incurable avec un pronostic fatal imminent est inadmissible et discriminatoire. De plus, ce critère est difficilement applicable et risque d'engendrer des pratiques fort diverses ;
- l'examen de solutions alternatives ne devrait pas revenir à l'accompagnant, mais à un professionnel de la santé ;
- le contrôle a posteriori du respect des conditions est quasi-impossible ;
- le fait de légiférer dans le domaine de l'assistance organisée au suicide revient à légitimer l'activité des organisations d'assistance au suicide ;
- les sanctions prévues sont excessives, notamment en cas de violation de devoirs administratifs (obligation de réunir la documentation, de surveiller les subordonnés, etc.).

Un petit groupe de participants s'est félicité de ce que la variante 2 permettait de mettre fin à l'activité souvent discutable des organisations d'assistance au suicide, à la commercialisation de leur service et au tourisme de la mort. D'autres ont déclaré apprécier la clarté et la simplicité de cette solution, ainsi que le fait qu'elle mette l'accent sur la protection et la préservation de la vie. Le reste des participants (largement majoritaire) a émis à l'encontre de cette variante les critiques principales suivantes :

- elle va à l'encontre du libéralisme dont sont empreintes les valeurs fondamentales de la Suisse et méconnaît les réalités actuelles, notamment le fait qu'un grand nombre de Suisses est favorable à l'assistance organisée au suicide ;
- elle constitue une restriction inadmissible du droit à la liberté personnelle ;
- elle risque de pousser l'activité des organisations d'assistance au suicide dans la clandestinité ou dans l'illégalité.

A côté des variantes 1 et 2, plusieurs participants ont proposé l'élaboration d'une loi spéciale réglant spécifiquement l'activité des organisations d'assistance au suicide. Dans ce contexte, plusieurs participants ont préconisé que les organisations soient soumises à un régime d'autorisation. D'autres ont plutôt plaidé pour la mise en place d'une surveillance médicale ou d'un contrôle par une autorité. D'autres participants encore ont demandé que les organisations d'assistance au suicide et les médecins impliqués dans le processus d'aide au suicide soient soumis à des normes minimales réglant notamment la manière selon laquelle ils doivent pratiquer.

Un certain nombre de participants a profité de la consultation pour demander à la Confédération de poursuivre ses efforts et de prendre toutes les mesures nécessaires pour renforcer la prévention du suicide et le développement des soins palliatifs en Suisse. Certains ont même demandé que les soins palliatifs soient remboursés par l'assurance obligatoire des soins.



### **1.1.8. Tentative de remaniement de l'avant-projet (2010)**

Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport sur les résultats de la procédure de consultation le 17 septembre 2010. A l'issue de cette séance, il a chargé le DFJP de préparer un projet de modification de l'art. 115 CP allant dans le sens de la variante 1, tout en le modifiant substantiellement afin de tenir compte des critiques exprimées à son encontre par les participants à la procédure de consultation. Parallèlement, il a chargé le DFI de lui proposer des mesures complémentaires destinées à renforcer les soins palliatifs et la prévention du suicide<sup>17</sup>.

Le DFJP s'est donc attelé à la tâche délicate de remanier l'art. 115 CP, avec pour objectif de reprendre les propositions de modification exprimées par les participants à la procédure de consultation, tout en gardant à l'esprit que la modification devait non seulement être précise, mais également avoir un impact direct sur la pratique actuelle. Le résultat de ce travail est présenté sous chiffre 2, tout comme les conclusions qu'il faut en tirer.

Parallèlement, le DFI - en collaboration avec le DFJP - a élaboré des mesures pour renforcer la prévention du suicide et les soins palliatifs. Celles-ci sont exposées sous chiffre 3.

## **1.2. Le phénomène du suicide et de l'assistance organisée au suicide<sup>18</sup> en Suisse**

### **1.2.1. Informations d'ordre statistique**

Selon les statistiques les plus récentes, qui concernent l'année 2007, la Suisse a enregistré 1'360 cas de suicides<sup>19</sup> sur 61'089 décès enregistrés la même année<sup>20</sup>. Avec ce taux de 15 suicides pour 100'000 habitants, la Suisse se trouve légèrement en-dessous de la moyenne de 15,5/100'000 enregistrée par les pays de l'Union européenne<sup>21</sup>. Elle se classe ainsi notamment derrière la Hongrie, la Slovénie, l'Estonie et se trouve dans des valeurs comparables à celles de la Finlande, la Serbie, la France, la Pologne et l'Autriche. Entre 1995 et 2006, le nombre total de suicides est resté relativement stable ; cependant, une analyse plus précise des différents groupes de la population met notamment en exergue les deux évolutions suivantes<sup>22</sup> :

- tandis que le nombre de suicides chez les hommes a constamment diminué, celui des femmes a légèrement augmenté depuis 1999 ;
- depuis 1975, le nombre de suicides des personnes de moins de 74 ans, voire même des hommes de moins de 84 ans, a diminué. Chez les personnes très âgées en revanche, le nombre de suicides a augmenté de manière significative.

En résumé, si le suicide reste une des causes de mortalité la plus importante parmi les personnes âgées de 15 à 44 ans, il a tendance également à toucher de plus en plus la population très âgée. Ce phénomène peut en partie s'expliquer par le vieillissement démographique<sup>23</sup>, mais aussi par les progrès de la médecine. Ceux-ci permettent certes aux personnes de vivre de plus en plus longtemps, mais dans des conditions parfois difficiles. Une récente enquête de l'Office fédéral de la statistique (OFS) a par exemple établi que 67% des personnes âgées dans les homes ont de grandes difficultés à effectuer des tâches de la

<sup>17</sup> Communiqué de presse de l'OFJ du 17 septembre 2010, Pour une réglementation de l'assistance organisée au suicide.

<sup>18</sup> Par soucis de simplification, les « suicides accomplis avec l'aide d'une organisation d'assistance au suicide » seront par la suite désignés par « suicides assistés ».

<sup>19</sup> OFS, Actualités OFS, Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT) 2007, Résultats définitifs, Neuchâtel, 17 juillet 2008, p. 6.

<sup>20</sup> Communiqué de presse de l'OFS du 23 mars 2009, Nouvelle baisse légère du taux de mortalité, p. 5.

<sup>21</sup> Base de donnée européenne de la Santé pour tous de du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé.

<sup>22</sup> OFS, Statistique des causes de décès, Cause de mortalité en 2005 et 2006, Neuchâtel 2008, p. 12 à 14 ; voir ég. OFSP, Le Suicide et la prévention du suicide, Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251), Berne, avril 2005, p. 11.

<sup>23</sup> Voir le Rapport 2005 de l'OFSP (note 22), p. 11.

vie quotidienne comme manger, s'habiller ou aller aux toilettes et qu'un quart d'entre elles souffre d'un handicap sensoriel<sup>24</sup>. Dans de telles conditions, il est possible que certaines personnes âgées ressentent l'envie de mourir, voire de mettre fin à leur jour, que ce soit par leurs propres moyens ou en faisant appel à une organisation d'assistance au suicide.

Des statistiques officielles en matière d'assistance organisée au suicide n'existent pas. Deux organisations d'assistance actives en Suisse, à savoir Exit Deutsche Schweiz (plus de 50'000 membres) et Dignitas (environ 5'700 membres), publient néanmoins chaque année le nombre de personnes qu'elles ont accompagnées. Durant les dernières années, le nombre total de suicides assistés a plutôt tendance à stagner entre 300 et 350 cas par année, alors qu'il avait connu une évolution significative depuis le début des années 2000<sup>25</sup>. Pour les deux organisations susmentionnées, les chiffres des six dernières années sont les suivantes :

Année \ Org.	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Exit Deutsche Schweiz</b>	162	150	179	167	217	257
<b>Dignitas</b>	138	195	138	132	89	97
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>345</b>	<b>317</b>	<b>299</b>	<b>306</b>	<b>354</b>

Contrairement à Exit Deutsche Schweiz et Dignitas, Exit ADMD Suisse romande (plus de 15'000 membres) et Ex International (environ 700 membres) ne publient pas de données de manière systématique. Des chiffres sont parfois évoqués dans la presse, mais l'information reste sporadique et il faut procéder par estimation. En 2005, Exit ADMD a annoncé avoir accompagné un peu plus de 50 personnes ; dans son rapport explicatif de 2009<sup>26</sup>, le DFJP a estimé qu'Ex International accompagnait entre 12 et 20 personnes par année<sup>27</sup>. Aux totaux du tableau susmentionné, il faudrait donc ajouter environ 60 cas pour obtenir des données proches de la réalité. Il découle ainsi de ce qui précède que les organisations d'assistance au suicide actives en Suisse auraient aidé en moyenne 380 personnes à se donner la mort ces dernières années. En se basant sur l'année 2008 – année la plus récente pour laquelle toutes les données sont disponibles – on peut établir que le suicide assisté représente 0,6% du nombre total des décès enregistrés en Suisse et environ 28% des suicides<sup>28</sup>. Cette mise en rapport doit être considérée avec prudence, car les statistiques officielles des suicides ne prennent en considération que les personnes qui ont un domicile ou une résidence habituelle en Suisse, tandis que les statistiques des suicides assistés intègrent les personnes domiciliées à l'étranger. Afin d'être au plus près de la réalité, il faudrait – toujours pour l'année 2008 – exclure les suicides assistés des personnes étrangères, soit 122 selon les informations données par Dignitas. Ainsi calculée, la proportion des suicides assistés par rapport aux suicides serait de 18,5%.

### 1.2.2. Le suicide : causes et processus

Même si le suicide est l'objet de recherches depuis plusieurs décennies, il n'existe pas de modèle théorique faisant consensus pour expliquer les comportements suicidaires. De nombreuses études ont cependant réussi à identifier des facteurs de risque associés aux comportements suicidaires. Parmi ceux-ci, il y a tout d'abord ceux qui sont de nature individuelle, comme les caractéristiques de la personnalité (autoévaluation, confiance en soi,

<sup>24</sup> Communiqué de presse de l'OFS du 7.06.2010, Etat de santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09, Près de deux résidents sur cinq atteints de démence.

<sup>25</sup> Pour l'évolution depuis le début des années 1990, voir le Rapport 2006 du DFJP (note 9), p. 36.

<sup>26</sup> Voir DFJP, Rapport explicatif 2009 (note 15), p. 10 note 32.

<sup>27</sup> Cette estimation semble d'autant plus juste qu'un article du Zeit Online indique que l'Ex International accompagne une douzaine de personne par année (« Der Freundestod », in : Zeit Online du 1<sup>er</sup> avril 2009).

<sup>28</sup> Soit 365/1313.

capacité relationnelle, etc.), la fragilité psychique et le vécu (séparation, décès, divorce, maladie, perte d'emploi). Les personnes ayant déjà commis une tentative de suicide forment un groupe à risque particulier. Le risque de suicide est, chez elles, 40 fois supérieur à la moyenne de la population et reste élevé pendant des années. Quant aux maladies psychiques, elles sont, avec les antécédents de tentative de suicide, le principal facteur de risque de suicide. 90% des personnes qui commettent un suicide souffraient d'une dépression ou d'un autre trouble psychique pouvant être diagnostiquée ou étaient toxicomanes<sup>29</sup>. Enfin, une autre étude a permis d'établir que la souffrance est le motif principal qui pousse les personnes à faire appel à une organisation d'assistance au suicide. La dépendance aux soins à long terme et les symptômes neurologiques ont également été très souvent invoqués<sup>30</sup>.

Dans la mesure où la plupart des personnes faisant appel à une organisation d'assistance au suicide sont des personnes âgées, il est nécessaire d'évoquer ici quelques études récentes portant sur la problématique du suicide chez les personnes âgées. L'ampleur du phénomène du suicide chez les personnes âgées est préoccupante : c'est en effet chez les personnes âgées de plus de 75 ans que le taux de suicide est le plus important, et ce, dans tous les pays industrialisés<sup>31</sup>. Ce taux tend en outre à augmenter d'année en année. Une récente étude menée dans le canton de Zurich a démontré que le risque de suicide chez les personnes âgées de plus de 80 ans était quatre à cinq fois plus élevé que chez les personnes âgées de 40 à 49 ans<sup>32</sup>. Dans la mesure où la population est appelée à devenir de plus en plus âgée et, partant, où le nombre de suicides va augmenter en conséquence – de nombreux chercheurs se sont penchés sur une thématique depuis trop longtemps négligée. La majorité des études semble s'accorder sur le fait qu'entre 76% et 89% des personnes âgées ayant commis un suicide avaient un problème de santé mentale. La dépression serait présente chez environ 50% à 66% de ces personnes. Les problèmes physiques sont également un facteur de risque pour les personnes âgées. En effet, 62% avaient une détérioration de la santé physique ou des problèmes de santé tels que le cancer ou une autre maladie chronique. Ce facteur est significativement plus présent dans ce groupe d'âge que dans les autres groupes. Certaines études concluent cependant que les personnes âgées qui se sont suicidées n'avaient pas significativement plus de problèmes physiques que les personnes âgées décédées d'autres manières ; elles croient plutôt que les personnes âgées ayant recouru au suicide avaient un plus grand risque de désordre psychiatrique que les personnes âgées décédées par d'autres causes<sup>33</sup>. Sur la base de ces constatations, une étude<sup>34</sup> affirme que la prévention du suicide chez les personnes âgées peut être renforcée en agissant sur les points suivants : (1) améliorer la détection, par le personnel soignant, des signes de la suicidalité<sup>35</sup> ; (2) améliorer l'écoute, de la part du personnel soignant, des personnes âgées ayant des envies suicidaires ; (3) faire en sorte que la personne âgée puisse avoir des responsabilités vis-à-vis d'autres personnes (notamment en favorisant les échanges intergénérationnels) ; (4) encourager la personne âgée à s'exprimer sur sa vie, sur son passé, afin de lui permettre de recevoir de l'attention d'une part et de lui faire prendre conscience qu'elle n'est pas simplement âgée, mais qu'elle est devenue âgée et qu'elle est à ce titre porteuse d'un passé extrêmement riche.

---

<sup>29</sup> Rapport de l'OFSP d'avril 2005 (note 22), p. 18 ; voir ég. M. SÉGUIN, *Le suicide. Le comprendre pour mieux le prévenir*, Québec 2009, p. 37 ss et les réf. citées.

<sup>30</sup> S. FISCHER ET AL., *Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide*, in : *Swiss Med Wkly.* 2009 ; 139 (23-24) , p. 333 ss.

<sup>31</sup> L. VANLAERE / F. BOUCKAERT / C. GASTMANS, *Care of suicidal older people : current clinical-ethical considerations*, in : *Journal of Medical Ethics* 2007, p. 376 ; H. CATTEL, *Suicide in the elderly*, in : *Advances in Psychiatric Treatment* (2000), vol. 6, p. 102.

<sup>32</sup> S. D. KLEIN / C. BISCHOFF / W. SCHWEITZER, *Suicides in the canton of Zurich (Switzerland)*, in : *Swiss Med Wkly.* 2010 ; 140 : w13102.

<sup>33</sup> M. SÉGUIN, op. cit. (note 29), p. 42 s et les réf. citées.

<sup>34</sup> L. VANLAERE ET AL., op. cit. (note 31), p. 379 ss.

<sup>35</sup> Souvent, le personnel soignant a tendance à considérer que les phrases : « j'en ai assez », « pourquoi devrais-je continuer à vivre » font partie du processus de la vieillesse et qu'elles ne doivent pas être prises avec trop de sérieux.

Certains auteurs critiquent le fait que le suicide et le suicide assisté soient considérés de la même manière. Ils soutiennent en effet que l'on ne peut pas comparer le suicide dit « émotionnel » ou « impulsif » (Affekt- ou Kurzschlusssuizid en allemand) et le suicide dit « bilan » (Bilanzsuizid en allemand). Dans le premier cas, le souhait de mourir provient d'une émotion violente que la personne en cause est incapable de gérer ; dans la plupart des cas, la personne présente une certaine vulnérabilité sur le plan mental. Dans le second cas au contraire, le souhait de mourir est le fruit d'une longue réflexion durant laquelle la personne concernée a soigneusement mis en balance tous les éléments pertinents, cette personne disposant de toutes ses facultés mentales<sup>36</sup>. Cependant, certains experts dans le domaine du suicide soutiennent qu'une séparation stricte entre ces deux types de suicide reste relativement théorique ou, plus précisément, que le suicide émotionnel au sens strict n'existe pas<sup>37</sup>. En effet, on peut découper le processus du suicide en trois phases : durant la première phase, celle de la prise en considération (Erwägung), le suicide est vu comme une possibilité permettant de se soustraire à des problèmes réels ou apparents ; au centre de la deuxième phase, celle de la mise en balance (Abwägung), se trouve l'ambivalence, l'indécision, le combat intérieur entre les tendances constructives et destructrices ; durant la troisième phase, celle de la prise de décision (Entschluss), l'ambivalence et le combat intérieur font place à une période de « calme avant la tempête », marquée par une apparente sérénité. Sur la base de ce modèle, le suicide émotionnel au sens strict n'existe que si ces trois phases se concentrent sur une période extrêmement courte, ce qui n'est imaginable que pour les personnalités infantiles, immatures, explosives et psychopathes, pour les enfants et les adolescents ou encore pour les personnes souffrant de maladies mentales, de lésions cranio-cérébrales ou sous forte influence de drogue ou d'alcool ; dans les autres cas, le suicide est toujours empreint d'un élément de réflexion, parfois ayant duré des années entières. Dans cette perspective, le fait que le souhait de mourir ait été exprimé sur une longue période ne garantit pas pour autant que la volonté de mourir ait été soigneusement pesée<sup>38</sup>.

### 1.2.3. Les organisations d'assistance au suicide actives en Suisse

On parle de suicide assisté lorsque la personne qui se donne la mort a bénéficié du soutien – matériel ou psychologique – d'une ou plusieurs personnes. Cette définition implique que la personne ayant émis le souhait de mourir (suicidant) l'ait fait de manière libre et réfléchie – en d'autres termes, qu'elle soit capable de discernement – et qu'elle ait accompli elle-même l'acte menant au décès. En Suisse, le suicide assisté s'est surtout développé depuis l'apparition de ce qu'on appelle des organisations d'assistance au suicide. On en dénombre officiellement cinq, à savoir « EXIT (Deutsche Schweiz) Vereinigung für humanes Sterben » (EXIT DS), « EXIT – Association pour le droit de mourir dans la dignité » (EXIT ADMD), « Dignitas – Menschenwürdige leben - Menschenwürdige sterben » (Dignitas), Ex International et Verein SuizidHilfe.

Fondée le 3 avril 1982 sous la forme d'une association, **Exit DS** est, avec ses quelques 52'000 membres répartis dans toute la Suisse, la plus grande des organisations d'assistance au suicide active en Suisse. D'après l'art. 2 des statuts (version du 9 mai 2009), EXIT DS reconnaît le droit à l'autodétermination de l'être humain durant la vie et face à la mort et soutient ses membres dans la mise en œuvre de ce droit. EXIT DS vise également à lutter contre l'acharnement thérapeutique, en incitant ses membres à rédiger des directives anticipées. D'après l'art. 3 des statuts, seules les personnes majeures, capables de discernement, suisses ou domiciliées en Suisse peuvent revêtir la qualité de membre. La cotisation annuelle est fixée à CHF 45.- et la cotisation pour un statut de membre à vie à CHF 900.-. Conformément à l'art. 8, les membres de la direction travaillent de manière

<sup>36</sup> Voir not. F. TH. PETERMANN, Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention, in : PJA 2004, p. 1116 s ; Exit Deutsche Schweiz, Vernehmlassung i.S. Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe, p. 30.

<sup>37</sup> D. FENNER, Gibt es überhaupt den « Affekt- » oder « Kurzschlusssuizid » ?, in : e-Journal Philosophie der Psychologie, Octobre 2007.

<sup>38</sup> D. FENNER, op. cit. (note 37), p. 15 et les réf. citées.

bénévole, ils peuvent cependant percevoir une indemnité. Le travail qui sort de l'activité ordinaire de la direction est réglé contractuellement et est rémunéré de manière appropriée. D'après le dernier rapport d'activité<sup>39</sup>, le Président, le Vice-président, le responsable des accompagnements au suicide et le responsable des finances perçoivent CHF 46'294.- et le responsable de la communication CHF 98'781.-. D'après l'art. 2 des statuts, une aide au suicide n'est possible que si la personne qui en fait la demande souffre d'une maladie dont le pronostic est sans espoir, est victime de souffrances ou d'un handicap insupportables. En 2009, les 217 personnes ayant fait l'objet d'un accompagnement ont fait l'objet du diagnostic suivant : cancer (93), polymorbide (47), maladie cardiaque (9), sclérose latérale amyotrophique (5), hémorragie cérébrale (3), sclérose en plaques (7), parkinson (6), maladie psychique (2), douleurs chroniques (17), début de démence (2), maladie pulmonaire (9), polyneuropathie (3), tétraplégie (3), maladie des yeux (3), autre (8). La substance utilisée pour le suicide est le NaP<sup>40</sup>. Si le suicidant est en mesure de le faire, il peut directement boire le NaP ; si tel n'est pas le cas, on procède alors à la pose d'une perfusion ou d'une sonde naso-gastrique. Dans ces deux derniers cas, c'est le suicidant qui va actionner le processus d'injection et qui aura donc la maîtrise effective de l'acte.

**EXIT ADMD** est le pendant romand d'EXIT DS. Cette association a été fondée le 23 janvier 1982 et compte aujourd'hui plus de 15'000 membres. D'après l'art. 3 des statuts (version du 17 avril 2010), EXIT ADMD a pour but de promouvoir le droit de l'être humain de disposer librement de sa personne, de son corps et de sa vie. Pour atteindre ce but, l'association peut notamment lancer des initiatives, déposer des pétitions et intervenir au niveau politique, organiser et/ou participer à des débats publics et assurer une assistance à l'autodélivrance<sup>41</sup> après examen de la demande. D'après l'art. 8 des statuts, les membres doivent être majeurs et domiciliés en Suisse<sup>42</sup>. La cotisation annuelle est de CHF 40.- pour les actifs et de CHF 35.- pour les personnes retraitées. Conformément à l'art. 36 des statuts, les membres du Comité exécutent leur mandat à titre bénévole. En revanche, les frais qu'ils assument dans ce cadre sont intégralement remboursés et ils peuvent également être indemnisés à raison de perte de gain en rapport direct avec l'exécution de leur mandat. La même disposition précise qu'une activité en rapport avec une assistance à l'autodélivrance ne peut donner lieu à une rémunération. EXIT ADMD ne donne suite de manière positive à une demande d'autodélivrance que si la personne : (1) est capable de discernement, (2) en fait la demande sérieuse et répétée, (3) souffre d'une maladie incurable avec un pronostic fatal ou d'une invalidité permanente et (4) subit de ce fait des souffrances physiques ou psychologiques intolérables. EXIT ADMD précise que font partie des critères d'invalidité l'impossibilité permanente d'accomplir sans aide plusieurs des actes ordinaires de la vie comme le fait de se vêtir, se lever, se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes, se déplacer ou encore être atteint de surdité et de cécité<sup>43</sup>.

L'association **Dignitas** a été fondée le 17 mai 1998. L'association compte aujourd'hui environ 5'700 membres. D'après l'art. 2 des statuts (version du 31 mai 2007), Dignitas a pour but d'assurer à ses membres une vie et une mort dignes et de transmettre ces valeurs à d'autres personnes. Pour atteindre ce but, l'association procure à ses membres des directives anticipées juridiquement valables et leur offre – lorsque certaines conditions sont réunies – une assistance au suicide par du personnel qualifié. L'art. 2 précise encore que l'association ne poursuit aucun but commercial ou égoïste. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, et conformément à l'art. 9 des statuts, la cotisation d'entrée est de CHF 200.-, la cotisation pour les membres actifs de CHF 200.-, la cotisation pour les membres du comité consultatif

<sup>39</sup> EXIT Info 1/2010, p. 29.

<sup>40</sup> Pour le statut juridique du NaP et son application, voir ch. 1.4.3.

<sup>41</sup> Le terme « autodélivrance », qui figure à plusieurs reprises dans les statuts, n'existe pas. Nous le reprenons néanmoins par soucis d'exactitude. Ce terme a été créé par EXIT ADMD pour remplacer le terme « suicide » et désigne en particulier le fait de se donner la mort lorsque la maladie dont on souffre ou les souffrances dont on est victime rendent la continuation de la vie insupportable.

<sup>42</sup> Contrairement aux statuts, le site internet d'EXIT ADMD (<http://www.exit-geneve.ch/index.html>) mentionne qu'il faut avoir 20 ans révolus.

<sup>43</sup> Voir EXIT ADMD, 25 ans d'engagement pour le droit de mourir dans la dignité, Bulletin Édition spéciale de février 2007, p. 15 s.

(Kuratoriumsmitglieder) de CHF 500.- et la cotisation des membres-destinataires (Destinatär-Mitglieder) de CHF 80.-. Les membres qui demandent la préparation d'une assistance au suicide doivent payer un montant de CHF 3'000.- pour les frais administratifs, ceux qui demandent en plus la réalisation d'une assistance au suicide doivent payer CHF 3'000.- pour les frais administratifs et ceux qui délèguent à Dignitas le soin de régler les formalités d'usage auprès des services de l'état civil et funéraires doivent payer un montant supplémentaire de CHF 1'500.-. L'art. 9 précise encore que les membres dont la situation financière est délicate peuvent, sur demande dûment motivée auprès du secrétariat général, être libérés totalement ou partiellement de l'obligation de payer la cotisation d'entrée et/ou de la cotisation annuelle. Ils peuvent être libérés du paiement des frais supplémentaires aux mêmes conditions. Depuis 2001, les accompagnants ne travaillent plus de manière bénévole. Compte tenu de l'augmentation importante des demandes d'assistance au suicide, les accompagnants reçoivent, en plus des frais, une rémunération pour la prise en charge des personnes concernées, pour les entretiens qu'ils mènent avec ces dernières et leurs proches et pour l'assistance au suicide elle-même<sup>44</sup>. D'après l'art. 4, les membres ont le droit de demander un accompagnement au suicide lorsqu'ils veulent mettre fin à des souffrances inutiles (sinnlose Leiden) ou lorsque la continuation de la vie leur est insupportable<sup>45</sup>. Contrairement à EXIT DS et EXIT ADMD, Dignitas ne limite pas son soutien aux personnes de nationalité suisse ou résidant en Suisse. La plupart des personnes faisant appel aux services de Dignitas sont d'ailleurs de nationalité étrangère<sup>46</sup>.

L'association **Ex International** a été fondée en 1996. Le site internet de l'association ne donne que très peu d'informations à son sujet. Cependant, d'après un article du Zeit Online<sup>47</sup>, il semblerait que celle-ci compte environ 700 membres, dont la quasi-totalité est de nationalité allemande. D'après les déclarations de la présidente d'Ex International, les membres ne doivent payer aucune cotisation et les accompagnants ne reçoivent que de menus frais. Un membre qui souhaite une assistance au suicide doit assumer les coûts que cela engendre. Un suicide assisté n'est possible que si un diagnostic médical établit que la personne souffre d'une maladie insupportable menant très probablement à la mort.

L'association **Verein Suizidhilfe**, a été fondée le 17 janvier 2002 à Zurich. Le fondateur est un ancien membre d'EXIT DS, qui souhaitait étendre de manière moins restrictive l'assistance au suicide aux personnes souffrant de troubles psychiques<sup>48</sup>. Il a été condamné pour homicide intentionnel au sens de l'art. 111 CP pour avoir prêté assistance au suicide de personnes incapables de discernement<sup>49</sup>. D'après l'art. 2.1 des statuts, le but de l'association est de permettre à l'être humain capable de discernement de décider librement de la fin de sa vie. D'après l'art. 2.3, l'association met en contact les personnes capables de discernement qui souhaitent mourir avec une personne de référence, dont la tâche est de préparer et de planifier le suicide. La personne de référence doit mener plusieurs entretiens, afin de clarifier les motivations du suicidant et le contexte de la demande. L'art. 2.4 précise encore que l'association fait évoluer les connaissances en matière de méthodes de suicide dignes qui rendent l'intervention d'un médecin superflue. La cotisation s'élève à CHF 35.- pour les membres d'EXIT et à CHF 70.- pour les autres. Aucune autre information officielle n'existe au sujet de cette association, notamment quant au nombre de membres qu'elle comporte et au nombre de suicides assistés auxquels elle prête son concours.

---

<sup>44</sup> P. VENETZ, Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht, Zurich 2008, p. 40 et la réf. citée.

<sup>45</sup> Le site de Dignitas (<http://www.dignitas.ch/>) précise néanmoins que la personne doit souffrir d'une maladie incurable, d'un handicap intolérable ou subir des souffrances insupportables.

<sup>46</sup> En 2009, 35 Allemands, 27 Britanniques, 7 Français, 3 Autrichiens et 2 Suisses ont fait l'objet d'un accompagnement au suicide (Dignitas, Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz, état le 31.12.2009).

<sup>47</sup> « Der Freundestod », in : Zeit Online du 1.04. 2009.

<sup>48</sup> Voir not. « Trois ans de prison pour assistance au suicide », in : Swissinfo.ch du 6.07.2007.

<sup>49</sup> Arrêts du Tribunal fédéral du 11 juin 2009, 6B\_48/2009 et 6B\_14/2009.

#### 1.2.4. Les développements récents en matière de suicide assisté

Après la publication des deux rapports du Conseil fédéral de 2006 et 2007<sup>50</sup>, certaines autorités cantonales ont fait usage des possibilités dont elles disposaient pour exercer une surveillance accrue sur les organisations d'assistance au suicide. Cela a eu en partie pour conséquence de contraindre certaines organisations d'assistance au suicide à modifier - du moins de manière temporaire - certaines de leurs pratiques.

Le 31 janvier 2008, le médecin cantonal du canton de Zurich a informé Dignitas que la prescription de NaP par un médecin après une seule consultation était contraire aux devoirs de diligence inhérents à la profession de médecin et que toute violation de ces devoirs serait poursuivie disciplinairement. A la suite de cela, et comme première réaction, Dignitas a aidé, toujours après consultation médicale, quatre personnes à mourir sans recourir au NaP et donc, sans qu'une prescription médicale ne soit nécessaire. Ces quatre suicides assistés se sont déroulés par le recours à la méthode dite de l'hélium ; ce gaz prive en effet d'oxygène le suicidant qui, après être tombé dans le coma, finit par décéder. Dans ce contexte, le responsable de Dignitas a tenu à préciser que le gaz n'était pas diffusé par l'intermédiaire d'un sac en plastique, comme cela avait été répété à tort dans les médias, mais par l'intermédiaire d'un masque respiratoire<sup>51</sup>. Dans la mesure où cette méthode comportait des inconvénients relativement importants, Dignitas a par la suite renoncé à cette méthode et changé sa pratique : désormais, deux consultations médicales espacées de quelques jours sont effectuées et la prescription de NaP n'intervient qu'à l'issue de la seconde consultation. Par ailleurs, en 2007, des autorités communales ont interdit à Dignitas de pratiquer l'assistance au suicide dans certains locaux. En réaction, celle-ci a procédé à quelques suicides assistés – avec l'accord de l'intéressé – dans des chambres d'hôtels ou dans les véhicules des suicidants<sup>52</sup>, ce qui n'a pas manqué de soulever une indignation importante au sein de la population, du monde politique et des médias. Le 25 janvier 2007, Dignitas a été inscrite d'office au registre du commerce en tant qu'association exerçant une industrie à titre commercial (art. 61, al. 2, du code civil<sup>53</sup>). Le 6 septembre 2010, le Tribunal fédéral a confirmé qu'il n'était pas contraire à la loi de refuser à Dignitas une autorisation d'exploiter un appartement situé dans une zone principalement résidentielle, dans le voisinage immédiat d'un jardin d'enfant et à proximité d'une école professionnelle et d'un établissement médico-social<sup>54</sup>.

Indépendamment de la publication des rapports du Conseil fédéral susmentionnés, d'autres informations relatives à l'activité des organisations d'assistance au suicide ont suscité quelques préoccupations auprès du monde politique. Pour commencer, EXIT DS et Dignitas déclarent aider chaque année quelques personnes souffrant de maladies psychiques à se donner la mort<sup>55</sup>. EXIT DS a même envisagé en 2008 d'étendre ses services aux personnes fatiguées de vivre<sup>56</sup>. De même, Verein Suizidhilfe semble vouloir offrir son aide à un cercle de personnes assez large, sans égard à la santé de la personne dont il est question. De son côté, EXIT ADMD a déposé en février 2009 dans le canton de Vaud une initiative populaire, munie de 14'087 signatures valables, demandant que les EMS subventionnés autorisent l'assistance au suicide dans leur enceinte si leurs pensionnaires souhaitent faire appel aux services d'une organisation d'aide au suicide. Afin d'alimenter le débat politique, EXIT DS a également lancé une campagne de publicité en septembre 2010 sur la Schweizer Fernsehen et sur Tele Züri. Dans ces spots, différentes personnalités de Suisse-àlémannique soulignent l'importance que revêt pour eux le maintien de leur liberté de décision, également en fin de

<sup>50</sup> Voir DFJP, Rapport 2006 (note 9) et Rapport 2007 (note 11).

<sup>51</sup> Sur ce sujet, voir Dignitas, *Wie funktioniert Dignitas?*, Brochure d'information de décembre 2008, p. 15 ss.

<sup>52</sup> Voir la prise de position de Dignitas du 8.02.2010 rédigée dans le cadre de la procédure de consultation, p. 7 s.

<sup>53</sup> **RS 210.**

<sup>54</sup> Arrêt du Tribunal fédéral du 6 septembre 2010 (1C\_66/2010), c. 4.

<sup>55</sup> Voir DFJP, Rapport explicatif 2009 (note 15), p. 9 et les réf. citées.

<sup>56</sup> Une proposition de modification des statuts autorisant EXIT DS à offrir l'assistance au suicide à des personnes très âgées ne souhaitant plus vivre a cependant été refusée lors de l'assemblée générale 2009.

vie<sup>57</sup>. Enfin, la question du financement et de l'organisation de ces différentes associations a également souvent été un sujet controversé.

### 1.2.5. Sondages

Deux sondages ont été menés en Suisse sur la question de l'accompagnement au décès :

- Sondage publié le 29 mars 2010 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)<sup>58</sup> : d'après cette étude, 34% des personnes interrogées pourraient concevoir de solliciter une assistance au suicide. 54% des participants à l'enquête s'opposent à une assistance au suicide et 13% n'ont pas d'opinion sur la question. L'étude note que ce sont justement les personnes âgées de 65 ans et plus (66%) qui se prononcent nettement plus souvent contre l'assistance au suicide. En outre, 44% des personnes interrogées indiquent qu'elles solliciteraient certainement des soins palliatifs si elles souffraient d'une maladie incurable et 33% envisageraient de les utiliser.
- Sondage publié le 2 septembre 2010 par l'Institut de criminologie de l'Université de Zurich<sup>59</sup> : une majorité claire des personnes interrogées s'est exprimée en faveur de l'aide au suicide. La justification principale de cette position est la liberté personnelle. Le sondage montre également qu'une majorité est favorable à ce l'activité des accompagnants agissant au sein d'une organisation soit légalement autorisée. Cette volonté est valable tant pour les cas dans lesquels une personne en fin de vie veut se donner la mort que pour les suicides de patients souffrant de polymorbidité ou encore de la maladie d'Alzheimer<sup>60</sup>.

## 1.3. Les discussions politiques

### 1.3.1. Au niveau international

Suite à l'examen du troisième rapport périodique de la Suisse portant sur le pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies s'est montré préoccupé par l'absence de contrôle indépendant ou judiciaire visant à déterminer si la personne qui demande une assistance pour mettre fin à ses jours agit en donnant son consentement complet, libre et éclairé. Elle a dès lors recommandé à la Suisse d'envisager de modifier sa législation afin de garantir un contrôle indépendant ou judiciaire pour déterminer si la personne qui demande une assistance au suicide a donné son consentement complet, libre et éclairé<sup>61</sup>. La Suisse a répliqué en expliquant que chaque suicide était annoncé à l'autorité compétente à titre de décès non naturel et extraordinaire. Les autorités chargées de l'instruction pénale déterminent ensuite, 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 effectivement eu 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.

<sup>57</sup> Voir EXIT DS, Communiqué de presse du 14.09.2010, EXIT-Spots von Rolf Lyssy am TV ; « EXIT s'offre des spots télévisés pour l'aide au suicide », in : Le Matin du 15.09.2010.

<sup>58</sup> OFSP, Sondage soins palliatifs, Communiqué de presse du 29.03.2010. Ce sondage a été réalisé auprès de 1'600 personnes (900 Alémaniques, 400 Romands et 300 Tessinois), âgées de plus de 15 ans.

<sup>59</sup> C. SCHWARZENEGGER/P. MANZONI/D. STUDER/C. LEANZA, Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält, Zurich, 2 septembre 2010. Ce sondage a été réalisé auprès de 1'464 personnes (1'063 Alémaniques, 348 Romands et 53 Tessinois), âgées de plus de 15 ans. L'auteur de l'étude précise cependant que le taux de retour n'a été que de 63%, ce qui porte le nombre de réponses exploitables à 922. Ce sont surtout les jeunes, les personnes âgées, ainsi que les personnes connaissant des personnes malades ou ayant vécu un décès dans leur entourage qui ont refusé de répondre.

<sup>60</sup> Voir C. SCHWARZENEGGER/P. MANZONI/D. STUDER/C. LEANZA, op. cit. (note 59), p. 8 s.

<sup>61</sup> Observations finales du Comité des droits de l'homme du 3 novembre 2009.



### 1.3.2. Au niveau fédéral

Suite à la publication des rapports du Conseil fédéral de 2006 et de 2007 et la décision de celui-ci de ne pas légiférer au niveau fédéral, plusieurs parlementaires ont déposé des interventions, afin de relancer le débat :

- Initiative parlementaire Egerszegi-Obrist 06.453 « Réglementation, au niveau de la loi, de l'assistance au décès » du 23 juin 2006 : l'examen de cette initiative parlementaire a été suspendu par la Commission des affaires juridiques du Conseil national le 23 mai 2008, en attente de la décision du Conseil fédéral sur la suite à donner au dossier.
- Interpellation Aeschbacher 06.3606 « Tourisme du suicide. N'y a-t-il aucune nécessité de légiférer au niveau fédéral ? » du 6 octobre 2006 : cette interpellation a été classée le 3 octobre 2008.
- Motion Glanzmann-Hunkeler 07.3626 « Surveillance des organisations d'assistance au décès » du 3 octobre 2007 : cette motion a été classée le 25 septembre 2009.
- Motion Stadler 07.3163 « Base légale pour la surveillance des organisations d'aide au suicide » du 22 mars 2007 : cette motion a été adoptée par le Conseil des Etats le 21 juin 2007, son examen a en revanche été suspendu par la Commission des affaires juridiques du Conseil national le 23 mai 2008, en attente de la décision du Conseil fédéral sur la suite à donner au dossier.
- Initiative parlementaire Aeschbacher 07.480 « Halte au tourisme de la mort dans notre pays » du 5 octobre 2007 : cette initiative parlementaire a été classée le 10 juin 2010.
- Motion Flückiger-Bäni 07.3866 « Imputation des frais aux organisations d'aide au suicide » du 21 décembre 2007 : cette motion a été classée le 11 décembre 2009.
- Motion Aeschbacher 08.3300 « Punir l'incitation et l'assistance au suicide » du 10 juin 2008 : cette motion a été retirée le 3 mars 2010.
- Motion Flückiger-Bäni 08.3427 « Interdiction temporaire de l'assistance au décès » du 13 juin 2008 : cette motion a été rejetée le 3 mars 2010.
- Postulat Berberat 10.4163 « Pour un débat serein et approfondi et la recherche de solutions en matière d'euthanasie active directe » : le postulat a été retiré le 7 juin 2011.
- Postulat Recordon 10.4165 « Législation sur l'assistance au suicide » : le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

### 1.3.3. Au niveau cantonal

En réaction à la publication des deux rapports sur l'assistance au décès et aux décisions du Conseil fédéral, le canton de Zurich, fortement concerné par le tourisme du suicide, a demandé une réglementation fédérale sur la surveillance des organisations d'assistance au suicide et des règles claires sur leur contrôle<sup>62</sup>. Par la suite, plusieurs interventions ont été déposées sur le sujet dans ce canton. Citons entre autres : la question urgente « *Rechtslage und Massnahmen bezüglich Eingrenzung der Sterbehilfe im Kanton Zürich* » du 12 février 2007, l'interpellation « *Missstände bei der Suizidbegleitung* » du 23 janvier 2008 et le postulat (urgent) « *Schluss mit den Aktivitäten von Dignitas* » du 31 mars 2008<sup>63</sup>. Le Ministère public du canton de Zurich et EXIT Deutsche Schweiz ont signé le 7 juillet 2009 une convention sur l'assistance organisée au suicide qui contenait un certain nombre de règles déontologiques visant à empêcher autant que possible les pratiques abusives. Elles

<sup>62</sup> Voir *NZZ am Sonntag* du 4 juin 2006, p. 17, où le conseiller d'État Markus Notter demande notamment que l'on instaure une obligation de documenter les cas d'aide au suicide et l'appréciation de la volonté de mourir du suicidant ainsi qu'un examen des conditions financières et des connaissances techniques des organisations.

<sup>63</sup> Le gouvernement zurichois a de nouveau renvoyé, dans sa réponse du 7 mai 2008, à une solution fédérale dans le sens d'une réglementation de la surveillance. Voir à ce sujet le procès-verbal du gouvernement du canton de Zurich, séance du 7 mai 2008, KR 119/2008, p. 7.

portaient sur l'art et la manière d'exécuter l'assistance au suicide, et notamment sur l'examen et la documentation des conditions d'un accompagnement. Elles imposaient également le recours au seul NaP et réglaient son utilisation. EXIT s'y engageait également à rendre publics et transparents son organisation et ses moyens financiers. Le 16 juin 2010, le Tribunal fédéral a déclaré que cette convention était nulle<sup>64</sup>.

Dans le canton d'Argovie, le gouvernement a indiqué renoncer à des dispositions sur l'assistance au suicide, dans son message sur une nouvelle loi sur la santé<sup>65</sup>, parce qu'il est d'avis que les instruments existants et l'évolution actuelle des choses ne justifient pas de réglementer l'aide au suicide. Il a en revanche créé, dans son code de procédure pénale, une base légale permettant de répercuter les frais d'instruction sur les personnes qui fournissent une assistance au suicide. Le 17 juin 2008, le canton d'Argovie a également déposé une initiative invitant l'Assemblée fédérale à prendre les mesures adéquates pour interdire toute exploitation commerciale de l'assistance au suicide et à réglementer le suicide médicalement assisté en édictant des dispositions contraignantes applicables à l'ensemble du territoire suisse<sup>66</sup>. Fin mai 2009, l'Union démocratique fédérale zurichoise a déposé deux initiatives populaires cantonales contre le tourisme de la mort et l'aide au suicide. La première demande l'interdiction de fournir toute aide au suicide à des personnes vivant depuis moins d'un an dans le canton de Zurich. La seconde veut charger la Confédération de punir tous les types d'aide au suicide. Le 15 mai 2011, le peuple a clairement rejeté ces deux initiatives<sup>67</sup>.

Dans le canton de Vaud, le Conseil d'Etat a préparé un contre-projet<sup>68</sup> à l'initiative populaire déposée par EXIT ADMD<sup>69</sup>. D'après ce contre-projet, les EMS reconnus d'intérêt public ne peuvent refuser la tenue d'une assistance au suicide en leur sein, si plusieurs conditions cumulatives sont réunies. Les conditions suivantes méritent d'être mentionnées ici : la demande de se suicider est persistante et émise librement par la personne concernée ; le médecin responsable du traitement hospitalier ou de l'EMS, en concertation avec l'équipe soignante, atteste que la personne concernée est capable de discernement, souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident graves et incurables et persiste dans sa volonté de se suicider ; des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec la personne concernée, à moins que celle-ci ne les refuse. Le contre-projet prévoit que le médecin doit ordonner une expertise psychiatrique s'il suspecte que la demande est influencée par des troubles psychiques et qu'il doit obtenir un avis de la part d'un médecin agréé par le département sur la base d'une proposition des associations faîtières en cas de doute ou s'il n'y a pas consensus sur la capacité de discernement.

En 2008, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a pris position<sup>70</sup> sur la réglementation de la surveillance, la grande majorité des cantons étant d'avis qu'aucune nouvelle disposition légale ne s'impose à l'échelle fédérale. Selon leur secrétaire central, les expériences en matière d'assurance qualité dans le domaine de la santé montrent que pareilles règles entraînent un gonflement de la bureaucratie, mais pas de contrôle efficace de la qualité. Pour ne pas augmenter le risque d'une légitimation supplémentaire des organisations d'assistance au suicide, il serait plus important d'encourager en priorité la qualification du personnel soignant et l'application des directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

---

<sup>64</sup> ATF 136 II 415.

<sup>65</sup> Message du gouvernement du canton d'Argovie au Grand Conseil, 21 mai 2008 (08.141).

<sup>66</sup> Initiative cantonale 08.317 (Assistance au suicide. Modification de l'article 115 CP) ; une initiative cantonale dont le contenu est similaire est actuellement en cours d'examen auprès du Parlement du canton de Bâle-Campagne.

<sup>67</sup> L'initiative « Non au tourisme de la mort » a été rejetée par 78,4% et l'initiative « Stop à l'aide au suicide » par 84,5% des votants.

<sup>68</sup> Voir Rapport explicatif à l'avant-projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique en tant que contre-projet à l'initiative législative « Assistance au suicide en EMS ».

<sup>69</sup> Voir ch. 1.2.4.

<sup>70</sup> Le secrétaire central de la CDS, Franz Wyss, lors d'une table ronde organisée au DFJP sur le thème des organisations d'assistance au suicide le 16 juin 2008. Le gouvernement du canton de Zurich est toutefois d'un autre avis.

## 1.4. La réglementation actuelle en matière d'assistance au suicide et d'accompagnement en fin de vie

### 1.4.1. Le droit international et le droit constitutionnel

Jusqu'à il y a peu, les débats relatifs à l'assistance organisée au suicide se cristallisaient autour de l'art. 115 CP. Si cette disposition est certes à la base de l'existence des organisations d'assistance au suicide et doit faire l'objet d'une étude soignée, il ne faut pas oublier qu'au-dessus de la loi se trouvent les Conventions internationales, en particulier la CEDH et le Pacte II ONU, ainsi que la Constitution fédérale. Or, ces textes ont également leur importance lorsqu'il s'agit d'aborder la question du rôle de l'Etat face aux personnes en fin de vie ou souhaitant se donner la mort.

Le devoir primaire de l'Etat est de protéger la vie humaine de toute atteinte par des tiers. Cela découle de l'art. 2 CEDH : « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement [...] », de l'art. 6 Pacte II ONU : « Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine » et de l'art. 10 Cst. : « Tout être humain a droit à la vie ». Le droit à la vie ne comprend pas seulement l'interdiction faite aux pouvoirs publics de priver une personne de sa vie, mais également une obligation positive de l'Etat de prendre des mesures d'ordre légal et administratif destinées à prévenir, à dissuader et, au besoin, à réprimer les atteintes au droit à la vie<sup>71</sup>. En outre, l'Etat ne peut tolérer aucune action ayant pour finalité la mort de l'individu<sup>72</sup>.

En même temps, la doctrine reconnaît que chaque personne a le droit de se donner la mort. Ce droit ne saurait être déduit – *a contrario* – du droit à la vie ; il est par contre une des émanations du droit à la liberté personnelle, plus particulièrement du droit au respect de la sphère privée au sens des art. 8, al. 1, CEDH et 13, al. 1, Cst<sup>73</sup>. Comme n'importe quel droit constitutionnel, le droit à la liberté personnelle peut faire l'objet de restrictions de la part de l'Etat sur la base de l'art. 36 Cst. (base légale, intérêt public, proportionnalité et inviolabilité de l'essence du droit).

La doctrine précise cependant que le droit de se donner la mort doit être clairement distingué de l'assistance au suicide, c'est-à-dire de l'activité par laquelle un tiers prête son concours à la commission d'un suicide. Dans ce dernier cas en effet, même si la maîtrise de l'acte fatal est également entre les mains du suicidant, celui-ci n'agit pas tout seul. En demandant de l'aide à un tiers, le suicidant fait basculer le suicide de l'exercice d'un droit hautement personnel à l'exercice d'un acte qui concerne la société. C'est la raison pour laquelle les tribunaux ont jusqu'ici été plutôt réticents à considérer que le droit d'être assisté dans le suicide tombait sous la sphère de protection du droit à la liberté personnelle<sup>74</sup>. Cependant, même si on devait admettre que tel était le cas, ce droit pourrait faire l'objet de restrictions aux conditions posées par l'art. 36 Cst. et par l'art. 8, al. 2, CEDH. Ainsi, l'assistance au suicide ne saurait être appréhendée à l'aune exclusive du droit à la libre détermination garanti par l'art. 8 CEDH, sans prise en considération parallèle de la garantie objective du droit à la vie garanti par l'art. 2 CEDH. Le conflit latent entre ces deux garanties conduit à opérer une mise en balance des valeurs respectives qu'elles intègrent.

<sup>71</sup> M. HOTTELIER, L'aide au suicide face aux droits de l'homme, in : F. Th. Petermann (éd.), *Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung*, St. Gall 2010, p. 90 s ; P. VENETZ, op. cit. (note 44), p. 66.

<sup>72</sup> R. KIENER, *Organisierte Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht und staatlicher Schutzpflichten*, in : *Revue de droit suisse* 129 (2010), p. 279 et la jurisprudence citée.

<sup>73</sup> M. HOTTELIER, op. cit. (note 71), p. 97 s ; R. KIENER, op. cit. (note 72), p. 275 s ; R. J. SCHWEIZER, *Sterbehilfe in verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Sicht*, in : F. Th. Petermann (éd.), *Sicherheitsfragen der Sterbehilfe*, St. Gall 2008, p. 31 ss.

<sup>74</sup> R. KIENER, op. cit. (note 72), p. 276 et la jurisprudence citée.

## 1.4.2. L'art. 115 CP

### 1.4.2.1. Genèse et justification

Le suicide n'étant pas punissable, la participation à un tel acte ne devrait pas l'être non plus en application des règles générales qui régissent la participation (art. 24 s CP). Considérant la valeur élevée de la vie humaine, le législateur s'est cependant écarté de ce principe en prévoyant de punir celui qui fournit une assistance au suicide poussé par un mobile égoïste. Il est parti de l'idée fondamentale que ceux qui aident un tiers à se suicider ne doivent pas être punis quand ils sont motivés par des sentiments d'amitié, par la volonté de sauver l'honneur d'un camarade ou lorsqu'ils agissent dans le seul intérêt du suicidant. Le législateur n'a à l'époque pas fait mention d'une activité organisée d'assistance au suicide<sup>75</sup>.

### 1.4.2.2. Les éléments constitutifs

C'est une lapalissade, mais l'art. 115 CP ne peut s'appliquer que si l'on est en présence d'un suicide. Cela présuppose que la personne qui s'est donnée la mort a exécuté elle-même l'acte fatal, qu'elle était capable de discernement et qu'elle a pris sa décision librement. Si l'acte menant au décès est exécuté par un tiers (p. ex. injection d'une substance létale), on est en présence d'un meurtre (art. 111 CP) ou d'un meurtre sur la demande de la victime (art. 114 CP)<sup>76</sup>. Le motif justificatif que représente le consentement du suicidant ne s'applique pas dans le cas du meurtre. Car dans notre ordre juridique, nul ne peut laisser volontairement autrui le dépouiller de ses droits de la personnalité élémentaires, et en particulier de sa vie<sup>77</sup>. De même, si le suicidant n'était pas capable de discernement au moment de se donner la mort, la personne qui l'a aidée peut, selon les cas de figure, être condamnée pour homicide par dol éventuel ou pour tentative d'homicide volontaire<sup>78</sup>. Enfin, et toujours dans la même logique, n'agit pas librement celui qui se trouvait dans l'erreur – parce qu'il a été mal informé sur sa situation par exemple – ou celui qui a été poussé au suicide. Dans un tel cas, l'auteur de la tromperie ou de la contrainte pourra être condamné pour homicide<sup>79</sup>.

La doctrine admet de manière unanime que l'assistance et l'incitation ne se distinguent en rien de l'instigation, respectivement de la complicité au sens des art. 24 ss CP<sup>80</sup>. La terminologie est différente car on ne peut parler d'instigation et de complicité que lorsque

<sup>75</sup> Pour un examen historique précis de l'art. 115 CP, voir C. SCHWARZENEGGER, *Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord* (Art. 115 StGB), in : *Sicherheitsfragen der Sterbehilfe*, St-Gall 2008, p. 100 ss, et L. ENGI, *Die «selbstsüchtigen Beweggründe» von Art. 115 StGB im Licht der Normentstehungsgeschichte*, in : *Jusletter* du 4 mai 2009.

<sup>76</sup> A Neuchâtel, un médecin retraité et membre d'EXIT ADMD a activé lui-même le mécanisme permettant de libérer la dose létale dans l'organisme d'une femme atteinte d'une maladie neurologique dégénérative ne lui permettant notamment plus d'avalier, ni de bouger, à l'exception d'un pied. Elle a été condamnée par ordonnance pénale du Ministère public neuchâtelois à une peine de 45 jours-amendes avec sursis pendant deux ans. Le médecin a fait opposition et le Tribunal du district de Boudry l'a acquitté le 6 décembre 2010 au motif qu'il pouvait se prévaloir de motifs justificatifs (état de nécessité, sauvegarde d'intérêts légitimes ou conflit de devoirs) (voir « L'euthanasie remise en question », in : *Le Temps* du 2 novembre 2010 et « Le malaise des juges face à l'euthanasie », in : *Le Temps* du 3 novembre 2010).

<sup>77</sup> G. STRATENWERTH, *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Die Straftat*, 3<sup>e</sup> éd., Berne 2005, § 10 n. 14 ss ; M. SCHUBARTH, *Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen*, RPS 2009, p. 7.

<sup>78</sup> Arrêt du Tribunal fédéral du 11 juin 2009 (6B\_48/2009) : dans cet arrêt, le Tribunal fédéral confirme la condamnation pour homicide par dol éventuel d'un psychiatre qui a négligé de clarifier avec toute l'attention requise la question de savoir si la personne était capable de discernement ; voir ég. le commentaire de cet arrêt par G. ARZT, *Sterbehilfe in der Grauzone*, in : *recht* 2009, p. 140 ss.

<sup>79</sup> Sur les éléments constitutifs, voir S. TRECHSEL ET AL., *Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar*, Zurich, St. Gall 2008, art. 115 N 2 ss ; P. VENETZ, *op. cit.* (note 44), p. 101 s ; C. SCHWARZENEGGER, in : *Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger* (éd.), *Basler Kommentar zum Strafrecht II*, 2<sup>e</sup> éd, Bâle 2007, art. 115 CP N 3 ss.

<sup>80</sup> C. SCHWARZENEGGER, *op. cit.* (note 79), art. 115 N 5 s ; J. HURTADO POZO, *Droit pénal, Partie spéciale, Nouvelle édition refondue et augmentée*, Genève, Zurich, Bâle 2009, N 223 s et les réf. citées, S. TRECHSEL ET AL., *op. cit.* (note 79), art. 115 N 3 ;

l'acte principal est punissable, ce qui n'est pas le cas du suicide<sup>81</sup>. L'incitation au suicide implique que l'auteur décide la victime à se tuer ; la décision de mourir étant prise par le suicidant. L'assistance au suicide implique quant à elle que la contribution apportée par l'auteur ait joué un rôle causal dans la préparation ou l'exécution du suicide (p. ex. remise d'une arme, d'un poison, etc.); ce rôle peut également consister en un soutien psychologique<sup>82</sup>.

Selon la doctrine, celui qui poursuit un avantage personnel, qu'il soit matériel, idéal ou affectif (p. ex. en vue d'obtenir un héritage, de satisfaire une haine ou une vengeance ou par méchanceté) est poussé par un mobile égoïste. En revanche, celui qui agit pour des motifs altruistes, par compassion ou par désintéressement n'est pas punissable<sup>83</sup>. Il sied de préciser ici que les autorités de poursuite pénales n'ont jamais considéré l'assistance au suicide professionnelle et rétribuée comme punissable. Elles ont en effet toujours jugé – notamment celles de Zurich, canton le plus fortement touché – que la rémunération exigée en contrepartie de l'assistance au suicide ne constituait pas un mobile égoïste, élément fondant la punissabilité en vertu de l'art. 115 CP<sup>84</sup>.

### 1.4.2.3. La participation

La doctrine soutient qu'une participation à un suicide assisté est envisageable en vertu des dispositions de la partie générale du code pénal et plus spécifiquement en application de la théorie de la participation en chaîne (Kettenteilnahme). D'après elle, le participant doit cependant, tout comme l'auteur, avoir été poussé par un mobile égoïste – élément constitutif restrictif de l'infraction – car on ne peut pas le punir à des conditions plus extensives que l'auteur immédiat. En revanche, lorsque le participant agit pour des motifs égoïstes tandis que l'auteur immédiat agit de manière altruiste, le participant serait punissable, pour autant que l'on admette que la participation à un suicide est punissable en soi et que l'absence de mobile égoïste n'est qu'une circonstance personnelle excluant la culpabilité au sens de l'art. 27 CP d'autre part<sup>85</sup>. Cette dernière hypothèse est cependant rejetée par la plupart des auteurs ; d'après eux, les mobiles égoïstes fondent l'illicéité, ce qui signifie, en leur absence, non seulement que la culpabilité est exclue, mais également que les éléments constitutifs de l'infraction ne sont pas réunis. S'il en était autrement, n'importe quel tiers pourrait se prévaloir de la légitime défense pour s'opposer à toutes les formes d'assistance directe au suicide. La participation à l'incitation et à l'assistance au suicide est ainsi soumise aux règles générales et est accessoire au comportement illicite de l'auteur principal. Si ce dernier agit de manière licite, la participation ne peut pas, de manière indépendante, être considérée comme constitutive d'une infraction pénale. Ainsi, le participant qui agit pour des mobiles égoïstes demeure non punissable<sup>86</sup>. En réalité, la théorie susmentionnée est erronée car elle part du principe qu'il est possible d'appliquer à l'art. 115 CP les dispositions générales sur la participation, alors que cela n'est pas le cas. En effet, dès lors que le législateur a érigé en infraction spéciale un comportement apparenté à de l'instigation ou de la complicité<sup>87</sup> et qu'il n'existe pas différents degrés de participation (la complicité de complicité est punissable en tant que complicité, l'instigation d'instigation est punissable en tant qu'instigation<sup>88</sup>), il est faux de vouloir tracer une ligne de démarcation entre les différentes personnes ayant

<sup>81</sup> Voir dans ce sens J. HURTADO POZO, op. cit. (note 80), N 223 et les réf. citées ; P. VENETZ, op. cit. (note 44), p. 102 et les réf. citées.

<sup>82</sup> J. HURTADO POZO, op. cit. (note 80), N 224 ; C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (note 79), art. 115 N 6.

<sup>83</sup> Voir C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (note 79), art. 115 N 10 ; J. HURTADO POZO, op. cit. (note 80), N 232 s ; G. STRATENWERTH / G. JENNY, Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen, 6<sup>e</sup> éd., Berne 2003, § 1 N 59

<sup>84</sup> Voir DFJP, Rapport explicatif 2009 (note 15), p. 14, note 48 ; voir ég. à ce sujet C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (note 79), art. 115 N 10.

<sup>85</sup> M. SCHUBARTH, Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Besonderer Teil, 1<sup>er</sup> vol., Delikte gegen Leib und Leben, Berne 1982, art. 115 CP N 28 s.

<sup>86</sup> Voir C. SCHWARZENEGGER, op. cit. (note 75), p. 93 ss ; G. STRATENWERTH, Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Die Straftat, 3<sup>e</sup> éd., Berne 2005, § 13 N 24 ; P. VENETZ, op. cit. (note 44), p. 261.

<sup>87</sup> Voir ch. 1.4.2.2.

<sup>88</sup> Voir sur la participation en chaîne M. FORSTER, in : Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (éd.), Basler Kommentar zum Strafrecht I, 2<sup>e</sup> éd, Bâle 2007, art. 24 CP N 49 s et art. 25 CP N 59 ss.

contribué à la réalisation de l'infraction, tout comme il est juridiquement faux de dire qu'une personne a participé de manière directe et qu'une autre a participé de manière indirecte (ou éloignée) à la commission d'une infraction. Par voie de conséquence, toutes les personnes ayant joué un rôle causal dans la réalisation de l'infraction (que ce soit en incitant ou en prêtant assistance) doivent être traitées de la même manière et se rendent toutes potentiellement coupables d'une incitation ou d'une assistance au suicide au sens de l'art. 115 CP. Naturellement, chacune des personnes en cause devra réunir les éléments constitutifs de l'infraction pour pouvoir être condamnée, en particulier avoir agi pour des mobiles égoïstes. Dès lors, et contrairement à ce que soutient la doctrine précitée, la constellation selon laquelle certaines personnes offriraient une aide directe (médecin-prescripteur, accompagnant) et d'autres une aide indirecte (proches, pharmacien qui prépare et vend le NaP, etc.) n'est dogmatiquement pas soutenable. Elle l'est d'autant moins qu'elle conditionne la punissabilité du participant aux mobiles égoïstes, alors que la caractéristique principale d'un participant est d'être punissable indépendamment du fait qu'il ait partagé ou non les motifs pour lesquels l'auteur principal a agi<sup>89</sup>.

*A priori*, la solution prônée par la doctrine et celle qui vient d'être mentionnée sont identiques dans leur résultat dès lors qu'elles exigent l'une et l'autre que la personne qui contribue à la réalisation d'une assistance au suicide ait poursuivi un mobile égoïste. Cependant, tandis que la solution doctrinale permettrait à un « participant » poussé par un mobile égoïste d'échapper à toute répression pénale en bénéficiant du fait que l'auteur « principal » était poussé par des mobiles honorables<sup>90</sup>, la seconde solution évite cette situation insatisfaisante. Cette dernière expose en effet chaque « participant » à la sanction prévue par l'art. 115 CP dès lors que celui-ci a contribué à la réalisation de l'infraction. Cette différence importante devrait ainsi pousser les autorités de poursuite pénale à élargir le cercle des suspects dans le cadre de l'enquête préliminaire ; celles-ci devraient en principe non seulement interroger l'accompagnant et les proches du défunt présents au moment du suicide, mais également le médecin-prescripteur, le pharmacien qui a préparé la substance létale, les responsables de l'organisation et toute autre personne ayant eu un contact avec le défunt peu avant son suicide.

### **1.4.3. La législation sur les stupéfiants et sur les substances thérapeutiques**

Dans son rapport de 2007<sup>91</sup>, le DFJP avait analysé la situation juridique relative à la prescription et la remise de NaP par un médecin, en vue du suicide. Il était arrivé à la conclusion que la prescription et la remise d'une dose létale de NaP étaient admises par les dispositions législatives sur les stupéfiants et les produits thérapeutiques et par les règles déontologiques des sciences médicales et pharmaceutiques<sup>92</sup>. En effet, le NaP étant un psychotrope de la famille des barbituriques, il est soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants du 3 octobre 1951<sup>93</sup> (LStup) et figure sur la liste des stupéfiants<sup>94</sup>. Sa substance active peut également être utilisée comme médicament. Dans ce cas, il relève aussi de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques<sup>95</sup> (LPTh) (art. 2, al. 1<sup>bis</sup>, LStup et art. 2, al. 1, let. b, LPTh). En principe, la LPTh s'applique aux stupéfiants utilisés comme produits thérapeutiques, sauf si elle ne prévoit pas de réglementation ou que sa réglementation est moins étendue que la LStup. La loi définit les médicaments comme des produits d'origine chimique ou biologique destinés à agir médicalement sur l'organisme humain ou animal, ou

<sup>89</sup> Voir l'exemple de M. FORSTER, op. cit. (note 88), 25 CP N 7 : il y a déjà complicité d'extorsion au sens de l'art. 156 CP lorsque le complice sait que l'auteur poursuivait un dessein d'enrichissement illégitime. Le complice n'a donc pas besoin de poursuivre lui-même un dessein d'enrichissement illégitime pour être punissable.

<sup>90</sup> Voir le premier paragraphe du présent titre et la note 86.

<sup>91</sup> Voir note 11.

<sup>92</sup> Le Tribunal fédéral est arrivé à la même conclusion que le DFJP, en s'inspirant d'ailleurs passablement des réflexions de ce dernier (ATF 133 I 58, c. 4).

<sup>93</sup> RS 812.121.

<sup>94</sup> Voir annexes a et b de l'ordonnance de Swissmedic du 12 décembre 1996 sur les stupéfiants (OStup-Swissmedic) ; RS 812.121.2).

<sup>95</sup> RS 812.21.

présentés comme tels, et servant notamment à diagnostiquer, à prévenir ou à traiter des maladies, des blessures et des handicaps (art. 4, al. 1, let. a, LPT<sup>h</sup>). Le fait que le NaP ne soit pas utilisé pour remplir un de ces trois objectifs mais soit administré en dose létale à des fins de suicide n'ôte rien à sa qualité de médicament et ne s'oppose donc pas à l'application de la formule magistrale. La formule magistrale consiste en la prescription, par un médecin, de médicaments (ou des stupéfiants, voir art. 2, al. 1, LPT<sup>h</sup>) non autorisés, au titre de sa liberté thérapeutique en vertu de l'art. 9, al. 2, let. a, LPT<sup>h</sup><sup>96</sup>. Toute opération liée à des stupéfiants est en principe soumise à l'autorisation du canton ou de la Confédération, en vertu de la LStup. Seuls en sont dispensés les membres des professions médicales, qui peuvent se procurer, détenir, utiliser et dispenser des stupéfiants dans les limites que justifie l'exercice, conforme aux prescriptions, de leur profession (art. 9 LStup). La prescription par un médecin est obligatoire (art. 10 LStup, ainsi que l'art. 9, al. 2, let. a, LPT<sup>h</sup>, en ce qui concerne la question de la formule magistrale et l'art. 24 LPT<sup>h</sup> pour les médicaments soumis à prescription). L'art. 11 LStup précise que celui-ci ne doit employer, dispenser ou prescrire les stupéfiants que dans la mesure admise par la science et l'art. 26, al. 1, LPT<sup>h</sup> qu'il doit respecter les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales. De plus, il ne peut prescrire des stupéfiants qu'à des personnes qu'il a examinées lui-même, en vertu de l'art. 43, al. 1, de l'ordonnance du 29 mai 1996 sur les stupéfiants<sup>97</sup> (OStup) et dont il connaît l'état de santé (art. 26, al. 2, LPT<sup>h</sup>). Comme le NaP est un stupéfiant partiellement exempté du contrôle en vertu de l'annexe b de l'OStup-Swissmedic<sup>98</sup>, il peut être prescrit sur une ordonnance « simplifiée », dont la durée de validité est de six mois au maximum (art. 44 OStup). D'une manière générale, au vu des nombreux cas de figure qui surviennent dans la pratique thérapeutique et des constants progrès de la science médicale, la LStup ne règle pas de manière détaillée la remise et la prescription des substances par les médecins. La LPT<sup>h</sup> suit une conception identique (art. 24 et 26). Lorsqu'il remet le stupéfiant, le pharmacien doit, s'il subodore un abus, procéder aux investigations nécessaires, le cas échéant avec le concours du médecin prescripteur ou de l'autorité cantonale compétente (art. 45, al. 5, OStup). Aucun médicament à usage humain contenant le NaP comme principe actif n'est actuellement autorisé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques (Swissmedic)<sup>99</sup>.

A noter que le 30 novembre 2008, le projet de révision partielle de la loi fédérale sur les stupéfiants, précédemment adopté par le Parlement le 20 mars 2008 et qui a fait l'objet d'un référendum, a été accepté en votation populaire. Suite à cette votation, il a fallu adapter les ordonnances d'application de la loi fédérale sur les stupéfiants. La LStup révisée, ainsi que les ordonnances, entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2011<sup>100</sup>. Les modifications sont avant tout d'ordre formel, elles visent en effet à intégrer les dispositions des quatre ordonnances du Conseil fédéral, des deux ordonnances de Swissmedic et des deux arrêtés du Conseil fédéral, dans trois nouvelles ordonnances : l'ordonnance du Conseil fédéral sur le contrôle des stupéfiants (OCStup), l'ordonnance du Conseil fédéral sur les troubles de l'addiction (OAS<sup>tup</sup>) et l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les tableaux des stupéfiants et des substances psychotropes (OTStup-DFI). Le fond de la matière est par contre très peu touché, de sorte que les considérations susmentionnées gardent en principe toute leur validité. Quelques éléments méritent malgré tout d'être mentionnés.

Tout d'abord, la prescription, par un médecin, de NaP en vue d'un suicide est toujours possible en application du principe de la "formule magistrale". Ensuite, le NaP figure dans le tableau b OTStup-DFI, qui désigne les stupéfiants soustraits partiellement au contrôle. Cela a notamment pour conséquence que la prescription de NaP peut se faire sur une simple

<sup>96</sup> Cette disposition dispense de l'autorisation les médicaments qui sont préparés sur ordonnance médicale par une officine publique ou une pharmacie d'hôpital ou, sur mandat de celles-ci, par un autre établissement titulaire d'une autorisation de fabrication, et qui sont destinés à une personne ou à un cercle de personnes déterminés ou à un animal ou à un cheptel déterminé.

<sup>97</sup> RS 812.121.1.

<sup>98</sup> RS 812.121.2

<sup>99</sup> Le principe actif pentobarbital ou natrium pentobarbital n'est autorisé par Swissmedic, dans le domaine thérapeutique, que comme médicament vétérinaire.

<sup>100</sup> Communiqué de presse de l'OFSP du 24 mai 2011, Nouvelle Loi sur les stupéfiants.

ordonnance (art. 41, al. 3, OCStup) et non sur un formulaire d'ordonnance officiel (art. 46, al. 2, OCStup). Contrairement au formulaire d'ordonnance officiel, qui est soumis à des conditions de forme strictes et qui n'est valable qu'un mois, la validité d'une simple ordonnance peut être de six mois au plus (art. 48 OCStup). De plus, les dispositions en matière de stockage et d'utilisation du NaP sont strictes : il faut une autorisation (art. 11 ss OCStup), la substance doit être clairement désignée et mise sous clé (art. 54 s OCStup)<sup>101</sup> ; la publicité est interdite (art. 56 OCStup). Enfin, l'art. 84 OCStup prévoit que les violations de l'ordonnance sont punies en application de l'art. 22, al. 1, let. d, LStup.

S'agissant des dispositions en matière de contrôle de l'utilisation du NaP, il sied de s'arrêter tout particulièrement sur l'art. 49 OCStup – qui se fonde sur le nouvel art. 11, al. 1<sup>bis</sup>, LStup – qui prévoit que la prescription d'un stupéfiant pour une application différente que celle autorisée (off-label use) doit être annoncée dans les 30 jours à l'autorité cantonale compétente par le médecin prescripteur. On pourrait *a priori* penser que cette disposition s'applique à la prescription de NaP en vue d'un suicide. Tel n'est cependant pas le cas. En effet, la prescription dite « off-label » ne peut concerner que les médicaments autorisés. Or, on a vu plus haut qu'il n'existait aucun usage autorisé du NaP pour la médecine humaine. En général, le médecin prescrit une formule magistrale qui sera préparée par le pharmacien auprès duquel l'intéressé ira chercher ensuite la substance létale. Dans un tel cas, la prescription de NaP en vue d'un suicide n'est pas un cas de prescription off-label et le contrôle de l'utilisation se fait uniquement par l'intermédiaire des art. 51 et 63 OCStup.

#### 1.4.4. Les règles déontologiques

A côté du droit pénal et de la législation sur les stupéfiants et les produits thérapeutiques, les règles déontologiques édictées par la Fédération des médecins suisses (FMH) et de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) jouent également un rôle important dans le domaine de l'aide au décès et au suicide. Le Tribunal fédéral y a d'ailleurs fait expressément référence dans un arrêt du 3 novembre 2006<sup>102</sup>. Le code de déontologie de la FMH règle uniquement, à l'art. 17, l'euthanasie active (qu'il interdit) et l'euthanasie passive (qu'il autorise à certaines conditions). Concernant l'assistance au suicide, il renvoie aux directives de l'ASSM sur la prise en charge de patients en fin de vie (2004). Suite à la publication de l'arrêt du 3 novembre 2006 susmentionné, la FMH a publié une prise de position<sup>103</sup>, dans laquelle elle a notamment pris les conclusions suivantes : l'assistance au suicide n'est pas une activité médicale ; en présence d'une demande d'assistance au suicide, tout médecin peut, fondé sur son libre arbitre, faire intervenir ses compétences professionnelles soit pour évaluer la capacité de discernement soit pour prescrire un produit létal ; l'évaluation de la capacité de discernement et la prescription d'un produit létal ne devraient pas être effectuées par la même personne ; depuis plusieurs décennies, la FMH a choisi de s'engager dans la prévention du suicide et elle continuera à soutenir cet engagement ; la FMH propose que dans les cas de personnes souffrant d'une affection mentale, le médecin s'abstienne de toute assistance au suicide ; la FMH est convaincue que le débat autour de l'assistance au suicide engage toute la collectivité et que le corps médical ne saurait être instrumentalisé pour résoudre des tensions éthiques ou politiques que ce sujet implique.

Les directives de l'ASSM quant à elles rappellent au chiffre 4.1 que le médecin se trouve placé devant le dilemme suivant face à un patient qui persiste dans son désir de mourir : «

<sup>101</sup> Dans ce contexte, on rappellera ici que le Tribunal fédéral a confirmé le fait que Dignitas ne pouvait pas obtenir une autorisation de stocker et d'utiliser du NaP en se fondant sur l'art. 14a LStup. Dans ses considérants, le Tribunal fédéral a en effet expliqué que cette disposition avait pour objectif de permettre à des organisations telles que la Croix-Rouge ou l'ONU à utiliser des produits stupéfiants pour effectuer des actions humanitaires en situation de crise ou de catastrophe, actions auxquelles Dignitas ne se livre nullement (Arrêt du Tribunal fédéral du 1<sup>er</sup> avril 2009, 2C\_839/2008, c. 3).

<sup>102</sup> Le Tribunal fédéral a en effet admis qu'un médecin pouvait prescrire la remise d'une dose létale de NaP, pour autant qu'il respecte les limites posées les règles professionnelles reconnues de la médecine, en particulier les règles posées par l'ASSM (ATF 133 I 58, c. 4).

<sup>103</sup> FMH, Prise de position de janvier 2008, L'assistance au suicide n'est pas l'aide au décès.



D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine. D'autre part, le respect de la volonté du patient est fondamental dans la relation médecin-patient. Un tel dilemme exige une décision morale personnelle du médecin qui doit être respectée en tant que telle. » Les directives fixent trois conditions auxquelles l'assistance au suicide est admise par le droit professionnel : (1) la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche ; (2) des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre ; (3) le patient est capable de discernement, son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant, enfin cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin. Un point des directives crée une incertitude : la proposition « l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale » pourrait laisser penser que le médecin n'agit pas, en cas d'assistance au suicide, dans le cadre de sa profession mais en tant que particulier, ce qui s'opposerait à sa compétence de prescrire des médicaments et des stupéfiants. Une telle interprétation serait cependant erronée : le passage cité signifie que l'assistance au suicide, même si toutes les conditions sont réunies, n'est pas une activité à laquelle le médecin est tenu par les règles déontologiques, mais une activité relevant du libre arbitre du médecin.

A noter encore, toujours suite à la publication de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 novembre 2006<sup>104</sup>, que la Société Suisse de Psychiatrie Forensique (SSPF) a rédigé une prise de position<sup>105</sup> dans laquelle il constate notamment les points suivants : (1) celui qui est prêt à assister une personne atteintes de troubles psychiques dans son désir de suicide ne peut se fonder sur la seule faculté de discernement momentanée du candidat à la mort ; (2) il lui faut aussi apporter la preuve que le désir de mourir est indépendant de l'influence de tiers, et répond à une décision mûrement réfléchie et durable ; (3) la prise de position d'un expert sur la question de la faculté de discernement, de la mûre réflexion et de la durabilité d'un désir de suicide [...] ne suppose pas seulement une longue période d'observation, mais aussi une compétence professionnelle en la matière ;(4) une obligation médicale de prescrire du NaP n'existe pas [...] ; (5) la prescription médicale de NaP apparaît hautement problématique à la lumière de la déontologie médicale s' [...] il existe des moyens thérapeutiques d'améliorer sa situation ; (6) celui à qui sa conscience ou la compréhension de son rôle interdisent d'effectuer une expertise sur la faculté de jugement, la mûre réflexion et la durabilité d'un désir de suicide et sur le pronostic et les possibilités évolutives et thérapeutiques pourra se prévaloir de raisons recevables à une telle attitude ; (7) au contraire, celui qui établit ce type d'expertises sans respecter l'état de la jurisprudence et celui de la science psychiatrique (notamment dans le domaine forensique) pourra nuire au patient tout d'abord, à sa spécialité éventuellement et – s'il est appelé à rendre des comptes – à lui même, cas échéant.

#### **1.4.5. Les réglementations des hôpitaux et des établissements médicaux-sociaux (EMS)**

En 2006, l'hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) s'est doté d'une directive institutionnelle réglant spécifiquement les conditions strictes auxquelles une personne pouvait faire appel à une organisation d'assistance au suicide en ses locaux<sup>106</sup>. Pour qu'une demande soit prise en compte, les conditions suivantes doivent être remplies : la demande doit être persistante, le patient est capable de discernement, une évaluation des services des soins palliatifs et du service de psychiatrie doit être proposée au patient, si la demande persiste à ce stade, il doit être vérifié que le patient ne peut pas rentrer à domicile ou être placé en institution, ensuite de quoi, la demande est transmise au bureau de la Commission d'éthique. Enfin, si l'ensemble des critères est rempli, la demande est acceptée. Après une première expérience de 18 mois, le CHUV a abouti à la conclusion que les patients d'un hôpital de soins généraux

---

<sup>104</sup> ATF 133 I 58.

<sup>105</sup> Société Suisse de Psychiatrie Forensique, Arrêt du Tribunal fédéral du 3.11.2006 sur l'assistance au suicide d'une personne atteinte de troubles psychiques (prescription obligatoire de natrium-pentobarbital), Prise de position de la majorité du Comité de la SSPF, disponible sur le site internet de la SSPF ([www.swissforensic.ch](http://www.swissforensic.ch)).

<sup>106</sup> Pour une présentation de cette directive, voir CHUV Magazine, avril 2006, p. 2 s.

font très rarement appel aux services des organisations d'assistance au suicide. Dans une prise de position extrêmement complète<sup>107</sup>, le Conseil d'Ethique Clinique des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) a admis à de strictes conditions qu'une assistance au suicide puisse se dérouler au sein des HUG. Le Conseil d'Ethique rappelle ainsi que la patient doit être capable de discernement, que celui-ci ne doit subir aucune pression extérieure, que la maladie dont il souffre permet de considérer que la fin de la vie est proche et qu'un retour à domicile n'est pas possible. Contrairement au CHUV et aux HUG, l'hôpital universitaire de Zurich refuse en principe qu'une assistance au suicide puisse se dérouler en son sein<sup>108</sup>.

S'agissant des établissements médico-sociaux, de nombreuses villes ou commissions cantonales d'éthique ont adopté des règlements ou fait des recommandations dans ce domaine. Ces réglementations ont pour objectif de guider les EMS dans leur politique relative à l'admission de l'assistance organisée au suicide en leurs locaux et tentent de trouver un équilibre entre le droit à l'autodétermination de la personne et la mission médico-sociale de l'institution<sup>109</sup>. L'écoute, le respect, le dialogue et les mesures alternatives (soins palliatifs, soutien psychologique ou moral, etc.) sont au centre de ces réglementations. Il s'agit en effet d'abord d'agir par le biais de mesures positives. Ensuite vient seulement la possibilité de demander une assistance au suicide. Dans ce contexte, la plupart des réglementations rappellent que la personne doit être capable de discernement. En ce qui concerne l'état de santé de la personne qui souhaite se donner la mort, certaines recommandations n'y font pas références ou renvoient aux directives de l'ASSM, d'autres soulignent au contraire que la personne doit être en fin de vie, totalement invalide ou encore ne pas souffrir d'une maladie psychique.

#### 1.4.6. La jurisprudence

Jusqu'à maintenant aucune organisation d'assistance au suicide ou un de ses membres n'a fait l'objet d'une condamnation en application de l'art. 115 CP. Le Tribunal fédéral a eu cependant l'occasion de préciser que l'application de cette disposition n'était pas possible si l'accompagnant n'avait pas examiné avec suffisamment de soin si le suicidant était capable de discernement. Il a ainsi confirmé la condamnation d'un psychiatre pour homicide par dol éventuel, celui-ci ayant prêté assistance au suicide d'une personne souffrant d'une maladie psychique, sans avoir procédé de manière consciencieuse à l'examen de sa capacité de discernement<sup>110</sup>.

Dans le domaine médical, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser à plusieurs reprises des questions touchant à la prescription et au stockage du NaP ou encore relatives au retrait de l'autorisation de pratiquer :

- arrêt du 12 avril 2010 : le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que l'interdiction de vendre du NaP sans prescription médicale à une personne qui souhaite se donner la mort n'est pas contraire à la CEDH<sup>111</sup>. Dans le cadre de l'examen d'une autre décision du

<sup>107</sup> Conseil d'Ethique Clinique, Recommandations « Autorisation/interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG » du 30 juin 2006.

<sup>108</sup> Voir l'art. 2.1 de la directive « Suizidbeihilfe und Spital : Umgang mit Patienten des USZ, die sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen wollen » du 8 mars 2007. L'art. 4.1 prévoit cependant que, dans certaines situations, l'hôpital cherche une solution avec la personne intéressée.

<sup>109</sup> Sans prétention d'exhaustivité : 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 Umweltdepartements », Directives du Conseil municipal de la ville de Berne du 17 octobre 2001 « Beihilfe zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen », Recommandations éthiques et pratiques de la Chambre de l'éthique de l'Association vaudoise des EMS de 2004, Recommandations du Conseil d'Ethique de la Fédération genevoise des établissements médico-sociaux du 14 octobre 2010, Position de la Commission cantonale neuchâteloise d'éthique par rapport à l'assistance au suicide dans les EMS du 15 novembre 2001, Charte éthique de l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées du 19 novembre 2009, Règlement der Stiftung Altersbetreuung Herisau de 2009.

<sup>110</sup> Arrêt du Tribunal fédéral du 11 juin 2009 (6B\_48/2009) ; voir ég. le commentaire de cet arrêt par G. ARZT, op. cit. (note 78).

<sup>111</sup> Arrêt du Tribunal fédéral du 12 avril 2010 (2c\_9/2010) ; voir ég. ATF 133 I 58.

Tribunal fédéral, la CourEDH a confirmé l'admissibilité de cette exigence le 20 janvier 2011<sup>112</sup> ;

- arrêt du 1<sup>er</sup> avril 2009 : le Tribunal fédéral a confirmé que Dignitas n'était pas autorisé à stocker du NaP en application de l'art. 14a LStup<sup>113</sup> ;
- arrêt du 24 juin 2008 : le Tribunal fédéral a refusé d'octroyer une autorisation de pratiquer à un médecin de plus de 70 ans, car celui-ci avait non seulement prescrit du NaP à des personnes qui n'appartenaient pas au cercle de ses proches, mais également prescrit dite substance après un seul et unique entretien, ce qui était contraire aux devoirs de sa profession<sup>114</sup>.

## 1.5. Aperçu de droit comparé

### 1.5.1. Allemagne

En Allemagne, tout comme en Suisse, le suicide n'est pas punissable et, partant, la complicité ou l'instigation à un tel acte non plus. Le code pénal allemand ne contient pas non plus une disposition pénale spécifique relative à l'incitation et l'assistance au suicide. Cependant, en application de l'art. 216 du code pénal allemand (meurtre sur la demande de la victime), la jurisprudence a admis qu'un participant pouvait tout de même être condamné pour meurtre par omission pour autant que celui-ci occupe une position de garant (comme le médecin traitant ou les proches par exemple) et qu'il soit encore présent au moment où le suicidant perd conscience. En effet, dès le moment où le suicidant perd conscience, la maîtrise de l'acte passe à la personne présente qui doit, en vertu de sa position de garant, porter secours au suicidant<sup>115</sup>. La doctrine allemande a fortement critiqué cette jurisprudence, car la personne n'a pas agi justement pour respecter le souhait du défunt et que ce dernier a accompli l'acte menant à la mort. De plus, la doctrine estime qu'un meurtre sur demande de la victime par omission n'est pas possible puisque l'art. 216 du code pénal allemand vise à interdire les actes homicides actifs. Si la personne présente n'avait pas une position de garant, elle est punissable en application de l'art. 323c du code pénal allemand (omission de prêter secours). La doctrine se montre également critique à l'égard de cette interprétation. Elle se demande en effet si l'on peut considérer un suicide volontaire comme un « accident » (Unglücksfall) au sens de cette disposition. A cet argument, la jurisprudence rétorque qu'une tentative de suicide est bien un accident en ce sens qu'elle constitue très souvent un appel au secours ou qu'elle est commise par une personne souffrant de troubles psychiques<sup>116</sup>. Dans un arrêt récent, le Bundesgerichtshof a cependant renforcé le droit à l'autodétermination du patient en admettant que le consentement du patient pouvait justifier tant le fait de ne pas entreprendre des mesures de prolongation de la vie que la cessation d'un traitement. Etant donné que les règles déontologiques sont plus strictes que cette jurisprudence, la Bundesärztekammer envisage maintenant de les modifier ; dans ce contexte, le président de la chambre a déclaré ce qui suit<sup>117</sup> : « *En ce qui concerne notre réglementation, je peux m'imaginer une formulation expliquant que le médecin n'a pas pour tâche d'aider quelqu'un à se donner la mort. Toutefois, si cet acte ne heurte pas sa conscience en tant qu'être humain, il est alors autorisé à le faire* » (traduction libre).

Le 4 juillet 2008, le *Bundesrat* s'est prononcé contre l'assistance au décès à titre commercial et pour le renforcement de la médecine palliative et du travail accompli dans les centres de soins palliatifs. Il a proposé de rendre illégale l'exploitation d'une entreprise d'assistance au suicide, tout comme le fait d'offrir ou distribuer à titre professionnel des moyens de se suicider, ou encore le fait d'exercer un rôle déterminant dans ce genre d'activité. Le

---

<sup>112</sup> Arrêt *Haas c. Suisse* du 20 janvier 2011 (Requête n° 31322/07).

<sup>113</sup> Arrêt du Tribunal fédéral du 1<sup>er</sup> avril 2009 (2C\_839/2008).

<sup>114</sup> Arrêt du Tribunal fédéral du 24 juin 2008 (2C\_191/2008).

<sup>115</sup> BGHSt 32, 367, 374.

<sup>116</sup> Voir Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Stellungnahme, Berlin 2006, p. 67 S.

<sup>117</sup> « Sterbehilfe : Ärzte wollen Berufsrecht liberalisieren », in : RP Online du 18 août 2010.

législateur avait jusqu'à fin 2008 pour agir<sup>118</sup> ; le projet est cependant toujours en cours de discussion.

### 1.5.2. Pays-Bas

Depuis 2001, l'assistance au suicide et l'euthanasie ne sont pas punissables aux Pays-Bas lorsqu'elles sont pratiquées par un médecin et que les six conditions suivantes sont respectées<sup>119</sup>: (1) le patient, qui peut être mineur<sup>120</sup>, a formulé sa demande librement, de façon mûrement réfléchi et constante, (2) les souffrances du patient sont insupportables et sans perspective d'amélioration, (3) le patient a été dûment informé de sa situation et de ses perspectives, (4) aucune autre solution n'est envisageable, (5) un autre médecin a été consulté et (6) l'interruption de la vie a été pratiquée avec toute la rigueur médicalement requise. Chaque cas est contrôlé a posteriori par une commission composée d'un juriste, d'un médecin et d'un éthicien. Si la commission arrive à la conclusion que toutes les conditions ont été respectées, le médecin n'est pas punissable ; dans le cas inverse, le dossier est transmis au procureur<sup>121</sup>.

En 2006, 1900 personnes ont été ainsi euthanasiées, ce qui représente 1,4 % des morts recensées (sans compter des suicides assistés). D'après le Ministère de la santé, 20 % des cas ne sont pas déclarés à cause d'un processus bureaucratique trop lourd, ce qui porterait le pourcentage de morts par euthanasie à 1,7 % de la totalité des décès. Entre 2001 et 2005, on a également constaté dans ce pays un délaissement de l'euthanasie en faveur de la sédation palliative<sup>122</sup>. Ainsi plus de 9600 cas de sédation palliative ont été déclarées en 2005, soit 7 % de tous les cas de décès.

### 1.5.3. Belgique

Dans le sillage des Pays-Bas, la Belgique a légalisé l'euthanasie en 2002. Les conditions sont proches de celles prévues par la Hollande; la loi s'applique cependant uniquement aux adultes et aux mineurs d'au moins quinze ans et elle ne fait nulle mention de l'assistance au suicide. Cependant, comme la loi n'impose pas de technique particulière pour la pratique de l'euthanasie, on peut considérer que le suicide assisté entre également dans le cadre de la loi. La commission de contrôle est composée de seize membres. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, le nombre d'euthanasies a d'abord très fortement augmenté entre 2002 à 2005 (il est passé de 24 à 393 durant cette période). Depuis, il semble se stabiliser autour d'environ 460 cas en moyenne par année<sup>123</sup>. Comme aux Pays-Bas, un élargissement du champ d'application de la loi est revendiqué, notamment aux mineurs capables de discernement, aux personnes âgées ou encore aux personnes dont les fonctions cérébrales sont diminuées<sup>124</sup>.

---

<sup>118</sup> Voir le communiqué de presse du *Bundesrat* du 4 juillet 2008 sous le lien: [www.bundesrat.de/cln\\_099/nn\\_6906/DE/presse/pm/2008/097-2008.html?\\_nnn=true](http://www.bundesrat.de/cln_099/nn_6906/DE/presse/pm/2008/097-2008.html?_nnn=true). Ce communiqué explique que le projet de loi initialement prévu a été renvoyé en commission spéciale pour un nouvel examen.

<sup>119</sup> Voir N. BELDI, La problématique de l'assistance au suicide en droit suisse, in: Jusletter du 20 octobre 2008, p. 2 et s.

<sup>120</sup> Dans ce cas, l'accord de ses parents est dans tous les cas nécessaire entre 12 et 15 ans ; de 16 à 17 ans, ils ne peuvent être qu'associés à la décision.

<sup>121</sup> M. SCHUBARTH, op. cit. (note 77), p. 12 s.

<sup>122</sup> La sédation palliative – qui ne se pratique que si le patient est en toute fin de vie – est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. La mort intervient de manière naturelle (au maximum dans les dix jours). Elle ne peut pas être assimilée à de l'euthanasie (voir à ce sujet le rapport d'information n° 1287 faisant suite à la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, Assemblée nationale, Paris 2008, p. 204 ss).

<sup>123</sup> Voir le 3<sup>e</sup> rapport de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie aux Chambres législatives (année 2006 et 2007), disponible sous : [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,9794439&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,9794439&_dad=portal&_schema=PORTAL).

<sup>124</sup> Rapport d'information n° 1287 faisant suite à la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, Assemblée nationale, Paris 2008, p. 141.

#### **1.5.4. Luxembourg**

Le Luxembourg a quant à lui adopté le 19 mars 2009 une loi fortement inspirée des législations néerlandaises et belges. L'assistance au suicide est également réglementée et soumise aux mêmes conditions que l'euthanasie. La commission se compose de neuf membres.

#### **1.5.5. France**

Suite à l'affaire de Madame Chantal Sébire<sup>125</sup>, la discussion sur le droit à mourir dans la dignité a été relancée en France. En décembre 2008, un rapport donnant suite à une mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie a été publié<sup>126</sup>. Dans ce rapport très détaillé, la mission parlementaire refuse de reconnaître un droit à la mort et de légaliser l'euthanasie. En revanche, elle propose d'agir sur quatre points : (1) mieux faire connaître la loi, (2) renforcer les droits des malades, (3) aider les médecins à mieux répondre aux enjeux éthiques du soin, (4) adapter l'organisation du système de soins aux problèmes de fin de vie. Le 18 janvier 2011, le Sénat a adopté en commission un texte de loi visant à légaliser l'euthanasie. Le 26 janvier 2011, le Sénat n'a pas suivi sa commission et rejeté cette proposition de loi.

#### **1.5.6. Conclusion**

A la lumière de cet aperçu de droit comparé, on constate que les pays européens suivent deux voies : celle de la légalisation de l'euthanasie (pays du Bénélux), avec une tendance continue à l'élargissement des indications pour l'assistance au suicide, et celle du renforcement des droits des malades sans pour autant lever l'interdiction de l'euthanasie (France, Allemagne, Royaume-Uni)<sup>127</sup>.

## **2. Résultat de la procédure de consultation et tentative de modification de l'art. 115 AP-CP**

### **2.1. Mandat du Conseil fédéral consécutif à la procédure de consultation**

Le 17 septembre 2010, le Conseil fédéral a chargé le DFJP de préparer un projet de modification de l'art. 115 CP allant dans le sens de la variante 1, tout en le modifiant substantiellement afin de tenir compte des critiques exprimées à son encontre dans le cadre de la procédure de consultation<sup>128</sup>.

### **2.2. Les conditions à modifier sur la base des critiques exprimées en consultation**

#### **2.2.1. Remarques préliminaires**

Avant de se lancer dans l'analyse des critiques proprement dites, il est important de rappeler que, bien qu'une majorité importante des participants ait reconnu la nécessité d'une action de la Confédération, les modifications proposées ont suscité une vive controverse ; il n'existe aucun consensus quant à la solution à apporter à ce problème difficile et délicat. Par conséquent, trouver une solution susceptible de s'attirer les faveurs d'une majorité de la

<sup>125</sup> Chantal Sébire était atteinte d'une tumeur très rare des sinus et de la cloison nasale. Cette tumeur incurable entraînait des douleurs atroces et lui avait fait perdre l'odorat, le goût puis la vue. Elle a demandé à la justice française de lui permettre de mourir dans la dignité, demande qui a été rejetée. Elle s'est suicidée deux jours après la décision du Tribunal.

<sup>126</sup> Rapport d'information n° 1287 (note 124).

<sup>127</sup> Voir rapport d'information n° 1287 (note 124), p. 155 s ; ledit rapport mentionne également que la Chambre haute de la République tchèque a rejeté un projet de loi autorisant l'euthanasie, tandis que la Grèce et l'Ukraine sont engagées dans une réflexion tendant à introduire un système se rapprochant de celui de la France.

<sup>128</sup> Voir le résumé des critiques sous ch. 1.1.7.

population semble extrêmement délicat dans ce contexte. On rappellera en particulier que la variante 1 – sur laquelle l’OFJ a dû travailler – n’a recueilli l’approbation que de 35 participants et qu’elle a été rejetée par 72 d’entre eux, sur un total de 108 participants<sup>129</sup>.

### 2.2.2. Intervention de trois médecins

Le fait que trois médecins indépendants soient associés au processus d’assistance au suicide (pour constater la capacité de discernement, juger du caractère incurable de la maladie et de l’issue fatale imminente et prescrire le NaP) est passé aux yeux d’une grande majorité des participants pour une contrainte extrêmement lourde, inapplicable, voire chicanière<sup>130</sup>. Ces participants ont jugé que cette disposition menait non seulement à une médicalisation de l’assistance au suicide (étrangère aux devoirs des médecins, selon l’ASSM et la FMH), mais alourdissait la pression sur le personnel médical. La communauté des médecins risquerait dès lors de se trouver dans un conflit d’objectifs entre la préservation de la vie et l’assistance au suicide, et par conséquent d’agir contre sa déontologie professionnelle. En outre, de nombreux participants ont exigé que l’examen de la capacité de discernement et de l’état de santé soit le fait d’un seul et unique médecin, car ces deux aspects sont étroitement liés<sup>131</sup>. Enfin, d’autres participants encore ont estimé que cet examen ne devait être entrepris qu’en cas de doutes fondés et par un spécialiste.

Une synthèse de ces propositions nombreuses et parfois divergentes serait finalement de n’attribuer la responsabilité des trois actes principaux de la procédure qu’à un seul médecin, indépendant de l’organisation. Une telle solution aurait pour avantage d’être plus simple, plus cohérente dans la mesure où elle éviterait une segmentation artificielle de l’examen médical et favoriserait la création d’un lien entre le médecin et son patient. Par contre, elle mettrait une pression considérable sur les épaules du médecin en cause, dans la mesure où celui-ci devrait exécuter avec soin les tâches suivantes :

- *Examiner la capacité de discernement* : en principe, un médecin généraliste devrait être capable d’estimer si son patient est capable de discernement quant à la décision de se suicider, ou pas. Cependant, si la situation est complexe, le médecin devrait faire appel, cas échéant, aux services d’un psychiatre pour l’aider à se déterminer. D’après le Tribunal fédéral, la présence d’une expertise psychiatrique approfondie est en effet nécessaire lorsqu’il s’agit d’apprécier la capacité de discernement d’une personne atteinte de troubles psychiques<sup>132</sup> ;
- *Informé le patient de manière complète (« consentement éclairé »)* : le suicidant ne peut librement consentir à une assistance au suicide que s’il est absolument au clair sur la maladie dont il souffre, sur les possibilités de traitement, sur les chances de guérison et, si la maladie est incurable, sur les traitements contre la douleur envisageables et leurs effets secondaires<sup>133</sup>. De plus, dans le cadre du consentement à un acte médical (opération chirurgicale, traitement, etc.), la doctrine recommande au médecin de transmettre au patient, avant l’entretien, une information écrite et de lui laisser, à l’issue de celui-ci, quelques jours de réflexion avant qu’il prenne sa décision définitive<sup>134</sup>. Cette exigence est d’autant plus valable pour prendre la décision irréversible de mettre fin à ses jours. En cas de défaut d’information ou d’information incomplète, la décision du suicidant serait entachée d’erreur ; par conséquent, le médecin ne pourrait pas être considéré comme un assistant au suicide, mais comme l’auteur (médiat) d’un homicide<sup>135</sup> ;

<sup>129</sup> Voir ch. 1.1.7.

<sup>130</sup> Voir DFJP, Synthèse des résultats 2010 (note 16), p. 17 s.

<sup>131</sup> Voir DFJP, Synthèse des résultats 2010 (note 16), p. 18.

<sup>132</sup> ATF 133 I 58, c. 6.3.5.2.

<sup>133</sup> Sur ce dernier point, voir M. SCHUBARTH, op. cit. (note 77), p. 5 s.

<sup>134</sup> J.-M. DUC, La responsabilité civile du médecin, in : PJA 2008, p. 1463 s ; W. FELLMANN, Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten, in : M. W. Kuhn/T. Poledna (éd.), *Arztrecht in der Praxis*, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2007, p. 198 ss ; B. TAG, Strafrecht im Arztalltag, in : M. W. Kuhn/T. Poledna (éd.), *Arztrecht in der Praxis*, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2007, p. 708 .

<sup>135</sup> Voir ch. 1.4.2.2.

- *Prescrire la substance létale dans le respect des règles professionnelles et déontologique des médecins* : selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la remise d'une substance létale exige une ordonnance médicale, dans l'intérêt du patient. La médication présuppose l'existence d'un diagnostic et d'indications établis conformément aux obligations professionnelles et au devoir de diligence, ainsi qu'un entretien explicatif<sup>136</sup>.

### **2.2.3. La maladie incurable avec un pronostic fatal à court terme**

L'exigence d'une maladie incurable avec issue fatale imminente a également été fortement critiquée par une partie importante des participants à la procédure de consultation<sup>137</sup>. Certains d'entre eux ont estimé que cette condition était d'une part exagérée et discriminatoire, notamment parce que certains groupes de personnes sont exclus de l'assistance organisée au suicide et d'autre part, contraire au droit à l'autodétermination. D'autres ont estimé que cette condition serait difficilement applicable et qu'elle aboutirait à des pratiques divergentes. D'autres encore ont proposé d'être moins restrictif et de plutôt mettre l'accent sur la souffrance provoquée par la maladie ou l'accident. En substance, les participants ont donc exigé que l'accès aux organisations d'assistance au suicide soit élargi.

Cependant, il faut reconnaître que le principe même de tracer une limite entre les vies qui méritent d'être protégées sans réserve et celles qui ne le méritent plus est extrêmement contestable. De plus, la fixation d'un critère lié à la maladie ne pourrait d'une part jamais revêtir la précision exigée par une loi pénale et d'autre part serait de toute façon interprété de manière différente par les autorités de poursuite pénale. Une modification de l'art. 115 CP prévoyant une définition de la maladie ou de la souffrance permettant à une personne de faire appel aux organisations d'assistance au suicide ne saurait dès lors être acceptable du point de vue juridique et viable du point de vue politique.

### **2.2.4. Les conditions liées à l'aspect financier**

La disposition relative au financement des accompagnants a reçu un accueil très contrasté. Tandis qu'une partie des participants a soutenu que l'interdiction de percevoir une rémunération était susceptible de nuire à la qualité et au professionnalisme des accompagnants au suicide, une autre partie a au contraire proposé d'être encore plus strict en précisant que l'accompagnant devait agir bénévolement<sup>138</sup>. Quant à la disposition relative au financement des organisations, les participants ont certes partagé l'opinion du DFJP selon laquelle il fallait poser des limites, mais ils se sont interrogés sur la praticabilité de la disposition proposée.

Une des solutions envisageables serait de prévoir que l'accompagnant doit intervenir à titre bénévole, tout en autorisant à l'organisation à percevoir la couverture des frais engendré par son activité, ainsi qu'une cotisation. La critique selon laquelle le bénévolat porterait atteinte à la qualité et au professionnalisme des accompagnants n'est pas convaincante. En effet, cet argument part du présupposé – contestable en soi – qu'un accompagnant mal ou non rémunéré exécuterait mal son activité. Or, si l'argent était effectivement une source de motivation pour lui, il pourrait être poursuivi pour avoir agi en ayant été poussé par des mobiles égoïstes. De plus, de nombreuses associations forment des bénévoles pour accompagner des personnes en fin de vie, ainsi que soutenir leurs proches, sans pour autant que leur niveau de professionnalisme et leur compétence ait été remis en cause<sup>139</sup>. Quant à la création d'une responsabilité pénale spéciale pour les responsables de l'organisation, elle pourrait être laissée de côté. En effet, sur la base de ce qui a été dit sous le chiffre 1.4.2.3, le responsable peut tout à fait être appelé à répondre d'une violation de l'art. 115 CP s'il poursuit des mobiles égoïstes (avantages financiers, publicité, idéologie, etc.), de sorte qu'une incrimination spécifique n'est pas nécessaire.

---

<sup>136</sup> ATF 133 I 58, c. 6.3.2.

<sup>137</sup> DFJP, Synthèse de la consultation 2010 (note 16), p. 19.

<sup>138</sup> Voir DFJP, Synthèse des résultats 2010 (note 16), p. 21.

<sup>139</sup> On peut citer par exemple les services offerts par Caritas, Pro Senectute et la Croix-Rouge.

## **2.3. Les éléments de l'avant-projet qui pourraient être abandonnés**

### **2.3.1. Art. 115, al. 2, let. a, AP-CP (décision libre, mûrement réfléchie et persistante)**

Cette condition, bien que saluée par la plupart des participants à la procédure de consultation, peut être supprimée. En effet, la condition selon laquelle un médecin devrait examiner la capacité de discernement, informer le patient de manière complète et prescrire la substance létale suffirait à garantir que la décision a été prise de manière mûrement réfléchie. De plus, l'obligation de s'adresser à un centre de consultation quelques semaines avant la prescription de la substance létale imposerait *de facto* à l'intéressé un délai de réflexion.

### **2.3.2. Art. 115, al. 2, let. g, AP-CP (obligation de constituer une documentation complète)**

Même si cette condition n'a pas fait l'objet de critiques massives, elle peut être supprimée. En effet, il s'agissait avant tout d'une disposition de procédure qui n'a pas sa place dans le code pénal. Par ailleurs, la menace d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus pour la violation d'une telle prescription (plutôt de type administratif) est disproportionnée.

### **2.3.3. Art. 115, al. 3, let. a, AP-CP (punissabilité du responsable de l'organisation pour avoir donné son accord à une assistance illégale)**

Comme l'a relevé à juste titre l'Université de Genève, il serait inutile de créer un régime spécial de complicité, car le cas visé est déjà couvert par les dispositions générales sur la participation. En effet, si le responsable et l'accompagnant se sont mis d'accord sur l'accomplissement d'un suicide assisté qui ne réunit pas toutes les conditions visées par l'alinéa 2, les deux participants agiraient alors avec conscience et volonté et, partant, seraient punissables en application de l'art. 115 CP.

### **2.3.4. Art. 115, al. 3, let. b, AP-CP (punissabilité du responsable de l'organisation)**

De manière générale, cette disposition a fait l'objet de peu de commentaires. Si certains participants l'ont expressément approuvée, d'autres ont estimé que son application pouvait poser des problèmes, parce qu'il était difficile de prouver la volonté d'enrichissement ou parce qu'il était inadmissible qu'un legs découvert ultérieurement soit punissable. Enfin, quelques participants ont critiqué la limitation dans le temps, car elle exclut certaines personnes de l'aide au suicide<sup>140</sup>.

Rappelons-le, l'objectif de cette condition était avant tout de lutter contre la commercialisation de l'assistance au suicide et d'éviter que les responsables de l'organisation puissent tirer profit de l'aide dispensée à une personne pour se donner la mort. Le rapport explicatif justifiait la création de cette infraction par le fait que la doctrine soutenait que les personnes responsables de l'organisation mus par des mobiles égoïstes n'étaient pas punissables en application des règles générales sur la participation (art. 24 ss CP) lorsque l'auteur direct (l'accompagnant) avait agi pour des mobiles altruistes<sup>141</sup>. Cependant, comme cela a déjà été expliqué plus haut<sup>142</sup>, l'application des dispositions générales sur la participation à l'art. 115 CP n'est dogmatiquement pas possible et les responsables d'une organisation devraient déjà pouvoir être poursuivis en vertu du droit actuel, pour autant que l'on puisse démontrer qu'ils aient contribué, dans un cas concret, à la réalisation d'un suicide.

<sup>140</sup> Pour les détails, voir DFJP, Synthèse de la consultation 2010 (note 16), p. 22 s.

<sup>141</sup> DFJP, Rapport explicatif 2009 (note 15), p. 25.

<sup>142</sup> Voir ch. 1.4.2.3.



**2.3.5. Art. 115, al. 4, AP-CP (inobservation intentionnelle des conditions de l'al. 2, let. a à f)**

L'alinéa 4 de l'avant-projet n'a été commenté que par de rares participants lors de la consultation. Lorsqu'il l'a été, les remarques étaient plutôt positives. Une nouvelle analyse de la situation met cependant en lumière l'inadéquation d'une telle disposition dans le système pénal suisse. Réprimer la violation d'un devoir de surveillance par une peine privative de liberté de trois ans au plus serait non seulement totalement inédit, mais surtout disproportionné. De plus, cela ne contribuerait vraisemblablement pas à améliorer la situation dans le domaine de la surveillance des accompagnants par les responsables des organisations.

**2.3.6. Art. 115, al. 5, AP-CP (inobservation par négligence des conditions de l'al. 2)**

L'alinéa 5 de l'avant-projet était intimement lié à l'alinéa 4. La suppression de l'alinéa 4 impliquerait donc automatiquement la suppression de l'alinéa 5.

**2.4. Disposition envisageable suite à la consultation**

En résumé, et sur la base de ce qui a été dit plus haut, une disposition envisageable (1) ferait abstraction d'un critère lié à l'état de santé du suicidant, tout en renforçant les mesures destinées à assurer que celui-ci était bien capable de discernement, (2) attribuerait à un médecin la tâche d'examiner la capacité de discernement du suicidant, de l'informer de manière complète et, cas échéant, de prescrire le NaP, (3) n'autoriserait l'accompagnement à un suicide qu'à titre bénévole. L'art. 115 CP remanié pourrait ainsi prendre la forme suivante :

***Art. 115 Incitation et assistance au suicide***

<sup>1</sup> Quiconque, poussé par un mobile égoïste, incite une personne au suicide ou lui prête assistance en vue du suicide est, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.

<sup>2</sup> Quiconque, dans le cadre d'une organisation d'assistance au suicide, incite une personne ou lui prête assistance en vue du suicide est, si le suicide est consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire, à moins que les conditions suivantes ne soient réunies :

- a. dans les 4 semaines précédant la prescription de la substance létale, le suicidant s'adresse à un centre de consultation ;
- b. un médecin indépendant de l'organisation atteste que le suicidant est capable de discernement pour ce qui est de sa décision de se suicider ;
- c. le suicidant prend sa décision de manière libre et sur la base d'une information complète du médecin mentionné sous lettre b ;
- d. le suicidant utilise une substance létale prescrite par le médecin mentionné sous lettre b ;
- e. l'accompagnant intervient bénévolement.

<sup>3</sup> Le canton désigne les centres de consultation qui remplissent les conditions nécessaires au conseil des personnes envisageant de se suicider.

## **2.5. Appréciation de la solution proposée**

Une disposition telle que présentée sous chiffre 2.4 tiendrait certes compte – du moins en partie – des avis exprimés dans le cadre de la procédure de consultation. Un examen plus attentif de celle-ci nous amène néanmoins à reconnaître qu'elle n'apporterait qu'une plus-value très relative (notamment dans le domaine de la commercialisation) par rapport à la situation actuelle, puisqu'elle ne ferait que concrétiser des obligations découlant déjà de l'art. 115 CP. En vertu du droit actuel en effet, la personne qui se donne la mort doit être capable de discernement, avoir été dûment informée et ne pas avoir subi de pressions<sup>143</sup>. De même, la substance létale ne peut être prescrite que par un médecin, qui doit s'être livré aux actes mentionnés aux lettres b à d de la disposition susmentionnée. Enfin, dire que l'accompagnant doit intervenir à titre bénévole n'est qu'une autre façon de dire qu'il ne doit pas poursuivre de mobiles égoïstes.

Par ailleurs, son introduction pourrait apporter des désavantages, dont il faut en particulier mentionner les suivants :

- *Elle serait très mal acceptée par les milieux médicaux* : les associations représentant les intérêts de la communauté médicale sont parmi celles qui ont exprimé le plus de critiques à l'égard du rôle qui leur était dévolu dans l'avant-projet. La FMH ne souhaite pas que l'assistance au suicide devienne une activité médicale et plaide pour que la prescription d'une substance létale reste une activité relevant de la responsabilité personnelle du médecin. Un projet tel que mentionné ci-dessus consisterait ainsi en une ingérence dans l'activité médicale.
- *Elle serait difficilement compatible avec le principe de précision de la base légale* : ce problème ne peut pas être complètement résolu par les modifications proposées. La terminologie utilisée reste soumise à interprétation et risque d'engendrer des pratiques divergentes.
- *Elle apporterait un statut légal aux organisations d'assistance au suicide* : le fait de créer un régime d'exception pour les organisations d'assistance au suicide pourrait avoir pour effet de les légitimer et, à terme, pourrait avoir un effet incitatif tant pour les personnes résidant en Suisse que celles résidant à l'étranger.

Ces importants défauts pèsent d'autant plus lorsqu'on les met en regard des développements intervenus depuis la publication des rapports 2006 et 2007 . L'adoption de la disposition proposée serait ainsi en contradiction non seulement avec tout le travail effectué actuellement afin de développer la prévention du suicide et les soins palliatifs (voir ch. 3), mais également avec les autres développements réalisés au niveau de la jurisprudence et de la pratique des autorités administratives, judiciaires et sanitaires mentionnées aux chiffres 1.2.4 et 1.4.6 (refus de l'autorisation d'exploiter une maison en tant que « mouvoir », refus de prolonger une autorisation d'exercer la médecine, précisions jurisprudentielles sur le stockage et la prescription de NaP, adoption de règlements par les hôpitaux et les EMS, etc.).

## **3. Renforcement et diffusion au sein de la population des solutions alternatives au suicide**

### **3.1. Rappel des faits**

Comme exposé plus haut, les bases légales existantes permettent de lutter efficacement contre les abus en matière d'assistance au suicide. Toutefois, elles ne peuvent pas contribuer à réduire le nombre de suicides assistés.

Eu égard à l'évolution démographique, il faut s'attendre à ce que le nombre de suicides assistés augmente, notamment chez les personnes âgées. Il y a donc lieu d'intervenir. En effet, la réduction du nombre de suicides est prioritaire sur le long terme.

---

<sup>143</sup> Voir les explications sous ch. 1.4.2.2.

Aussi le DFI a-t-il déterminé les mesures nécessaires. Celles-ci ont pour but de renforcer le droit à l'autodétermination dans les situations liées à la maladie. Si une personne persiste dans sa volonté de mettre fin à ses jours même après exploitation de toutes les mesures préventives, y c. des discussions sur les alternatives au suicide, il convient de l'accepter. Les mesures s'adressent en premier lieu à la population suisse. Il importe donc de préciser qu'elles ne touchent guère les personnes vivant à l'étranger qui viennent en Suisse pour recourir à l'aide au suicide.

### **3.1.1. Rôle de l'autodétermination dans le cadre du suicide assisté**

L'aspect de l'autodétermination revêt un caractère fondamental dans le cadre du suicide assisté. Dans l'étude de l'Université de Zurich<sup>144</sup> mentionnée au chapitre 1.2.5, la population a été interrogée sur les raisons à l'origine de sa position sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. La réponse la plus fréquemment donnée fut le droit à l'autodétermination (« Toute personne adulte devrait pouvoir décider elle-même quand elle souhaite que sa vie se termine »). Dans un sondage réalisé sur mandat d'Exit, 98 % des membres d'Exit et 93 % des personnes non membres de cette organisation interrogés ont indiqué que l'être humain doit en principe déterminer lui-même ce qu'il doit advenir de sa personne en cas de maladie incurable<sup>145</sup>.

Ce besoin d'autodétermination correspond à la société actuelle. La génération qui atteindra l'âge de la retraite dans les années à venir s'est considérablement engagée en faveur du droit à l'autodétermination. Elle le revendiquera également davantage en ce qui concerne la fin de vie.

Dans le cadre du suicide assisté, deux conditions essentielles, qui favorisent le droit à l'autodétermination en fin de vie, doivent être mentionnées :

1. la connaissance des différentes possibilités de prise en charge en fin de vie (les soins palliatifs surtout) ;
2. la possibilité de prendre des décisions librement, c'est-à-dire en étant le moins possible influencé par la souffrance physique, psychique et sociale.

A l'heure actuelle, ces deux conditions peuvent encore être améliorées, en particulier dans les situations liées à la maladie en fin de vie. Les deux chapitres ci-dessous en exposent les raisons.

### **3.1.2. Connaissance des possibilités de prise en charge en fin de vie**

Actuellement, la société considère que les organisations d'assistance au suicide peuvent garantir le droit à l'autodétermination en fin de vie. Pour sa publicité sur Internet, Exit Deutsche Schweiz utilise le slogan suivant : « *Selbstbestimmung im Leben und im Sterben* » (« Autodétermination dans la vie comme en fin de vie »)<sup>146</sup>. Conformément à ses statuts, Dignitas a pour objectif d'assurer à ses membres une vie et une mort dignes<sup>147</sup>.

La population suisse a peu connaissance des possibilités de prise en charge en fin de vie (soins palliatifs, directives anticipées des patients, dépistage et traitement des dépressions). Ces solutions ne sont pas encore disponibles dans toute la Suisse. Dans ce domaine, des efforts supplémentaires doivent être entrepris, afin de renforcer le droit à l'autodétermination en fin de vie.

---

<sup>144</sup> C. SCHWARZENEGGER/P. MANZONI/D. STUDER/C. LEANZA, op. cit. (note 59).

<sup>145</sup> Exit (2006) : *Leben und Sterben*. Repräsentative Meinungsumfrage zum Thema Sterbehilfe. Etude complémentaire réalisée par l'institut d'études de marché GfK Switzerland SA auprès de 318 membres d'Exit et 350 personnes non membres de cette organisation.

<sup>146</sup> [www.exit.ch](http://www.exit.ch), consulté le 2 avril 2011.

<sup>147</sup> [www.dignitas.ch](http://www.dignitas.ch), consulté le 2 avril 2011.

### **3.1.3. Possibilité de prendre une décision « librement »**

Les souffrances psychique, physique et sociale constituent les facteurs principaux du suicide. Les maladies psychiques – les dépressions en tête – sont ainsi la cause principale de suicide. Chez les personnes âgées, la dépression est souvent une pathologie associée aux maladies incurables ou invalidantes. Cependant, elles sont rarement diagnostiquées dans ce contexte et ne font donc pas l'objet d'un traitement adéquat. Les problèmes physiques représentent également un facteur de risque associé aux comportements suicidaires chez les personnes âgées précisément. Une étude révèle que la douleur est le motif principal qui conduit une personne à recourir au suicide assisté<sup>148</sup>. Enfin, les conditions de vie jouent également un rôle important. Le risque d'isolement social est accru chez les personnes à partir de 75 ans<sup>149</sup>. D'autres facteurs d'influence, comme un mauvais état de santé, une mobilité réduite, etc., peuvent encore augmenter ce risque. Parmi les autres facteurs d'influence, citons le fait de vivre seul, des ressources financières maigres, les angoisses existentielles et un niveau de formation scolaire plutôt faible.

Tous ces éléments remettent en question une prise de décision « libre », au sens de l'art. 115 CP en vigueur<sup>150</sup>. L'autodétermination ne peut pas être complètement garantie.

### **3.1.4. Synthèse : nécessité de renforcer le droit à l'autodétermination en fin de vie**

Les prévisions démographiques indiquent que le nombre de personnes de plus de 80 ans aura plus que doublé d'ici 2030<sup>151</sup>. Il faut s'attendre à ce que le nombre de suicides (assistés) continue de s'accroître dans cette tranche d'âge. Par conséquent, il convient d'examiner des mesures qui renforcent le droit à l'autodétermination en fin de vie, comme défini au chapitre 3.1.1.

Les activités que la Confédération a entreprises jusqu'ici, les interventions nécessaires et les mesures éventuelles sont décrites dans le chapitre qui suit.

## **3.2. Activités entreprises jusqu'ici, interventions nécessaires et mesures éventuelles de la Confédération pour renforcer le droit à l'autodétermination en fin de vie**

En collaboration avec les cantons et dans le cadre de ses possibilités limitées, la Confédération prend déjà des mesures en vue de renforcer le droit à l'autodétermination, notamment dans les situations liées à la maladie en fin de vie. Afin de faire connaître les possibilités existant en fin de vie à une large partie de la population et de contribuer à ce que les personnes concernées prennent leur décision en étant le moins possible influencées par la souffrance physique, psychique et/ou sociale, il faut poursuivre et intensifier la mise en œuvre de ces mesures sur le long terme. C'est le seul moyen d'éviter que le nombre de suicides (assistés) n'augmente massivement, chez les personnes âgées notamment.

Comme chacun sait, il incombe aux cantons de mettre à disposition des offres dans le domaine des soins. La Confédération dispose d'une marge de manœuvre limitée, raison pour laquelle son action se concentre sur le relevé de données scientifiques et sur les activités d'information et de communication, à l'intention des cantons et des sociétés médicales, dans les domaines des soins palliatifs ainsi que du dépistage précoce et du traitement des dépressions<sup>152</sup>. Les activités entreprises jusqu'ici et les interventions nécessaires sont exposées dans ce qui suit.

<sup>148</sup> S. FISCHER ET AL., op. cit. (note 30), p. 333-338.

<sup>149</sup> P. GAZARETH /C. MODETTA (2006) : Intégration et réseaux sociaux. Déterminants de l'isolement social en Suisse. Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

<sup>150</sup> Voir ch. 1.4.2.2.

<sup>151</sup> S. MONOD-ZORZI et al. (2007) : Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé (OBSA).

<sup>152</sup> (OBSA) 3.3.

### **3.2.1. Relevé de bases scientifiques**

Les bases scientifiques sont nécessaires pour pouvoir planifier efficacement des offres de soutien dans les cantons et des activités d'information, de formation de base, de formation postgrade et de formation continue.

#### **3.2.1.1. Activités entreprises jusqu'ici par la Confédération**

Au printemps 2010, le Conseil fédéral a décidé de réaliser un programme national de recherche (PNR) sur la fin de vie. Le crédit cadre du PNR 67 « Fin de vie » se monte à 15 millions de francs. Les recherches dureront cinq ans. La mise au concours a été lancée le 16 février 2011. Le PNR 67 a pour objectif de produire de manière scientifique des connaissances servant à définir des orientations ou des actions dans le domaine de la dernière phase de la vie et de les mettre à disposition des décideurs du système sanitaire et politique ainsi que des professionnels qui s'occupent de la prise en charge des personnes en fin de vie. Concrètement, ces connaissances doivent contribuer :

- à permettre de mieux évaluer la situation relative aux soins médicaux dispensés aux personnes en fin de vie et notamment d'identifier les lacunes ou les situations problématiques en matière de soins ;
- à mettre à la disposition des personnes concernées et des équipes soignantes une base approfondie pour des décisions et des processus appropriés ;
- à discerner les conditions d'une organisation à la fois équitable et digne des soins en fin de vie, à élaborer les règles juridiques nécessaires et à réfléchir aux implications éthiques ;
- à mieux comprendre les évolutions sociales et à être davantage en mesure d'évaluer les développements futurs et
- à renforcer les compétences scientifiques dans la recherche axée sur la fin de vie et les soins palliatifs.

La statistique des causes de décès établie par l'Office fédéral de la statistique renseigne sur les causes de décès en Suisse. La pratique en matière de saisie des données relatives au suicide assisté a été modifiée au 1<sup>er</sup> janvier 2011 de sorte qu'à l'avenir, ce document mette en évidence la maladie qui a poussé une personne à faire appel à une organisation d'assistance au suicide. En outre, la statistique médicale des hôpitaux répertorie le nombre de personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. Un code associé au recours à des soins palliatifs spécialisés en milieu hospitalier a également été introduit dans cette statistique au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Des données seront saisies jusqu'en juin 2012 puis analysées. Les premiers résultats devraient être disponibles en juin 2013.

#### **3.2.1.2. Interventions nécessaires**

S'agissant du renforcement du droit à l'autodétermination en fin de vie, la continuité dans la saisie des données fait défaut. Le PNR 67 donnera certes une grande impulsion à la recherche et fournira des réponses à de nombreuses questions, mais il ne pourra pas combler cette lacune. Il manque, par exemple, des relevés réguliers sur les circonstances de la mort en général et sur le lieu du décès en particulier. On ne dispose que de peu d'informations sur la manière dont les personnes en Suisse vivent les derniers mois et/ou les dernières semaines précédant leur décès. Or, ces bases statistiques revêtent un caractère fondamental pour la planification des soins et les activités d'information, de formation de base, de formation postgrade et de formation continue. Les informations suivantes entre autres ne sont pas disponibles :

- indications sur le lieu du décès ;
- des études spéciales sur les évolutions en fin de vie lors de traitements hospitaliers figurent certes dans la statistique médicale des hôpitaux et dans celle des établissements médico-sociaux mais elles ne sont pas évaluées. Elles pourraient mettre en exergue les

admissions et les sorties d'un établissement (provenance/destination) ou le nombre d'hospitalisations et les raisons sous-jacentes à celles-ci ;

- des analyses spéciales sur les tentatives de suicide qui ont conduit à une hospitalisation sont mentionnées dans la statistique médicale des hôpitaux mais elles ne sont pas évaluées ;
- la diffusion et la connaissance des directives anticipées des patients ;
- la fréquence des dépressions et des crises d'angoisse, notamment en lien avec des maladies physiques et/ou avec l'isolement social.

### 3.2.1.3. Mesures éventuelles de la Confédération

- **Saisie du lieu du décès** : la variable « Lieu du décès » sera introduite dans la statistique des causes de décès.
- **Etude sur les évolutions en fin de vie dans le domaine hospitalier** : les données, que la statistique médicale des hôpitaux et celle des établissements médico-sociaux ont déjà relevées, seront analysées avec effet rétroactif sur plusieurs années.
- **Analyse des tentatives de suicide ayant conduit à une hospitalisation** : la statistique médicale des hôpitaux examinera les données correspondantes, avec effet rétroactif sur plusieurs années.

### 3.2.2. Soins palliatifs<sup>153</sup>

La thérapie antalgique représente un aspect essentiel des soins palliatifs. Durant la phase terminale des cancers et d'autres maladies, les douleurs sont le symptôme physique le plus fréquent, nuisant à la qualité de vie. Une thérapie efficace contre la douleur, exploitant tous les moyens à disposition pourrait, dans une très large mesure, diminuer la peur du patient face à la mort et lui permettre de faire ses adieux en toute conscience<sup>154</sup>.

Le renforcement du droit à l'autodétermination est également une caractéristique principale des soins palliatifs<sup>155</sup>. Ceux-ci mettent l'accent sur la personne et sont en lien avec son environnement personnel. La capacité de décision du patient sera renforcée de sorte qu'il puisse choisir le lieu et la nature des traitements, les soins et la forme de l'accompagnement. La personne malade est encouragée à émettre ses volontés pendant qu'elle dispose encore pleinement de ses fonctions cognitives. Lorsqu'une personne n'est plus capable de discernement, c'est sa volonté, éventuellement exprimée dans ses directives anticipées, qui s'appliquera pour la situation donnée<sup>156</sup>. Les directives anticipées visent à ce que les patients puissent défendre leur droit à l'autodétermination, que des décisions éthiques les plus transparentes possibles soient prises en ce sens et que les proches et l'équipe médicale soient déchargés<sup>157</sup>.

---

<sup>153</sup> Les soins palliatifs englobent le soutien et les traitements médicaux apportés aux personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles et/ou chroniques évolutives. Bien qu'ils soient introduits à un stade précoce, ils interviennent principalement au moment où le diagnostic vital est ou paraît engagé et où les soins curatifs ne constituent plus un objectif primaire. Ils offrent aux patients, compte tenu de leur situation, la meilleure qualité de vie possible jusqu'à leur décès, tout en apportant un soutien approprié à leurs proches. Les soins palliatifs visent à éviter la souffrance et les complications. Ils comprennent les traitements médicaux, les soins, ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel.

<sup>154</sup> R. KUNZ (2009) : Palliative Care – schwierige Entscheidungen am Lebensende. In: Therapeutische Umschau 2009, p. 603.

<sup>155</sup> Voir Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (2010) : Directives nationales concernant les soins palliatifs, 2<sup>e</sup> directive : Valeurs fondamentales dans les soins palliatifs.

<sup>156</sup> Voir les directives et recommandations médico-éthiques « Directives anticipées » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).

<sup>157</sup> RITZENTHALER-SPIELMANN, DANIELA (2009) : Die Patientenverfügung als Kommunikations- und Entscheidungs-instrument. In : Therapeutische Umschau 2009, p. 585-589.

### **3.2.2.1. Offre de soins palliatifs et connaissance des soins palliatifs en Suisse**

Actuellement, l'offre de soins palliatifs varie selon les cantons. Certains cantons proposent déjà un large éventail de soins. Plusieurs autres cantons travaillent à la création d'une offre de cette nature.

En vue d'accroître la sensibilisation au thème des soins palliatifs, l'OFSP a mandaté, à la fin de l'année 2009, la réalisation d'une enquête représentative auprès de la population<sup>158</sup>. Selon ce sondage, la moitié à peine des personnes interrogées a déjà entendu parler des soins palliatifs. Il existe toutefois de grandes différences selon les régions : 78 % des habitants de l'Arc lémanique ont admis avoir entendu parler de cette notion au moins une fois, alors qu'ils ne sont plus qu'un tiers en Suisse alémanique. Les femmes connaissent mieux cette notion que les hommes. Le niveau de formation joue également un rôle essentiel : plus il est élevé, plus le concept de « soins palliatifs » est connu.

S'agissant des spécialistes de la santé, ceux-ci manquent partiellement de connaissances sur les possibilités de traitement spécifiques (p. ex., dans le domaine de la thérapie antalgique). Ce faisant, les professionnels actifs dans le système des soins médicaux de premier recours sont, la plupart du temps, les premiers interlocuteurs des personnes malades et de leurs proches. D'après l'enquête menée auprès de la population, la majorité des personnes feraient d'abord appel à leur médecin de famille si elles voulaient solliciter de telles offres.

Les chiffres présentent des différences en ce qui concerne la connaissance des directives anticipées des patients. Le sondage de l'OFSP a révélé qu'environ 50 % des personnes interrogées savent ce qu'est une directive anticipée. Les enseignements montrent que l'emploi de ces directives (possibilité de mise à jour, dépôt) soulève encore de nombreuses questions. Une étude de la Fondation des hospices allemands (*Deutsche Hospiz Stiftung*)<sup>159</sup> confirme ce constat : près de la moitié des personnes interrogées ont admis que la situation juridique n'était pas claire et qu'elles ne savaient ni ce qu'elles pouvaient décider d'inscrire dans la directive anticipée ni quelle forme celle-ci devait revêtir. Le taux de personnes ayant rédigé une directive anticipée est plutôt faible – 12 % seulement selon l'enquête mandatée par l'OFSP.

### **3.2.2.2. Activités entreprises jusqu'ici par la Confédération**

Le 22 octobre 2009, la Confédération et les cantons ont approuvé la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010 – 2012 », dans le cadre du Dialogue « Politique nationale suisse de la santé ». La stratégie vise à mieux intégrer les soins palliatifs en Suisse, en collaboration avec les acteurs concernés. Toutes les personnes gravement malades et mourantes doivent avoir accès aux soins palliatifs et bénéficier d'une meilleure qualité de vie.

Pour atteindre cet objectif, différentes mesures seront concrétisées, entre 2010 et la fin de l'année 2012, dans six domaines (« soins », « financement », « sensibilisation », « formation de base, postgrade et continue », « recherche » et « application de la stratégie »). L'OFSP dirige la stratégie dans son ensemble. Les domaines sont codirigés par des représentants de l'OFSP, de la CDS, de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs « palliative ch »<sup>160</sup>.

Dans le cadre du domaine « sensibilisation », un groupe de travail composé de représentants de l'OFSP, de la CDS et de différentes sociétés médicales ont élaboré une brochure d'information générale sur les soins palliatifs. Celle-ci a été mise à la disposition

<sup>158</sup> GfK Switzerland SA (2009): Etude « soins palliatifs », réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

<sup>159</sup> Fondation des hospices allemands (*Deutsche Hospiz Stiftung*) (2005) : Wie denken die Deutschen über Patientenverfügungen? <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/32.pdf>.

<sup>160</sup> Le site Internet de l'OFSP ([www.bag.admin.ch/palliativecare](http://www.bag.admin.ch/palliativecare)) informe sur l'état de la mise en œuvre de la stratégie.

des cantons. L'idée est que des offres cantonales/régionales viennent compléter la brochure et que cette dernière soit distribuée dans le canton. Les frais d'impression sont à la charge des cantons, et la CDS acquitte les frais d'adaptation. Par ailleurs, le site Internet de « palliative.ch » ([www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)) a été développé, avec le soutien financier de l'OFSP, pour devenir un portail d'information complet sur les soins palliatifs, destiné tant à la population intéressée qu'aux spécialistes.

### **3.2.2.3. Interventions nécessaires**

Les cantons sont compétents en matière de mise à disposition des offres de soins. Les conditions générales, qui soutiendront et faciliteront ces travaux, sont élaborées dans le cadre de la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010 – 2012 ». Cependant, il apparaît déjà que l'objectif primaire du domaine « sensibilisation » (« La population vivant en Suisse connaît l'utilité des soins palliatifs ainsi que les offres existant dans ce domaine ») ne pourra pas être atteint d'ici la fin de l'année 2012, en raison surtout d'un manque de ressources.

Jusqu'ici, près de 200 000 exemplaires de la brochure ont été distribués, en Suisse alémanique principalement. Pour que la population acquière des connaissances sur les soins palliatifs, il faut davantage de temps et des informations uniformes et axées sur les groupes cibles – la brochure générale élaborée ne satisfait pas à ces critères. Les informations doivent être diffusées de façon répétée pour que les personnes prennent conscience des messages. Aussi est-il nécessaire de réaliser, s'agissant des solutions alternatives au suicide également, un travail continu dans les médias. Dans ce contexte, il convient d'attirer l'attention sur la possibilité de rédiger des directives anticipées, ce qui est dans l'intérêt des autorités cantonales de protection de l'adulte.

De plus, le besoin d'agir se fait sentir parce que cette brochure ne touche pas les migrants. Il est indispensable d'étudier, dans un premier temps, les besoins religieux et culturels ainsi que les points de vue de ces groupes sur la question de la fin de la vie. La brochure devra ensuite être remaniée en profondeur et traduite en plusieurs langues.

Afin que la population sache que les soins palliatifs représentent une possibilité de prise en charge en fin de vie, il importe que la responsabilité soit confiée à la Confédération. Il faut étudier la possibilité et la manière de poursuivre et d'intensifier les activités en cours de réalisation dans les cantons une fois la mise en œuvre de la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010 – 2012 » achevée.

### **3.2.2.4. Mesures éventuelles de la Confédération**

- **Elaboration d'informations sur les solutions alternatives au suicide assisté :** la Confédération met à la disposition des cantons et des organisations des documents d'information uniformes et axés sur les groupes cibles. Cette mesure inclut une analyse des groupes cibles, un travail continu dans les médias et la diffusion de ces documents dans les services cantonaux compétents.
- **Adaptation des informations pour les migrants :** des discussions ciblées seront menées en groupe afin de connaître les points de vue spécifiques des différents groupes de migrants et d'identifier leurs besoins en fin de vie. Le matériel d'information sera adapté en conséquence.
- **Rédaction d'informations destinées aux spécialistes :** Les médecins de premier recours (médecins de famille, Spitex, etc.) sont la plupart du temps les premiers interlocuteurs pour les questions déterminantes pour la santé. C'est pourquoi il importe de les sensibiliser aux questions liées à l'autodétermination. Pour ce faire, il convient de clarifier et de concrétiser, conjointement avec les cantons et les organisations importantes, les mesures judicieuses permettant d'atteindre cet objectif (p. ex., réalisation d'une rencontre de coordination, rédaction de documents d'information).



### **3.2.3. Dépistage précoce et traitement des dépressions**

Les dépressions sont fréquemment liées aux maladies incurables ou invalidantes. Cependant, elles sont rarement diagnostiquées dans ce contexte et ne font donc pas l'objet d'un traitement adéquat. Elles accentuent les pertes cognitives et les problèmes de santé. En outre, elles accroissent la demande en prestations, médicales ou non. Les personnes âgées dépressives perdent en autonomie, ce qui augmente encore leurs besoins en soins. Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre de personnes souffrant d'une dépression sévère enregistrera une hausse<sup>161</sup>.

#### **3.2.3.1. Connaissance de la dépression en Suisse**

Bien que les dépressions soient courantes, la population en a peu connaissance ou elle les comprend mal. Un sondage réalisé en 2010 révèle que la majorité des Suisses savent ce qu'est une dépression<sup>162</sup>. Toutefois, le terme « dépression » est, la plupart du temps, peu concret, car des connaissances approfondies sur les symptômes et les évolutions de cette maladie font défaut. Seuls 17 % des personnes interrogées les connaissent. S'agissant de la connaissance de ce thème et de l'ouverture d'esprit à son égard, il existe des différences marquées selon le sexe et la tranche d'âge : les femmes et les personnes jeunes sont mieux informées et en parlent plus ouvertement à des tiers. Par contre, les hommes et les personnes âgées se montrent plus fermés et leur niveau d'information est plus faible. Avec l'âge et les modifications profondes qui en découlent (sortie du monde du travail, maladie, isolement social, etc.), les risques sont grands de voir une dépression apparaître<sup>163</sup>.

L'étude de l'OFSP sur les déclarations concernant la dépression recensées en 2008 dans les cabinets de généralistes indique que, par rapport à l'Allemagne, la proportion de consultations liées à la dépression est très faible en Suisse. En 2008, 13 dépressions pour 1000 consultations de médecine générale ont été déclarées en Suisse. Dans trois quarts des consultations, au moins une maladie comorbide a été diagnostiquée parallèlement à la dépression. Ce taux varie en fonction du degré de gravité de la dépression et atteint son niveau le plus élevé pour les dépressions sévères. Même si les données dont on dispose ne permettent pas d'expliquer ce phénomène, les importantes disparités régionales sont frappantes.

Ces deux études fournissent une bonne vue d'ensemble de la compréhension de la dépression par la population et de la pratique des médecins de premier recours en matière de dépistage et de traitement des personnes malades et dépressives. Elle met clairement en évidence qu'une procédure uniforme est nécessaire, en Suisse également, pour optimiser le dépistage précoce et le traitement des dépressions<sup>164</sup>, comme le prévoit le programme d'action « Alliance contre la dépression ».

#### **3.2.3.2. Activités entreprises jusqu'ici par la Confédération et les cantons**

Entre 2000 et 2002, une équipe de chercheurs appartenant au réseau de compétences allemand « Depression » a mis sur pied le programme d'action « Alliance contre la dépression », qui repose sur quatre niveaux d'intervention. Ce projet a fait l'objet d'une évaluation scientifique à Nuremberg (Allemagne), dont les conclusions montrent que le programme permettait d'améliorer la prise en charge et les conditions de vie des personnes dépressives. Vu ces résultats convaincants, le programme a rapidement été mis en place en Allemagne et dans d'autres pays européens.

<sup>161</sup> F. HÖPFLINGER / V. HUGENTOBLE (2003) : Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21<sup>e</sup> siècle. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Berne.

<sup>162</sup> Sondage GfS-Umfrage 2010 : « Depression – was weiss die Schweiz darüber? ». Réalisé sur mandat de la Fondation Werner Alfred Selo.

<sup>163</sup> Office fédéral de la santé publique (2010) : La dépression : une analyse des déclarations recensées en 2008 dans les cabinets de généralistes grâce au système Sentinella. Bulletin 45/10, p. 1075-1078.

<sup>164</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=fr>.

De 2003 à 2005, le canton de Zoug a introduit ce programme avec succès ; l'expérience montre que ce type de projet, après quelques adaptations, peut tout à fait être mis en place en Suisse. L'OFSP a acquis les droits d'exploitation et de licence. Il les cède gratuitement aux prestataires régionaux intéressés. Jusqu'à présent, les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, d'Appenzell Rhodes-Intérieures, de Bâle-Ville, de Berne, de Genève, des Grisons, de Lucerne, de Soleure et de Thurgovie ont introduit ce programme. D'autres cantons se montrent intéressés. Compte tenu du grand intérêt que ce programme suscite, l'OFSP a fait adapter les documents d'information aux besoins culturels spécifiques de la population étrangère et les a faits traduire en plusieurs langues.

### **3.2.3.3. Interventions nécessaires**

L'étude GfS mentionnée ci-dessus conclut qu'il est urgent, en Suisse également, d'informer la population et ce, dans une très large mesure. Elle souligne qu'il convient de mettre l'accent sur des mesures qui encouragent les personnes âgées à parler ouvertement de la dépression. Dans ce contexte, les spécialistes de la médecine de premier recours (médecins de famille, Spitex, etc.) jouent un rôle déterminant. En effet, ils sont souvent les interlocuteurs principaux de ce groupe de population. Ils doivent donc être davantage sensibilisés au dépistage précoce et au traitement des dépressions.

Comme spécifié plus haut, le besoin se fait sentir, en Suisse aussi, d'améliorer la formation continue des médecins de premier recours en matière de diagnostic et de traitement des dépressions. Aussi est-il nécessaire de poursuivre l'extension du programme « Alliance contre la dépression ».

### **3.2.3.4. Mesures éventuelles de la Confédération**

- **Convaincre d'autres cantons d'introduire le programme d'optimisation du dépistage précoce et du traitement des dépressions « Alliance contre la dépression »** : il convient d'intensifier l'échange de connaissances entre les cantons et de promouvoir le réseautage entre les cantons et les sociétés médicales.
- **Adaptation et mise à jour des documents de formation pour le dépistage précoce et le traitement des dépressions** : les documents (notamment ceux ayant trait à la multimorbidité) doivent être mis à jour pour toutes les catégories professionnelles et adaptés aux réalités suisses ainsi qu'aux nouvelles normes didactiques. Les documents seront mis à la disposition des alliances cantonales et régionales contre la dépression.
- **Etude sur la pratique des médecins de premier recours en matière de dépistage et de traitement des personnes malades et dépressives** : nouvelle analyse des déclarations recensées dans les cabinets de généralistes grâce au système Sentinella.

### **3.2.4. Prévention de l'isolement social**

L'isolement social est étroitement lié au soutien et aux ressources dont une personne seule dispose de par ses relations avec d'autres individus.

Il résulte souvent de l'isolement social une tendance à l'accumulation et à l'accentuation d'autres problèmes, tels que la pauvreté, un mauvais état de santé, le chômage. En outre, cette situation nécessite la mise en place et le subventionnement de structures dont le rôle est de remplacer la solidarité existant autrefois avec la famille ou les voisins. Cette solidarité permettait, par exemple, d'encadrer les personnes convalescentes à domicile. Toute la population n'encourt pas le même risque d'être touchée par l'isolement social. Ce sont précisément les personnes âgées (à partir de 75 ans surtout), les personnes vivant seules et celles dont l'état de santé est médiocre voire mauvais qui sont le plus exposées à ce risque<sup>165</sup>. Les enseignements tirés des lettres de citoyens révèlent en outre que nombre de personnes ont très peur de devenir une charge pour leurs proches en cas de maladie et/ou en fin de vie.

---

<sup>165</sup> P. GAZARETH / C. MODETTA, op. cit. (note 149).

Dans ce contexte, il importe de mentionner que la majeure partie des prestations d'encadrement et de soins fournies en Suisse le sont par les proches ou des membres de la famille. Cependant, la famille en tant que forme de vie perd de son importance. De plus, les femmes exerçant une activité lucrative en particulier ne sont très souvent plus en mesure d'accomplir cette tâche supplémentaire. A l'avenir, l'isolement social devrait donc encore s'accroître.

### **3.2.4.1. Interventions nécessaires**

Des mesures s'imposent pour contrer l'isolement social comme facteur de risque du suicide (assisté). Il faut notamment agir afin de rendre la vie active et la prise en charge de proches plus conciliables. Au cours des dix dernières années, différentes interventions parlementaires ont déjà exigé que des démarches soient entreprises en ce sens<sup>166</sup>.

### **3.2.4.2. Mesures éventuelles de la Confédération**

**Mieux concilier la vie active et la prise en charge de proches** : le Conseil fédéral crée un groupe de travail inter-offices. Il aura pour mission d'analyser la situation actuelle et de proposer des mesures pour permettre aux personnes concernées de mieux concilier l'exercice d'une activité lucrative et la prise en charge de proches.

## **3.3. Conditions légales générales**

Il existe un mandat étatique fondamental visant à protéger la vie et la liberté personnelle (art. 10 Cst.). C'est pourquoi il doit être dans l'intérêt de la Confédération de réduire le nombre des suicides (assistés) et de renforcer le droit à l'autodétermination, notamment dans les situations liées à la maladie en fin de vie.

### **3.3.1. Saisie de bases scientifiques**

La saisie de bases scientifiques se fonde sur l'art. 3 de la loi du 9 octobre 1992 sur la statistique fédérale (LSF)<sup>167</sup>. La statistique fédérale fournit des informations représentatives sur l'état et l'évolution de la population, de l'économie, de la société et de l'environnement en Suisse. Ces informations servent à préparer, réaliser et réévaluer les tâches de la Confédération, à analyser les domaines qui font l'objet d'une étroite collaboration entre la Confédération et les cantons, notamment la santé publique et le domaine social, ainsi qu'à faciliter la réalisation de projets de recherche d'importance nationale.

L'art. 9, al. 3, let. b et c, de l'ordonnance du 28 juin 2000 sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur (Org DFI)<sup>168</sup> constitue la première base sur laquelle se fonde la saisie de données relatives à la pratique des médecins de premier recours en matière de dépistage et de traitement des personnes malades et dépressives (données Sentinella, voir ch.

<sup>166</sup> 11.3252 – Interpellation Silvia Schenker : Le nouveau régime de financement des soins frappe durement les personnes dépendantes soignées à domicile (déposée le 18 mars 2011)

11.411 – Initiative parlementaire Lucrezia Meier-Schatz : Créer une allocation d'assistance pour les personnes qui prennent soin d'un proche (déposée le 15 mars 2011)

08.3955 – Postulat Silvia Schenker : Améliorer le statut des membres des familles qui fournissent des soins (déposé le 19 décembre 2008, classé le 17 décembre 2010 car en suspens depuis plus de deux ans)

08.3833 – Motion Lucrezia Meier-Schatz : Modification de la réglementation régissant la prétention à une bonification pour tâches d'assistance (déposée le 16 décembre 2008, rejetée le 20 mars 2009)

06.3691 – Postulat Lucrezia Meier-Schatz : Reconnaissance des soins donnés par des membres de la famille. Analyse de la situation (déposé le 13 décembre 2006, classé le 23 mars 2009 car en suspens depuis plus de deux ans)

04.3698 – Interpellation Rudolf Joder : Encourager la prise en charge bénévole des personnes âgées (déposée le 15 décembre 2004, liquidée le 18 mars 2005)

04.3528 – Motion Vreni Hubmann : Versement d'une bonification pour tâches d'assistance au profit des impotents (déposée le 6 octobre 2004, classée le 6 octobre 2006 car en suspens depuis plus de deux ans)

02.3546 – Motion Doris Leuthard: Soutien aux soins à domicile apportés par la famille et les amis (déposée le 2 octobre 2002, classée le 8 octobre 2004 car en suspens depuis plus de deux ans)

<sup>167</sup> RS 431.01

<sup>168</sup> RS 172.212.1

3.2.3.4) : l'OFSP pilote la recherche dans le domaine sanitaire, dans le domaine de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents et de l'assurance militaire, et dans les domaines de la formation, de la formation postgrade et de la formation continue dans les filières médicales universitaires. Il participe au pilotage de processus importants en matière de politique de la santé et de politique sociale et à l'élaboration des bases nécessaires à cet égard. L'art. 64, al. 1 et 2 Cst. (La Confédération encourage la recherche scientifique et peut subordonner son soutien notamment à la mise en place de mesures de coordination) représente la seconde base pour le relevé des données.

### 3.3.2. Activité d'information à l'intention des cantons

Ces mesures reposent, d'une part, sur l'Org DFI et, d'autre part, sur la Convention entre la CDS et la Confédération suisse représentée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la Politique nationale suisse de la santé (Convention PNS). Le ch. 3.2 de la Convention PNS entre la Confédération et les cantons précise que les parties décident des travaux de base, de préparation et de développement relatifs à des tâches et projets nationaux parallèles, complémentaires ou communs et conviennent de la manière de les réaliser. Tant la « Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2010 – 2012 » que le programme « Alliance contre la dépression » sont des projets en cours de la Confédération et des cantons, qui s'appuient sur cette Convention.

Conformément à l'art. 9, al. 2, let. c, Org DFI, l'OFSP poursuit notamment l'objectif de fournir à la population et aux acteurs de la santé les informations nécessaires sur les questions concernant la santé et l'évolution de cette dernière. En vertu de l'art. 9, al. 3, let. c, Org DFI, l'OFSP participe au pilotage de processus importants en matière de politique de la santé et de politique sociale et à l'élaboration des bases nécessaires à cet égard.

La documentation scientifique de l'adaptation transculturelle du matériel d'information et le développement des droits de licence et d'exploitation acquis pour dépister précocement et optimiser le traitement des dépressions reposent sur l'art. 118, al. 1, Cst., sur l'art. 16, al. 5, de la loi du 7 octobre 1983 sur l'encouragement de la recherche et de l'innovation (LERI)<sup>169</sup> et sur les art. 1, al. 2, let. a et c, et 9 Org DFI.

Les mesures visant à faire connaître à la population les directives anticipées des patients en vue de renforcer le droit à l'autodétermination en fin de vie se fondent sur le nouveau droit de la protection de l'adulte, qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le caractère contraignant des directives anticipées des patients sera ainsi défini à l'échelon fédéral.

## 4. Conclusions

- **Une modification du droit pénal n'est pas la réponse appropriée au besoin de la population de bénéficier d'un renforcement du droit à l'autodétermination** : après un nouvel examen de la situation, le Conseil fédéral est convaincu qu'il est possible de lutter contre les abus qui peuvent être commis dans le cadre de l'assistance au suicide – aide au suicide de personnes incapables de discernement ou en bonne santé, fourniture de NaP sans prescription médicale, stockage illicite de cette même substance ou activité destinée à faire du bénéfice – à l'aide des instruments légaux actuellement en vigueur. En effet, même si la législation actuelle ne contient pas de dispositions spéciales concernant les organisations d'assistance au suicide, l'art. 115 CP, renforcé par les autres infractions contre la vie (art. 111 ss CP), la LPT<sub>h</sub>, la LStup et les règles déontologiques, constituent un arsenal suffisant et adéquat pour contrôler ces phénomènes, pour autant que les autorités interviennent de manière ferme et décidée. Les sanctions seront certes de différents types selon les cas (pénales, administratives ou civiles), mais cela n'enlève rien à leur efficacité. Ce complexe de dispositions a en outre l'avantage d'être souple, orienté vers la pratique et constitue un bon équilibre entre le devoir de protection de l'Etat et le respect de la liberté personnelle des individus. Par conséquent, le Conseil fédéral estime

---

<sup>169</sup> RS 420.1

qu'il faut renoncer à modifier la législation pénale fédérale pour régler l'assistance – privée ou organisée – au suicide.

- ***La poursuite des mesures dans le domaine de la prévention du suicide et des soins palliatifs est indispensable*** : contrairement aux opinions divergentes sur la nécessité et la façon de légiférer au niveau fédéral, on constate qu'une grande partie des participants à la procédure de consultation sont d'accord pour dire qu'une amélioration de la garantie du droit à l'autodétermination passe nécessairement par une action plus poussée de la Confédération – dans la limite de ses compétences – dans le domaine de la prévention du suicide et des soins palliatifs. La réduction du nombre de suicides doit rester prioritaire. L'évolution démographique et le fait que, ces dernières années, le nombre de suicides a augmenté chez les personnes âgées en Suisse renforcent, à long terme, cette nécessité. Etant donné que l'autodétermination revêt un caractère fondamental dans le cadre de l'assistance au suicide, les mesures doivent avoir pour objectif de renforcer le droit à l'autodétermination, notamment dans les situations liées à la maladie en fin de vie. Cela signifie concrètement que la population doit mieux connaître les solutions alternatives au suicide assisté et que les personnes doivent pouvoir prendre leur décision librement, c'est-à-dire en étant le moins possible influencées par la souffrance physique, psychique et sociale. Actuellement, la Confédération et les cantons mettent déjà en œuvre certaines mesures en vue de renforcer ce droit. Le Conseil fédéral – en collaboration avec les cantons et les milieux intéressés – veut poursuivre et intensifier ces mesures.
- ***Il n'existe aucun consensus clair en Suisse sur la question de savoir si et dans quelle mesure il faut réglementer, au niveau fédéral et en sus des réglementations déjà existantes, l'assistance organisée au suicide*** : cette constatation, tirée du résultat de la procédure de consultation, constitue un obstacle majeur à l'adoption d'une réglementation fédérale susceptible de satisfaire une majorité de la population, ce d'autant que la thématique abordée est extrêmement personnelle.