

NE_GERICHTE POL.2011.256 vom 8. Juli 2013

NE Tribunal cantonal, 2013-07-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_POL.2011.256

FR: NE_GERICHTE POL.2011.256 du 8 juillet 2013

IT: NE_GERICHTE POL.2011.256 del 8 luglio 2013

Erwägungen

E. 1

lit. a. de la loi fédérale sur les médicaments et dispositifs médicaux (Loi sur les Produits Thérapeutiques, LPT_h), subsidiairement les articles 11 al. 1 et 20 al. 1 LStup et plus subsidiairement les articles 61 et 122 de la loi cantonale de santé (LS).

a) En vertu de l'art. 26 LPT_h, les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments (al. 1) ; un médicament ne doit être prescrit que si l'état de santé du consommateur ou du patient est connu (al. 2). L'art. 86 al. 1 let. a. LPT_h est la disposition pénale incriminant le fait de mettre intentionnellement en danger la santé d'être humain en négligeant son devoir de diligence en effectuant une opération en rapport avec des produits pharmaceutiques.

b) L'art. 11 LStup prévoit que les médecins sont tenus de ne remettre ou prescrire des stupéfiants que dans la mesure admise par la science. L'art. 20 al. 1 est la disposition pénale incriminant le professionnel de la santé qui remet des stupéfiants en dehors des cas prévus à l'art. 11 notamment. Selon l'Ordonnance du DFI sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, le pentobarbital est un stupéfiant (pour plus de détail sur les classifications de cette substance, voir ATF 133 I 58/ Jdt 2008 I 349, cons. 4.1.1 à 4.1.3).

c) L'art. 61 LS prévoit que les professionnels de la santé au sens de l'article 53 doivent exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et respecter les limites des compétences qu'ils ont acquises dans le cadre de leur formation universitaire ou autre, de leur formation postgrade et de leur formation continue (al. 1). Ils doivent en outre garantir les droits du patient (al. 2). L'art. 122 LS est la disposition pénale incriminant une violation de la loi, intentionnellement ou par négligence.

d) L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a édicté des directives dites « médico-éthiques » relatives à la prise en charge des patientes et patients en fin de vie (D. 41ss). Il y est notamment indiqué qu'il n'est pas dans le devoir d'un médecin de proposer une assistance au suicide, « au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide » (ch. 4.1, D. 46). Si dans des situations exceptionnelles, le médecin accepte d'apporter une aide au suicide à un patient, il doit vérifier si les exigences minimales suivantes sont réunies :

« La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche.

Des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre.

Le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une

tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin.» (ch. 4.1, D. 46)

Il est admis que ces directives ne constituent pas des règles de droit (Le droit à la vie et le droit de mourir dignement - Esquisse d'une problématique relative aux actes médicaux pratiqués sur les patients en fin de vie, Claude Rouiller in RJB 142/2006 p. 938). Il n'en demeure pas moins qu'elles sont source d'interprétation pour les tribunaux (op. cit., p. 961). Elles permettent en effet d'interpréter les règles légales, spécialement lorsqu'il s'agit de mesurer la diligence d'une personne astreinte à une déontologie professionnelle dans le domaine médical. Le Tribunal fédéral s'en est lui aussi inspiré, notamment dans son ATF133 I 58 (in JdT 2008 I 349, cons. 6.3.4).

II. Dans l'ATF susmentionné, qui été déféré devant la Cour européenne des droits de l'homme (cas Haas c/ Suisse, n° 31322/07, CEDH 2011), le Tribunal fédéral (TF) explique les raisons de la nécessité de continuer de soumettre la prescription de pentobarbital de sodium à une ordonnance médicale, nécessité qui a aussi été reconnue par la Cour européenne. En résumé, le TF a posé que, dans l'intérêt du patient, la remise d'une substance censée provoquer la mort nécessite une prescription médicale préalable ; la médication exige que ce soit un médecin qui pose le diagnostic, établisse les indications et fournisse les explications nécessaires lors d'un entretien, ceci en conformité avec les devoirs de diligence de la profession médicale. Le TF a ajouté que l'obligation de prescription vise à éviter les décisions irréfléchies et prématurées et garantit l'existence d'une justification médicale à l'acte (ATF susmentionné, cons. 6.3.2). Cet arrêt montre l'importance du diagnostic que ne peut être posé que par un médecin.

III. En l'espèce, hors de toutes considérations morales, éthiques, politiques ou autres, il s'agit tout d'abord de déterminer si, en prescrivant la substance létale, le prévenu a respecté la loi. Sur la base du dossier, le Tribunal ne remet pas en cause que A. était en pleine capacité de discernement, et que des alternatives de traitements ont été proposées.

a) La LPTh énonce donc en premier lieu le devoir général pour celui qui prescrit un médicament de respecter les «règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales» (art. 26 al. 1) ; ces règles sont notamment interprétées à la lumière des directives de l'ASSM. L'al. 2 précise ensuite qu'un médicament ne doit être prescrit que si l'état de santé du patient est connu.

b) En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé de A. ne s'est faite que sur la base de l'anamnèse, réalisée le jour de l'intervention d'urgence le 3 février 2011, vu le refus du patient d'effectuer tout autre examen. Le prévenu a déclaré avoir proposé, toujours ce même jour, à deux ou trois reprises à son patient d'aller à l'hôpital pour procéder à des examens, ce qu'il a refusé. Le prévenu a précisé qu'il aurait souhaité des investigations complémentaires mais que A. a catégoriquement et plusieurs fois refusé. Lors de son audition par le Tribunal, le prévenu a insisté sur le fait que son patient était au lit, avec le drap jusqu'au menton, ce qu'il a interprété comme du langage non verbal signifiant qu'il ne voulait pas être ausculté.

Selon le prévenu, les examens à effectuer étaient invasifs dans tous les cas, précisant que les examens nécessaires (coloscopie) ne pouvaient se faire que dans le cadre d'une hospitalisation, vu notamment l'âge du patient en question. Le Dr. B. a toutefois précisé que le toucher rectal peut être effectué au domicile du patient, que la rectoscopie nécessite un transport du patient, avec lavement, l'examen en soi, effectué sans sédation, ne durant qu'un quart d'heure ; la coloscopie est plus invasive, mais n'est pas nécessaire dans un

cas pareil. La Dresse C. a répondu que les examens dans un cas pareil peuvent consister en une rectoscopie ou un scanner ou encore une analyse du sang, qui peuvent se faire en ambulatoire, même s'il s'agit de personnes âgées.

c) En réponse à une demande du Procureur, le prévenu avait écrit le 31 mars 2011 que, malgré le développement constant des moyens techniques d'investigation, des travaux démontrent la part prépondérante de l'anamnèse dans l'établissement des diagnostics médicaux. Il a confirmé en audience que l'anamnèse est un acte diagnostique important, admettant qu'il doit être complété par des examens, ce qui n'était ici pas possible sans violer la volonté du patient. A la question de savoir s'il connaissait l'état de santé de son patient, comme l'exige l'art.26 LPTh, le prévenu a répondu que l'anamnèse et l'observation lui ont donné «un aperçu important de l'état de santé du patient».

IV. Plusieurs éléments du dossier démontrent effectivement que le prévenu ne disposait que d'un « aperçu » de l'état de santé de son patient, et non pas d'une « connaissance » dudit état.

a) Le prévenu a d'abord indiqué dans son certificat médical du 4 février 2011, certes en toute transparence, un «vraisemblable» développement d'une maladie tumorale anorectale. Il a écrit au procureur que l'anamnèse de A. était très suggestive de ce développement. Lors de son audition par le procureur, le prévenu a indiqué que les faux besoins sont très caractéristiques d'une pathologie du rectum et particulièrement d'une pathologie tumorale ; il a ajouté «je ne vois pas tellement d'autre affection qui fasse cela, à part des pathologies inflammatoires». Le Dr B. a précisé que la pose du diagnostic d'un syndrome rectal se fait en premier par l'anamnèse, ensuite par des examens cliniques, soit un toucher rectal, ainsi qu'une rectoscopie, qui exige le déplacement du patient en cabinet ou à l'hôpital, ces examens pouvant être faits ambulatoirement également lorsque le patient est âgé. Il ajoute que les faux besoins peuvent aussi avoir une cause inflammatoire, mais que dans ce cas, il y aurait des fièvres et des douleurs ; il peut y avoir d'autres causes, mais qui seraient exceptionnelles, par exemple un gros polype, soit un précancer. La Dresse C. a estimé que l'anamnèse représentait la moitié du diagnostic ; à l'évocation de faux besoins, elle répond penser à une tumeur maligne du rectum, à des insuffisances sphinctériennes ou à des polypes dans la région du rectum, ajoutant qu'il peut y avoir plusieurs maladies, mais que la première lui venant à l'esprit étant la tumeur maligne du rectum.

S'il y avait une probabilité que A. souffrait d'un cancer du rectum, tant le prévenu que les deux autres médecins entendus n'ont pas exclu que les faux besoins aient pu avoir une autre cause, celle par exemple d'une inflammation. Même si l'anamnèse est reconnue par tous comme un élément important du diagnostic, il ressort des déclarations des Dr. B. et C. que l'on ne peut se satisfaire de ce seul examen et que des investigations supplémentaires sont indispensables, surtout que celles-ci ont été décrites comme n'étant pas si invasives que le prévenu le prétend.

b) Il est dès lors impossible d'établir que le prévenu avait une connaissance de l'état de santé de son patient ; il n'en avait qu'une supputation, qui était certes forte, mais lui-même n'a pas exclu l'existence d'une autre cause à ces faux besoins. Devant la détermination affichée de A. , le prévenu a accepté comme un fait connu le diagnostic qu'il a posé sur la base de la seule anamnèse, se dispensant, vu le refus de son patient, d'investiguer d'avantage. Aurait-il procédé de la même manière par exemple dans le cas

d) un patient fumeur, convaincu qu'il a le cancer des poumons, refusant des investigations supplémentaires et demandant d'être immédiatement traité par chimiothérapie ? On ne peut se montrer moins rigoureux dans l'établissement du diagnostic lorsque le traitement proposé est irréversible (prescription d'une substance létale) que dans le cas d'un traitement réversible (chimiothérapie par exemple).

c) Le Dr. B. a estimé important de faire passer le message du respect de la volonté des patients informés et conscients, soit que lorsque le patient est en pleine capacité de discernement et qu'il est informé, sa volonté doit être respectée. Dans la mesure où l'état de santé n'était pas connu mais seulement supputé, A. ne pouvait pas être valablement informé et dès lors sa volonté pouvait être biaisée.

d) A cela s'ajoute encore le fait que les événements se sont déroulés sur une très courte période. Le prévenu est intervenu chez A. le 3 février 2011, ne l'ayant plus vu en consultation depuis deux ans et demi ; le lendemain, le prévenu a établi son certificat médical et 8 jours après son intervention, soit le 11 février 2011, il a rédigé la prescription de pentobarbital de sodium.

Le prévenu a certes indiqué qu'à son avis, A. avait pris la décision de mourir bien avant sa tentative de suicide du 3 février 2011, à un moment qui reste indéterminé, mais il n'empêche que la rapidité d'exécution ne laisse que peu de place à la réflexion pour une décision si grave, non seulement au patient, mais également au prévenu.

e) Enfin, le prévenu n'a pas respecté les prescriptions de l'ASSM, dans la mesure où il n'a ni disposé d'un certificat médical d'un autre médecin établissant la proche fin de vie, ni procédé lui-même à des examens diagnostiques, l'âge de son patient ne le dispensant pas de procéder à ces vérifications (lettre du secrétariat général de l'ASSM au Procureur). Le fait qu'il ait dit n'avoir qu'une connaissance vague de ces directives ne le dispensait pas, au moment où il est confronté à un cas concret, de les consulter à nouveau.

S'être appuyé sur l'accompagnatrice d'Exit, médecin, en tant que spécialiste et sur le fait que cette association a accepté de prendre en charge le cas, ne peut en aucun cas exonérer le prévenu d'avoir méconnu l'état de santé de son patient. Il lui appartenait à lui et à lui seul d'entreprendre le nécessaire pour avoir cette connaissance.

f) En tout état de cause, il faut reconnaître qu'en prescrivant une substance létale sans connaître l'état de santé de son patient, le prévenu a violé l'art. 26 LPThet il tombe dès lors sous le coup de l'art. 86 al. 1 let. a. de cette loi en ayant négligé son devoir de diligence lorsqu'il a effectué une opération en lien avec un produit thérapeutique.

La prévention principale étant retenue, le Tribunal se dispense d'étudier si les préventions subsidiaires sont également réalisées.

V. Il y a encore lieu d'analyser si la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, et notamment le cas Gross, entraîne une impossibilité de condamner le prévenu.

a) Dès janvier 2011, la Cour a reconnu que «le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de former librement sa volonté à ce propos et d'agir en conséquence, était l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention» (§ 51 de l'arrêt Haas c/ Suisse n° 31322/07 du 21 janvier 2011 et § 52 de l'arrêt Koch c/ Allemagne n° 497/09 du 19 juillet 2012). Ces jurisprudences ont précisé ce que la Cour avait déjà posé précédemment dans son arrêt Pretty c/ Royaume-Uni (n° 2346/02 du 29 avril

2002), la Grande Chambre ayant écrit qu'«à une époque où l'on assiste à une sophistication médicale croissante et à une augmentation de l'espérance de vie, de nombreuses personnes redoutent qu'on ne les force à se maintenir en vie jusqu'à un âge très avancé ou dans un état de grave délabrement physique ou mental aux antipodes de la perception aiguë qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur identité personnelle» (§ 65 de l'arrêt *Pretty c/ Royaume-Uni*). Plus loin, la Cour a relevé que «les Etats ont le droit de contrôler, au travers de l'application du droit pénal général, les activités préjudiciables à la vie et à la sécurité d'autrui []. Plus grave est le dommage encouru et plus grand est le poids dont pèseront dans la balance les considérations de santé et de sécurité publique face au principe concurrent de l'autonomie personnelle. [] Il incombe au premier chef aux Etats d'apprécier le risque d'abus et les conséquences probables des abus éventuellement commis qu'impliquerait un assouplissement de l'interdiction générale du suicide assisté ou la création d'exceptions au principe. Il existe des risques manifestes d'abus, nonobstant les arguments développés quant à la possibilité de prévoir des garde-fous et des procédures protectrices» (§ 74 de l'arrêt *Pretty c/ Royaume-Uni*).

b) Dans l'arrêt *Haas c/ Suisse*, la Cour n'a pas retenu de violation de l'art. 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) par la Suisse dans la mesure où il n'existe pas d'obligation positive de l'Etat de mettre à disposition de ses citoyens les moyens de mettre fin à leurs jours ; ainsi, l'exigence posée par le droit suisse d'une ordonnance médicale pour se procurer du pentobarbital sodique est reconnue comme ayant un objectif légitime, soit de protéger notamment toute personne d'une prise de décision précipitée, ainsi que de prévenir des abus. La Cour a estimé cela d'autant plus vrai dans un pays comme la Suisse, qui permet assez facilement l'assistance au suicide (§ 56 et 57).

c) Au gré de ces arrêts, il peut être constaté que la Cour européenne des droits de l'homme ne s'est pas prononcée sur l'ampleur d'un possible droit de contraindre les Etats à prêter leur assistance au suicide (Les prudentes audaces de la jurisprudence européenne face à l'assistance au suicide, Nicolas Hervieu, in Lettre « Actualités Droits-Libertés » du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (CREDOF), 23 juillet 2012, <http://revdh.org/2012/07/23/prudentes-audaces-de-la-jurisprudence-europeenne-face-au-suicide-assiste/>).

d) Le cas très récent de *Gross c/ Suisse* (jugement du 14 mai 2013, n° 67810/10) est invoqué par la défense. Ce jugement n'est aujourd'hui pas encore définitif attendu qu'une demande de renvoi devant la Grande Chambre peut être déposée dans les trois mois dès son prononcé (art. 44 § 2 de la Convention).

Née en 1931, Alda Gross ne souffre d'aucune pathologie, mais a souhaité mettre fin à ses jours ne voulant plus subir le déclin de ses facultés physiques et mentales. Ayant en vain cherché un médecin disposé à lui prescrire du pentobarbital de sodium, elle s'est tournée vers la direction de la santé du canton de ZH qui a rejeté sa requête, décision confirmée par les tribunaux, dont le Tribunal fédéral dans un arrêt du 12 avril 2010 (TF2C_9/2010), porté devant la Cour européenne des droits de l'homme.

Dans son arrêt, ladite Cour a estimé que les directives de l'ASSM, auxquelles le Tribunal fédéral s'était référé ne s'appliquaient pas au cas de Mme Gross, puisque justement, elle ne souffrait d'aucune pathologie et n'était donc pas en proche fin de vie (§ 65). La Cour a ensuite constaté que s'il existe des directives précises pour les personnes atteintes de maladie incurable, il n'y a rien de tel dans le cas de personnes qui ne sont pas malades (§

65) et de ce fait, il y a dès lors violation de l'art. 8 CEDH. Toutefois, la Cour a indiqué : « it is primarily up to the domestic authorities to issue comprehensive and clear guidelines on whether and under which circumstances an individual in the applicant's situation – that is, someone not suffering from a terminal illness – should be granted the ability to acquire a lethal dose of medication allowing them to end their life. Accordingly, the Court decides to limit itself to the conclusion that the absence of clear and comprehensive legal guidelines violated the applicant's right to respect for her private life under Article 8 of the Convention, without in any way taking up a stance on the substantive content of such guidelines. » (§ 69, l'anglais étant pour l'instant la seule langue disponible de cet arrêt).

La Cour a donc expressément refusé de déterminer quel pourrait être le contenu de ces directives, et ne s'est dès lors pas prononcée sur la question de savoir si Alda Gross aurait dû être autorisée à obtenir une dose mortelle de médicaments pour mettre fin à ses jours.

e) Pour transposer cet arrêt dans le cas d'espèce, deux hypothèses doivent être identifiées :

1. Le cas de A. est assimilé à celui de Alda Gross (mais ce n'est pas ce que soutient le prévenu, estimant son patient en proche fin de vie). Une exonération du prévenu n'est pas possible, puisque, comme nous l'avons vu, la Cour n'a pas dit que Alda Gross devait voir sa demande de mourir être exécutée, mais a seulement dit que les directives dans le cas d'une personne souhaitant mourir alors qu'elle n'est pas en fin de vie faisaient défaut. Ces directives n'existant à l'heure actuelle pas, il n'appartient pas au Tribunal de céans de tenter de deviner leur futur contenu, ou de faire acte de législateur en définissant ledit contenu.

2. Si par contre, on admet la position de la défense, soit que A. était en proche fin de vie, l'arrêt Gross ne s'applique pas puisque justement, il traite d'un cas où la personne n'était pas dans cette situation.

f) Au vu de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, une condamnation du prévenu dans le cas d'espèce ne serait dès lors pas incompatible.

VI. La défense invoque enfin l'état de nécessité et demande au Tribunal de reprendre les mêmes considérations que le jugement rendu par le Tribunal de Boudry le 6 décembre 2010 dans l'affaire D.B. (POL.2010.19), soutenant que la volonté de A. de mourir représente un droit et qu'il convient de faire une pesée en faveur de ce droit avec l'intérêt public.

a) Le Code pénal mentionne à titre de faits justificatifs notamment les actes qui sont autorisés ou ordonnés par la loi (art. 14 CP), et l'état de nécessité (art. 17 et 18 CP). Pour être justifié, le comportement devra être proportionné et subsidiaire (Commentaire Romand du CP I, ad. Intro aux art. 14 à 18 CP, n° 4). Il existe aussi des motifs justificatifs extra-légaux que sont la sauvegarde d'intérêts légitimes et le conflit de devoirs (op. cit., ad. art. 14, n° 51). Le premier motif est proche de l'état de nécessité et il s'interprète restrictivement ; il s'envisage comme une ultima ratio, soit que le comportement considéré représente un moyen strictement nécessaire et proportionné par rapport au but poursuivi, l'acte considéré devant constituer la seule issue possible et les intérêts lésés ou mis en danger devant manifestement revêtir une importance moindre face aux intérêts que l'auteur compte sauvegarder. La collision justificative des devoirs est également proche de l'état de nécessité et intervient lorsque plusieurs devoirs d'agir s'imposent à un individu, mais que ce dernier n'est en mesure d'en accomplir qu'un seul (Petit Commentaire du CP, Dupuis et Cie, ad. art. 14 CP, n° 36 et 40). Pour apprécier si une situation concrète

constitue un état de nécessité, il faut procéder à une pesée des intérêts en présence, laquelle devra s'appuyer sur l'échelle des valeurs de l'ordre juridique et être effectuée concrètement, en considération de l'ensemble des circonstances du cas, à commencer par la gravité du danger ayant motivé l'acte (Commentaire Romand du CP I, ad. art. 14, n° 56 et ad. art. 17, n° 15).

b) Le cas d'espèce est différent de celui ayant donné lieu au jugement précédemment mentionné, où il s'est agi de faire le dernier geste pour aider une personne à mourir dans le cadre d'une assistance au suicide que la loi a autorisée, la personne souffrant d'une maladie incurable. Selon ce jugement, un comportement constitutif d'infraction à l'art. 114 CP peut être justifié lors de situations qualifiées d'extrêmes et dramatiques, notamment lorsque la personne se trouve en phase terminale d'une maladie incurable, que cette maladie lui cause des souffrances insupportables et impossibles à soulager par des mesures palliatives et que, capable de discernement, elle ait exprimé sa volonté ferme, claire et éclairée de mourir, ce que son état physique ne lui permet pas de faire par elle-même (Jugement susmentionné, cons. 3. d).

c) En l'espèce, A. a manifesté une volonté ferme et déterminée de mourir, mais, contrairement au cas susmentionné, son état de santé n'était pas connu, ni de lui-même, ni du prévenu. Le Tribunal rappelle que, même rare, une autre cause qu'une maladie anorectale pouvait expliquer les faux besoins. Dans ce contexte, l'acte de prescription de la substance létale ne peut être considéré comme la seule issue possible. Certes, le patient refusait les investigations supplémentaires, alors qu'il y en avait au moins une (le toucher rectal) qui n'était pas invasive et qui pouvait être faite à domicile. Il appartenait au médecin d'expliquer clairement à son patient que, faute d'analyse supplémentaire, il ne pourrait apporter l'aide souhaitée par ce dernier ; dans ce cadre, la prise d'un délai de réflexion aurait pu aboutir à une acceptation du patient. En cas de refus persistant de tout examen, il n'aurait été ni compliqué, ni insurmontable ■ eu égard à la gravité de la décision en question ■ de faire procéder à une seconde anamnèse par un autre médecin, ce qui aurait satisfait aux exigences des directives de l'ASSM du second certificat médical. Mais encore, cela aurait permis de se rapprocher d'avantage de cette « connaissance » de l'état de santé requise par la loi, et même sans atteindre de certitude, la prescription de la substance létale aurait le cas échéant pu être légitimée.

d) Surtout, la rapidité avec laquelle les événements se sont déroulés laisse songeuse. Dans les cas traités par la jurisprudence nationale ou internationale mentionnée dans la présente procédure, cela faisait des années que les personnes en question, malades ou non, demandaient à mourir (par exemple cinq ans pour Alda Gross). Dans le cas de A. , même si sa décision précédait l'intervention du prévenu, elle ne remontait en tous cas pas à plus de deux ans et demi, voire même deux ans, dernière fois que le prévenu a vu son patient dans le cadre d'une consultation à domicile de son épouse. Depuis la première ■ et seule ■ discussion au sujet du suicide que le prévenu ait eu avec son patient, que de surcroît il ne suivait pas régulièrement, jusqu'à la prescription de pentobarbital, huit jours se sont déroulés, le décès étant survenu le neuvième jour.

La Cour européenne des droits de l'homme a souligné que plus grave est le dommage encouru, plus grand sera le poids des considérations de santé et de sécurité publique par rapport à l'autonomie personnelle (arrêt Pretty, voir sous ch. IV. a). Comme déjà précédemment mentionné, pour une décision d'une telle gravité, décider d'un délai de réflexion plus long que huit jours, tant pour le prévenu que pour A. , ne paraît pas être une

exigence qui eût été insupportable.

e) Les conditions posées par la loi et la jurisprudence pour fonder le fait justificatif ne sont en l'espèce pas réalisées. La pesée des intérêts en présence, soit l'intérêt individuel de A. à mourir et l'intérêt public de protection de la vie, que ce soit ou non des intérêts de valeur égale, penche en faveur de ce dernier. La culpabilité du prévenu est dès lors établie.

VII. En ce qui concerne la mesure de la peine, comme le soutient aussi le Procureur, il sera tenu compte d'une atténuation au sens de l'art. 48 let. a. ch. 1 CP, le prévenu ayant manifestement agi avec un mobile honorable. La peine requise par le Ministère public paraît dès lors proportionnée.

VIII. Le prévenu étant condamné, les frais seront mis à sa charge.

Vu les art. 26 et 86 al. 1 lit. a de la Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques LPT), 48 litt. a. ch 1 CP, 82 et 426 CPP,

E. 2

a) Le lendemain, 4 février 2011, A. a adhéré à Exit et rédigé une « déclaration manuscrite » qui est en fait une retranscription manuscrite d'un texte pré-imprimé, selon lequel il est capable de discernement, souhaite mourir car la maladie dont il est atteint est incurable, ses souffrances physiques sont intolérables, sa qualité de vie est devenue pour lui inacceptable.

b) Le même jour, le prévenu a établi un certificat médical attestant d'une part que A. est en pleine capacité de discernement, exprimant « de façon très déterminée son souhait d'en finir avec la vie » et d'autre part que cette situation est due au « vraisemblable développement d'une maladie tumorale anorectale qui rend aujourd'hui la vie du patient insupportable ». Ce dernier souffrait de faux besoins qui l'amenaient à se rendre aux toilettes, le jour comme la nuit, toutes les 20 à 30 minutes. Selon le Dr. B. , spécialiste en chirurgie notamment viscérale, entendu par le Tribunal, les faux besoins sont un signe classique du syndrome rectale, cette maladie étant pénible dans le sens où elle ne laisse aucun repos au patient, les faux besoins survenant nuit et jour et le médecin d'ajouter que « c'est une fin de vie misérable ». Il a conclu que l'avenir de A. aurait pu être le suivant : hospitalisation, amputation du rectum et de l'anus, pose d'une poche définitive que le patient doit être capable de gérer lui-même sinon il sera dépendant d'un système infirmier, et, s'il est âgé, de même que sa conjointe, il sera très probablement institutionnalisé.

E. 3

Le 8 février 2011, A. a appelé le prévenu pour lui dire qu'il trouvait que cela allait long, réaffirmant sa ferme intention d'en finir. Le prévenu lui a expliqué que les papiers devaient être en ordre.

E. 4

Le 11 février 2011, le prévenu a établi l'ordonnance prescrivant la substance létale, le pentobarbital de sodium. Auparavant, il avait reçu la confirmation par V. – 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, V. en tant que médecin pouvant le faire elle-même. Le prévenu dit n'avoir jamais pensé ne pas l'établir lui-même pour s'éviter des problèmes car il aurait trouvé cela « pas courageux », estimant devoir suivre le patient jusqu'au bout. Auparavant, devant le Procureur, le prévenu avait aussi déclaré : « J'ai accepté de prescrire cette ordonnance notamment suite à l'interview de W. [Président d'Exit Suisse Romande] qui

demandait aux médecins traitants de s'investir davantage dans l'aide au suicide. » .

E. 5

Le 12 février 2011, à 13h05, A. a avalé la substance létale et le décès a été constaté par l'accompagnatrice V. à 13h16. La doctoresse C. l'a attesté ensuite, le défunt étant dans son lit, sans fonction vitale, aucun élément ne pouvant donner l'impression qu'il y avait un problème.

E. 6

Ce décès a été porté à la connaissance du Procureur par le petit-fils de A. stupéfait qu'Exit ait accepté la demande de mourir de son grand-père, surpris de la rapidité avec laquelle les événements se sont déroulés, et convaincu que son grand-père n'était pas atteint d'une maladie incurable. En droit I. Selon l'acte d'accusation du 11 octobre 2011, il est reproché au prévenu d'avoir prescrit la substance létale sans avoir objectivement établi que son patient était atteint d'une maladie qui permettait de le considérer en proche fin de vie, n'ayant basé son diagnostic que sur l'anamnèse menée avec le patient, ce dernier refusant toute mesure diagnostique. Les infractions visées sont principalement les articles 26 et 86 al. 1 lit. a. de la loi fédérale sur les médicaments et dispositifs médicaux (Loi sur les Produits Thérapeutiques, LPTh), subsidiairement les articles 11 al. 1 et 20 al. 1 LStup et plus subsidiairement les articles 61 et 122 de la loi cantonale de santé (LS). a) En vertu de l'art. 26 LPTh, les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments (al. 1); un médicament ne doit être prescrit que si l'état de santé du consommateur ou du patient est connu (al. 2). L'art. 86 al. 1 let. a. LPTh est la disposition pénale incriminant le fait de mettre intentionnellement en danger la santé d'être humain en négligeant son devoir de diligence en effectuant une opération en rapport avec des produits pharmaceutiques. b) L'art.

E. 11

LStup prévoit que les médecins sont tenus de ne remettre ou prescrire des stupéfiants que dans la mesure admise par la science. L'art. 20 al. 1 est la disposition pénale incriminant le professionnel de la santé qui remet des stupéfiants en dehors des cas prévus à l'art. 11 notamment. Selon l'Ordonnance du DFI sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, le pentobarbital est un stupéfiant (pour plus de détail sur les classifications de cette substance, voir ATF 133 I 58 / Jdt 2008 I 349, cons. 4.1.1 à 4.1.3). c) L'art. 61 LS prévoit que les professionnels de la santé au sens de l'article 53 doivent exercer leur activité avec soin et conscience professionnelle et respecter les limites des compétences qu'ils ont acquises dans le cadre de leur formation universitaire ou autre, de leur formation postgrade et de leur formation continue (al. 1). Ils doivent en outre garantir les droits du patient (al. 2). L'art. 122 LS est la disposition pénale incriminant une violation de la loi, intentionnellement ou par négligence. d) L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a édicté des directives dites « médico-éthiques » relatives à la prise en charge des patientes et patients en fin de vie (D. 41ss). Il y est notamment indiqué qu'il n'est pas dans le devoir d'un médecin de proposer une assistance au suicide, « au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide » (ch. 4.1, D. 46). Si dans des situations exceptionnelles, le médecin accepte d'apporter une aide au suicide à un patient, il doit vérifier si les exigences minimales suivantes sont réunies : « – La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche. – Des alternatives de traitements ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en

œuvre. – Le patient est capable de discernement. Son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. Cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin. » (ch. 4.1, D. 46) Il est admis que ces directives ne constituent pas des règles de droit (Le droit à la vie et le droit de mourir dignement - Esquisse d'une problématique relative aux actes médicaux pratiqués sur les patients en fin de vie, Claude Rouiller in RJB 142/2006 p. 938). Il n'en demeure pas moins qu'elles sont source d'interprétation pour les tribunaux (op. cit., p. 961). Elles permettent en effet d'interpréter les règles légales, spécialement lorsqu'il s'agit de mesurer la diligence d'une personne astreinte à une déontologie professionnelle dans le domaine médical. Le Tribunal fédéral s'en est lui aussi inspiré, notamment dans son ATF 133 I 58 (in JdT 2008 I 349, cons. 6.3.4). II. Dans l'ATF susmentionné, qui été déféré devant la Cour européenne des droits de l'homme (cas Haas c/ Suisse, n° 31322/07, CEDH 2011), le Tribunal fédéral (TF) explique les raisons de la nécessité de continuer de soumettre la prescription de pentobarbital de sodium à une ordonnance médicale, nécessité qui a aussi été reconnue par la Cour européenne. En résumé, le TF a posé que, dans l'intérêt du patient, la remise d'une substance censée provoquer la mort nécessite une prescription médicale préalable ; la médication exige que ce soit un médecin qui pose le diagnostic, établisse les indications et fournisse les explications nécessaires lors d'un entretien, ceci en conformité avec les devoirs de diligence de la profession médicale. Le TF a ajouté que l'obligation de prescription vise à éviter les décisions irréfléchies et prématurées et garantit l'existence d'une justification médicale à l'acte (ATF susmentionné, cons. 6.3.2). Cet arrêt montre l'importance du diagnostic que ne peut être posé que par un médecin. III. En l'espèce, hors de toutes considérations morales, éthiques, politiques ou autres, il s'agit tout d'abord de déterminer si, en prescrivant la substance létale, le prévenu a respecté la loi. Sur la base du dossier, le Tribunal ne remet pas en cause que A. était en pleine capacité de discernement, et que des alternatives de traitements ont été proposées. a) La LPT h énonce donc en premier lieu le devoir général pour celui qui prescrit un médicament de respecter les « règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales » (art. 26 al. 1) ; ces règles sont notamment interprétées à la lumière des directives de l'ASSM. L'al. 2 précise ensuite qu'un médicament ne doit être prescrit que si l'état de santé du patient est connu. b) En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé de A. ne s'est faite que sur la base de l'anamnèse, réalisée le jour de l'intervention d'urgence le 3 février 2011, vu le refus du patient d'effectuer tout autre examen. Le prévenu a déclaré avoir proposé, toujours ce même jour, à deux ou trois reprises à son patient d'aller à l'hôpital pour procéder à des examens, ce qu'il a refusé. Le prévenu a précisé qu'il aurait souhaité des investigations complémentaires mais que A. a catégoriquement et plusieurs fois refusé. Lors de son audition par le Tribunal, le prévenu a insisté sur le fait que son patient était au lit, avec le drap jusqu'au menton, ce qu'il a interprété comme du langage non verbal signifiant qu'il ne voulait pas être ausculté. Selon le prévenu, les examens à effectuer étaient invasifs dans tous les cas, précisant que les examens nécessaires (coloscopie) ne pouvaient se faire que dans le cadre d'une hospitalisation, vu notamment l'âge du patient en question. Le Dr. B. a toutefois précisé que le toucher rectal peut être effectué au domicile du patient, que la rectoscopie nécessite un transport du patient, avec lavement, l'examen en soi, effectué sans sédation, ne durant qu'un quart d'heure ; la coloscopie est plus invasive, mais n'est pas nécessaire dans un cas pareil. La Dresse C. a répondu que les examens dans un cas pareil peuvent consister en une rectoscopie ou un scanner ou encore une analyse du sang, qui peuvent se faire en ambulatoire, même s'il s'agit de personnes âgées. c) En réponse à une demande du

Procureur, le prévenu avait écrit le 31 mars 2011 que, malgré le développement constant des moyens techniques d'investigation, des travaux démontrent la part prépondérante de l'anamnèse dans l'établissement des diagnostics médicaux. Il a confirmé en audience que l'anamnèse est un acte diagnostique important, admettant qu'il doit être complété par des examens, ce qui n'était ici pas possible sans violer la volonté du patient. A la question de savoir s'il connaissait l'état de santé de son patient, comme l'exige l'art. 26 LPT, le prévenu a répondu que l'anamnèse et l'observation lui ont donné « un aperçu important de l'état de santé du patient ». IV. Plusieurs éléments du dossier démontrent effectivement que le prévenu ne disposait que d'un « aperçu » de l'état de santé de son patient, et non pas d'une « connaissance » dudit état. a) Le prévenu a d'abord indiqué dans son certificat médical du 4 février 2011, certes en toute transparence, un « vraisemblable » développement d'une maladie tumorale anorectale. Il a écrit au procureur que l'anamnèse de A. était très suggestive de ce développement. Lors de son audition par le procureur, le prévenu a indiqué que les faux besoins sont très caractéristiques d'une pathologie du rectum et particulièrement d'une pathologie tumorale ; il a ajouté « je ne vois pas tellement d'autre affection qui fasse cela, à part des pathologies inflammatoires ». Le Dr B. a précisé que la pose du diagnostic d'un syndrome rectal se fait en premier par l'anamnèse, ensuite par des examens cliniques, soit un toucher rectal, ainsi qu'une rectoscopie, qui exige le déplacement du patient en cabinet ou à l'hôpital, ces examens pouvant être faits ambulatoirement également lorsque le patient est âgé. Il ajoute que les faux besoins peuvent aussi avoir une cause inflammatoire, mais que dans ce cas, il y aurait des fièvres et des douleurs ; il peut y avoir d'autres causes, mais qui seraient exceptionnelles, par exemple un gros polype, soit un précancer. La Dresse C. a estimé que l'anamnèse représentait la moitié du diagnostic ; à l'évocation de faux besoins, elle répond penser à une tumeur maligne du rectum, à des insuffisances sphinctériennes ou à des polypes dans la région du rectum, ajoutant qu'il peut y avoir plusieurs maladies, mais que la première lui venant à l'esprit étant la tumeur maligne du rectum. S'il y avait une probabilité que A. souffrait d'un cancer du rectum, tant le prévenu que les deux autres médecins entendus n'ont pas exclu que les faux besoins aient pu avoir une autre cause, celle par exemple d'une inflammation. Même si l'anamnèse est reconnue par tous comme un élément important du diagnostic, il ressort des déclarations des Dr. B. et C. que l'on ne peut se satisfaire de ce seul examen et que des investigations supplémentaires sont indispensables, surtout que celles-ci ont été décrites comme n'étant pas si invasives que le prévenu le prétend. b) Il est dès lors impossible d'établir que le prévenu avait une connaissance de l'état de santé de son patient ; il n'en avait qu'une supputation, qui était certes forte, mais lui-même n'a pas exclu l'existence d'une autre cause à ces faux besoins. Devant la détermination affichée de A. , le prévenu a accepté comme un fait connu le diagnostic qu'il a posé sur la base de la seule anamnèse, se dispensant, vu le refus de son patient, d'investiguer d'avantage. Aurait-il procédé de la même manière par exemple dans le cas d'un patient fumeur, convaincu qu'il a le cancer des poumons, refusant des investigations supplémentaires et demandant d'être immédiatement traité par chimiothérapie ? On ne peut se montrer moins rigoureux dans l'établissement du diagnostic lorsque le traitement proposé est irréversible (prescription d'une substance létale) que dans le cas d'un traitement réversible (chimiothérapie par exemple). c) Le Dr. B. a estimé important de faire passer le message du respect de la volonté des patients informés et conscients, soit que lorsque le patient est en pleine capacité de discernement et qu'il est informé, sa volonté doit être respectée. Dans la mesure où l'état de santé n'était pas connu mais seulement supputé, A. ne pouvait pas être valablement informé et dès lors sa volonté

pouvait être biaisée. d) A cela s'ajoute encore le fait que les événements se sont déroulés sur une très courte période. Le prévenu est intervenu chez A. le 3 février 2011, ne l'ayant plus vu en consultation depuis deux ans et demi ; le lendemain, le prévenu a établi son certificat médical et 8 jours après son intervention, soit le 11 février 2011, il a rédigé la prescription de pentobarbital de sodium. Le prévenu a certes indiqué qu'à son avis, A. avait pris la décision de mourir bien avant sa tentative de suicide du 3 février 2011, à un moment qui reste indéterminé, mais il n'empêche que la rapidité d'exécution ne laisse que peu de place à la réflexion pour une décision si grave, non seulement au patient, mais également au prévenu. e) Enfin, le prévenu n'a pas respecté les prescriptions de l'ASSM, dans la mesure où il n'a ni disposé d'un certificat médical d'un autre médecin établissant la proche fin de vie, ni procédé lui-même à des examens diagnostiques, l'âge de son patient ne le dispensant pas de procéder à ces vérifications (lettre du secrétariat général de l'ASSM au Procureur). Le fait qu'il ait dit n'avoir qu'une connaissance vague de ces directives ne le dispensait pas, au moment où il est confronté à un cas concret, de les consulter à nouveau. S'être appuyé sur l'accompagnatrice d'Exit, médecin, en tant que spécialiste et sur le fait que cette association a accepté de prendre en charge le cas, ne peut en aucun cas exonérer le prévenu d'avoir méconnu l'état de santé de son patient. Il lui appartenait à lui et à lui seul d'entreprendre le nécessaire pour avoir cette connaissance. f) En tout état de cause, il faut reconnaître qu'en prescrivant une substance létale sans connaître l'état de santé de son patient, le prévenu a violé l'art. 26 LPTh et il tombe dès lors sous le coup de l'art. 86 al. 1 let. a. de cette loi en ayant négligé son devoir de diligence lorsqu'il a effectué une opération en lien avec un produit thérapeutique. La prévention principale étant retenue, le Tribunal se dispense d'étudier si les préventions subsidiaires sont également réalisées. V. Il y a encore lieu d'analyser si la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, et notamment le cas Gross, entraîne une impossibilité de condamner le prévenu. a) Dès janvier 2011, la Cour a reconnu que « le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de former librement sa volonté à ce propos et d'agir en conséquence, était l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention » (§ 51 de l'arrêt Haas c/ Suisse n° 31322/07 du 21 janvier 2011 et § 52 de l'arrêt Koch c/ Allemagne n° 497/09 du 19 juillet 2012). Ces jurisprudences ont précisé ce que la Cour avait déjà posé précédemment dans son arrêt Pretty c/ Royaume-Uni (n° 2346/02 du 29 avril 2002), la Grande Chambre ayant écrit qu'« à une époque où l'on assiste à une sophistication médicale croissante et à une augmentation de l'espérance de vie, de nombreuses personnes redoutent qu'on ne les force à se maintenir en vie jusqu'à un âge très avancé ou dans un état de grave délabrement physique ou mental aux antipodes de la perception aiguë qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur identité personnelle » (§ 65 de l'arrêt Pretty c/ Royaume-Uni). Plus loin, la Cour a relevé que « les Etats ont le droit de contrôler, au travers de l'application du droit pénal général, les activités préjudiciables à la vie et à la sécurité d'autrui [...]. Plus grave est le dommage encouru et plus grand est le poids dont pèseront dans la balance les considérations de santé et de sécurité publique face au principe concurrent de l'autonomie personnelle. [...] Il incombe au premier chef aux Etats d'apprécier le risque d'abus et les conséquences probables des abus éventuellement commis qu'impliquerait un assouplissement de l'interdiction générale du suicide assisté ou la création d'exceptions au principe. Il existe des risques manifestes d'abus, nonobstant les arguments développés quant à la possibilité de prévoir des garde-fous et des procédures protectrices » (§ 74 de l'arrêt Pretty c/ Royaume-Uni). b) Dans l'arrêt Haas c/ Suisse, la Cour n'a pas retenu de violation

de l'art. 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) par la Suisse dans la mesure où il n'existe pas d'obligation positive de l'Etat de mettre à disposition de ses citoyens les moyens de mettre fin à leurs jours ; ainsi, l'exigence posée par le droit suisse d'une ordonnance médicale pour se procurer du pentobarbital sodique est reconnue comme ayant un objectif légitime, soit de protéger notamment toute personne d'une prise de décision précipitée, ainsi que de prévenir des abus. La Cour a estimé cela d'autant plus vrai dans un pays comme la Suisse, qui permet assez facilement l'assistance au suicide (§ 56 et 57). c) Au gré de ces arrêts, il peut être constaté que la Cour européenne des droits de l'homme ne s'est pas prononcée sur l'ampleur d'un possible droit de contraindre les Etats à prêter leur assistance au suicide (Les prudentes audaces de la jurisprudence européenne face à l'assistance au suicide, Nicolas Hervieu, in Lettre « Actualités Droits-Libertés » du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (CREDOF), 23 juillet 2012, <http://rev.dh.org/2012/07/23/prudentes-audaces-de-la-jurisprudence-europeenne-face-au-suicide-assiste/>). d) Le cas très récent de Gross c/ Suisse (jugement du 14 mai 2013, n° 67810/10) est invoqué par la défense. Ce jugement n'est aujourd'hui pas encore définitif attendu qu'une demande de renvoi devant la Grande Chambre peut être déposée dans les trois mois dès son prononcé (art. 44 § 2 de la Convention). Née en 1931, Alda Gross ne souffre d'aucune pathologie, mais a souhaité mettre fin à ses jours ne voulant plus subir le déclin de ses facultés physiques et mentales. Ayant en vain cherché un médecin disposé à lui prescrire du pentobarbital de sodium, elle s'est tournée vers la direction de la santé du canton de ZH qui a rejeté sa requête, décision confirmée par les tribunaux, dont le Tribunal fédéral dans un arrêt du 12 avril 2010 (TF 2C_9/2010), porté devant la Cour européenne des droits de l'homme. Dans son arrêt, ladite Cour a estimé que les directives de l'ASSM, auxquelles le Tribunal fédéral s'était référé ne s'appliquaient pas au cas de Mme Gross, puisque justement, elle ne souffrait d'aucune pathologie et n'était donc pas en proche fin de vie (§ 65). La Cour a ensuite constaté que s'il existe des directives précises pour les personnes atteintes de maladie incurable, il n'y a rien de tel dans le cas de personnes qui ne sont pas malades (§ 65) et de ce fait, il y a dès lors violation de l'art. 8 CEDH. Toutefois, la Cour a indiqué : « it is primarily up to the domestic authorities to issue comprehensive and clear guidelines on whether and under which circumstances an individual in the applicant's situation – that is, someone not suffering from a terminal illness – should be granted the ability to acquire a lethal dose of medication allowing them to end their life. Accordingly, the Court decides to limit itself to the conclusion that the absence of clear and comprehensive legal guidelines violated the applicant's right to respect for her private life under Article 8 of the Convention, without in any way taking up a stance on the substantive content of such guidelines. » (§ 69, l'anglais étant pour l'instant la seule langue disponible de cet arrêt). La Cour a donc expressément refusé de déterminer quel pourrait être le contenu de ces directives, et ne s'est dès lors pas prononcée sur la question de savoir si Alda Gross aurait dû être autorisée à obtenir une dose mortelle de médicaments pour mettre fin à ses jours. e) Pour transposer cet arrêt dans le cas d'espèce, deux hypothèses doivent être identifiées : 1. Le cas de A. est assimilé à celui de Alda Gross (mais ce n'est pas ce que soutient le prévenu, estimant son patient en proche fin de vie). Une exonération du prévenu n'est pas possible, puisque, comme nous l'avons vu, la Cour n'a pas dit que Alda Gross devait voir sa demande de mourir être exécutée, mais a seulement dit que les directives dans le cas d'une personne souhaitant mourir alors qu'elle n'est pas en fin de vie faisaient défaut. Ces directives n'existant à l'heure actuelle pas, il n'appartient pas au Tribunal de céans de tenter de deviner leur futur contenu, ou de faire acte de législateur en définissant ledit

contenu. 2. Si par contre, on admet la position de la défense, soit que A. était en proche fin de vie, l'arrêt Gross ne s'applique pas puisque justement, il traite d'un cas où la personne n'était pas dans cette situation. f) Au vu de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, une condamnation du prévenu dans le cas d'espèce ne serait dès lors pas incompatible. VI. La défense invoque enfin l'état de nécessité et demande au Tribunal de reprendre les mêmes considérations que le jugement rendu par le Tribunal de Boudry le 6 décembre 2010 dans l'affaire D.B. (POL.2010.19), soutenant que la volonté de A. de mourir représente un droit et qu'il convient de faire une pesée en faveur de ce droit avec l'intérêt public. a) Le Code pénal mentionne à titre de faits justificatifs notamment les actes qui sont autorisés ou ordonnés par la loi (art. 14 CP), et l'état de nécessité (art. 17 et 18 CP). Pour être justifié, le comportement devra être proportionné et subsidiaire (Commentaire Romand du CP I, ad. Intro aux art. 14 à 18 CP, n° 4). Il existe aussi des motifs justificatifs extra-légaux que sont la sauvegarde d'intérêts légitimes et le conflit de devoirs (op. cit., ad. art. 14, n° 51). Le premier motif est proche de l'état de nécessité et il s'interprète restrictivement ; il s'envisage comme une ultima ratio, soit que le comportement considéré représente un moyen strictement nécessaire et proportionné par rapport au but poursuivi, l'acte considéré devant constituer la seule issue possible et les intérêts lésés ou mis en danger devant manifestement revêtir une importance moindre face aux intérêts que l'auteur compte sauvegarder. La collision justificative des devoirs est également proche de l'état de nécessité et intervient lorsque plusieurs devoirs d'agir s'imposent à un individu, mais que ce dernier n'est en mesure d'en accomplir qu'un seul (Petit Commentaire du CP, Dupuis et Cie, ad. art. 14 CP, n° 36 et 40). Pour apprécier si une situation concrète constitue un état de nécessité, il faut procéder à une pesée des intérêts en présence, laquelle devra s'appuyer sur l'échelle des valeurs de l'ordre juridique et être effectuée concrètement, en considération de l'ensemble des circonstances du cas, à commencer par la gravité du danger ayant motivé l'acte (Commentaire Romand du CP I, ad. art. 14, n° 56 et ad. art. 17, n° 15). b) Le cas d'espèce est différent de celui ayant donné lieu au jugement précédemment mentionné, où il s'est agi de faire le dernier geste pour aider une personne à mourir dans le cadre d'une assistance au suicide que la loi a autorisée, la personne souffrant d'une maladie incurable. Selon ce jugement, un comportement constitutif d'infraction à l'art. 114 CP peut être justifié lors de situations qualifiées d'extrêmes et dramatiques, notamment lorsque la personne se trouve en phase terminale d'une maladie incurable, que cette maladie lui cause des souffrances insupportables et impossibles à soulager par des mesures palliatives et que, capable de discernement, elle ait exprimé sa volonté ferme, claire et éclairée de mourir, ce que son état physique ne lui permet pas de faire par elle-même (Jugement susmentionné, cons. 3. d). c) En l'espèce, A. a manifesté une volonté ferme et déterminée de mourir, mais, contrairement au cas susmentionné, son état de santé n'était pas connu, ni de lui-même, ni du prévenu. Le Tribunal rappelle que, même rare, une autre cause qu'une maladie anorectale pouvait expliquer les faux besoins. Dans ce contexte, l'acte de prescription de la substance létale ne peut être considéré comme la seule issue possible. Certes, le patient refusait les investigations supplémentaires, alors qu'il y en avait au moins une (le toucher rectal) qui n'était pas invasive et qui pouvait être faite à domicile. Il appartenait au médecin d'expliquer clairement à son patient que, faute d'analyse supplémentaire, il ne pourrait apporter l'aide souhaitée par ce dernier ; dans ce cadre, la prise d'un délai de réflexion aurait pu aboutir à une acceptation du patient. En cas de refus persistant de tout examen, il n'aurait été ni compliqué, ni insurmontable – eu égard à la gravité de la décision en question – de faire procéder à une seconde anamnèse par un autre médecin, ce qui aurait satisfait aux

exigences des directives de l'ASSM du second certificat médical. Mais encore, cela aurait permis de se rapprocher d'avantage de cette « connaissance » de l'état de santé requise par la loi, et même sans atteindre de certitude, la prescription de la substance létale aurait le cas échéant pu être légitimée. d) Surtout, la rapidité avec laquelle les événements se sont déroulés laisse songeuse. Dans les cas traités par la jurisprudence nationale ou internationale mentionnée dans la présente procédure, cela faisait des années que les personnes en question, malades ou non, demandaient à mourir (par exemple cinq ans pour Alda Gross). Dans le cas de A. , même si sa décision précédait l'intervention du prévenu, elle ne remontait en tous cas pas à plus de deux ans et demi, voire même deux ans, dernière fois que le prévenu a vu son patient dans le cadre d'une consultation à domicile de son épouse. Depuis la première – et seule – discussion au sujet du suicide que le prévenu ait eu avec son patient, que de surcroît il ne suivait pas régulièrement, jusqu'à la prescription de pentobarbital, huit jours se sont déroulés, le décès étant survenu le neuvième jour. La Cour européenne des droits de l'homme a souligné que plus grave est le dommage encouru, plus grand sera le poids des considérations de santé et de sécurité publique par rapport à l'autonomie personnelle (arrêt Pretty, voir sous ch. IV. a). Comme déjà précédemment mentionné, pour une décision d'une telle gravité, décider d'un délai de réflexion plus long que huit jours, tant pour le prévenu que pour A. , ne paraît pas être une exigence qui eût été insupportable. e) Les conditions posées par la loi et la jurisprudence pour fonder le fait justificatif ne sont en l'espèce pas réalisées. La pesée des intérêts en présence, soit l'intérêt individuel de A. à mourir et l'intérêt public de protection de la vie, que ce soit ou non des intérêts de valeur égale, penche en faveur de ce dernier. La culpabilité du prévenu est dès lors établie. VII. En ce qui concerne la mesure de la peine, comme le soutient aussi le Procureur, il sera tenu compte d'une atténuation au sens de l'art. 48 let. a. ch. 1 CP, le prévenu ayant manifestement agi avec un mobile honorable. La peine requise par le Ministère public paraît dès lors proportionnée. VIII. Le prévenu étant condamné, les frais seront mis à sa charge. Vu les art. 26 et 86 al. 1 lit. a de la Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (loi sur les produits thérapeutiques – LPT), 48 litt. a. ch 1 CP, 82 et 426 CPP,

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