

NE_GERICHTE CPEN.2013.75 vom 23. April 2014

NE Tribunal cantonal, 2014-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CPEN.2013.75

FR: NE_GERICHTE CPEN.2013.75 du 23 avril 2014

IT: NE_GERICHTE CPEN.2013.75 del 23 aprile 2014

Volltext

A.A. est né le 13 juin 1922. Le Dr X. a été son médecin traitant depuis janvier 2003. Les consultations n'ont pas eu lieu à intervalles réguliers, le patient répugnant le plus souvent à faire appel à des soins médicaux. X. a reçu en consultation A. à plusieurs reprises en 2003, une fois en 2005 et « un bon nombre de fois » en 2007, dont la dernière en octobre. En 2009, le médecin a vu A. pour des examens relatifs au permis de conduire.

Le 3 février 2011, B., épouse de A., a appelé d'urgence X. car son mari venait de procéder à une tentative de suicide par sectionnement des veines. Selon les déclarations du docteur, son patient, qu'il a trouvé dans son lit avec des pansements aux poignets posés par sa femme, lui a expliqué que de toute façon il parviendrait à mettre fin à ses jours, que là il avait échoué mais qu'il y arriverait en se jetant par la fenêtre ou en se tirant une balle. Sa vie était devenue invivable en raison de faux besoins qui l'amenaient le jour et la nuit à aller aux toilettes toutes les vingt à trente minutes. Le médecin a trouvé B. affolée des menaces que proférait son mari en disant qu'il voulait se jeter par la fenêtre.

Sur la base de son anamnèse, le Dr X. est arrivé à la conclusion que le patient souffrait vraisemblablement d'une maladie tumorale anorectale. Ce dernier a refusé catégoriquement de subir ou même d'envisager la moindre manœuvre diagnostique ou thérapeutique. Le médecin lui a proposé à deux ou trois reprises d'aller à l'hôpital pour procéder à des examens, ce que le patient a refusé en expliquant que trois de ses amis présentant des symptômes proches étaient allés à l'hôpital et qu'ils y étaient décédés, et que donc cela ne servait à rien.

Ce même jour, le médecin a proposé au malade de recourir à Exit afin qu'il puisse mourir dignement.

Le lendemain, 4 février 2011, A. a adhéré à Exit et rédigé une déclaration manuscrite recopiée d'un texte imprimé. Selon celle-ci il était capable de discernement, souhaitait mourir car la maladie dont il était atteint était incurable, ses souffrances physiques étaient intolérables, et sa qualité de vie était devenue pour lui inacceptable ; il avait mûrement réfléchi. Le Dr X. a établi un certificat médical attestant que A. jouissait de sa pleine capacité de discernement, qu'il exprimait de façon très déterminée son souhait d'en finir avec la vie et qu'il avait tenté pour y parvenir de s'ouvrir les veines des avant-bras, situation due au « vraisemblable » développement d'une maladie tumorale anorectale rendant la vie du patient insupportable par des difficultés à évacuer les selles et de faux besoins le conduisant à devoir se rendre à selle pratiquement toutes les demi-heures.

Selon le Dr C., entendu en qualité de témoin ultérieurement devant le tribunal de police, les faux besoins sont un signe classique du syndrome rectal. Cette maladie est pénible dans le sens où elle ne laisse aucun repos au patient, les faux besoins survenant nuit et jour. Il s'agit d'une fin de vie misérable. Pour un patient souffrant d'une telle tumeur, l'avenir est le

suivant : une hospitalisation, une amputation du rectum et de l'anus, une poche définitive, le tout prenant au minimum trois semaines sans complication. Le patient doit être capable de gérer lui-même sa poche, sinon il sera dépendant d'un système infirmier, et s'il est âgé, de même que sa conjointe, il sera très probablement institutionnalisé. Le diagnostic de cette maladie se pose en premier lieu par l'anamnèse, puis par des examens cliniques (le toucher rectal pouvant être néanmoins effectué au domicile du patient) et une rectoscopie réalisables ambulatoirement. Le témoin observe par ailleurs qu'il arrive souvent en milieu hospitalier que les patients âgés ne veulent pas être opérés, auquel cas des soins de confort uniquement sont administrés. Lorsque le patient est capable de discernement et informé, sa volonté doit être respectée.

Le 8 février 2011, A. a appelé X. pour lui dire qu'il trouvait que cela allait long, réaffirmant sa ferme intention d'en finir.

Le 11 février 2011, X. a établi l'ordonnance prescrivant la substance létale, le pentobarbital de sodium. Auparavant il avait reçu la confirmation par D., accompagnatrice d'Exit, que son association se chargeait du cas sur la base du certificat médical établi, ainsi que d'un entretien avec A. La question s'est posée de savoir qui établissait la prescription. D. en tant que médecin pouvait le faire elle-même. X. dit n'avoir jamais pensé ne pas établir lui-même l'ordonnance pour s'éviter des problèmes car il aurait trouvé cela pas courageux, estimant devoir suivre le patient jusqu'au bout.

Le 12 février 2011, à 13 heures 05, A. a avalé la substance létale. Le décès a été constaté à 13 heures 16. Deux accompagnatrices d'Exit étaient à ses côtés, de même qu'un ami pasteur ; dans l'appartement se trouvaient encore l'épouse du défunt, de même que cinq parents et voisins.

Le 3 mars 2011, le petit-fils de A., E., a interpellé le procureur pour lui faire part de sa stupéfaction quant à l'acceptation par Exit de la demande de mourir émanant de son grand-père : comme celui-ci refusait depuis longtemps de se faire ausculter, aucun diagnostic n'avait pu être posé quant à une éventuelle maladie incurable. E. était persuadé de l'inexistence d'une telle maladie. Il a souligné la rapidité avec laquelle les événements s'étaient déroulés. Le ministère public a donné suite à cette intervention, ordonné des actes d'instruction écrits et renvoyé l'affaire devant le tribunal de police.

B. Dans son jugement du 8 juillet 2013, le Tribunal de police du Littoral et du Val-de-Travers a retenu que X. avait violé l'article 26 de la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (ci-après : LPTh) en prescrivant une substance létale sans connaître l'état de santé de son patient, ce qui constituait une infraction pénale selon l'article 86 al. 1 let. a LPTh. En bref, il a admis que l'évaluation de l'état de santé de A. ne s'était faite que sur la base de l'anamnèse réalisée le jour de l'intervention d'urgence le 3 février 2011, de sorte que le prévenu ne disposait que d'un aperçu et non d'une « connaissance » de l'état de santé du patient. Dans la mesure où l'état de santé n'était pas connu mais seulement supputé, A. ne pouvait pas être valablement informé et sa volonté pouvait être biaisée. A cela s'ajoutait le fait que les événements s'étaient déroulés sur une très courte période, l'argument selon lequel le patient avait pris la décision de mourir bien avant sa tentative de suicide du 3 février 2011 étant écarté. Le prévenu n'avait pas respecté les prescriptions de l'Association suisse des sciences médicales (ci-après : ASSM) . Le tribunal de police a jugé que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme ne s'opposait pas à la condamnation du prévenu dans le cas d'espèce. Enfin, les

conditions de l'état de nécessité n'étaient pas réalisées.

C.X. appelle du jugement dans son ensemble. Il conteste l'établissement des faits ainsi que leur appréciation par le premier juge. Il reproche au premier tribunal de ne pas avoir pris en compte de manière appropriée la précédente tentative de suicide de feu A., sa volonté manifeste et réitérée, son refus sans appel de toute mesure diagnostique autre qu'une anamnèse, la persistance avec laquelle il a demandé à son médecin de pouvoir s'en aller au vu des souffrances insupportables infligées par ses faux besoins ; le tribunal a mésestimé le caractère d'urgence de la décision à prendre s'agissant de la suite à donner à la demande d'un patient âgé de 88 ans. L'appelant invoque la violation des articles 26 et 86 al. 1 let. a LPT, la méconnaissance du principe de spécialité de l'article 115 CP qui libère sur le plan pénal toute personne ayant prêté assistance en vue d'un suicide pour des motifs honorables, l'ignorance de la portée de l'arrêt Gross et une pesée incorrecte des intérêts lors de l'examen des faits justificatifs. Il réclame une indemnité pour tort moral de 2'000 francs pour avoir été privé sans motif de faire valoir toute preuve à sa décharge pendant la période d'instruction.

D. Pour sa part, le représentant du ministère public fait valoir que l'article 26 LTP renvoie aux directives de l'ASSM, lesquelles posent certaines exigences minimales en leur article 4 al. 1, dont l'existence d'une maladie incurable avec pronostic fatal. Une anamnèse ne suffit pas à établir un tel constat. La volonté du patient n'est pas le seul critère à prendre en considération. En l'occurrence, le danger de mort imminent n'était pas établi et le prévenu aurait dû mener des discussions répétées avec son patient pour conduire celui-ci à accepter un examen limité à domicile, puis en cabinet médical. Le laps de temps entre l'examen et la délivrance de la substance létale est trop court. Le médecin a violé ses obligations professionnelles. L'existence d'un motif honorable commande toutefois une atténuation de la peine au sens de l'article 48 CP.

C O N S I D E R A N T

1. Déposé dans les formes et délais légaux (art. 398, 399 CPP), l'appel est recevable.

2. Aux termes de l'article 398 CPP, la juridiction d'appel jouit d'un plein pouvoir d'examen sur tous les points attaqués du jugement (al. 2). L'appel peut être formé pour violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, le déni de justice et le retard injustifié, pour constatation incomplète ou erronée des faits et pour inopportunité (al. 3).

La Cour pénale limite son examen aux violations décrites dans l'acte d'appel (art. 404 al. 1 CPP), sauf en cas de décision illégale ou inéquitable (art. 404 al. 2 CPP).

L'appel tend à la répétition de l'examen des faits et au prononcé d'un nouveau jugement. L'immédiateté des preuves ne s'impose toutefois pas en deuxième instance. Selon l'article 389 al. 1 CPP, la procédure d'appel se fonde sur les preuves administrées pendant la procédure préliminaire et la procédure de première instance. La juridiction d'appel administre, d'office ou à la demande d'une partie, les preuves complémentaires nécessaires au traitement de l'appel (art. 389 al. 3 CPP).

En l'espèce, le prévenu a déposé avant l'audience une décision du Service de la santé publique. Cette pièce littérale nouvelle doit être admise. Les requêtes de preuves rejetées par ordonnance du 9 septembre 2013 n'ont expressément pas été renouvelées à l'ouverture des débats. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette décision de la direction de la procédure.

3. L'appelant se plaint de constatation incomplète ou erronée des faits. En réalité, ce grief ne remet pas en cause les faits retenus en eux-mêmes, mais la façon dont le premier juge les a appréciés et les conséquences juridiques qu'il en a tirées. En particulier, la chronologie des événements qui ont précédé la mort du défunt n'est pas critiquée, de même que la véracité des déclarations des parties et des témoins. Le tribunal de police a considéré (cons. III in initio) qu'il ne fallait pas remettre en cause le fait que A. jouissait de sa pleine capacité de discernement et que des alternatives de traitement lui avaient été proposées. Ces deux éléments, fondamentaux, résistent en effet à tout grief au vu du dossier. On ne reviendra pas plus avant sur les constatations de fait, qui seront discutées quant à leurs suites juridiques ci-dessous.

4. L'appelant invoque une violation du « principe de spécialité » de l'article 115 CP.

Selon l'article 115 CP, celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide ou lui aura prêté assistance en vue de suicide sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de 5 ans au plus ou d'une peine pécuniaire. Cette disposition règle exhaustivement la participation de tiers à un suicide, toute autre disposition légale étant inapplicable (RJN 1980/81 p. 108 ; ATF 136 II 415 cons. 2.3.3). Elle repose sur l'idée qu'il ne faut pas punir celui qui agit pour des motifs d'amitié, notamment celui qui agit par pure pitié ou compassion, dans le seul intérêt de la personne qui veut se suicider. Le législateur n'a toutefois pas pensé aux activités menées dans le cadre d'une organisation d'aide au suicide (ATF 136 II 415 précité). Après divers revirements, le Conseil fédéral est parvenu en 2011 à la conclusion qu'une norme pénale spécifique sur l'assistance organisée au suicide ne se justifiait pas. Pour celui-ci en effet, une norme imposant des devoirs de diligence aux organisations d'assistance au suicide ne ferait que concrétiser les obligations découlant déjà du droit en vigueur (art. 115 CP, art. 119 CPM) ; la législation actuelle suffit pour combattre les éventuels abus tels que le suicide assisté de personnes n'étant pas capables de discernement, la fourniture de calcium pentobarbital sans prescription médicale ou le stockage illicite de cette même substance ; les lois sur les produits thérapeutiques et sur les stupéfiants, ainsi que les règles déontologiques permettent d'infliger des sanctions efficaces, qu'elles relèvent du droit pénal, du droit administratif ou du droit civil ; ces instruments, flexibles et proches des réalités pratiques, préservent l'équilibre entre le devoir de protection incombant à l'Etat et le respect de la liberté individuelle (Communiqué du Conseil fédéral du 29 juin 2011 sur le site internet de l'Office fédéral de la justice).

C'est dès lors à juste titre que le ministère public, après avoir éliminé l'application de l'article 115 CP faute de réalisation de la condition du mobile égoïste, a fondé son acte d'accusation sur la violation de dispositions de la loi sur les produits thérapeutiques, la loi sur les stupéfiants ou de la loi cantonale sur la santé publique. C'est bien sous cet angle qu'il convient d'examiner la culpabilité de l'appelant.

5. La question de l'assistance organisée au suicide et plus largement de l'euthanasie est très discutée dans la doctrine et les médias. Les arrêts rendus par le Tribunal fédéral ne sont toutefois pas extrêmement nombreux. Plusieurs ont été portés devant la Cour européenne des droits de l'homme. Une évolution se dessine dans la jurisprudence. Si l'on tente de dresser un tableau de celle-ci, on peut mentionner les décisions de principe suivantes :

En 2005, le Tribunal fédéral observe un changement d'attitude en ce sens que l'assistance au suicide est de plus en plus considérée comme une activité médicale volontaire, qui ne

peut être imposée à aucun médecin, mais qui n'est pas exclue du point de vue des règles professionnelles et de surveillance tant que le devoir de diligence médicale est respecté dans l'examen, le diagnostic et la délivrance du produit ([2P.310/2004], cons. 4.3). En 2006, dans un arrêt très remarqué, le Tribunal fédéral rejette le recours d'une personne âgée de 53 ans, Ernst Haas, souffrant de troubles bipolaires sévères (déjà auteur de deux tentatives de suicide et ayant été interné à plusieurs reprises), sollicitant le droit d'obtenir sans ordonnance médicale du natriumpentobarbital, substance létale qui lui serait remise par une organisation d'aide au suicide. Il ressort des considérants que ni la législation en matière de stupéfiants ni celle en matière de produits thérapeutiques ne permettent de remettre sans ordonnance médicale du natriumpentobarbital à une personne qui souhaite mettre fin à ses jours. L'article 8 CEDH, respectivement les articles 10 al. 2 et 13 al. 1 de la Constitution fédérale, n'obligent pas l'Etat à pourvoir à ce que les organisations d'aide au suicide ou les personnes souhaitant se suicider puissent obtenir du natriumpentobarbital sans ordonnance. Le droit à la vie protégé par la Constitution impose à l'Etat le devoir minimal de s'assurer préalablement, au moyen d'une procédure adéquate, qu'une éventuelle décision de mettre fin à ses jours correspond effectivement à la volonté libre de l'intéressé. Ce contrôle est garanti par l'obligation de prescription par un médecin, qui devra s'assurer que les conditions légales (pénales, civiles, administratives) et les règles professionnelles médicales soient réalisées. Dans ce cadre, le Tribunal fédéral se réfère aux directives de l'ASSM du 25 novembre 2004 concernant les patients en fin de vie (c. 6.3.4). L'arrêt précise que la prescription et la remise de natriumpentobarbital ne sont pas nécessairement contre-indiquées s'agissant du suicide assisté de personnes malades psychologiquement, mais qu'une extrême retenue s'impose, ce qui implique nécessairement l'existence d'une expertise psychiatrique spécialisée approfondie (ATF133 I 58 cons. 6.3.5.1 et 6.3.5.2). Saisie d'un recours contre cet arrêt, la Cour européenne des droits de l'homme, le 20 janvier 2011, juge qu'il n'y a pas violation de l'article 8 de la CEDH. L'arrêt Haas est décrit comme la deuxième étape de l'élaboration par la Cour de Strasbourg « du droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin », après l'arrêt Pretty rendu en 2002 dans une affaire anglaise (Puppinck / La Hougue, Le droit au suicide assisté dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme in jusletter du 27 janvier 2014 ; voir aussi Minelli, Das Schopenhauer-Syndrom hat voll zugeschlagen in jusletter du 24 février 2011 ; Martina Sperlich, Ein Recht auf Suizidebeihilfe im Licht des EMRK, in jusletter du 7 avril 2014).

En 2009, le Tribunal fédéral confirme la condamnation pour homicide intentionnel d'un médecin psychiatre ayant prêté assistance au suicide à une personne incapable de discernement ([6B_48/2009]).

En 2010, le Tribunal fédéral déclare nul un accord passé entre le ministère public du canton de Zurich et une organisation privée d'assistance au suicide soumettant celle-ci à certaines conditions-cadre dans l'optique d'un « contrôle qualité » (ATF136 II 415).

La même année, le Tribunal fédéral est saisi d'une cause concernant la remise de natrium-pentobarbital à une patiente âgée, Alda Gross, souhaitant mettre fin à ses jours sans souffrir d'une maladie conduisant à la mort en quelques jours ou semaines. Il confirme l'ATF133 I 58, cette jurisprudence ayant pour objectif de protéger notamment toute personne d'une prise de décision précipitée ainsi que de prévenir des abus ([2C_9/2010]). La cause est portée devant la Cour européenne des droits de l'homme. Celle-ci, le 14 mai 2013, parvient alors à la conclusion que l'absence de directives claires posées par la loi,

définissant les circonstances dans lesquelles les médecins sont autorisés à délivrer une ordonnance lorsqu'une personne a pris librement la décision grave de mettre fin à ses jours sans qu'elle soit proche de la mort à cause d'une maladie donnée, est constitutive d'une violation de l'article 8 CEDH. Cet arrêt, qui donne lieu à de multiples commentaires (voir les références précitées), est actuellement déferé à la Grande Chambre.

Sur le plan cantonal, on mentionnera un arrêt du Tribunal pénal de Bâle Ville qui a acquitté de la prévention d'infraction à l'article 26 LTPh (en relation avec l'article 86 LTPh) un médecin qui avait prescrit du pentobarbital à une dame âgée de 82 ans en train de devenir presque complètement aveugle, sans être atteinte d'une maladie mortelle ni d'une maladie psychique (BJM 2013 p. 85).

6. L'article 86 al. 1 LPTh réprime, au titre d'un délit, quiconque, à moins qu'il n'ait commis une infraction plus grave au sens du code pénal ou de la loi sur les stupéfiants, met intentionnellement en danger la santé des êtres humains du fait qu'il néglige son devoir de diligence lorsqu'il effectue une opération en rapport avec des produits thérapeutiques (let. a). Le devoir de diligence est défini à l'article 3 LPTh qui prescrit que quiconque effectue une opération en rapport avec des produits thérapeutiques est tenu de prendre toutes les mesures requises par l'état de la science et de la technique afin de ne pas mettre en danger la santé de l'être humain et des animaux. Selon le message du Conseil fédéral, le devoir de diligence tel qu'il est défini dans cet article met en évidence l'importance que le législateur accorde à la responsabilité personnelle (FF 1999 p. 3183). En matière de médicaments, le devoir de diligence est concrétisé à l'article 26 al. 1 LPTh. Celui-ci dispose que les règles reconnues de la science pharmaceutique et médicale doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments. Le Conseil fédéral explique dans son message que le rapport risque-bénéfice d'un médicament dépend dans une large mesure de la manière dont il est utilisé et que c'est pourquoi les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments ; implicitement, cette disposition interdit la prescription et la remise abusive de médicaments. Dans le même ordre d'idée, il est en outre exigé à l'article 26 al. 2 LPTh que l'état de santé du consommateur soit « connu », c'est-à-dire que le médecin ne délivrera pas d'« ordonnance en blanc » (FF 1999 p. 3183, 1184, 3208 et 3209 ; RJJ 2007 p. 263 ; ATF 134 IV 175 cons. 4.1).

7. Le premier juge estime que l'appelant n'a pas acquis la connaissance de l'état de santé de son patient requise par la loi.

Ce qu'il faut entendre par connaissance de l'état de santé du patient ne ressort pas clairement de la doctrine et de la jurisprudence. Le message du Conseil fédéral indique seulement qu'on a voulu, en posant cette exigence, empêcher les ordonnances en blanc. Il tombe sous le sens qu'une connaissance « totale » ou certaine de l'état de santé du patient ne peut quasiment jamais être obtenue. Une interprétation littérale de l'article 26 al. 2 LTPh pourrait par ailleurs mener à la conclusion que, tant que l'on n'a pas mené toutes les investigations concevables, aucun médicament ne peut être administré ; cela n'est naturellement pas le but du législateur. L'administration d'antalgiques ou de traitements palliatifs de confort face au refus, conforme au droit, du patient de subir d'autres investigations ou traitements médicaux n'est pas remise en question. Autrement dit, l'on doit procéder à une pesée d'intérêt entre les médicaments à prescrire, leurs effets, et le degré de connaissance de l'état de santé du patient. C'est là l'affaire du médecin.

Le Tribunal fédéral s'est penché en 2013 (arrêt du TF du 30.01.2013 [2C_901/2012]) sur l'admissibilité de la prescription de médicaments dans le cadre de la « télémédecine » (ou médecine à distance). Cet examen s'est notamment fait en fonction de l'article 26 LTPh, spécialement au vu de l'exigence de la connaissance de l'état du patient. Le Tribunal fédéral a considéré que le manque d'interaction entre un patient et le médecin en cas d'anamnèse uniquement réalisée par le biais d'un questionnaire électronique écrit en particulier s'il n'y a pas eu de contact précédent ou d'autres moyens de communication ne permettait pas au praticien d'obtenir des indications suffisantes sur l'état de santé du malade pour pouvoir prescrire des médicaments. Celui-ci contrevenait donc à ses obligations professionnelles et devait être sanctionné disciplinairement. Dans le cas particulier, le nombre important d'ordonnances qui avaient été délivrées en peu de temps permettait de douter encore plus que le médecin ait pu parvenir à un état de connaissance suffisant.

Le Tribunal fédéral a aussi été amené à s'attacher au degré de diligence à observer pour la prescription et la remise de médicaments à titre expérimental au regard des articles 3 et 26 LPT. Selon lui, l'usage « hors étiquette » de médicaments est licite si le médecin respecte son devoir général de diligence au sens des dispositions précitées. Le Tribunal fédéral précise que le médecin agit sous son entière et seule responsabilité et doit être en mesure de démontrer le consentement éclairé du patient et d'expliquer pourquoi, au regard des règles de l'art, il a recouru à un médicament non admis officiellement (ATF 134 IV 175).

8. En l'espèce, comme l'a souligné avec raison le premier juge, l'appelant a clairement indiqué, dans son certificat médical du 4 février 2011, qu'il était en présence d'un « vraisemblable » développement d'une maladie tumorale anorectale. Il a également écrit au procureur que l'anamnèse de A. était très suggestive de ce développement. Les deux autres médecins entendus dans la procédure ont tout deux déclaré que la pose du diagnostic d'un syndrome rectal se fait en premier lieu par l'anamnèse (Dr C.), qui représenterait, ajoute l'un, « la moitié » du diagnostic (Dresse F.). Les trois praticiens ont indiqué que les faux besoins pouvaient aussi avoir une cause inflammatoire ou encore résulter de polypes dans la région du rectum. La cause première venant à l'esprit était néanmoins, pour l'appelant comme pour ses deux confrères, la tumeur maligne du rectum. Autrement dit, l'anamnèse, qui forme un élément important du diagnostic, faisait grandement pencher en faveur du diagnostic formé par l'appelant, et entraînant une fin de vie misérable selon le témoin C. Le prévenu s'est trouvé face à un patient qui avait répugné au cours de sa vie à consulter les médecins et refusait toute investigation supplémentaire. Ce malade était âgé de 88 ans, en pleine capacité de discernement et manifestait fermement sa volonté de mettre fin à ses jours. Sur cette base de « connaissance », il devait choisir la réponse médicale à apporter. Vu l'attitude et la détermination du patient, il y avait une forme d'urgence.

Le premier juge estime que le médecin a agi trop rapidement, puisque, contrairement à ce qui ressort de l'état de fait des précédents publiés en jurisprudence, la demande du prévenu d'obtenir de l'aide pour mettre fin à ses jours et la réalisation de ce dessein sont intervenues dans un délai très court. Cela revient à remettre en question la capacité de discernement de l'intéressé, posée comme une constante par le tribunal de police, ou plutôt son consentement éclairé ou encore le caractère durable de la décision de mourir exigé dans la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 2C_9/2010; ATF 133 I 58). Il ressort du dossier que la décision de mourir du patient était antérieure à l'intervention du médecin et qu'elle résultait des souffrances endurées petit à petit depuis trois mois. Le malade avait été

renseigné par le médecin sur son état et des alternatives de traitement lui avaient été proposées (cons. III du jugement attaqué). Il a respecté la procédure d'Exit impliquant une déclaration manuscrite, un versement postal et un entretien avec un accompagnateur, ce qui a pris environ une semaine. On ne voit pas qu'il ait fallu exiger de lui d'autres discussions et une plus longue attente pour démontrer la persistance de son désir de mourir dans une situation intolérable pour lui, sauf à le soigner ou l'hospitaliser de force, résolu qu'il était de mettre rapidement fin à ses jours par tout moyen, notamment la déféstration.

C'est par erreur également que le premier juge reproche à l'appelant de n'avoir pas obtenu, conformément aux directives de l'ASSM, un certificat médical d'un autre médecin établissant la proche fin de vie. Outre qu'elles ne constituent pas une base légale, mais une source d'interprétation pour les tribunaux - ce qui permet de laisser ouverte la question de savoir si l'on était dans une situation de fin de vie au sens strict des directives (ch. 1, D. 43), ou dans une situation de fin de vie au sens commun - (ATF133 I 58cons. 6.3.4), ces directives n'exigent pas de second avis médical (sur ces questions, voir Schaerz, in AJP 2013 p. 942 ss, p. 946). Elles imposent que le désir de mourir du patient, capable de discernement, soit mûrement réfléchi, ne résulte pas d'une pression extérieure et soit persistant, ceci ayant été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin (Directives médico-éthiques de l'ASSM sur la prise en charge des patientes et patients en fin de vie, ch. 4, D. 46 ; ATF138 I 58cons. 6.3.4). En l'espèce, la femme du défunt, qui a appelé le Dr X. le 3 février 2011, n'a pas douté de la volonté de son mari de mettre fin à ses jours au vu de sa situation, puisqu'elle a indiqué qu'elle préférerait la solution d'Exit à celle de retrouver son mari écrasé au sol. Elle ne l'a pas jugé différent des autres jours. Selon le rapport de police établi le 14 février 2011 suite au décès, un ami pasteur, G., était présent à côté de A. lorsqu'il a bu le pentobarbital de sodium. On savait que celui-ci souffrait vraisemblablement d'un cancer qui lui rendait la vie insupportable et que peu avant son adhésion à l'association Exit il avait tenté de mettre fin à ses jours en s'ouvrant les veines. Cet ami n'a rien entrepris pour faire obstacle à la volonté manifestée du vieil homme, ni remis en question la fermeté de sa résolution. Par la suite, l'épouse du défunt n'a pas exprimé de ressentiment ou regret face à l'attitude de l'appelant.

Dans ces conditions, il n'apparaît pas que l'appelant aurait violé l'article 26 LPThet tomberait sous le coup de l'article 86 al. 1 let. ade cette loi en ayant prescrit la substance létale qui a entraîné la mort du défunt. L'appel est bien fondé sur ce point.

9. La prévention visait principalement la loi sur les produits thérapeutiques, subsidiairement la loi sur les stupéfiants, puis la loi sur la santé. Le premier juge n'a pas examiné les préventions subsidiaires dès lors qu'il avait admis la principale. On peut se demander s'il n'aurait pas dû d'abord examiner la prévention tirée de la loi sur les stupéfiants. En effet, la loi sur les produits thérapeutiques ne prévoit d'infraction que dans le cas où l'état de fait délictueux ne remplit pas les conditions d'une infraction plus grave au sens du code pénal ou de la loi sur les stupéfiants. Quoi qu'il en soit, le ministère public n'a pas recouru et formé d'appel joint sur ce point, de sorte qu'une condamnation sur la base de la loi sur les stupéfiants constituerait une reformatio in pejus inadmissible. Quant à une éventuelle condamnation en vertu de la loi cantonale sur la santé, on relèvera que dans sa décision du 13 novembre 2013, le médecin cantonal est parvenu à la conclusion qu'il n'y avait pas d'élément pouvant indiquer que le Dr X. n'aurait pas respecté ses devoirs professionnels selon l'article 61 LS, pour des raisons qui se recourent avec celles qui ont été exprimées plus haut, et que l'on doit confirmer.

10. Au vu de ce qui précède, l'appel doit être admis et l'appelant acquitté.

L'appelant a droit à une indemnité au sens de l'article 429 al. 1 let. a CPP. Celle-ci couvrira ses frais de défense en première et deuxième instances. En revanche, il n'y a pas lieu de lui accorder une indemnité de tort moral subi au sens de l'article 429 al. 1 let. c CPP, au motif qu'on l'aurait privé sans motif de faire valoir toute preuve à sa décharge pendant la période d'instruction. Pour regrettable que soit l'attitude du procureur, les témoins dont il demandait l'audition ont été en définitive admis par le premier juge.

Par ces motifs, la Cour pénale

Vu les articles 26, 86 al. 1 let. a de la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux, 429 al. 1 let. a CPP,

1. Admet l'appel de X. et annule le jugement attaqué.

Statuant à nouveau:

2. Acquitte X.

3. Laisse les frais à la charge de l'Etat.

4. Alloue à X. une indemnité pour frais de défense, globale pour les deux instances, arrêtée à 15'000 francs.

5. Notifie le présent jugement à X., par Me H., avocat à Neuchâtel, au Ministère public, Parquet régional de Neuchâtel (MP.2011.714), au Tribunal de police du Littoral et du Val-de-Travers (POL.211.256).

Neuchâtel, le 23 avril 2014

Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire¹.

¹Nouvelle expression selon le ch. II 1 al. 3 de la LF du 13 déc. 2002, en vigueur depuis le 1er janv. 2007 (RO20063459; FF19991787). Il a été tenu compte de cette mod. dans tout le Livre.

1 Les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments.

2 Un médicament ne doit être prescrit que si l'état de santé du consommateur ou du patient est connu.

1 Est passible de l'emprisonnement ou d'une amende de 200 000 francs au plus, à moins qu'il n'ait commis une infraction plus grave au sens du code pénal ou de la loi du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants², quiconque met intentionnellement en danger la santé d'êtres humains du fait qu'il:

a.

néglige son devoir de diligence lorsqu'il effectue une opération en rapport avec des produits thérapeutiques;

b.

fabrique, met sur le marché, prescrit, importe ou exporte des médicaments ou en fait le commerce à l'étranger sans autorisation ou en enfreignant d'autres dispositions de la présente loi;

c.

remet des produits thérapeutiques³ sans y être habilité;

d.

contrevient, lorsqu'il effectue une opération en rapport avec le sang ou des produits sanguins, aux dispositions sur l'aptitude à donner du sang, sur l'obligation de faire un test ou sur l'obligation d'enregistrer et d'archiver;

e.

met sur le marché des dispositifs médicaux qui ne satisfont pas aux exigences de la présente loi;

f.

néglige son obligation d'assurer la maintenance des dispositifs médicaux;

g.

effectue ou fait effectuer sur l'être humain un essai clinique qui ne satisfait pas aux exigences de la présente loi.

2 Si l'auteur agit par métier, la peine d'emprisonnement est de cinq ans au plus et l'amende de 500 000 francs au plus.

3 Si l'auteur agit par négligence, la peine d'emprisonnement est de six mois au plus ou l'amende de 100 000 francs au plus.

1RS311.02RS812.1213Rectifié par la CdR de l'Ass. féd. (art. 33 LREC; RO19741051).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.