

Faculté de droit et de criminologie

**Suicide médicalement assisté : analyse
comparative des modèles suisse et
washingtonien**

Coline Anciaux

Promoteur : Jean-Marc Hausman

Mémoire du Master en Droit à finalité spécialisée – Droit de l'entreprise

Année académique 2020-2021

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment **<http://www.uclouvain.be/plagiat>**.

Remerciements

Je tiens, avant toute chose, à témoigner ma reconnaissance envers ceux et celles qui m'ont apporté leur aide et leur soutien au cours de la rédaction de ce travail conséquent.

Je remercie ainsi chaleureusement mon promoteur, Monsieur Hausman, pour ses précieux conseils et commentaires dès le début du séminaire d'accompagnement, lesquels m'ont permis d'identifier mon sujet, de me poser les bonnes questions et surtout, de mener à bien ma rédaction.

Mes remerciements vont ensuite à ma famille qui m'a toujours prêté une oreille attentive et plus particulièrement, à ma maman et à ma sœur qui ont relu mon travail avec attention et m'ont fait part, par la suite, de leur impression.

Enfin, je remercie particulièrement l'association DIGNITAS qui a gentiment accepté de répondre à mes questions sur le modèle suisse et en outre, m'a fourni spontanément de plus amples explications sur certains points.

Table des matières

Introduction	3
Chapitre 1 : Distinction entre euthanasie et suicide médicalement assisté	5
Section 1 : Euthanasie	5
§1. Définition	5
§2. Euthanasie « active » ou « passive »	6
§3. Euthanasie « volontaire » ou « involontaire »	7
Section 2 : Suicide médicalement assisté	7
§1. Définition	7
§2. « Suicide assisté » et « suicide médicalement assisté »	10
Chapitre 2 : Le suicide médicalement assisté dans l'Etat de Washington versus en Suisse	12
Section 1 : Contexte et sources	12
§1. De l'initiative 119 à l'adoption du Washington Death with Dignity Act	12
A. Une initiative citoyenne comme élément déclencheur	12
B. Washington v. Glucksberg	13
C. L'initiative 1000 et « l'après »	15
§2. L'acceptation suisse depuis 1942	16
A. Vide législatif	16
B. Apports jurisprudentiels	18
C. Prise de position des organisations médicales	21
D. Protocole des associations suisses pour le droit de mourir dans la dignité	23
Section 2 : Analyse des principales conditions de fond	26
§1. De quelques conditions communes à l'Etat de Washington et à la Suisse	26
A. Age et résidence	26
B. Capacité à prendre des décisions	27
C. Maladie et/ou souffrance	28
D. Demande	31
E. Accomplissement de l'acte final par le malade	33
§2. Les conditions distinctes de l'Etat de Washington	34
A. Survenance du décès dans les six mois	34
B. Décision en connaissance de cause	35
§3. Les particularités suisses	35
A. Mobile non égoïste	35
B. Déclaration d'adhésion	37

C. Echec des alternatives.....	39
D. Volonté et acceptation du médecin.....	39
Section 3 : De la procédure	40
§1. <i>La procédure du Washington Death with Dignity Act</i>	40
A. « Le patient qualifié »	40
B. Phase préalable.....	41
C. Réalisation de l'acte.....	42
§2. <i>Le déroulement d'un suicide « accompagné »</i>	43
A. Le degré d'implication du médecin suisse	43
A.1. <i>A minima</i> , le médecin souscripteur	43
A.2. Autres obligations à leur charge	44
B. La substance létale.....	45
C. Les accompagnants.....	47
Chapitre 3 : Un « tourisme de la mort » en Suisse ?.....	49
Section 1 : Explications de ce phénomène	49
Section 2 : Chiffres de DIGNITAS	50
Chapitre 4 : De quelques spécificités de droit belge en matière d'euthanasie	53
Section 1 : L'extension de l'euthanasie aux mineurs	53
§1. <i>Conditions applicables aux majeurs et mineurs émancipés versus mineurs</i>	53
§2. <i>Conditions supplémentaires</i>	55
Section 2 : La directive anticipée	56
Section 3 : Les conséquences d'un refus de pratiquer l'euthanasie	57
Section 4 : Synthèse des critères retenus par la Belgique, l'Etat de Washington et la Suisse ...	58
Conclusion	61
Bibliographie	63

Introduction

L'année passée, les Cours constitutionnelles allemande et autrichienne ont reconnu un droit d'assistance au suicide et dès lors, sommé leur Etat de légiférer en la matière.

En avril dernier, l'Assemblée nationale française a refusé d'adopter la proposition de la loi sur l'euthanasie et ce, après plusieurs années de débats nationaux mouvementés.

Le 18 mars 2021, le Parlement espagnol a approuvé, quant à lui, une loi autorisant l'euthanasie et l'aide au suicide.

Tous ces faits d'actualité nous rappellent à quel point, l'euthanasie, le suicide médicalement assisté, et plus largement, toute forme d'aide médicale à mourir sont des préoccupations sociétales, éthiques, mais aussi juridiques tout à fait contemporaines.

Dans le cadre de ce mémoire, nous analyserons principalement la manière dont l'Etat de Washington et la Suisse ont légiféré en matière de fin de vie jusqu'à aujourd'hui.

Dans un premier temps, les notions d'euthanasie et de suicide médicalement assisté, toutes deux des options de fin de vie fortement discutées au niveau national, seront clairement distinguées. Pour ce faire, elles seront définies d'abord dans un sens général et ensuite, dans un sens plus particulier : l'euthanasie au regard du droit belge et puis, le suicide médicalement assisté au regard du droit washingtonien et suisse (Chapitre 1).

Après ces précisions conceptuelles et terminologiques, l'analyse comparative des droits washingtonien et suisse sur le suicide médicalement assisté nous occupera un long moment. Cette analyse se fera en trois temps (Chapitre 2).

Dans un premier temps, nous commencerons par présenter le contexte historique de l'émergence du suicide médicalement assisté, d'abord à Washington avec l'adoption du *Washington Death with Dignity Act* et puis, en Suisse, avec l'article 115 de son code pénal. Dépourvue de loi fédérale régissant le suicide médicalement assisté, nous verrons comment en Suisse, divers acteurs se sont saisis du sujet et ont tenté de construire des balises ayant une certaine portée juridique.

Dans un deuxième temps, nous nous pencherons sur les conditions de fond de l'Etat de Washington et de la Suisse nécessaires pour accéder au suicide médicalement assisté. A cet égard, nous verrons les similitudes existant entre les deux Etats, mais aussi leurs divergences, en commençant par les conditions distinctes de l'Etat de Washington et en poursuivant ensuite avec les particularités suisses.

Pour clôturer ce chapitre, des explications sur le déroulement d'une procédure de suicide médicalement assisté dans l'un et l'autre Etat seront fournies. « Quel est le rôle du médecin ? », « Quel médicament est utilisé ? », « Y a-t-il d'autres intervenants ? » et, dans l'affirmative, « Quels sont leurs rôles ? », sont des questions auxquelles nous tenterons de répondre.

Nous aborderons ensuite dans un troisième chapitre relativement court, une critique existant à l'égard du suicide médicalement assisté en Suisse, le « tourisme de la mort ». Nous verrons à l'égard de qui précisément, pour quelles raisons et sur quel fondement une telle critique existe, mais aussi pourquoi l'Etat de Washington au contraire, y échappe (Chapitre 3).

Le droit belge sera lui aussi brièvement présenté en fin de travail, sur quelques points choisis pour leur dissemblance avec les modèles washingtonien et suisse. Ce dernier chapitre sera ainsi l'occasion de revenir sur des spécificités de notre droit national en matière de fin de vie sous l'angle de l'euthanasie et enfin, de brièvement synthétiser les points de comparaison brassés tout au long de ce travail (Chapitre 4).

Chapitre 1 : Distinction entre euthanasie et suicide médicalement assisté

Ce premier chapitre tend à clarifier les notions d' « euthanasie » et de « suicide médicalement assisté », plus particulièrement selon le sens donné, tantôt par le droit belge, tantôt par les droits suisse et washingtonien, qui font l'objet de ce travail. Dans un second temps, l'accent sera mis sur les distinctions entre euthanasie « active » et « passive » et euthanasie « volontaire » et « involontaire » d'une part, et entre « suicide assisté » et « suicide médicalement assisté » d'autre part.

Section 1 : Euthanasie

§1. Définition

Depuis le début du XXI^e siècle et dans certains pays uniquement, l'euthanasie fait partie du paysage juridique et médical des options de fin de vie, accessibles à ceux et à celles qui répondent à diverses conditions légalement prédéfinies. Toutefois, la légalisation de l'euthanasie est, à l'échelle mondiale, assez limitée. En effet, seuls cinq pays disposent d'une loi en la matière, la Belgique en faisant partie, mais aussi les Pays-Bas, le Luxembourg, le Canada¹ et plus récemment, l'Espagne où, le dix-huit mars dernier, le Parlement national a approuvé en grande majorité une loi autorisant l'euthanasie².

Eu égard à ces diverses législations nationales, l'euthanasie est sujette à maintes définitions qui néanmoins se recoupent. Elles rejoignent en effet l'idée qu'il s'agit d'« un médecin qui tue intentionnellement une personne par l'administration de drogues, à la demande volontaire et compétente de celle-ci »³.

Selon la loi luxembourgeoise du 16 mars 2009, il s'agit en effet de « l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci »⁴.

¹ J. NICOL, *Aide médicale à mourir : La législation dans certains Etats à l'extérieur du Canada*, Ottawa, Etude générale de la bibliothèque du Parlement du Canada, 23 octobre 2015, révisée le 29 novembre 2019, p. ii.

² E. DE BENITO, « España aprueba la ley de eutanasia y se convierte en el quinto país del mundo en regularla », disponible sur <https://elpais.com/sociedad/2021-03-18/espana-aprueba-la-ley-de-eutanasia-y-se-convierte-en-el-quinto-pais-del-mundo-en-regularla.html>, 18 mars 2021, consulté le 20 mars 2021.

³ L. RADBRUCH *et al.*, « Euthanasia and physician-assisted suicide : A white paper from the European Association for Palliative Care », *Palliative Medicine*, 2016, vol. 30, p. 112 [traduction libre].

⁴ Loi luxembourgeoise du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Mémorial A46*, 16 mars 2009, art. 1^{er}.

En droit canadien, le code criminel définit l'euthanasie comme étant « le fait pour un médecin ou un infirmier praticien d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort »⁵.

En Belgique, l'article 2 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie stipule qu'« il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci »⁶. Cet acte correspond à l'injection d'une substance euthanasiante délivrée par un pharmacien à la suite d'une prescription médicale⁷.

Ainsi, l'on peut induire de ces définitions qu'il est question d'un acte ayant pour but de conduire à la mort de la personne qui le demande, l'auteur de cet acte étant par ailleurs nécessairement un médecin dans notre pays (et non un infirmier). En effet, bien qu'il ne soit pas mentionné explicitement dans la définition belge comme étant le « tiers », il n'y aura pas d'infraction dans le seul cas où « le médecin qui pratique une euthanasie » respecte les conditions de fond et la procédure décrites dans la loi susmentionnée⁸.

§2. Euthanasie « active » ou « passive »

A ce stade, une première distinction doit être établie entre l'euthanasie dite « active » et l'euthanasie dite « passive », la loi belge de 2002 réglementant la pratique de l'euthanasie « active ». A nouveau, il n'existe pas une seule et unique définition de ces deux types d'euthanasie.

Somme toute, l'euthanasie active peut être comprise comme consistant à mettre volontairement fin aux jours d'un patient par un moyen quelconque (par exemple, une substance euthanasiante) et donc, de manière active⁹. *A contrario*, l'euthanasie passive est une pratique médicale qui consiste uniquement à ne plus soigner, c'est-à-dire à arrêter tout traitement, sans pour autant s'en remettre aux soins palliatifs¹⁰. En pratique, cela se fait, à titre d'exemples, par le biais de

⁵ Code criminel canadien, art. 241.1.

⁶ Loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *M.B.*, 22 juin 2002, art. 2.

⁷ *Ibidem*, art. 3bis.

⁸ *Ibidem*, art. 3.

⁹ School of Medicine of the University of Missouri, « Euthanasia », disponible sur <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/euthanasia#:~:text=Active%20euthanasia#:~:text=Active%20euthanasia%3A%20killing%20a%20patient,a%20ventilator%20or%20feeding%20tube,s.d.>, consulté le 9 février 2021.

¹⁰ M.-F. CALLU, « Les mots de la fin de vie : cessation de traitement, sédation, euthanasie active et passive, en quoi ces mots heurtent-ils notre droit français ? », *Gérontologie et Société*, 2004/03, n°108, p. 90.

l'enlèvement du ventilateur et/ou d'une sonde d'alimentation, qui permettai(en)t de maintenir le patient en vie...¹¹

§3. Euthanasie « volontaire » ou « involontaire »

Une seconde distinction est parfois opérée entre l'euthanasie dite « volontaire », réalisée avec le consentement du patient, à l'inverse de l'euthanasie « involontaire », qui se présente notamment lorsque le souhait du patient à ce sujet est inconnu du corps médical¹².

La loi belge du 28 mai 2002 régit en tout cas l'euthanasie qui a lieu « à la demande volontaire, réfléchie et répétée du patient »¹³. Soulignons d'ores et déjà que cette demande peut par ailleurs être anticipée. En effet, un patient peut attester dans un écrit son souhait qu'un médecin pratique une euthanasie pour le cas où il ne pourrait plus dans le futur manifester cette volonté¹⁴.

Section 2 : Suicide médicalement assisté

§1. Définition

En matière de fin de vie et à côté de l'euthanasie, une autre possibilité peut se présenter aux patients désirant voir se réaliser leur vœu de mourir : le suicide médicalement assisté, autorisé sous réserve du respect de plus ou moins nombreuses conditions selon le pays. Cette autre voie se distingue de l'euthanasie en ce que son principe est de permettre au patient de réaliser lui-même l'acte final lui donnant sa propre mort, contrairement à l'euthanasie belge notamment, accomplie par la main d'un tiers, le médecin¹⁵.

Sujet lui aussi à maintes définitions, le suicide médicalement assisté (*physician-assisted suicide*) est néanmoins généralement présenté comme visant la situation d'« un médecin qui aide intentionnellement une personne à mettre fin à sa vie en prescrivant des médicaments à administrer par elle-même, à la demande volontaire et compétente de celle-ci »¹⁶.

¹¹ School of Medicine of the University of Missouri, « Euthanasia », disponible sur <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/euthanasia#:~:text=Active%20euthanasia#:~:text=Active%20euthanasia%3A%20killing%20a%20patient,a%20ventilator%20or%20feeding%20tube,s.d.,> consulté le 9 février 2021.

¹² *Ibidem*.

¹³ Loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, précitée, art. 3, §1^{er}, 2^e tiret.

¹⁴ *Ibidem*, art. 4, §1^{er}.

¹⁵ E. C. GOLIGHER *et al.*, « Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Intensive Care Unit : A Dialogue on Core Ethical Issues », *Critical Care Medicine*, 2017, vol. 45, n°2, p. 150.

¹⁶ L. RADBRUCH *et al.*, *op. cit.*, p. 109 [traduction libre] ; voy. aussi S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, « Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide », *British Medical Journal*, février 2007, vol. 334,

Le *Washington Death with Dignity Act* rejoint cette définition. Bien qu'il ne contienne en lui-même aucune définition explicite en sa section 1, on déduit de sa section 2 qu'elle correspond à « l'auto-administration par un patient de médicaments pour mettre fin à ses jours de façon digne et humaine », médicaments dont il est précisé qu'ils sont prescrits par le médecin traitant du patient¹⁷.

Néanmoins, il nous faut souligner le fait que l'expression « *(physician-)assisted suicide* » n'est employée nulle part en tant que telle dans le texte de loi, ni même dans son intitulé, qui se traduit littéralement « La loi de Washington sur la Mort dans la Dignité »¹⁸. *A contrario*, la section 18 stipule que « les actions menées conformément à ce chapitre ne constituent pas à quelque fin que ce soit, un suicide assisté. Les rapports de l'Etat ne feront pas référence aux pratiques dans le cadre de ce chapitre comme “ suicide ” ou “ suicide assisté ”, mais comme “ l'obtention et l'auto-administration de médicaments visant à mettre fin à la vie ” »¹⁹. La section 25 stipule également que « rien dans ce chapitre ne peut être interprété comme tolérant, autorisant ou approuvant le meurtre par compassion (ou le suicide assisté par un médecin), l'injection mortelle ou l'euthanasie active »²⁰. Toutefois dans l'état actuel du *Washington Death with Dignity Act*, le terme « suicide assisté » a été littéralement barré du corps de texte de cette section 25...²¹

Le même constat s'observe pour l'*Oregon Death with Dignity Act*²². Le guide à destination des professionnels de la santé relatif à ce dernier fournit néanmoins quelques explications qu'il est possible de transposer à la loi de Washington. Il souligne en effet l'existence « d'une controverse concernant les termes pour décrire les dispositions de la Loi de l'Oregon sur la Mort dans la Dignité. “ Le suicide médicalement assisté ” ou “ la mort médicalement assistée ” sont des termes utilisés dans la littérature médicale et bioéthique pour désigner un médecin qui fournit des informations ou des moyens à un patient pour mettre fin à sa propre vie. La loi de l'Oregon stipule spécifiquement que l'ingestion d'une dose mortelle de médicaments en vertu de la loi de l'Oregon n'est pas considérée comme un suicide. Pour se conformer avec les définitions statutaires, le Département des Services Humains n'utilise plus les termes “ suicide

n°7588, p. 295 ; G. BOSSHARD, S. FISHER et W. BÄR, « Open regulation and practice in assisted dying : How Switzerland compares with the Netherlands and Oregon », *Swiss Medical Weekly*, 2002, vol. 132, p. 527.

¹⁷ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), sec. 2 et 4 (k) et (l) [traduction libre].

¹⁸ *Ibidem* [traduction libre].

¹⁹ *Ibidem*, sec. 18 [traduction libre].

²⁰ *Ibidem*, sec. 25 [traduction libre].

²¹ *Ibidem*.

²² Oregon State, *The Oregon Death with Dignity Act* (1997).

médicalement assisté pour décrire cette pratique ». Dans ce guide, on utilise les termes “ *Oregon Death with Dignity Act* ” »²³.

Pour l’Association américaine de santé publique, il est préférable de parler d’« *aid in dying* » que de « *physician-assisted suicide* »²⁴.

En Suisse, selon l’Académie Suisse des Sciences Médicales, font partie de l’assistance au suicide « les actes accomplis dans l’intention de permettre à une personne de mettre fin à ses jours, notamment la prescription ou la délivrance de médicaments à des fins de suicide »²⁵. La notion de « suicide accompagné » est également utilisée par certaines associations suisses pour le droit de mourir. Concrètement, cette expression est synonyme de suicide assisté si ce n’est qu’elle inclut une dimension d’« accompagnement de fin de vie »²⁶.

« Suicide assisté », « aide au suicide », « suicide accompagné » ou encore « assistance au suicide » sont autant de notions utilisées en Suisse qui désignent, *in fine*, la même pratique.

En raison de la controverse sur la terminologie à employer existant aux Etats-Unis (voy. *supra* n°18 à 23) et à la multitude d’expressions utilisées en Suisse, il nous a semblé préférable de retenir une seule notion pour désigner cette pratique de fin de vie. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, nous emploierons l’expression « suicide médicalement assisté ». Ce choix est motivé par plusieurs raisons : outre le fait qu’il tend à faciliter la compréhension de l’analyse comparative, il est cohérent avec la précédente définition (voy. *supra* n°16) à laquelle les pratiques washingtonienne et suisse correspondent (voy. *infra* Chapitre 2, section 3). Par ailleurs, ce choix s’aligne avec la terminologie employée par des nombreux auteurs de la littérature et de la doctrine²⁷. Il arrivera néanmoins assez fréquemment qu’une autre

²³ Task Force to Improve the Care of the Terminally Ill, *The Oregon Death with Dignity Act : A Guidebook for Health Care Professionals*, The Center for Ethics in Health Care, Oregon Health & Science University, mars 1998, révisé en 2008, point 1 [traduction libre].

²⁴ American Public Health Association, « Patients’ Rights to Self-Determination at the End of Life », disponible sur <https://www.apha.org/Policies-and-Advocacy/Public-Health-Policy-Statements/Policy-Database/2014/07/29/13/28/Patients-Rights-to-Self-Determination-at-the-End-of-Life>, 28 octobre 2008, consulté le 17 février 2021.

²⁵ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l’attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 25.

²⁶ DIGNITAS, *Brochure d’informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 12 ; voy. aussi EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 4.

²⁷ Citons entre autres : S. HOFFMAN, « Euthanasia and Physician-Assisted Suicide : A Comparison of E.U. and U.S. Law », *Syracuse Law Review*, 2013, vol. 63, n°3, pp. 393 et 394 ; voy. aussi L. RADBRUCH *et al.*, *op. cit.*, pp. 105 et 106 ; G. B. ZULLIAN, « Assistance au suicide en Suisse : La loi et la pratique face à l’éthique »,

terminologie soit utilisée lorsqu'il s'agira de citer ou de mentionner le contenu de certaines sources.

§2. « Suicide assisté » et « suicide médicalement assisté »

Le système suisse de l'assistance au suicide conduit à prendre en considération et à questionner la différence entre le « suicide assisté » et le « suicide médicalement assisté », à travers l'article 115 de son Code pénal. Celui-ci stipule que « celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire »²⁸.

Cet article, point de départ de la décriminalisation du suicide assisté, appelle deux commentaires : outre le fait qu'il nous apprend la nécessaire condition de l'absence d'un mobile égoïste sur laquelle nous reviendrons (voy. *infra* Chapitre 2, section 2, §3, A), il n'exige aucunement l'implication d'un médecin. Autrement dit, cette disposition ne requiert pas que l'auteur du suicide assisté exerce la profession de médecin, mais vise n'importe quel tiers (« celui qui ») qui prête assistance au suicide²⁹.

Les recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales le confirment d'ailleurs en stipulant que « l'assistance au suicide n'est pas un acte médical auquel les patients peuvent prétendre ; il s'agit toutefois d'un acte admissible du point de vue juridique, (nous soulignons) pouvant être réalisé par le médecin ». Elles ajoutent encore qu'« aux termes de l'article 115 du Code pénal, l'assistance au suicide n'est pas punissable lorsqu'elle intervient sans mobile égoïste. Cette règle s'applique (nous soulignons) à tout individu »³⁰.

De ce fait, le droit pénal suisse dépénalise le suicide assisté altruiste, au sens large du terme, en ce qu'il inclut effectivement le suicide médicalement assisté, mais n'en fait pas pour autant l'hypothèse exclusive de son application pratique. Aucun statut particulier n'est accordé au médecin : celui-ci bénéficie de la même latitude que n'importe quel citoyen en matière d'assistance au suicide³¹.

InfoKara (Revue Internationale Francophone de Soins palliatifs), 2008/1, vol. 23, p. 28 ; S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, *op. cit.*, p. 295 ; G. BOSSHARD, S. FISHER et W. BÄR, *op. cit.*, p. 527.

²⁸ Code pénal suisse, art. 115.

²⁹ S. A. HURST et A. MARON, « Assisted suicide and euthanasia in Switzerland : allowing a role for non-physicians », *British Medical Journal*, 2003, vol. 326, p. 271.

³⁰ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 25.

³¹ S. A. HURST et A. MARON, *op. cit.*, pp. 271 et 272.

Par conséquent, le suicide assisté est avant tout perçu comme un acte citoyen et non comme une intervention médicale³². Ceci explique la considération selon laquelle l'approche de la mort en Suisse est bien moins médicalisée que dans d'autres Etats³³. Certains vont même jusqu'à employer l'expression de « modèle légal non-médical »³⁴.

Néanmoins, dans le cadre de ce mémoire, afin d'établir une comparaison pertinente avec l'Etat de Washington, les hypothèses de suicide assisté en Suisse qui n'exigent pas une certaine condition médicale et ne font pas intervenir un médecin à des fins de prescription ont été mises de côté. C'est pourquoi l'expression « suicide médicalement assisté »³⁵ est bien plus adéquate et s'impose. C'est d'autant plus logique que l'assistance au suicide fournie par un médecin *via* prescription de médicaments est celle qui fait l'objet d'un plus grand effort de réglementation en Suisse (voy. *infra* Chapitre 2, section 1, §2).

³² S. BLOUIN, « Fin de vie : ce que la Suisse et le Canada nous apprennent sur l'aide à mourir », disponible sur <https://theconversation.com/fin-de-vie-ce-que-la-suisse-et-le-canada-nous-apprennent-sur-laide-a-mourir-97808>, 6 juin 2018, consulté le 20 février 2021.

³³ *Ibidem*.

³⁴ L. RADBRUCH *et al.*, *op. cit.*, p. 109.

³⁵ *Ibidem*, p. 105.

Chapitre 2 : Le suicide médicalement assisté dans l'Etat de Washington versus en Suisse

Ce deuxième chapitre constitue la partie centrale de ce mémoire puisqu'il porte à proprement parler sur l'analyse comparative du suicide médicalement assisté dans l'Etat de Washington et en Suisse. Dans les grandes lignes, nous aborderons dans un premier temps les différentes sources régissant le suicide médicalement assisté de part et d'autre, ainsi que leur contexte d'émergence et les difficultés qu'elles ont soulevées. Une deuxième section sera dédiée à l'analyse des principales conditions de fond, tout d'abord communes à l'Etat de Washington et à la Suisse, à savoir les conditions d'âge et de résidence, de capacité à prendre des décisions, de maladie et/ou de souffrance, de demande et enfin, d'accomplissement de l'acte final par le malade. Ensuite, les conditions d'abord propres à l'Etat de Washington et puis, à la Suisse, seront explicitées. La procédure à respecter constituera la troisième et dernière section. Etant donné le panel d'informations existant à ce sujet, nous nous limiterons à exposer les critères de fond et aspects procéduraux les plus importants.

Section 1 : Contexte et sources

§1. De l'initiative 119 à l'adoption du Washington Death with Dignity Act

A. Une initiative citoyenne comme élément déclencheur

C'est à la date du 5 novembre 1991 que la première initiative citoyenne concernant l'Aide à Mourir (« *Aid-in-Dying* ») voit le jour à Washington. Cette dernière met sur la table une proposition qui consiste à autoriser un médecin à pratiquer une euthanasie et à assister le suicide d'un patient si ce dernier est conscient, compétent et n'a plus que six mois à vivre, selon l'avis de deux médecins³⁶. S'ensuivent alors des débats houleux autour de la question suivante : « Les patients adultes en phase terminale sont-ils autorisés à demander et à recevoir une aide à la mort de la part d'un médecin ? »³⁷.

Cette première tentative de légalisation se soldera par un échec, les votes annonçant un résultat serré de cinquante-quatre pourcents de votes défavorables contre quarante-six pourcents favorables³⁸. Selon une étude menée à l'époque par le *New York Times*, les raisons de cet insuccès exprimées par la population sont multiples. Citons, entre autres, la crainte de la

³⁶ S. G. POST, « A Postmortem on Initiative 119 », *Health Progress*, janvier-février 1992, p. 70.

³⁷ Washington Physician-Assisted Death Initiative 119 (1991).

³⁸ S. G. POST, *op. cit.*, p. 70.

difficulté d'application du critère des six mois à vivre en pratique, que ce choix se fasse davantage dans l'intérêt de la famille et des proches que du patient lui-même, mais aussi que cet acte soit pratiqué alors même que la douleur est en réalité supportable...³⁹

B. Washington v. Glucksberg

Il faut attendre l'affaire *Glucksberg* pour que se relance le débat autour de la fin de vie à Washington. Cinq docteurs, dont Harold Glucksberg, trois patients en phase terminale et l'organisation *Compassion in Dying* sont à l'initiative de l'action intentée devant le tribunal de district fédéral⁴⁰. Cette dernière entend dire pour droit que l'interdiction d'assistance au suicide contenue dans le Code criminel de l'Etat de Washington est inconstitutionnelle, soit contraire au Quatorzième Amendement de la Constitution américaine⁴¹. La loi contenant l'interdiction stipulait qu'est coupable « toute personne qui encourage une tentative de suicide lorsqu'il ou elle provoque ou aide sciemment une autre personne à tenter de se suicider »⁴².

Le tribunal, en s'appuyant en effet sur le Quatorzième Amendement de la Constitution américaine⁴³, soutient l'existence d'une violation, non seulement du droit à la procédure régulière (« *the due process liberty* ») mais aussi des garanties de protection égale (« *equal protection guarantees* »), qui doivent pourtant être protégés. Avant d'en arriver à un tel raisonnement, le tribunal a dû déterminer si l'Etat de Washington faisait peser, par cette interdiction, une charge substantielle sur les droits des individus selon la norme de charge excessive (« *undue burden standard* ») dégagée dans l'affaire *Casey*⁴⁴. A cet égard, l'Etat invoquait le fait que cette interdiction poursuivait, à ses yeux, un but légitime : celui d'empêcher le suicide, des influences et des abus injustifiés. Toutefois, le tribunal a rétorqué que cet argument n'était pas convaincant, précisément dans des cas de patients en phase terminale et en situation de grande souffrance⁴⁵.

³⁹ X, « The Voters' Anguish Over Death », *New York Times*, 9 novembre 1991, p. 22.

⁴⁰ U.S. District Court, *Compassion in Dying v. State of Washington*, 850 F. Supp. 1454 (1994).

⁴¹ B. Bix, « Physician Assisted Suicide and the United States Constitution », *The Modern Law Review*, mai 1995, vol. 58, n°3, pp. 404 et 405.

⁴² Washington Criminal Code, § 9A.36.060.

⁴³ U.S. Constitution, amend. XIV, sec. 1^{ère}, libellé comme suit : «No State shall make or enforce any law which shall abridge the privileges and immunities of citizens of the United States; nor shall any State deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law; nor deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws.»

⁴⁴ U.S. Supreme Court, *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833 (1992), §874.

⁴⁵ U.S. District Court, *Compassion in Dying v. State of Washington*, 850 F. Supp. 1454 (1994), précité, §1462 à 1466 ; voy. aussi R. M. HARDAWAY, M. K. PETERSON et C. MANN, « Right to die and the Ninth Amendment : Compassion and Dying after *Glucksberg* and *Vacco* », *George Mason Law Review*, 1999, vol. 7, n°313, p. 336.

Les juges de la Cour d'appel confirmeront que cette interdiction viole la *Due Process Clause* mais ne se prononceront pas sur une éventuelle violation de l'*Equal Protection Clause*⁴⁶. La *Due Process Clause* (clause de procédure régulière) qui prévoit que l'Etat ne peut priver une personne de liberté sans procédure régulière, a par ailleurs déjà été utilisée pour reconnaître certains droits, notamment le droit d'avorter⁴⁷.

En 1997, l'affaire arrive enfin à la Cour suprême, laquelle doit se prononcer sur la question de savoir si la *Due Process Clause* du Quatorzième Amendement protège ou non un droit fondamental au suicide médicalement assisté⁴⁸. Pour ce faire, la Cour procède à un raisonnement en trois temps : un rappel de l'historique du suicide assisté aux Etats-Unis, une analyse de la *Due Process Clause* et enfin, une analyse des intérêts légitimes gouvernementaux.

Tout d'abord, la Cour suprême se penche sur la question de savoir si ce droit est ancré dans l'histoire et dans les traditions de la nation. Par deux éléments de réponse, la Cour suprême arrive à la conclusion que ce n'est pas le cas en l'espèce : d'une part, en soulignant que l'interdiction du suicide assisté existe dans pratiquement tous les Etats d'Amérique (à cette époque) et d'autre part, en rappelant que cette interdiction fait partie d'une tradition de l'*Anglo-American Common Law* nous ramenant à la période coloniale⁴⁹. En décider autrement reviendrait à « renverser des siècles de doctrine et de pratique juridiques »⁵⁰.

En parallèle, la Cour analyse si ce supposé droit est suffisamment particulier, étroit et soigneusement décrit. Elle estime que le droit au suicide assisté tel que revendiqué par Glucksberg ne répond à aucune de ces exigences⁵¹.

Lors de ces deux premières étapes, la Cour fait plusieurs fois référence à l'affaire *Cruzan v. Director* à l'appui de son argumentation. La Cour y avait décidé qu'une personne qui dispose de toutes ses facultés mentales peut refuser un traitement médical la maintenant en vie, tout en excluant le recours à une aide active pour mourir et ce, sur base du Quatorzième Amendement⁵². En se référant à cette jurisprudence, la Cour insiste sur le fait que non seulement le droit fondamental de refuser un médicament qui peut sauver la vie, reconnu dans *Cruzan*, est un droit

⁴⁶ U.S. Court of Appeals (Ninth Circuit), *Compassion in Dying v. State of Washington*, 79 F.3d 790 (1996).

⁴⁷ U.S. Supreme Court, *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833 (1992), précité, §813 et 814 ; voy. aussi B. BIX, *op. cit.*, p. 405.

⁴⁸ U.S. Supreme Court, *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997), §723.

⁴⁹ *Ibidem*, §710 à 716.

⁵⁰ *Ibidem*, §723 [traduction libre].

⁵¹ *Ibidem*, §720 et 721.

⁵² U.S. Supreme Court, *Cruzan v. Director*, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990), §279.

plus étroit que le droit général de mourir, mais aussi qu'il est, quant à lui, véritablement ancré dans l'histoire et les traditions de la nation⁵³.

Puisqu'il n'y a pas de droit fondamental en jeu selon les précédentes considérations, la Cour applique alors le test de rationalité à la loi qui consiste à vérifier si la loi prohibant le suicide assisté est rationnellement justifiée par des intérêts légitimes de l'Etat. La Cour suprême en relève alors six : préserver la vie humaine, empêcher le suicide considéré comme un sérieux problème de santé publique, éviter l'implication de tiers usant d'une influence arbitraire, injuste ou induite, protéger l'intégrité et l'éthique de la profession médicale, protéger des groupes vulnérables souhaitant épargner à leur famille les coûts médicaux de leur maladie et enfin, la crainte que cette légalisation amène à des euthanasies involontaires⁵⁴. Considérant que ces précédents intérêts d'Etat étaient convaincants et servaient des fins légitimes, il n'y avait nullement besoin d'effectuer une balance de ceux-ci avec la charge pesant sur les individus⁵⁵. C'est ainsi que, selon la majorité des juges, la loi de Washington qui interdit le suicide médicalement assisté ne viole pas le Quatorzième Amendement sur base duquel un droit fondamental à l'aide au suicide ne peut donc être reconnu⁵⁶.

C. L'initiative 1000 et « l'après »

Le 4 novembre 2008, soit dix-sept ans après la première initiative populaire, les électeurs de Washington, sans doute influencés par l'Oregon, premier Etat à accueillir une loi sur le suicide médicalement assisté, procèdent à nouveau à une initiative populaire⁵⁷. Cette fois-ci, avec 57,9 pourcents des votes, elle aboutit à l'adoption du *Washington Death with Dignity Act*⁵⁸.

Voici brièvement comment l'Etat de Washington, après un parcours on ne peut plus laborieux, est entré dans l'histoire de la légalisation du suicide médicalement assisté aux Etats-Unis. A ce jour, sept Etats des Etats-Unis d'Amérique ont rejoint l'Oregon et Washington, en possédant une législation autorisant une forme d'assistance médicale au suicide : le Vermont, la Californie, le Colorado, le District de Columbia, Hawaï, le Maine et le New Jersey⁵⁹.

⁵³ U.S. Supreme Court, *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997), précité, §722 à 725.

⁵⁴ *Ibidem*, §728 à 733.

⁵⁵ *Ibidem*, §735.

⁵⁶ *Ibidem*, §736 à 792.

⁵⁷ Washington Physician-Assisted Death Initiative 1000 (2008).

⁵⁸ E. STUMP, « The Death with Dignity Act Makes Assisted Suicide Legal in Washington », *Brain&Life*, janvier/février 2009, disponible sur <https://www.brainandlife.org/the-magazine/january-february-2009/#>, consulté le 22 février 2021.

⁵⁹ J. NICOL, *op. cit.*, p. 1.

Ainsi, l'analyse comparative qui suivra dans les prochaines sections prendra appui, pour l'Etat de Washington, sur une seule et unique source légale, le *Washington Death with Dignity Act*, resté inchangé depuis son adoption en 2008 (contrairement à l'*Oregon Death With Dignity Act*, ayant fait l'objet en 2020 d'un amendement⁶⁰).

§2. L'acceptation suisse depuis 1942 espace ?

A. Vide législatif

« Le cadre légal suisse a ceci de particulier que le suicide assisté repose plus sur une tolérance que sur un texte de loi »⁶¹, selon Dominique GROUILLE, médecin au CHU de Limoges. Ce propos, tenu dans un article dédié à comparer différentes options de fin de vie, s'explique majoritairement par l'absence de législation fédérale régissant spécifiquement le suicide assisté en Suisse⁶².

En effet, au niveau fédéral, seul le Code pénal suisse incrimine explicitement l'euthanasie en son article 114 et l'aide au suicide en son article 115, à moins que celle-ci ne soit réalisée sans mobile égoïste⁶³. Cet article constitue d'ailleurs le point de départ de l'acceptation du suicide assisté « altruiste » depuis son entrée en vigueur en 1942⁶⁴.

L'article 28 du Code civil assurant la protection de l'intégrité physique précise tout au plus que « celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité peut agir en justice pour sa protection contre toute personne qui y participe. Une atteinte est illicite, à moins qu'elle ne soit justifiée par le consentement de la victime (...) »⁶⁵.

La législation ayant toujours été relativement silencieuse en matière d'assistance au suicide, plusieurs demandes de révision des dispositions du Code pénal ont vu le jour, notamment en 2006. Celles-ci étaient initiées par le rapport du Département fédéral de justice et de police intitulé « Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ? » qui posait la question de l'élargissement de l'aide au suicide et de la dépénalisation de l'euthanasie active en Suisse⁶⁶.

⁶⁰ *Ibidem*, pp. 3 et 6 ; voy. aussi The Oregonian Politics Team, « New law shortens 'Death with Dignity' waiting period for some patients », disponible sur <https://www.oregonlive.com/politics/2019/07/new-law-shortens-death-with-dignity-waiting-period-for-some-patients.html>, 24 juillet 2019, consulté le 25 février 2021.

⁶¹ D. GROUILLE, « Fin de vie : les options belge, suisse et orégonaise », *La revue du praticien*, janvier 2019, vol. 69, p. 27.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ Code pénal suisse, art. 114 et 115.

⁶⁴ L. RADBRUCH *et al.*, *op. cit.*, p. 106.

⁶⁵ Code civil suisse, art. 28.

⁶⁶ Département fédéral de justice et de police, *Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ?*, Rapport du 24 avril 2006.

Ce n'est qu'en 2008 que le Conseil fédéral charge ce Département de se prononcer, en début d'année 2009, sur la nécessité d'adopter des dispositions législatives spécifiques en la matière. C'est ainsi que le 15 mai 2009, le Département fédéral de justice et de police témoigne dans un rapport, d'une part de son inquiétude envers la pratique des organisations d'assistance au suicide et d'autre part, de sa position favorable à une législation fédérale visant à réduire le nombre de cas de l'assistance organisée au suicide, par le biais, soit d'une loi spéciale, soit d'une modification de l'article 115 du Code pénal⁶⁷.

A l'issue de ce débat national long de plusieurs années, le Conseil fédéral finit par partager dans les médias le 29 juin 2011, sa décision de ne pas proposer de normes pénales spécifiques sur l'assistance organisée au suicide aux motifs que « cela donnerait un statut légal aux organisations d'assistance au suicide », que « la disposition serait très mal acceptée par les milieux médicaux », mais encore que « l'interdiction du “ mobile égoïste ” inscrite dans le Code pénal permet déjà de réprimer les abus financiers que pourraient commettre les organisations d'assistance au suicide » et enfin, que « les moyens qu'offre aujourd'hui la législation suffisent pour combattre d'éventuels abus »⁶⁸.

A la suite de cet échec de révision et au vide législatif toujours présent, certains cantons ont alors fait usage de leur compétence cantonale en matière de santé, afin d'adopter leurs propres lois sur le suicide médicalement assisté⁶⁹. C'est ainsi qu'en 2012 et en 2014, les cantons de Vaud et de Neuchâtel ont été les premiers à obliger les institutions reconnues d'intérêt public, telles que les établissements médico-sociaux (EMS) et les hôpitaux, à accepter et respecter la demande et la tenue d'une assistance au suicide d'un patient ou d'un résident en leur sein dont le retour à domicile était impossible, après vérification d'une série de conditions⁷⁰. Ils ont été ensuite rejoints par le canton de Genève qui oblige ses établissements médicaux privés et publics (EMMP) et ses établissements médico-sociaux (EMS) à faire de même depuis 2018⁷¹. Plus surprenant encore, bien qu'aucune législation cantonale ne l'y oblige, l'hôpital du Valais

⁶⁷ Département fédéral de justice et de police, *Assistance organisée au suicide : examen approfondi des solutions envisageables et de la nécessité d'une nouvelle réglementation fédérale*, Rapport du 15 mai 2009, pp. 6 à 10 et 23 à 32.

⁶⁸ Département fédéral de police et de justice, « Assistance au suicide : renforcer le droit à l'auto-détermination », disponible sur <https://www.bj.admin.ch/ejpd/fr/home/actualite/news/2011/2011-06-29.html>, 29 juin 2011, consulté le 3 mars 2021.

⁶⁹ J. WACKER, « Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse », *Etudes sur la mort - Revue de la Société de Thanatologie*, 2016/2, n°150, p. 86.

⁷⁰ Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique du canton de Vaud, art. 27d ; Loi du 6 février 1995 de santé du canton de Neuchâtel, art. 35a.

⁷¹ Loi du 7 avril 2006 sur la santé du canton de Genève, art. 39A.

a pris l'initiative en 2016 d'adopter une directive institutionnelle sur « le traitement des demandes d'assistance au suicide »⁷².

La Suisse compte vingt-six cantons, mais la grande majorité d'entre eux ont préféré ne pas légiférer en la matière, laissant ainsi les potentiels praticiens et demandeurs sans référence législative, à l'exception des quelques articles du Code pénal susmentionnés qui autorisent le suicide assisté « altruiste » sans en énoncer davantage sur d'autres éventuelles conditions et sur une quelconque procédure⁷³.

B. Apports jurisprudentiels

Dans ce contexte législatif flou, la jurisprudence, tantôt suisse, tantôt européenne, a été amenée à se prononcer sur la pratique du suicide médicalement assisté en Suisse.

Le 3 novembre 2006, le tribunal fédéral suisse s'est penché sur la situation d'un homme souffrant depuis plusieurs années d'un trouble affectif bipolaire sévère, lequel l'avait amené à faire deux tentatives de suicide. Après être devenu membre de DIGNITAS, il a adressé une demande à l'Office fédéral de la santé et à la direction du canton de Zurich afin d'obtenir, pour mettre fin à sa vie, du pentobarbital de sodium, mais sans avoir obtenu de prescription médicale au préalable. A l'appui de sa demande, il invoquait l'intervention de DIGNITAS mais surtout, le droit de mettre fin à sa vie, sans risque et sans douleur, sur pied de l'article 8, paragraphe 1 de la Convention européenne des droits de l'homme⁷⁴, et de la liberté personnelle garantie par l'article 10, paragraphe 2 de la Constitution suisse⁷⁵. Cette demande lui a été refusée, au motif qu'une substance psychotrope ne peut être délivrée en pharmacie que sur prescription médicale⁷⁶.

Dans la première partie de sa décision, le tribunal s'attarde à répondre à l'argument du requérant selon lequel, en vertu de la législation en vigueur sur les remèdes et les stupéfiants, il est déjà possible de délivrer du pentobarbital de sodium sans prescription médicale.

En effet, souligne le tribunal, l'article 24, §1, a) de la loi sur les produits thérapeutiques invoqué par le requérant prévoit que le pharmacien peut, s'il a un contact direct avec la personne

⁷² Hôpital du Valais, *Directive institutionnelle* : « *Le traitement des demandes d'assistance au suicide* », 2016.

⁷³ D. MONTARIOL, « L'assistance au suicide en Suisse : Un droit controversé », *Médecine&Droit*, juillet-août 2008, vol. 2008, n°91, p. 106 ; voy. aussi M. POTT et S. CAVALLI, « Le suicide assisté en Suisse sous l'angle de la déprise », *Gérontologie et société*, 2020, vol. 42, n°163, p. 114.

⁷⁴ Conv. E.D.H., art. 8, §1, libellé comme suit : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ».

⁷⁵ Constitution fédérale suisse, art. 10, §2, libellé comme suit : « Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement ».

⁷⁶ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006.

concernée, délivrer des médicaments soumis à prescription médicale sans ordonnance dans des cas exceptionnels justifiés⁷⁷. De fait, selon le tribunal, une prescription médicale peut être abandonnée lorsque le patient se trouve dans une situation d'urgence, en précisant toutefois que l'« urgence » renvoie à « l'impossibilité dans le temps d'obtenir une prescription, et non à l'impossibilité pour un médecin, faute d'indications médicales, d'en délivrer une »⁷⁸.

Quant à l'article 48, §1 de l'Ordonnance du 29 mai 1996 relatif aux stupéfiants et aux substances psychotropes, celui-ci rend les conditions de l'urgence et de l'impossibilité d'obtenir une prescription, cumulatives. Autrement dit, « en cas d'urgence et s'il est impossible d'obtenir la prescription d'un médecin, le pharmacien peut exceptionnellement délivrer sans ordonnance le plus petit emballage commercialisé d'un stupéfiant »⁷⁹. Le tribunal poursuit encore qu'« il résulte de l'obligation d'information du médecin que la délivrance sans ordonnance ne peut toujours avoir lieu qu'en cas de nécessité médicale. Il n'y en a pas dans le cas du plaignant, étant donné qu'il n'existe pas d'état aigu mettant en danger la vie et qu'il n'y a pas de risque d'autres atteintes à la santé ; il est possible et raisonnable pour le plaignant de consulter un médecin »⁸⁰.

Après avoir ainsi confirmé l'obligation de prescription dans le cadre d'un suicide médicalement assisté, le tribunal va dans un second temps consacrer, pour la première fois, le droit de chacun de décider de sa propre mort en proclamant que « le droit à l'autodétermination au sens de l'article 8, paragraphe 1, de la CEDH comprend également le droit de décider de la nature et du moment de la fin de sa vie ; au moins dans la mesure où l'intéressé est en mesure de le faire librement et d'agir en conséquence »⁸¹. A cet égard toutefois, « la restriction liée à l'obligation de prescription du pentobarbital de sodium ne pourrait être considérée comme contraire à la Constitution ni à la Convention »⁸².

Par ces arguments, le tribunal rejette dès lors le recours. C'est également à l'occasion de cet arrêt, que le tribunal s'est prononcé sur les conditions de fond du suicide assisté à respecter, sur lesquelles nous reviendrons à la section 2 de ce chapitre⁸³.

⁷⁷ Loi fédérale suisse du 15 décembre 2000 sur les médicaments et dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques), *RO 2001 2790*, art. 25, §1, a), B.

⁷⁸ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §4.2.1 [traduction libre].

⁷⁹ Ordonnance du 29 mai 1996 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes, *RO 1996 1679*, 1 juillet 1996, art. 48, §1^{er}. Ce texte n'est désormais plus en vigueur.

⁸⁰ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §4.2.2 [traduction libre].

⁸¹ *Ibidem*, §6.1 [traduction libre].

⁸² *Ibidem*, §6.3 [traduction libre].

⁸³ *Ibidem*, §6.3.4.

Au niveau européen, deux décisions relatives au suicide médicalement assisté impliquant la Suisse ont été rendues par la Cour européenne des droits de l'homme. Il s'agit d'*Haas c. Suisse* d'une part, et de *Gross c. Suisse* d'autre part.

L'affaire *Haas c. Suisse* correspond en fait au recours introduit par le requérant de l'affaire BGE 133 I 58 précitée du tribunal fédéral, cette fois-ci devant la Cour Européenne des droits de l'homme. La Cour s'y attache à déterminer si « en vertu de l'article 8 de la Convention, l'Etat doit faire en sorte que le requérant puisse obtenir une substance létale, le pentobarbital sodique, sans ordonnance médicale, par dérogation à la législation, afin de se suicider sans douleur et sans risque d'échec »⁸⁴. La question ne porte donc pas sur un droit de décider de sa propre mort, garanti par l'article 8, mais sur une obligation positive pour l'Etat de prendre les mesures nécessaires permettant un suicide dans la dignité⁸⁵. La Cour finit par décider d'une non-violation de l'article 8⁸⁶ sur base de plusieurs éléments : l'absence de consensus au sein des Etats membres du Conseil de l'Europe sur le droit même de décider de sa propre mort, l'objectif légitime poursuivi par l'obligation de prescription médicale, à savoir l'évitement de décisions anticipées et d'abus, et enfin, l'accès effectif du requérant à une expertise médicale qui aurait permis l'obtention de pentobarbital sodique si elle avait été concluante⁸⁷.

Deux ans plus tard, la Cour européenne des droits de l'homme se penche cette fois sur le cas d'Alda Gross, une dame âgée de quatre-vingts ans, qui souhaite obtenir prescription d'une substance létale pour mettre fin à ses jours. Ne souffrant d'aucune maladie physique ni mentale particulière, elle avait invoqué, auprès des différents médecins suisses auxquels elle s'était adressée, le fait qu'elle voulait éviter de souffrir du déclin de ses facultés physiques et mentales. N'ayant essuyé que des refus (justifiés par son bon état de santé), Madame Gross avait alors introduit un recours devant la Cour suprême suisse en invoquant une violation de l'article 8 de la Convention. Le rejet de son recours l'a amenée à saisir la Cour de Strasbourg⁸⁸.

Cette dernière devait alors se prononcer « si l'Etat a émis des lignes directrices suffisantes pour définir si et – dans l'affirmative – dans quelles circonstances les médecins étaient autorisés à établir une ordonnance médicale à une personne dans la situation de la requérante »⁸⁹.

La Cour conclut en la violation de l'article 8 sur base d'un raisonnement directement lié à l'absence de directives claires de la part de l'Etat et au défaut de qualité de la loi. En effet, selon

⁸⁴ Cour eur. D.H. (1^{ère} section), arrêt *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, §52.

⁸⁵ *Ibidem*, §53.

⁸⁶ *Ibidem*, §61.

⁸⁷ *Ibidem*, §55 à 59.

⁸⁸ Cour eur. D.H. (2^e section), arrêt *Gross c. Suisse*, 14 mai 2013, §6 à 21.

⁸⁹ *Ibidem*, §63.

les juges, l'état d'anxiété de Madame Gross découlant des circonstances incertaines dans lesquelles les médecins sont habilités à délivrer une telle ordonnance résultent de l'incertitude du code pénal suisse lui-même, ainsi que du flou qui entoure la force juridique des directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. Etant déterminées par une organisation non gouvernementale, ces directives ne pouvaient de fait jouir de la qualité de loi selon la Cour. Cette incertitude autour des conditions d'obtention du produit létal aurait ainsi créé un préjudice moral constitué par un état d'angoisse et violé le droit au respect de la vie privée de la requérante⁹⁰.

Par conséquent, les apports de ces arrêts peuvent être sensiblement résumés comme suit : le droit de décider de sa propre mort consacré par le tribunal fédéral, l'impossibilité de se prononcer sur une obligation positive des Etats dans *Haas c. Suisse* et enfin, un appel à des directives claires de la part de la Suisse dans *Gross c. Suisse*.

C. Prise de position des organisations médicales

Par conséquent, faute de loi, des recommandations davantage éthiques, formulées par diverses organisations liées au domaine de la santé, tentent de guider le processus en donnant des sortes de *guidelines*⁹¹.

En 2006, la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine a formulé des recommandations sous la forme de huit critères de diligence pour qu'une assistance au suicide puisse être apportée, reproduits ci-après :

- « - 4.1 La capacité de discernement concernant la décision de mettre fin à sa vie avec l'aide d'un tiers est adéquate.
- 4.2 Le désir de suicide découle d'une grave souffrance liée à une maladie.
- 4.3 L'assistance au suicide ne doit pas être apportée aux personnes atteintes d'une maladie psychique chez qui la tendance suicidaire est l'expression ou le symptôme de l'affection.
- 4.4 Le désir de mourir est durable et constant. Il ne découle ni d'une impulsion ni d'une crise vraisemblablement passagère.
- 4.5 Le désir de suicide n'est déterminé par aucune pression extérieure.

⁹⁰ *Ibidem*, §65 à 67.

⁹¹ S. BLOUIN, « Fin de vie : ce que la Suisse et le Canada nous apprennent sur l'aide à mourir », disponible sur <https://theconversation.com/fin-de-vie-ce-que-la-suisse-et-le-canada-nous-apprennent-sur-laide-a-mourir-97808>, 6 juin 2018, consulté le 20 février 2021.

- 4.6 Toutes les autres pistes/possibilités sont explorées et soutesées avec le suicidant ; elles sont exploitées selon sa volonté.
- 4.7 Des contacts personnels et répétés, assortis d'entretiens approfondis sont indispensables. Une évaluation sur la base d'une rencontre unique ou d'un échange de correspondance est exclue.
- 4.8 Un second avis indépendant aboutit aux mêmes conclusions⁹². »

De nombreuses directives ont également été adoptées par l'Académie Suisse des Sciences Médicales à l'intention des médecins suisses qui souhaiteraient apporter leur aide au suicide. Depuis 2013, le siège de la matière se trouvait dans les « directives médico-éthiques sur la prise en charge des patientes et patients en fin de vie »⁹³. Celles-ci ont néanmoins été révisées en 2018 et ont donné lieu aux « directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort » qui sont actuellement celles en vigueur⁹⁴. Celles-ci ont le mérite de vouloir fournir cinq critères à respecter⁹⁵ qui sont présentés aux professionnels de la santé comme « des garde-fous aussi clairs que possible »⁹⁶.

En ce qui concerne leur reconnaissance, aussi bien les directives de 2013 que celles de 2018 ont été approuvées par le Sénat, d'une part le 25 novembre 2004 (la version de 2013 étant une version actualisée des directives de 2004) et d'autre part, le 17 mai 2018.

Toutefois, une question légitime peut se poser quant à la force juridique et au statut « légal » de ces directives, tel que l'a soulevé notamment la CEDH dans l'affaire *Gross c. Suisse* (voy. *supra* n°90). A cet égard, nous renvoyons aux propos tenus par le Sénat : « L'Académie Suisse des Sciences Médicales se présente comme une autorité morale de premier plan, si bien que les autorités politiques ont tendance à considérer les normes qu'elle émet dans les domaines de la déontologie et de la pratique médicale comme des lois supplétives. Cependant, l'Académie étant une fondation de droit privé, ses directives ne sont pas des normes légales. Elles ont cependant

⁹² Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, *Critères de diligence concernant l'assistance au suicide*, Prise de position n°13/2006, pp. 4 à 6.

⁹³ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patients et patientes en fin de vie*, 2013.

⁹⁴ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018.

⁹⁵ D. GROUILLE, *op. cit.*, p. 27.

⁹⁶ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, pp. 24 à 25.

une portée juridique certaine puisque les tribunaux s'y réfèrent pour apprécier les cas qui leur sont soumis »⁹⁷.

Dans l'arrêt de principe du 3 novembre 2006 par exemple, le tribunal fédéral avait fait mention des directives qui étaient celles applicables à l'époque, soit « les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales du 25 novembre 2004 concernant la prise en charge des patients en fin de vie »⁹⁸.

Dans ses directives de 2018, l'Académie Suisse des Sciences médicales explique par ailleurs pourquoi il est difficile de légiférer en la matière et, pour le corps médical, d'en parler d'une voix unanime. En effet, « compte tenu des dispositions juridiques en matière d'assistance au suicide en Suisse et des attitudes divergentes des médecins, des autres professionnels de la santé ainsi que de l'opinion publique face aux demandes de suicide, le dilemme entre les exigences éthiques d'encouragement de l'autodétermination et de la protection de la vie ne peut être résolu. La formulation de critères médicaux objectifs pour l'admissibilité de l'assistance au suicide poserait problème car, d'une part, des questions délicates de limitation se poseraient et d'autre part, dans des situations où les critères seraient remplis, l'assistance au suicide serait présentée comme une option d'intervention »⁹⁹.

Pour les besoins de ce mémoire, nous prendrons appui uniquement sur « les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences médicales ». Ce choix est motivé, outre par la volonté de limiter la multiplication des sources, par leur plus grande importance. Non seulement approuvées par le Sénat qui leur reconnaît une certaine portée juridique (voy. *supra* n°97), elles sont également citées par la jurisprudence européenne et suisse (voy. *supra* n°90 et 98), et par de nombreux auteurs¹⁰⁰.

D. Protocole des associations suisses pour le droit de mourir dans la dignité

En réalité, une attention majeure doit être accordée aux règles déterminées par les associations de défense pour le droit de mourir dans la dignité. Certes, ce sont toujours des médecins qui

⁹⁷ Sénat, « SUISSE – 5) Les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales », disponible sur <https://www.senat.fr/lc/lc49/lc495.html>, s.d., consulté le 15 mars 2021 ; voy. aussi D. MONTARIOL, *op. cit.*, pp. 106 et 109 ; M. BARNIKOL, « L'assistance au suicide dans les nouvelles directives de l'ASSM », *Bulletin des médecins suisses*, 2018, vol. 99, n°41, p. 1392.

⁹⁸ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4 ; Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patients en fin de vie*, 2004.

⁹⁹ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, pp. 24 à 25.

¹⁰⁰ J. WACKER, *op. cit.*, p. 82 ; voy. aussi D. MONTARIOL, *op. cit.*, p. 106 ; M. POTT et S. CAVALLI, *op. cit.*, p. 117 ; D. GROUILLE, *op. cit.*, p. 27.

prescrivent les médicaments conduisant à la mort conformément à la loi fédérale sur les stupéfiants et substances psychotropes¹⁰¹. Toutefois, la plupart le font en réalité à la demande des associations pour lesquelles ils travaillent en tant que collaborateurs¹⁰². Une étude internationale de 2001 portant sur les décisions de fin de vie en Europe révélait en effet déjà cet impact des organisations suisses, impliquées dans 0,33 pourcents des 0,36 pourcents de cas de suicide assisté en Suisse¹⁰³.

Dans le cadre hospitalier, il arrive que certains médecins, sollicités en amont par les patients au sein de l'hôpital, réclament, *a posteriori*, le soutien et l'intervention d'une association¹⁰⁴.

Cette prise en charge par les associations, à l'exclusion du personnel de l'hôpital, est par ailleurs parfois légalement imposée. Par exemple, la loi sur la santé du Canton de Neuchâtel prévoit expressément que « les institutions reconnues d'utilité publique doivent respecter le choix d'une personne patiente ou résidente de bénéficier d'une assistance au suicide en leur sein, par une aide extérieure à l'institution, si (...) »¹⁰⁵. La loi du canton de Vaud prévoit, quant à elle, que « le personnel de l'établissement et le médecin responsable ou traitant impliqués ne peuvent participer, à titre professionnel, à la procédure de mise en œuvre d'une assistance au suicide »¹⁰⁶. Un tel recours aux associations s'aligne en fait sur la position de la Commission Centrale d'Ethique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales qui estimait que la participation du personnel à un suicide est problématique en ce qu'elle peut heurter la sensibilité de celui-ci, voire engendrer des conflits d'intérêts¹⁰⁷.

Dans la pratique, « le système fonctionne comme une délégation du suicide assisté à des associations militantes »¹⁰⁸, par le biais desquelles « la quasi-totalité de l'assistance au suicide est fournie »¹⁰⁹. Soulignons toutefois qu'il s'agit d'organisations non gouvernementales, qui ne

¹⁰¹ Loi fédérale suisse du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants), RO 1952 241, 1 juin 1952, art. 11.

¹⁰² L. RADBRUCH *et al.*, *op. cit.*, p. 106 ; voy. aussi J. WACKER, *op. cit.*, pp. 84 et 85 ; S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, *op. cit.*, p. 295.

¹⁰³ A. VAN DER HEIDE *et al.*, « End-of-life decision-making in six European countries : a descriptive study », *The Lancet*, août 2003, vol. 362, n°9381, pp. 345 à 350.

¹⁰⁴ S. BURKHARDT, R. LA HARPE et K. WYSS, « Le suicide assisté en Suisse : la position des médecins », *Revue Médicale Suisse*, 2007, vol. 3, p. 2820.

¹⁰⁵ Loi du 6 février 1995 de santé du canton de Neuchâtel, précitée, art. 35a.

¹⁰⁶ Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique du canton de Vaud, précitée, art. 27, §5.

¹⁰⁷ Académie Suisse des Sciences médicales, *Assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus : la position de la Commission Centrale d'Ethique*, 15 janvier 2007, p. 1.

¹⁰⁸ D. GROUILLE, *op. cit.*, p. 28.

¹⁰⁹ J. WACKER, *op. cit.*, pp. 85 et 86 ; voy. aussi I. BLACK et P. LEWIS, « Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying Is Lawful? A Review of the Criteria and Evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2013, vol. 41, n°4, pp. 885 à 898, disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5245170/pdf/nihms768538.pdf>, consulté le 24 février 2021.

bénéficient donc d'aucun statut légal à cette fin, mais bien de la tolérance de l'Etat¹¹⁰. Etant donc dans la majorité des cas l'acteur-clé du suicide assisté, il est essentiel de se référer à la réglementation interne de l'association qui détermine ses propres critères d'éligibilité, outre les critères dégagés par l'article 115, l'Académie Suisse des Sciences Médicales et la jurisprudence.

Au nombre de huit au total¹¹¹, deux associations très sollicitées seront examinées : EXIT Deutsche Schweiz (Suisse alémanique) qui a été choisie pour être l'association comptant le plus de membres¹¹² (plus de 135 000 actuellement¹¹³) et DIGNITAS, pour être bien connue comme étant la principale association offrant la possibilité de suicide médicalement assisté aux étrangers¹¹⁴.

Dans le cadre de ce mémoire, il conviendra dès lors d'avoir égard à l'article 115 du Code pénal toujours cité comme base légale de l'assistance au suicide en Suisse, aux directives médico-éthiques sur l'« Attitude face à la fin de vie et à la mort » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales dont une partie a été véritablement consacrée au suicide assisté et auxquelles il est fréquemment fait référence, mais surtout, aux conditions déterminées par les deux associations susmentionnées, sélectionnées pour leur implication récurrente dans la pratique de l'assistance au suicide suisse. Certaines précisions seront en outre apportées, sur quelques aspects et conditions, par la jurisprudence suisse, et plus particulièrement, le tribunal fédéral.

¹¹⁰ S. BLOUIN, « La Suisse, plaque tournante de l'aide à mourir », *DIRE/SOCIETE*, automne 2018, p. 38 ; voy. aussi S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, *op. cit.*, p. 295.

¹¹¹ M. POTT et S. CAVALLI, *op. cit.*, p. 118. Par ordre chronologique de création : EXIT ADMD Suisse Romande, EXIT Deutsche Schweiz, Ex International, DIGNITAS, Life Circle, Liberty Life, Carpe diem, (Verein Detsche Sterbehilfe) section Zurich.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 7.

¹¹⁴ S. BLOUIN, « Fin de vie : ce que la Suisse et le Canada nous apprennent sur l'aide à mourir », disponible sur <https://theconversation.com/fin-de-vie-ce-que-la-suisse-et-le-canada-nous-apprennent-sur-laide-a-mourir-97808>, 6 juin 2018, consulté le 20 février 2021 ; voy. aussi S. FISHER *et al.*, « Suicide Assisted by Two Swiss-Right-to-Die Organisations », *Journal of Medical Ethics*, novembre 2008, vol. 34, n°11, p. 810.

Section 2 : Analyse des principales conditions de fond

§1. De quelques conditions communes à l'Etat de Washington et à la Suisse

A. Age et résidence

Dans l'Etat de Washington, la personne qui peut introduire une demande écrite de médicaments est un adulte, étant entendu strictement comme « un individu âgé de dix-huit ans »¹¹⁵.

Bien que l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ci-après ASSM) ne se soit pas prononcée sur l'âge requis, EXIT Deutsche Schweiz et DIGNITAS s'entendent à pratiquer le suicide assisté à la demande de personnes majeures, ayant dix-huit ans révolus¹¹⁶. Cette condition d'âge n'est pas explicitement listée parmi les critères d'acceptation de DIGNITAS. Néanmoins, puisqu'être membre est également une condition de fond obligatoire (voy. *infra* §3, B) et que « toute personne adulte peut devenir membre de DIGNITAS », logiquement, seules les personnes adultes peuvent accéder au suicide assisté, à condition de satisfaire aux autres exigences¹¹⁷.

En outre, il faut, pour bénéficier de l'application du *Washington Death with Dignity Act*, être résident de l'Etat de Washington et en fournir la preuve au médecin traitant. Cette preuve peut être rapportée, entre autres, par la possession d'un permis de conduire de l'Etat de Washington, l'inscription au vote dans cet Etat ou par la propriété ou la location d'un bien s'y situant¹¹⁸.

A nouveau, l'ASSM ne se prononce pas sur une quelconque condition de résidence. Néanmoins, EXIT Deutsche Schweiz n'autorise le suicide médicalement assisté que des personnes de nationalité suisse ou résidant dans le pays¹¹⁹. *A contrario*, l'association DIGNITAS est bien connue pour offrir la possibilité d'assister le suicide non seulement aux résidents suisses, mais également aux non-résidents étrangers¹²⁰.

¹¹⁵ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 1 (1) et 2 [traduction libre].

¹¹⁶ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 19.

¹¹⁷ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 4.

¹¹⁸ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 2, sec. 4 (1) ((b)) et sec. 13.

¹¹⁹ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 19.

¹²⁰ S. BONDOLFI, « Pourquoi l'assistance au suicide est considérée comme “ normale ” en Suisse », disponible sur <https://www.swissinfo.ch/fr/pourquoi-l-assistance-au-suicide-est-consid%C3%A9r%C3%A9e-comme--normale--en-suisse/45810582>, 13 janvier 2021, consulté le 28 février 2021.

B. Capacité à prendre des décisions

L'on retrouve de part et d'autre l'exigence que le demandeur de médicaments soit apte à prendre des décisions éclairées, sous l'expression « patient compétent » en droit washingtonien, et « capacité de discernement », « capacité de jugement » ou encore « aptitude à juger » en Suisse.

En effet, lors de la signature de la demande écrite de médicaments par le patient selon le *Washington Death with Dignity Act*, les témoins présents doivent déclarer que le patient est compétent. Par « compétent », on entend que « de l'avis du tribunal ou de l'avis du médecin traitant ou du médecin consultant psychiatre ou psychologue, un patient a la capacité de prendre et de communiquer une décision éclairée à des prestataires de soins de santé, y compris une communication par le biais de personnes qui connaissent la manière dont le patient communique, si ces personnes sont disponibles »¹²¹.

En Suisse, le médecin, conformément au prescrit des recommandations de l'ASSM, devra s'assurer que le patient ne souffre d'aucune incapacité de discernement et documenter ce constat avec précision¹²². Cette exigence, également posée par le tribunal fédéral sous l'expression « aptitude à juger »¹²³, fait expressément partie des conditions à remplir pour bénéficier d'une aide au suicide de la part d'EXIT Deutsche Schweiz (capacité de jugement) et DIGNITAS (capacité de discernement)¹²⁴.

L'article 16 du code civil suisse est la référence en la matière et précise que « toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi »¹²⁵.

Le médecin peut, pour l'appréciation de cette condition, se tourner vers les directives de l'ASSM sur la capacité de discernement qui décortiquent cette définition¹²⁶. L'ASSM y souligne une distinction entre les éléments subjectifs et les éléments objectifs de celle-ci.

¹²¹ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 1 (3) et 3 [traduction libre].

¹²² Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 26.

¹²³ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4 [traduction libre].

¹²⁴ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, pp. 2 et 6 ; EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 18.

¹²⁵ Code civil suisse, art. 16.

¹²⁶ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la capacité de discernement dans la pratique médicale*, 2019.

« La faculté (subjective) d'agir » vise non seulement la faculté de se forger une volonté mais aussi celle d'agir selon celle-ci. Cette plus large faculté se traduit par des facultés partielles, notamment « la compréhension consciente, la faculté d'appréhender la réalité sur la base d'expériences et d'évaluer la portée de ses décisions, la formation et l'évaluation de motifs compréhensibles ainsi que la capacité de se forger une volonté et de la mettre en œuvre »¹²⁷. A l'inverse, « le jeune âge, la déficience mentale, les troubles psychiques, l'ivresse ou des états similaires » sont des causes objectives qui sont susceptibles d'altérer la capacité de discernement, sous-entendu qu'elles n'ont pas de valeur absolue et requièrent dès lors une appréciation au cas par cas¹²⁸.

Lesdites directives abordent brièvement le caractère objectif de la capacité de discernement dans le cadre d'une demande d'assistance au suicide : « Compte tenu de la lourde portée d'une telle décision, il importe d'évaluer soigneusement si le patient est atteint d'une limitation des capacités mentales liée à une maladie psychiatrique (par exemple, la dépression) ou à une autre cause. Dans ce cas, il faut réaliser une évaluation approfondie destinée à clarifier si cette limitation peut mener à une incapacité de discernement par rapport à un désir de suicide. Il importe tout particulièrement de vérifier si l'appréciation de la patiente quant à son pronostic et aux chances de succès des options thérapeutiques et des autres possibilités d'assistance et de soutien qui lui sont proposées, est réaliste »¹²⁹.

Cette exigence d'une expertise psychiatrique approfondie aux fins de vérifier la capacité de discernement découle, à l'origine, de la décision du tribunal fédéral de 2006, précédemment mentionnée¹³⁰.

De plus, la capacité étant toujours présumée, celui qui, par exemple un médecin, prétend qu'une personne est incapable de discernement en a la charge de la preuve¹³¹.

C. Maladie et/ou souffrance

Le *Washington Death with Dignity Act* ne dit pas grand-chose sur la condition de maladie. A tout le moins, celle-ci doit être en phase terminale (« *terminal disease* »), étant entendue « comme médicalement confirmée comme incurable et irréversible »¹³².

¹²⁷ *Ibidem*, p. 20.

¹²⁸ *Ibidem*.

¹²⁹ *Ibidem*, p. 18.

¹³⁰ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.5.2.

¹³¹ Code civil suisse, art. 8.

¹³² Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 1 (13) [traduction libre].

Quant au type de pathologies admises, la section 6 intitulée « renvoi vers le conseil » exclut toutefois toute éligibilité d'un patient qui souffre d'un trouble psychiatrique ou psychologique ou d'une dépression causant une altération du jugement. Par conséquent, si le médecin traitant ou consultant estime que le patient présente un tel trouble ou une telle dépression qui affecte dans le même temps son jugement, il doit renvoyer celui-ci vers un service de conseil. La prescription de médicaments ne pourra être délivrée qu'une fois que la personne donnant ces conseils aura déterminé que le patient ne se trouve pas dans un des cas d'exclusion¹³³.

Par contre, aucune souffrance quelle qu'elle soit n'est requise en tant que condition nécessaire à la prescription de médicaments. Seule la condition de maladie (terminale) se trouve en effet inscrite dans le texte de loi¹³⁴.

Selon les recommandations de l'ASSM, il est au contraire primordial que « les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient lui causent une souffrance qu'il juge insupportable »¹³⁵. Qu'une maladie (à tout le moins des limitations) et une souffrance soient cumulativement requises par l'ASSM se justifie comme suit : « Le désir auto-déterminé de suicide d'un patient n'est pas motivé par son état médical objectif mais par sa souffrance subjectivement ressentie comme insupportable. La souffrance n'est pas objective, mais peut être perçue grâce à la compréhension intersubjective du médecin traitant. Toutefois, pour justifier que l'assistance au suicide relève du domaine de compétence de la médecine, la présence de symptômes ou de limitations fonctionnelles tangibles est nécessaire »¹³⁶. Cette exigence des souffrances insupportables a suscité de vives oppositions de la part de la Fédération des Médecins Suisses (ci-après FMH). En effet, d'après les propos du juriste du service juridique de la FMH, « la notion de souffrance insupportable est très imprécise et en outre subjective »¹³⁷. D'une part, il est en effet reproché à l'ASSM de ne pas respecter le principe de la précision des normes qui lui est applicable (bien qu'elle n'émette pas de loi) dans un souci de sécurité du droit et l'égalité de traitement. D'autre part, « le fait même qu'une personne perçoit sa souffrance comme insupportable dépend d'un nombre de facteurs difficilement identifiables »¹³⁸.

¹³³ *Ibidem*, sec. 6.

¹³⁴ *Ibidem*, sec. 2, sec. 4 (1) ((a)) et (2), sec. 5 et sec. 22.

¹³⁵ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 26.

¹³⁶ *Ibidem*, p. 25.

¹³⁷ M. BARNIKOL, *op. cit.*, p. 1393.

¹³⁸ *Ibidem*, pp. 1393 et 1394.

A l'inverse de l'ASSM, il est on ne peut plus certain que DIGNITAS ne fait pas de la maladie et de la souffrance des conditions cumulatives. En effet, la personne doit « être atteinte d'une maladie aboutissant à la mort ou/et d'un handicap intolérable ou/et de douleurs incoercibles »¹³⁹. Cela se confirme à nouveau dans sa brochure d'information, avec l'expression « lorsqu'une maladie incurable ou sans issue a été médicalement diagnostiquée, ou qu'une personne souffre de douleurs insupportables ou de handicaps intolérables »¹⁴⁰.

Dans le cadre d'EXIT Deutsche Schweiz, il plane un doute sur la question puisque le texte (textuellement reproduit ci-après) se présente comme suit :

« EXIT accompagne en plus des conditions ci-dessus les seules personnes :

- avec un pronostic désespéré
- avec des symptômes insupportables
- présentant un handicap déraisonnable »¹⁴¹.

En outre, la condition de maladie amène à la question de savoir si toutes les maladies, y compris mentales, sont admises.

Concernant cette condition, il convient une fois de plus de se référer à l'arrêt de principe du 3 novembre 2006 puisque c'est dans celui-ci que le tribunal fédéral suisse a entendu dire pour droit que les personnes qui souffrent d'une maladie psychique, doivent pouvoir elles aussi décider de leur propre mort. Certes, « la question de la prescription et de la délivrance de pentobarbital de sodium pour un suicide accompagné chez les malades mentaux s'avère particulièrement délicate », mais le tribunal poursuit qu'« il ne faut pas perdre de vue qu'une maladie mentale incurable, permanente et grave, semblable à une maladie somatique, peut créer une souffrance qui, à long terme, ne rend plus sa vie digne d'être vécue par le patient »¹⁴². Le tribunal émet néanmoins une importante réserve : l'accomplissement d'une expertise psychiatrique approfondie doit garantir sa capacité de discernement, insistant sur la distinction entre « le désir de mourir, qui est l'expression d'un trouble mental thérapeutique et qui appelle à un traitement, et celui qui repose sur une décision autodéterminée, bien pesée et durable d'une personne apte à juger »¹⁴³.

La question de savoir si les personnes atteintes de troubles psychiques (par exemple, la schizophrénie ou les dépressions de longue durée) ont droit à un suicide sans risque fait partie

¹³⁹ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 6.

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 2.

¹⁴¹ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 18 [traduction libre].

¹⁴² Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.5 [traduction libre].

¹⁴³ *Ibidem*, §6.3.5.1 et 6.3.5.2 [traduction libre].

« des problèmes auxquels DIGNITAS est confrontée ». A cette question, DIGNITAS répond que « contrairement à une opinion répandue, les personnes souffrant de troubles psychiques sont généralement capables de discernement lorsqu'il s'agit pour elles de savoir si elles désirent continuer à vivre ou plutôt mourir. C'est pourquoi elles ont, en règle générale, droit à bénéficier d'un accompagnement éliminant les risques lorsqu'elles choisissent de mettre fin à leurs jours »¹⁴⁴.

Dans sa brochure d'informations, EXIT Deutsche Schweiz aborde explicitement cette question qui ne vise néanmoins que les troubles mentaux de longue date, la démence et la maladie d'Alzheimer. L'association déclare, en s'appuyant sur la jurisprudence du 3 novembre 2006, qu'« EXIT aide aussi, dans de rares cas, en cas de troubles mentaux. Les conditions sont rigides et comprennent deux expertises indépendantes et, le cas échéant, l'évaluation positive du comité d'éthique. S'il n'est pas possible de répondre clairement à la question de la capacité de discernement, EXIT doit refuser un accompagnement. De plus en plus de personnes souffrent de démences comme la maladie d'Alzheimer. Un accompagnement en cas de suicide n'est envisageable que jusqu'au stade intermédiaire, tant que la capacité de discernement est encore disponible. En d'autres termes, la personne atteinte d'un diagnostic de démence doit choisir de mourir à un moment où sa vie est encore souvent de qualité »¹⁴⁵.

On constate donc une approche différente des associations sur cette question car, là où l'assistance au suicide est « en règle générale » apportée aux personnes souffrant des troubles mentaux par DIGNITAS (voy. *supra* n°144), elle l'est « dans de rares cas » chez EXIT Deutsche Schweiz qui semble apprécier plus sévèrement cette condition (voy. *supra* n°145). Ainsi, il ressort de ce qui précède que l'admission d'une maladie mentale est dépendante de ce qu'elle n'affecte pas la capacité de discernement du malade. Par conséquent, les conditions de maladie et de capacité de discernement sont intrinsèquement liées.

D. Demande

Le patient de l'Etat de Washington devra faire une demande écrite de médicaments visant à mettre fin à la vie ainsi que deux demandes orales¹⁴⁶.

La section 3 du *Washington Death with Dignity Act* apporte quelques précisions sur cette demande écrite, dont le contenu n'est pas libre. En effet, « une demande valable de

¹⁴⁴ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 10.

¹⁴⁵ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 21 [traduction libre].

¹⁴⁶ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 9.

médicaments au titre du présent chapitre sera sensiblement le formulaire décrit dans la section 22 »¹⁴⁷. Dans celui-ci, le patient atteste être sain d'esprit, avoir été pleinement informé par le médecin traitant et avoir pris connaissance de son droit d'annuler cette demande. Il précise en outre la maladie dont il souffre, s'il a informé sa famille de cette demande de prescription de médicaments et pour finir, confirme sa demande¹⁴⁸.

La demande devra être signée et datée par le patient en présence d'au moins deux témoins qui eux aussi devront signer une déclaration de témoins selon le modèle de la section 22¹⁴⁹. Des indications précisent qui ne peut pas être témoin : ni le médecin traitant, ni un parent par le sang, le mariage ou l'adoption, ni une personne qui aurait un quelconque droit de succession au moment de la signature de la demande, ni un propriétaire, exploitant ou employé d'un établissement de soin où le patient reçoit des soins ou est résident¹⁵⁰.

Outre le contenu, les caractéristiques de cette demande sont on ne peut plus claires : celle-ci doit être volontaire et faite sans réserve¹⁵¹. Les témoins sont également tenus de confirmer, dans leur déclaration et les limites de leurs connaissances, que le patient agit volontairement, c'est-à-dire « qu'il n'est pas sous la contrainte, la fraude ou une influence induite »¹⁵².

En Suisse, selon les recommandations de l'ASSM, cette demande doit être réfléchie, volontaire au sens où elle ne doit pas résulter d'une pression extérieure, et enfin, persistante. En cas de doute à ce sujet, par exemple parce que cette demande pourrait être motivée par des problèmes financiers, le désir de mourir doit être examiné plus amplement¹⁵³.

A l'instar de l'ASSM, la jurisprudence suisse exige que le médecin suisse qui apporte son aide au suicide vérifie que « son désir a été exprimé, qu'il est né sans pression extérieure et qu'il peut être considéré comme durable »¹⁵⁴.

En pratique, le contenu de cette demande est bien différent de celle de la section 22 du *Washington Death with Dignity Act*. Pas moins de trois documents sont demandés par l'association DIGNITAS pour former la demande. Le premier est « une lettre personnelle, datée et signée, dans laquelle le membre demande une assistance au suicide à DIGNITAS et expose les raisons de son intention. Il doit aussi décrire son état de santé et la façon dont il le vit. Des

¹⁴⁷ *Ibidem*, sec. 3 [traduction libre].

¹⁴⁸ *Ibidem*, sec. 22.

¹⁴⁹ *Ibidem*.

¹⁵⁰ *Ibidem*, sec. 3.

¹⁵¹ *Ibidem*.

¹⁵² *Ibidem*, sec. 22 [traduction libre].

¹⁵³ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, pp. 25 à 26.

¹⁵⁴ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4 [traduction libre].

informations complémentaires peuvent être écrites dans l'autobiographie »¹⁵⁵. Ensuite, DIGNITAS requiert « une autobiographie, donnant notamment des informations sur l'enfance, la scolarité, la situation familiale, les plus importants événements de la vie, qui soutient le souhait d'une fin de vie auto-déterminée et qui serait prêt à accompagner le membre en Suisse. Cette biographie sert aux médecins à se prononcer sur la demande »¹⁵⁶. Pour finir, il faut « un ou plusieurs rapports médicaux récents et deux ou trois rapports plus anciens, contenant des informations substantielles, telles qu'anamnèse, diagnostics et, si possible, pronostic, de même que traitements et mesures appliqués. Le rapport le plus récent ne doit pas remonter à plus de quatre mois, et les rapports médicaux doivent être aisément lisibles »¹⁵⁷.

Chez EXIT Deutsche Schweiz, la première étape consiste à contacter leur bureau, lequel fixera ensuite un rendez-vous avec un de leurs membres au cours duquel ce dernier précisera à l'intéressé les documents requis. Ceux-ci sont au nombre de trois : une lettre de diagnostic récente du médecin traitant, la confirmation de la capacité de jugement par un médecin et une prescription médicale pour le pentobarbital de sodium. Par conséquent, la validité de la demande ne semble pas être subordonnée à l'existence d'une demande formelle de suicide médicalement assisté, écrite de la main de la personne désirant mourir, contrairement à DIGNITAS qui réclame une lettre personnelle¹⁵⁸.

E. Accomplissement de l'acte final par le malade

L'ASSM et le tribunal fédéral suisse insistent sur le principe même du suicide assisté en rappelant tous deux que « le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même »¹⁵⁹.

L'on retrouve aussi explicitement parmi les conditions d'assistance au suicide de DIGNITAS de « pouvoir disposer d'un minimum de mobilité corporelle » et d'EXIT « d'exécuter le suicide de sa propre main »¹⁶⁰.

¹⁵⁵ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 6.

¹⁵⁶ *Ibidem*.

¹⁵⁷ *Ibidem*.

¹⁵⁸ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, pp. 18 à 20.

¹⁵⁹ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 25 ; Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4.

¹⁶⁰ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 6 ; EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 18 [traduction libre].

De même, dans le *Washington Death with Dignity Act*, le terme « auto-administration » (« *self-administer* ») traduit cette exigence et signifie « l'acte d'ingestion d'un patient qualifié de médicaments pour mettre fin à ses jours de façon humaine et digne »¹⁶¹.

§2. Les conditions distinctes de l'Etat de Washington

A. Survenance du décès dans les six mois

La condition de fond sur l'existence d'une maladie a déjà été examinée précédemment (voy. *supra* Chapitre 2, §1^{er}, C). Toutefois, le *Washington Death with Dignity Act* se distingue du système suisse en y ajoutant une précision. Dans cet Etat, comme précédemment mentionné, un patient adulte ne pourra obtenir une prescription de médicaments que s'il souffre d'une maladie en phase terminale, c'est-à-dire « d'une maladie incurable et irréversible qui a été médicalement confirmée et qui, selon un jugement médical raisonnable, conduira à la mort dans les six mois »¹⁶².

Un tel nombre précis de mois restant à vivre n'apparaît nulle part, ni dans les recommandations de l'ASSM, ni dans les conditions des associations suisses pour le droit de mourir dans la dignité. *A fortiori*, aucune fin de vie en tant que telle n'est obligatoire ; il n'est nullement requis qu'il ne reste au malade que quelque temps à vivre.

Toutefois, l'état actuel de cette condition témoigne d'une évolution et d'un assouplissement sur ce point dans la dernière version des directives de l'ASSM¹⁶³. Auparavant, le suicide assisté n'était envisageable qu'à l'égard des patients en fin de vie, raison pour laquelle les précédentes directives médico-éthiques de l'ASSM étaient intitulées « Prise en charge des (patientes et) patients en fin de vie »¹⁶⁴. De même, dans sa décision du 3 novembre 2006, le tribunal fédéral déclarait que le médecin qui décide de l'assistance au suicide « est responsable du fait que la maladie du patient justifie l'hypothèse que la fin de la vie est proche »¹⁶⁵. Ces exigences ne sont donc désormais plus d'actualité.

¹⁶¹ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 1 (12) [traduction libre].

¹⁶² *Ibidem*, sec. 1 (13) et sec. 2 [traduction libre].

¹⁶³ M. BARNIKOL, *op. cit.*, p. 1392.

¹⁶⁴ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patients en fin de vie*, 2004 ; Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patientes et patients en fin de vie*, 2013.

¹⁶⁵ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4 [traduction libre].

B. Décision en connaissance de cause

Cette condition figure à la section 7 du *Washington Death with Dignity Act*, libellée comme suit : « Immédiatement avant de rédiger une prescription pour des médicaments dans le cadre de ce chapitre, le médecin traitant vérifiera que le patient qualifié prend une décision en connaissance de cause »¹⁶⁶. Selon la définition fournie par la section 1, il s'agit d'une « décision prise par le patient, basée sur une appréciation de faits pertinents et après avoir été informé par le médecin traitant de : son diagnostic médical, son pronostic, les risques potentiels associés à la prise de médicaments à prescrire, le résultat probable de la prise de médicaments à prescrire et les alternatives possibles, incluant, mais ne se limitant pas à, les soins de confort, les soins palliatifs et le contrôle de la douleur »¹⁶⁷.

De telles obligations d'information, à l'exclusion de celles sur les alternatives, ne sont pas indiquées par l'ASSM, la jurisprudence ou les associations.

§3. Les particularités suisses

A. Mobile non égoïste

La toute première condition de fond inhérente à la pratique du suicide assisté en Suisse est inscrite à l'article 115 de son Code pénal, précédemment mentionné à plusieurs reprises.

Cette condition relève d'une longue tradition. De fait, déjà en 1918, le Conseil fédéral suisse déclarait à propos du projet de Code pénal que « dans le droit pénal moderne, le suicide n'est pas un délit (...). L'incitation et l'assistance au suicide, elles-mêmes, peuvent être inspirées par des motifs altruistes. C'est pourquoi le projet se borne à les incriminer quand l'auteur a été poussé par des mobiles égoïstes : qu'on songe à l'incitation au suicide d'une personne que l'auteur doit entretenir ou dont il escompte l'héritage »¹⁶⁸.

Par contraste, l'honneur et la romance étaient considérés comme de potentiels motifs altruistes, plus que ne l'était en tout cas la santé, préoccupation de moindre importance à cette époque¹⁶⁹. En effet, les rédacteurs du Code pénal envisageaient davantage l'assistance au suicide « d'un ami perdu d'honneur » ou encore d'une personne ayant survécu au suicide organisé avec son amante¹⁷⁰.

¹⁶⁶ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 7 [traduction libre].

¹⁶⁷ *Ibidem*, sec. 1 (7) [traduction libre].

¹⁶⁸ Message du 23 juillet 1918 du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale à l'appui d'un projet de code pénal suisse, FF 1918 IV 1, n°32, pp. 35 à 36.

¹⁶⁹ S. A. HURST et A. MARON, *op. cit.*, p. 271.

¹⁷⁰ D. MONTARIOL, *op. cit.*, p. 107.

Par « mobile égoïste », on entend désormais la poursuite d'un avantage personnel, allant d'une nature matérielle (un héritage, par exemple), à une nature intellectuelle ou encore affective (une vengeance). Il semblerait néanmoins que cette condition s'apprécie plus soupagement désormais, la simple assistance au suicide par indifférence suffisant¹⁷¹.

Cette exigence est fondamentale en ce qu'elle constitue l'unique condition écrite noire sur blanc dans un texte légal applicable à tous les Suisses¹⁷². Et ce, d'autant plus que cette distinction entre mobile altruiste et mobile égoïste « constitue le fondement des pratiques de suicide assisté en Suisse »¹⁷³. Par conséquent, en cas de non-respect, « 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 pécuniaire »¹⁷⁴.

Afin d'éviter toute mise en cause de responsabilité pénale, l'association DIGNITAS a pris le soin, dans sa brochure d'informations, de préciser que « c'est sur cette base légale que repose l'aide au suicide prodiguée par DIGNITAS. Les accompagnants de DIGNITAS sont rémunérés par l'organisation DIGNITAS elle-même, et il ne peut donc être question à leur sujet de mobiles égoïstes. L'activité de DIGNITAS repose par conséquent sur une base juridique inattaquable »¹⁷⁵. EXIT exprime quant à elle « avoir toujours appliqué cette réglementation légale libérale depuis 1985 (...) »¹⁷⁶.

En outre, DIGNITAS et EXIT Deutsche Schweiz indiquent ne pas poursuivre un intérêt commercial, mais avoir, pour objectif premier d'offrir à leurs membres « une vie et surtout, une mort dans la dignité »¹⁷⁷, ou encore « la possibilité d'exercer le droit à l'auto-détermination dans la vie et dans la mort »¹⁷⁸. Elles se présentent donc comme des associations sans but lucratif qui satisfont à l'exigence légale du motif non égoïste¹⁷⁹.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² J. WACKER, *op. cit.*, p. 81.

¹⁷³ D. GROUILLE, *op. cit.*, p. 27.

¹⁷⁴ Code pénal suisse, art. 115.

¹⁷⁵ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 3.

¹⁷⁶ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 19 [traduction libre].

¹⁷⁷ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 1.

¹⁷⁸ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 30 [traduction libre].

¹⁷⁹ *Ibidem*, pp. 7, 17, 28 et 31 ; DIGNITAS, « Statuts », disponible sur http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=52&lang=fr, 22 mars 2021, consulté le 30 mars 2021.

B. Déclaration d'adhésion

La déclaration d'adhésion est une condition incontournable mise en place par les associations pour le droit de mourir dans la dignité : il est strictement impossible d'accéder à la possibilité de suicide médicalement assisté offerte par DIGNITAS et EXIT Deutsche Schweiz sans en devenir membre au préalable¹⁸⁰. Cela nous amène à la question suivante : comment accomplir cette déclaration d'adhésion et surtout, qu'implique-t-elle ?

Chez DIGNITAS, il suffit de remplir un formulaire en ligne et de l'envoyer à l'association par mail ou par voie postale une fois complété. Celui-ci requiert d'indiquer toutes sortes de données personnelles telles que les nom, prénom, numéro de téléphone, adresse *et cetera*, qui sont les informations obligatoires. A titre purement facultatif, le membre en devenir, si toutefois son adhésion est confirmée, est invité à indiquer la raison de son adhésion. A cet égard, trois possibilités sont proposées : « soit que la personne soutient les efforts de DIGNITAS pour lever les tabous du suicide, faire respecter les droits du patients, la liberté de choix et l'autodétermination dans la vie et en fin de vie, soit qu'elle a été témoin d'une fin de vie douloureuse d'une personne proche qu'elle ne souhaiterait pas pour elle-même, soit qu'elle est malade et souhaite, à son bénéfice, utiliser le suicide assisté »¹⁸¹. La confirmation se fait ensuite par une lettre accompagnée d'un formulaire sur les « Directives anticipées ». Ce n'est qu'une fois que celles-ci ont été remplies, renvoyées à DIGNITAS, enregistrées et archivées par l'association, que l'adhésion est définitivement accomplie¹⁸².

Une facture contenant les instructions pour les différents paiements est également envoyée en même temps que la lettre de confirmation. Une taxe unique d'adhésion de 200 francs suisses (CHF¹⁸³) est ainsi demandée, en plus d'une cotisation annuelle d'au moins 80 francs suisses, mais qui peut être supérieure, selon le bon vouloir des adhérents¹⁸⁴.

EXIT Deutsche Schweiz fonctionne également avec un formulaire en ligne à compléter. À nouveau, nom, prénom, adresse et numéro de téléphone doivent être mentionnés. Il convient également de répondre à la question « votre partenaire est-il déjà membre d'EXIT ? »¹⁸⁵.

¹⁸⁰ S. FISHER *et al.*, *op. cit.*, p. 810.

¹⁸¹ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p.1.

¹⁸² *Ibidem*, p. 4.

¹⁸³ A ce jour, un franc suisse équivaut 0,91 euro.

¹⁸⁴ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, pp. 1 et 4.

¹⁸⁵ EXIT Deutsche Schweiz, « Werden Sie Mitglied », disponible sur <https://portal.exit.ch/register>, s.d., consulté le 3 mars 2021 [traduction libre].

L'adhésion est valable après paiement de la cotisation et prendra fin par la mort, la sortie volontaire du membre, la suppression ou l'exclusion¹⁸⁶.

Il existe deux possibilités au niveau des « tarifs » : ou bien le membre choisit de payer une cotisation annuelle de 45 francs suisses, ou bien de devenir « membre à vie » pour la somme de 1100 francs suisses¹⁸⁷.

Parlant d'implications financières, le suicide médicalement assisté a-t-il lui aussi un prix ? La durée de l'adhésion est déterminante chez EXIT Deutsche Schweiz où tout membre depuis au moins trois ans peut bénéficier d'un accompagnement au suicide gratuit. À défaut, une fourchette s'élevant entre 1100 et 3700 francs suisses est demandée à titre de participation aux frais. Une sorte de fidélité est ainsi financièrement favorisée¹⁸⁸.

7500 francs suisses, tel est par contre le coût minimum d'un suicide accompagné par DIGNITAS et ce, indépendamment du nombre d'années d'adhésion du membre. Cette somme est justifiée comme suit : 4000 CHF à titre de cotisation spéciale pour la phase préalable de préparation (entre l'ouverture du dossier et la décision définitive du médecin de DIGNITAS), 1000 CHF pour les deux entretiens détaillés avec le médecin collaborateur et les charges administratives qui en découlent, et enfin, 2500 CHF pour les frais de réalisation du suicide, incluant entre autres, les frais de déplacement, le temps utilisé pour amener le membre à la visite médicale, le dédommagement des accompagnants. Jusqu'à trois 3000 CHF supplémentaires peuvent être réclamés par DIGNITAS si celle-ci doit entreprendre des démarches auprès des pompes funèbres et des autorités à la demande du membre : 2500 CHF pour la crémation, le transport de l'urne et les taxes, et 500 CHF pour couvrir les charges auprès des autorités¹⁸⁹. DIGNITAS ajoute néanmoins que « les membres ne disposant que de modestes moyens sont exemptés en partie ou totalement de ces cotisations (...). La réduction ou l'exemption de cotisation doit être discutée et convenue au préalable entre le membre et DIGNITAS »¹⁹⁰.

Les couts associés au suicide accompagné peuvent ainsi différer grandement d'une association à une autre. Cette différence de prix, à la hausse chez DIGNITAS, a précédemment soulevé la question du respect du mobile non égoïste requis par le code pénal suisse. Ludwig MINELLI,

¹⁸⁶ EXIT Deutsche Schweiz, « EXIT-Infobroschüre », disponible sur <https://exit.ch/mitgliedschaft/infomaterial/infobroschuere-bestellen/>, s.d., consulté le 3 mars 2021.

¹⁸⁷ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 6.

¹⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁸⁹ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 14.

¹⁹⁰ *Ibidem*.

le président de DIGNITAS, a en effet été poursuivi par le parquet de Zurich pour avoir contrevenu à cette exigence légale, en demandant plus d'argent qu'il n'en fallait pour plusieurs suicides accompagnés. Il s'agit entre autres du cas de deux Allemandes, une mère et sa fille, âgées respectivement de 84 et 55 ans, pour lesquelles DIGNITAS a réclamé 10 500 et 11 700 francs suisses alors que les coûts s'élevaient en réalité à 4949 et 5462 francs suisses, selon l'avis du Ministère public. Bien que le président MINELLI ait été acquitté en 2018 grâce au bénéfice du doute, une telle affaire démontre l'importance que revêt encore actuellement l'exigence du mobile non égoïste, et un exemple dans lequel il est possible de le remettre en cause¹⁹¹.

En outre, le fait que le paiement de la quote-part de 4000 CHF couvrant la préparation du suicide accompagné « ne garantit pas que le membre bénéficiera du suicide accompagné » peut également poser question à l'égard du mobile non égoïste...¹⁹²

C. Echec des alternatives

Il ressort clairement des conditions dégagées par l'ASSM que le suicide médicalement assisté ne peut pas être la solution de premier choix. Le médecin doit en effet vérifier que « des options thérapeutiques indiquées ainsi que d'autres offres d'aide et de soutien ont été recherchées et ont échoué ou ont été jugées inacceptables par le patient capable de discernement à cet égard »¹⁹³. Le tribunal fédéral suisse requiert également que « d'autres moyens d'assistance aient été discutés et utilisés dans la mesure où le patient le souhaite »¹⁹⁴, ce qui n'est, par contre, pas le cas des associations.

Là où selon l'ASSM et la jurisprudence suisse les alternatives doivent donc avoir été consommées ou rejetées par le patient, le *Washington Death with Dignity Act* requiert que le patient ait été simplement informé de ces alternatives (« comprenant mais ne se limitant pas aux soins de confort, aux soins palliatifs et au contrôle de la douleur »)¹⁹⁵.

D. Volonté et acceptation du médecin

« Compte tenu de l'histoire du patient et après des entretiens répétés, le médecin considère que le souhait du patient de ne plus vouloir vivre cette situation de souffrances insupportables est

¹⁹¹ C. ZÜND, « La justice acquitte le fondateur de Dignitas, Ludwig Minelli », disponible sur <https://www.letemps.ch/suisse/justice-acquitte-fondateur-dignitas-ludwig-minelli>, 1 juin 2018, consulté le 17 mars 2021.

¹⁹² DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 14.

¹⁹³ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 26.

¹⁹⁴ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4 [traduction libre].

¹⁹⁵ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 4 (1) ((c)) [traduction libre].

compréhensible pour lui et peut, dans ce cas concret, estimer acceptable d'apporter une aide au suicide »¹⁹⁶. Par cette dernière condition, l'Académie Suisse des Sciences Médicales insiste sur le fait qu'un médecin ne peut pas être obligé de pratiquer le suicide assisté qui, encore aujourd'hui, fait partie des actes controversés en Suisse. Il ne s'agit aucunement d'un acte médical auquel les patients peuvent prétendre mais bien d'« un acte admissible du point de vue juridique, pouvant être réalisé par le médecin s'il a la conviction que les conditions préalables énumérées ci-dessous sont remplies »¹⁹⁷. En accordant son assistance au suicide, le médecin doit donc être intimement convaincu qu'il agit dans l'intérêt du patient et en accord avec sa vision des objectifs de la médecine¹⁹⁸.

Déjà en 2006, le tribunal fédéral suisse parlait d'« un changement de mentalité dans le sens où l'aide au suicide est de plus en plus comprise comme une tâche médicale volontaire, qui ne peut être imposée à aucun médecin, mais qui ne semble pas non plus exclue du point de vue de la surveillance ou de l'état civil, tant que (...) le médecin concerné ne se laisse pas guider principalement par le désir de décès de son patient, sans que la décision de celui-ci ne soit soigneusement vérifiée d'un point de vue scientifique en vue de son bien-fondé médical »¹⁹⁹.

L'acceptation, en tout cas explicite, du médecin de l'Etat de Washington ne figure, *a contrario*, pas parmi les conditions dégagées par le *Washington Death with Dignity Act*.

Section 3 : De la procédure

§1. La procédure du Washington Death with Dignity Act

A. « Le patient qualifié »

Une fois les conditions de fond (précédemment exposées) remplies, le demandeur accède au statut de « patient qualifié », c'est-à-dire « un adulte compétent qui est résident de l'Etat de Washington et a satisfait aux exigences de ce chapitre afin d'obtenir une prescription pour des médicaments que le patient qualifié peut s'auto-administrer pour mettre fin à ses jours de façon digne et humaine »²⁰⁰.

¹⁹⁶ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 26.

¹⁹⁷ *Ibidem*, p. 25.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 24.

¹⁹⁹ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4 [traduction libre].

²⁰⁰ Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 1 (11) [traduction libre].

B. Phase préalable

Le respect de la procédure du *Washington Death with Dignity Act* fait peser de nombreuses obligations sur le médecin traitant « qui a la responsabilité première dans les soins du patient et le traitement de la maladie du patient en phase terminale »²⁰¹.

Ses premiers devoirs sont de confirmer que le patient souffre d'une maladie en phase terminale, qu'il est compétent, que sa demande est volontaire et qu'il est résident dans l'Etat de Washington²⁰².

Il devra, pour permettre une décision en connaissance de cause du patient, lui donner toute une série d'informations (voy. *supra* n°167) et ensuite, orienter celui-ci vers un médecin consultant. Ce second médecin « qualifié par une spécialité ou l'expérience pour poser un diagnostic professionnel et établir un pronostic en ce qui concerne la maladie du patient » doit, en effet, confirmer le diagnostic du médecin traitant, la compétence du patient et le caractère volontaire de sa demande²⁰³.

Le médecin traitant recommandera au patient de contacter sa famille sans que, dans le cas d'une réaction négative de sa part, cela ne constitue un motif de rejet de la demande. Il soulignera également au patient « l'importance d'avoir une autre personne présente quand le patient prend le médicament et de ne pas prendre le médicament dans un lieu public » et « la possibilité d'annuler la demande à tout moment et de quelque manière que ce soit »²⁰⁴.

Enfin, préalablement à la rédaction de la prescription, le médecin traitant devra compléter les documents exigés en matière de dossier médical énumérés à la section 12 et veiller, d'une part, à ce que le patient prenne sa décision en connaissance de cause, et d'autre part, à ce que « les mesures appropriées soient prises conformément à ce chapitre »²⁰⁵.

Du côté du patient désirant mourir, celui-ci doit respecter les périodes d'attente entre les demandes qu'il doit effectuer. Après une première demande orale et une demande écrite signée, il devra réitérer sa demande orale auprès du médecin traitant au moins quinze jours après la première demande orale. Au terme d'un tel délai, le médecin traitant donnera au patient l'opportunité d'annuler sa demande conformément aux sections 9 et 10. De plus, il devra s'écouler quinze jours au moins entre la première demande orale du patient et la rédaction d'une

²⁰¹ *Ibidem*, sec. 1 (2) [traduction libre].

²⁰² *Ibidem*, sec. 4 (1) ((a)) et ((b)).

²⁰³ *Ibidem*, sec. 1 (4), sec. 4 (1) ((c)) et ((d)) et sec. 5 [traduction libre].

²⁰⁴ *Ibidem*, sec. 4 (1) ((e)) à ((h)) et sec. 8 [traduction libre].

²⁰⁵ *Ibidem*, sec. 4 (1) ((i)) à ((k)) et sec. 12 [traduction libre].

prescription, et quarante-huit heures au moins entre le jour où le patient signe la demande écrite et la rédaction de la prescription²⁰⁶.

C. Réalisation de l'acte

Le *Washington Death with Dignity Act* ne donne que très peu d'indications sur la façon dont l'acte de suicide médicalement assisté en tant que tel se déroule. On peut néanmoins y distinguer deux étapes : l'obtention des médicaments (*via* délivrance ou prescription) visant à mettre fin à la vie et dans un second temps, l'auto-administration de ceux-ci par le patient.

Une fois la prescription de médicaments rédigée, le médecin traitant peut distribuer lui-même les médicaments visant à mettre fin à la vie (et les médicaments annexes visant à minimiser l'inconfort du patient), à condition qu'il y soit dûment autorisé en vertu de son statut et de la loi et qu'il dispose d'un certificat d'administration de la drogue valide. Une seconde hypothèse moyennant l'accord écrit du patient permet au médecin traitant ou bien de contacter le pharmacien et de l'informer de ladite prescription, ou bien de délivrer la prescription écrite personnellement, par mail ou par télécopie, au pharmacien qui fournira ensuite ceux-ci au patient, ou au médecin traitant ou à un agent identifié par le patient. Toutefois, les médicaments ne sont pas transmis par la poste ou tout autre moyen de messagerie²⁰⁷.

Quant à la phase d'administration des médicaments par le patient, aucune précision n'est fournie par le *Washington Death with Dignity Act* si ce n'est ce qui se trouve à l'avant-dernier paragraphe du « Formulaire de demande » de la section 22, dans lequel le patient déclare : « Je comprends toute l'importance de cette demande et je m'attends à mourir quand je prendrai les médicaments prescrits. Je comprends aussi bien que la plupart des décès se produisent dans les trois heures, mon décès peut prendre plus de temps et mon médecin m'a conseillé à propos de cette possibilité »²⁰⁸. La seule information correspond donc à ce délai de trois heures qui néanmoins peut se prolonger.

Une fois le décès survenu, « le médecin traitant peut signer le certificat de décès du patient qui indiquera la maladie en phase terminale comme étant la cause du décès »²⁰⁹.

Il devra, en outre, conformément à la section 15, envoyer au ministère de la santé une copie de du rapport indiquant les soins et médicaments qui ont été dispensés ainsi que toute autre

²⁰⁶ *Ibidem*, sec. 9 à 11.

²⁰⁷ *Ibidem*, sec. 4 (1) ((i)) et ((ii)).

²⁰⁸ *Ibidem*, sec. 22 [traduction libre].

²⁰⁹ *Ibidem*, sec. 4 (2) [traduction libre].

documentation requise par l'administration du ministère, au plus tard dans les trente jours calendrier après la rédaction de la prescription ou de la délivrance de médicaments²¹⁰.

Chaque année, le département de la santé de l'Etat de Washington publie en ligne un rapport relatif au *Washington Death with Dignity Act*. Il y mentionne le nombre de personnes décédées, leurs caractéristiques, les préoccupations à l'origine de leur choix, les circonstances de leur décès, mais aussi les éventuelles complications engendrées par l'ingestion du médicament²¹¹.

Les dernières sections abordent quant à elles divers aspects secondaires et postérieurs à la réalisation du suicide médicalement assisté, tels que les effets sur la réalisation de testaments, les contrats et statuts, les polices d'assurance ou de rente ainsi que les immunités et les responsabilités²¹².

§2. Le déroulement d'un suicide « accompagné »

A. Le degré d'implication du médecin suisse

Tout comme le soulignent DIGNITAS et EXIT Deutsche Schweiz, la participation d'un médecin suisse est indispensable à la réalisation d'un suicide accompagné. Elle est de fait légalement imposée pour la prescription du médicament mettant fin à la vie²¹³. Une question se pose néanmoins quant à son degré d'implication pratique, lorsque le suicide médicalement assisté est réalisé par l'entremise d'une association (comme c'est majoritairement le cas, voy. *supra* n°103, 108 et 109) : se cantonne-t-il au rôle de prescripteur comme beaucoup d'auteurs le prétendent²¹⁴, ou bien remplit-il d'autres obligations, à l'instar du médecin de l'Etat de Washington (voy. *supra* Chapitre 2, section 3, §1^{er}, B et C) ?

A.1. A minima, le médecin souscripteur

Il existe un large consensus sur le médicament le plus approprié pour l'assistance au suicide : le pentobarbital de sodium (NaP)²¹⁵. Cette substance létale ne peut toutefois être délivrée que sur prescription médicale. En effet, puisqu'elle contient des barbituriques et, dès lors, fait partie

²¹⁰ *Ibidem*, sec. 15.

²¹¹ Washington State Department of Health, « Death with Dignity Data », disponible sur <https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct/DeathwithDignityData>, s.d., consulté le 26 mars 2021.

²¹² Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 16 à 20.

²¹³ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 6 ; EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 18.

²¹⁴ G. BOSSHARD, S. FISHER et W. BÄR, *op. cit.*, p. 530 ; voy. aussi D. GROUILLE, *op. cit.*, pp. 27 et 30 ; S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, *op. cit.*, p. 298.

²¹⁵ S. FISHER *et al.*, *op. cit.*, p. 810 ; voy. aussi S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, *op. cit.*, p. 297.

des substances dites « psychotropes », elle est, conformément à la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes, soumise à prescription²¹⁶.

Le médecin prescripteur peut être le médecin traitant du patient si celui-ci est disposé à le faire. Dans la négative ou si la personne est un résident étranger, EXIT Deutsche Schweiz et DIGNITAS ont à leur disposition des médecins qui collaborent avec elles et qui sont prêts à endosser ce rôle²¹⁷.

A.2. Autres obligations à leur charge

Selon certains auteurs, le médecin se doit, avant toute prescription, de vérifier les critères posés par l'association, plus particulièrement la capacité de discernement, mais aussi de consigner le caractère intolérable de la souffrance et l'avancée des pathologies dans un certificat médical²¹⁸. Pour d'autres, il s'agit d'exclure un état dépressif, diagnostiquer la maladie, prescrire le médicament et constater le décès²¹⁹.

D'après les directives de l'ASSM sur « l'Attitude face à la fin de vie et à la mort », le médecin peut apporter une aide au suicide si et seulement s'il considère que les cinq critères établis par l'Académie (et qui ont été préalablement exposés à la section 2 du Chapitre 2) sont remplis, à savoir : la capacité de discernement, la demande réfléchie, volontaire et persistante, la souffrance insupportable causée par une maladie ou des limitations fonctionnelles, l'échec ou le rejet des alternatives et enfin, la volonté du médecin d'y participer²²⁰.

La loi suisse prévoit en outre qu'« un médicament ne peut être prescrit que si l'état de santé de la patiente ou du patient est connu »²²¹.

Mais, en pratique, le médecin vérifie-t-il toutes les conditions ? Quand, comment et à quelle fréquence est-il impliqué dans le processus ? Y joue-t-il un rôle déterminant ? A nouveau, il convient de se pencher sur les associations DIGNITAS et EXIT Deutsche Schweiz qui détaillent le déroulement d'un suicide accompagné dans leur brochure d'informations.

²¹⁶ Loi fédérale suisse du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et substances psychotropes, précitée (Loi sur les stupéfiants), art. 2, b).

²¹⁷ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 2, 3 et 7 ; EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 20 ; S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, *op. cit.*, p. 295.

²¹⁸ M. POTT et S. CAVALLI, *op. cit.*, p. 117.

²¹⁹ J. WACKER, *op. cit.*, p. 83.

²²⁰ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 26.

²²¹ Loi fédérale suisse du 15 décembre 2000 sur les médicaments et les dispositifs médicaux (Loi produits thérapeutiques), précitée, art. 26 §2.

Une fois les documents nécessaires fournis (voy. *supra* n°155 à 157), DIGNITAS transmet le dossier à l'un des médecins qui collaborent avec elle et ce, pour avis. Cette première étape est déterminante pour le membre qui demande l'aide au suicide car c'est ce médecin qui donne « le feu vert provisoire », c'est-à-dire « un accord donné provisoirement par un médecin, uniquement sur base de la demande et du dossier médical. La décision définitive reste réservée jusqu'à ce que le médecin ait vu le membre dans le cadre d'une consultation personnelle »²²². Le « feu vert définitif » mène, quant à lui, à la délivrance de l'ordonnance par le médecin²²³. Pour obtenir cette autorisation définitive, DIGNITAS précise que deux entretiens appelés « visites médicales » seront organisés avec leur médecin collaborateur « qui s'assure personnellement que les conditions à remplir pour bénéficier d'une aide au suicide sont bien réunies »²²⁴.

En résumé, l'auteur de la prescription peut être soit le médecin traitant de la personne qui désire mourir, soit celui qui collabore avec DIGNITAS, mais dans tous les cas, un médecin de DIGNITAS rencontrera la personne à deux reprises afin de l'examiner elle-même lors d'une consultation et d'examiner, à cette fin, le respect des conditions.

Moins explicite, EXIT Deutsche Schweiz précise qu'un médecin suisse sera toujours impliqué « dans le processus d'évaluation en tant que facteur supplémentaire important » ou encore « dans le processus de décision »²²⁵. Un document portant confirmation de la capacité de jugement établi par un médecin est en tout cas explicitement requis, sans préciser néanmoins si celui-ci doit être établi par le médecin traitant ou le médecin consultant d'EXIT Deutsche Schweiz²²⁶.

B. La substance létale

D'après DIGNITAS, le pentobarbital de sodium utilisé est « un somnifère et anesthésique éprouvé » qui endort la personne dans les deux à cinq minutes, la plonge dans un coma et finit par paralyser sa respiration²²⁷.

Selon les explications d'EXIT Deutsche Schweiz, après l'administration du NaP, « la personne tombe en sommeil profond au bout de quelques minutes et quitte ce monde calmement et sans

²²² DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, pp. 6 et 7.

²²³ *Ibidem*.

²²⁴ *Ibidem*, pp. 3 et 14.

²²⁵ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 18 [traduction libre].

²²⁶ *Ibidem*, p. 19.

²²⁷ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 7.

douleur. La mort survient généralement peu de temps après par une combinaison d'arrêt respiratoire et cardiaque »²²⁸.

Cette substance peut être administrée oralement, par intraveineuse ou *via* tube gastrique²²⁹. Il importe surtout que la personne désirant mourir puisse elle-même accomplir l'acte final : « boire le médicament dissous dans l'eau », « ouvrir le robinet/la soupape de perfusion » ou encore « l'injecter dans la sonde stomacale »²³⁰.

Contrairement à l'Etat de Washington, tout suicide assisté est, du point de vue légal, considéré comme une « mort extraordinaire », dans le sens non naturelle²³¹. A ce titre, elle fait d'office l'objet d'une enquête par le ministère public, conformément à l'article 253 du Code de procédure pénale²³². C'est pourquoi EXIT Deutsche Schweiz explique qu'« après avoir constaté la mort, la police doit être prévenue. Celle-ci est généralement accompagnée d'un médecin officiel et peut-être d'un procureur pour une enquête administrative. Il s'agit de vérifier si tout s'est déroulé dans le cadre de la législation »²³³. Dans l'affirmative, l'affaire est close²³⁴.

Le médecin, auteur de la prescription, se doit ensuite en conformité avec la loi, de notifier son acte médical, dans un délai de trente jours, à l'autorité cantonale compétente²³⁵, c'est-à-dire à « l'autorité désignée par le canton, chargée de la surveillance des personnes exerçant sur son territoire une profession médicale universitaire sous leur propre responsabilité personnelle »²³⁶.

Toutefois, il n'existe aucun organisme national d'enregistrement auquel les autorités cantonales seraient tenues de signaler à leur tour les cas de suicides assistés recensés²³⁷. De plus, depuis 2014, l'Office fédéral de la statistique n'a plus publié de statistiques relatives aux décès pour cause de suicide assisté²³⁸.

²²⁸ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 21 [traduction libre].

²²⁹ S. FISHER *et al.*, *op. cit.*, p. 810.

²³⁰ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 7 ; EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 21 [traduction libre].

²³¹ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 27.

²³² Code de procédure pénale suisse, art. 253.

²³³ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 21 [traduction libre].

²³⁴ J. WACKER, *op. cit.*, p. 85.

²³⁵ Loi fédérale suisse du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et substances psychotropes, précitée, art. 11.

²³⁶ Loi fédérale suisse du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires, RO 2007 4031, art. 41.

²³⁷ G. BOSSHARD, S. FISHER et W. BÄR, *op. cit.*, p. 531 ; voy. aussi S. FISHER *et al.*, *op. cit.*, p. 810.

²³⁸ Office fédéral de la statistique, *Statistiques des causes de décès 2014 : Suicide assisté et suicide en Suisse*, 2016.

C. Les accompagnants

On entend souvent parler des « accompagnants »²³⁹, « volontaires »²⁴⁰, ou encore « collaborateurs »²⁴¹ des associations pour le droit de mourir dans la dignité qui ont, en pratique, un plus grand rôle à jouer que le médecin.

DIGNITAS les présente comme « des collaborateurs et collaboratrices qualifiés et dévoués, ayant une grande expérience de l'assistance au suicide et de l'accompagnement des personnes en fin de vie, qui sont à la disposition des membres et de toute personne désirant obtenir des conseils et dont la formation est assurée »²⁴². EXIT Deutsche Schweiz en parle comme d'« une équipe d'accompagnateurs expérimentés en matière de suicide, souvent issus de professions sociales ou médicales, qui consacrent toute leur énergie à aider les membres, qui suivent une formation exigeante et passent un examen à l'Université de Bâle »²⁴³. Expérience professionnelle, personnalité altruiste et formation sont donc, dans les deux cas, requises.

Du premier contact avec le membre au signalement de son décès, ces accompagnants au suicide accomplissent diverses tâches et endossent une grande responsabilité. Voici les différents éléments qu'il est possible de relever, en grande partie de la pratique de DIGNITAS et d'EXIT Deutsche Schweiz.

Tout d'abord, ils assurent eux-mêmes le premier contact avec la personne résolue à mourir. En effet, chez DIGNITAS, après réception de la demande, « le membre reçoit à domicile la visite d'un des accompagnants de DIGNITAS »²⁴⁴. De même, chez EXIT Deutsche Schweiz, après avoir contacté leur bureau, la personne obtiendra un rendez-vous avec un de leurs accompagnateurs. Au cours de celui-ci, ce dernier précisera à l'intéressé, dans un premier temps, les documents requis. Une fois les documents reçus, un accompagnateur se rendra à plusieurs reprises au domicile de l'intéressé pour discuter de la situation avec celui-ci. « Ces séances de conseil servent également à répondre aux préoccupations, aux questions et aux craintes – ainsi qu'à clarifier les alternatives au suicide qui existent. »²⁴⁵

Ensuite, plusieurs collaborateurs vont vérifier, chez DIGNITAS, que toutes les conditions posées par l'association sont respectées et plus particulièrement « si le souhait de mourir

²³⁹ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 7 ; EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 6 [traduction libre].

²⁴⁰ S. ZIEGLER et G. BOSSHARD, *op. cit.*, p. 295.

²⁴¹ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 2.

²⁴² *Ibidem*, pp. 2 et 4.

²⁴³ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 7 [traduction libre].

²⁴⁴ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 7.

²⁴⁵ EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, p. 7 [traduction libre].

correspond bien à la volonté de la personne » et « si la capacité de discernement n'est restreinte en aucune manière »²⁴⁶.

« Un accompagnateur ou une accompagnatrice effectue les examens nécessaires », déclare quant à elle EXIT Deutsche Schweiz²⁴⁷.

Ce faisant, ces précisions s'alignent parfaitement sur les recommandations de l'ASSM. Dans celles-ci, l'ASSM préconisait en effet la vérification, par une tierce personne indépendante, des conditions de capacité de discernement et de demande (réfléchie, volontaire et persistante), en précisant que ce tiers ne doit pas nécessairement être médecin²⁴⁸. En 2006, le tribunal fédéral allait déjà dans ce sens en soulignant qu'un tiers indépendant, qui n'a pas nécessairement besoin d'être un médecin, doit vérifier que le patient se révèle apte à juger d'une part, et que son désir a été exprimé de manière durable et est né sans pression extérieure d'autre part²⁴⁹.

Cette précision fait ainsi la distinction avec l'Etat de Washington qui requiert obligatoirement l'avis d'un second médecin, appelé le médecin consultant (voy. *supra* n°203).

Une fois le suicide médicalement assisté admis, la personne déterminée à mettre fin à ses jours choisit elle-même la date et le lieu où il se déroulera, ayant pour celui-ci le choix entre son domicile et les locaux appartenant aux associations prévus à cet effet. Les accompagnants, quant à eux, font en sorte de mettre en œuvre les modalités choisies²⁵⁰.

Dès que l'ordonnance est délivrée, l'accompagnant se rend en pharmacie afin d'obtenir le médicament. Ce dernier sera, pendant le temps nécessaire, conservé entre les murs de l'association²⁵¹.

Une fois le jour choisi par le membre arrivé, la dose létale est ensuite « préparée » : du pentobarbital de sodium dissous dans de l'eau à boire ou à s'auto-injecter²⁵².

La dernière étape du processus consiste à avertir les autorités de police comme cela a été précédemment mentionné (voy. *supra* n°232 et 233). DIGNITAS ajoute encore que « les accompagnants sont responsables du déroulement technique du suicide »²⁵³.

²⁴⁶ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 2.

²⁴⁷ EXIT Deutsche Schweiz, « EXIT – Selbstbestimmung im Leben und im Sterben », disponible sur <https://exit.ch/freitodbegleitung/was-ist-eine-freitodbegleitung/>, s.d., consulté le 15 avril 2021 [traduction libre].

²⁴⁸ Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l'attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, p. 26.

²⁴⁹ Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006, précité, §6.3.4.

²⁵⁰ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 7 ; EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021, pp. 20 et 21.

²⁵¹ *Ibidem*, p. 8 ; *ibidem*, p. 21.

²⁵² *Ibidem*, p. 7 ; *ibidem*.

²⁵³ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 7.

Chapitre 3 : Un « tourisme de la mort » en Suisse ?

Le « tourisme de la mort » ou « tourisme du suicide » renvoie à l'une des critiques les plus récurrentes et virulentes adressées à l'encontre d'une association suisse pour le droit de mourir en particulier : DIGNITAS, dont le protocole interne a été détaillé dans le précédent chapitre. Dans ce chapitre, seront brièvement présentés les raisons et les chiffres de ce qui s'avère être une véritable polémique, directement liée au système légal suisse.

Section 1 : Explications de ce phénomène

L'association DIGNITAS est en effet au cœur d'une sérieuse critique connue sous l'appellation de « tourisme de la mort »²⁵⁴ et « tourisme de suicide »²⁵⁵, en ce qu'elle offre un accompagnement payant au suicide à un nombre important de personnes en provenance de l'étranger. Ces étrangers venus réclamer son aide le feraient pour diverses raisons : tantôt parce que dans leur propre pays toute forme d'aide médicale à mourir est interdite²⁵⁶, tantôt parce que la législation y est plus restrictive²⁵⁷, tantôt parce que de telles associations spécialisées n'existent pas²⁵⁸. Ils profiteraient ainsi de la législation suisse à de nombreuses reprises dépeinte comme plus libérale²⁵⁹ et permissive²⁶⁰.

Cette situation est en fait directement liée à l'absence d'une loi fédérale régissant le suicide médicalement assisté et, surtout, le soumettant à des limitations de résidence et/ou de nationalité²⁶¹.

A l'inverse, l'Etat de Washington, quant à lui, ne pourrait se voir adresser un tel reproche puisque le *Washington Death with Dignity Act* exige formellement que le patient qui demande

²⁵⁴ D. MONTARIOL, *op. cit.*, p. 112 ; voy. aussi S. BLOUIN, *op. cit.*, p. 36.

²⁵⁵ J. WACKER, *op. cit.*, p. 85 ; voy. aussi A. P. MONDAL et P. BHOWMIK, « Physician Assisted Suicide Tourism – A future Global Business Phenomenon », *The Business and Management Review*, novembre 2018, vol. 10, n°1, p. 35 [traduction libre].

²⁵⁶ X, « Le suicide assisté d'un DJ Italien en Suisse fait débat », disponible sur <https://www.lematin.ch/story/le-suicide-assiste-d-un-dj-italien-en-suisse-fait-debat-880244544786>, 29 février 2007, consulté le 23 avril 2021. En Italie, le suicide assisté est considéré comme un délit et l'euthanasie comme un homicide volontaire.

²⁵⁷ S. BLOUIN, *op. cit.*, p. 37. L'auteur vise le Canada et le Québec sur ce point.

²⁵⁸ D. MONTARIOL, *op. cit.*, p. 112.

²⁵⁹ A. P. MONDAL et P. BHOWMIK, *op. cit.*, p. 36 ; voy. aussi G. BOSSHARD, S. FISHER et W. BÄR, *op. cit.*, p. 529 ; A. MAURON, « L'assistance au suicide en Suisse : ses particularités éthiques et historiques », *Droit et cultures*, 2018/1, vol. 75, p. 128.

²⁶⁰ S. BLOUIN, *op. cit.*, p. 37.

²⁶¹ J. WACKER, *op. cit.*, p. 81.

des médicaments pour mettre fin à sa vie soit résident de l'Etat de Washington, mais encore, le prouve dûment (voy. *supra* n°118)²⁶².

Cette expression s'est par ailleurs d'autant plus répandue en raison de l'attention médiatique portée sur la pratique de DIGNITAS au cours des années 2000. Légion sont en effet les articles de presse et les documentaires qui ont alimenté cette critique. Concrètement, la Suisse n'ayant pas réglé la question de la résidence ou de la nationalité, les autres pays voient leurs citoyens se tourner vers la Suisse et critiquer, au passage, leur réglementation trop sévère. Citons, par exemple, les cas fort médiatisés de Manon Brunelle, québécoise atteinte de sclérose en plaques décédée en 2004 avec l'aide de DIGNITAS²⁶³ ; Kay Carter, canadienne atteinte de sténose spinale décédée en 2010 avec l'aide de DIGNITAS²⁶⁴ ; Helen Johnson, souffrant d'une maladie pulmonaire rare décédée en 2016 avec l'aide de DIGNITAS²⁶⁵...

Une critique si forte conduit à se poser des questions, entre autres : y a-t-il une constante augmentation des suicides assistés de non-résidents par DIGNITAS comme certains le soulignent²⁶⁶ ? Quelle proportion représentent-ils de l'ensemble des suicides médicalement assistés réalisés par DIGNITAS ?

Section 2 : Chiffres de DIGNITAS

L'Office fédéral de la statistique ne recensant que les suicides assistés des personnes domiciliées en Suisse²⁶⁷, il convient de se tourner vers les chiffres produits par l'association DIGNITAS elle-même. Chaque année, DIGNITAS publie en effet sur son site internet, à disposition du public, le nombre de suicides qu'elle a accompagnés. Il s'agit typiquement du tableau reproduit ci-après qui reprend les données depuis 1998 (date de création de

²⁶² Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008), précité, sec. 2, sec. 4 (1) ((b)) et sec. 13.

²⁶³ G. BOURGAULT-CÔTÉ, « Le suicide assisté de Manon – Polémique autour de la clinique Dignitas », disponible sur <https://www.ledevoir.com/societe/69376/le-suicide-assiste-de-manon-polemique-autour-de-la-clinique-dignitas>, 25 novembre 2004, consulté le 20 avril 2021.

²⁶⁴ K. BROWN, « How the Carter family gave their mother a dignified death », disponible sur <https://www.chatelaine.com/news/dignified-death-lee-carter/>, 15 avril 2016, consulté le 20 avril 2021.

²⁶⁵ X, « How my partner died in Dignitas clinic », disponible <https://www.itv.com/news/central/2019-09-23/point-of-view-how-my-partner-ended-her-life-at-dignitas-birmingham-dignity-in-dying-james-howley-helen-assisted-suicide>, 23 septembre 2019, consulté le 20 avril 2021.

²⁶⁶ D. MONTARIOL, *op. cit.*, p. 112 ; voy. aussi J. WACKER, *op. cit.*, p. 85.

²⁶⁷ Office fédéral de la statistique, *Statistiques des causes de décès 2014 : Suicide assisté et suicide en Suisse*, 2016, p. 1.

DIGNITAS²⁶⁸) jusqu'en 2020 et les classe selon le pays de résidence des personnes ayant demandé son assistance²⁶⁹.

DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben / DIGNITAS - To live with dignity - To die with dignity, Forch-Zürich

Freitodbegleitungen nach Jahr und Domizilstaat / Accompanied Suicides per Year and Country of Residence

Jahr / Year	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total pro Jahr / Total per Year	6	5	7	50	76	100	105	138	195	138	132	89	97	160	198	205	204	222	201	222	221	256	221
Total seit Beginn / Grand total	6	11	18	68	144	244	349	487	682	820	952	1041	1138	1298	1496	1701	1905	2127	2328	2550	2771	3027	3248

Grösste Anteile oder Nachbarn der Schweiz / Largest share or Neighbouring Countries of Switzerland

Domizilstaat / Country of Residence	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total nach Land und in % Total per Country and in %
Schweiz	6	4	4	11	17	9	14	12	15	6	10	4	6	11	13	8	6	4	6	7	7	7	13	CH 200 6.61
Deutschland ¹		1	3	31	50	45	66	78	120	75	59	35	29	72	84	92	80	86	73	71	87	85	84	DE 1406 46.45
Grossbritannien					1	15	10	15	26	17	23	27	26	22	33	29	29	37	47	34	24	42	18	GB 475 15.69
Frankreich				2	4	12	3	12	16	18	19	7	9	15	20	22	35	33	30	42	31	43	35	FR 408 13.48
Österreich				1	2	2	2	3	2	3	4	3	1	2	4	7	3	8	4	4	2	7	5	AT 69 2.28
Italien				1		2		4	2	1	1	4	4	14	22	14	10	14	8	9	19	16	14	IT 159 5.25
Andere Länder / Other Countries																								

DIGNITAS réalise elle-même une distinction entre les pays de résidence présentant les plus hauts pourcentages de personnes accompagnées (« *Domizilstaat/Country of Residence* »), et les autres pays (« *Andere Länder/Other Countries* ») qui n'ont pas été reproduits ci-avant étant un peu plus d'une cinquantaine²⁷⁰.

Le premier groupe de pays se compose donc dans l'ordre du tableau, de la Suisse (« *Schweiz* »), de l'Allemagne (« *Deutschland* »), la Grande Bretagne (« *Grossbritannien* »), la France (« *Frankreich* »), l'Autriche (« *Österreich* ») et l'Italie (« *Italien* »). Ils représentent ensemble pas moins de 89,76 pourcents de tous les suicides accompagnés de DIGNITAS sur les vingt-deux années de son activité. Cinquante-deux autres pays du monde entier se partagent, quant à eux, les 10,24 pourcents restants.

Ce tableau qui retrace une évolution sur plus d'une vingtaine d'années permet de tirer quelques conclusions.

La première est de constater que le nombre de suicidants résidents en Suisse ne représente que 6,61 pourcents de l'ensemble de tous les suicides accompagnés jusqu'ici, ce qui signifie donc que 93,39 pourcents des suicidants sont bien des étrangers²⁷¹.

²⁶⁸ DIGNITAS, *Brochure d'informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019, p. 1.

²⁶⁹ DIGNITAS, « Freitodbegleitungen nach Jahr und Domizilstaat / Accompanied Suicides per Year and Country of Residence », disponible sur <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2020.pdf>, s.d., consulté le 22 avril 2021.

²⁷⁰ *Ibidem* [traduction libre].

²⁷¹ *Ibidem*.

Quant à parler d'une constante évolution du nombre de cas auprès des non-résidents, les propos doivent être nuancés. Les données relatives aux cinq pays susmentionnés ne font état d'aucune croissance continue. Il suffit, à titre d'exemple, de comparer les données de 2017 à 2018 (avant la crise du COVID-19 qui a limité les déplacements vers l'étranger) qui sont passées dans l'ordre de 71 à 87, 34 à 24, 42 à 31, 4 à 2 et de 5 à 19²⁷². Ainsi, les chiffres de la Grande-Bretagne, la France et l'Autriche ont diminué, à l'inverse de l'Allemagne et de l'Italie. Toutefois, ce constat n'est pas nécessairement le même pour les années précédentes. Le nombre d'Allemands venus en Suisse pour bénéficier d'un suicide accompagné de DIGNITAS était, par exemple, en diminution en 2003, 2007, 2008, 2009, 2010, 2014, 2016 et 2017. Bien que les motifs des départs des étrangers vers la Suisse ne soient pas indiqués dans le tableau, force est tout de même de constater qu'aucun des cinq pays mentionnés n'a légalisé le suicide médicalement assisté...²⁷³

A la question de savoir si la majorité des suicides accompagnés a lieu au profit de non-résidents, la réponse est donc incontestablement positive. Si les chiffres ne sont pas en constante augmentation, il semblerait, par contre, que les départs pourraient en effet être motivés par la réticence des pays de résidence en matière de fin de vie. Est-ce que cela donne pour autant un fondement aux accusations de « tourisme de la mort » ? Si les critiques semblent en tout cas bien réelles, il n'est pas de l'objet de ce mémoire d'en juger.

Le « tourisme de la mort » n'est par ailleurs pas une critique uniquement adressée à la Suisse : elle vise aussi les Pays-Bas, le Luxembourg et la Belgique, considérés comme ayant des législations libérales en matière de fin de vie²⁷⁴.

²⁷² *Ibidem*.

²⁷³ En Grande-Bretagne, l'euthanasie et le suicide assisté sont interdits. Le Sénat français a rejeté le 11 mars dernier la proposition de loi visant à légaliser l'euthanasie. Les Cours constitutionnelles autrichienne et allemande ont reconnu en 2020 un droit d'assistance au suicide et demandé à leur législateur de l'encadrer par une loi. En Italie, le suicide assisté est considéré comme un délit et l'euthanasie comme un homicide volontaire, bien que sa Cour constitutionnelle ait elle aussi dépénalisé en 2019 le suicide assisté sous certaines conditions. Aucun de ses pays ne dispose donc actuellement d'une loi.

B. MAKOOI, « Légiférer sur la fin de vie en France : que fait le reste de l'Europe ? », disponible sur <https://www.france24.com/fr/europe/20210330-l%C3%A9gif%C3%A9rer-sur-la-fin-de-vie-en-france-que-fait-le-reste-de-l-europe>, 30 mars 2021, consulté le 23 avril 2021 ; voy. aussi J. NICOL, *op. cit.*, pp. 26 à 30.

²⁷⁴ A. P. MONDAL et P. BHOWMIK, *op. cit.*, p. 36.

Chapitre 4 : De quelques spécificités de droit belge en matière d'euthanasie

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie a fait de la Belgique le deuxième pays au monde à autoriser qu'un médecin mette fin à la vie d'une personne malade par l'administration d'une substance létale. Il n'est pas question ici de faire l'état de l'ensemble du droit belge, mais bien de présenter quelques spécificités de notre pays en matière d'euthanasie, par rapport à ce qui est admis dans l'Etat de Washington et en Suisse, où en revanche, l'euthanasie est explicitement prohibée. Les questions de l'euthanasie des mineurs, de la déclaration anticipée et du refus de pratiquer une euthanasie seront donc abordées, avant de laisser place à une brève synthèse des critères belges, washingtoniens et suisses.

Section 1 : L'extension de l'euthanasie aux mineurs

Par l'adoption de la loi du 28 février 2014, la Belgique a étendu l'euthanasie aux patients mineurs et est devenue le premier pays à en décider ainsi dans le monde²⁷⁵. En se penchant sur la loi du 28 mai 2002 ainsi modifiée, il ressort de son article 3 que les conditions d'accès à l'euthanasie divergent selon que le patient est tantôt majeur ou mineur émancipé, tantôt à l'inverse mineur (sous-entendu non émancipé)²⁷⁶. Outre le fait que les mineurs se voient appliquer différemment un des trois critères examinés ci-après, ils se voient également imposer des conditions supplémentaires.

§1. Conditions applicables aux majeurs et mineurs émancipés versus mineurs

Tant le patient majeur ou mineur émancipé que le mineur doivent être dotés de la capacité de discernement. La loi poursuit en exigeant que le patient soit « conscient au moment de sa demande »²⁷⁷.

Soulignons toutefois qu'il n'est à aucun moment indiqué, dans le texte de loi, un âge précis à partir duquel on considère qu'un jeune patient fait preuve d'une telle capacité et, dès lors, peut se faire euthanasier si les autres conditions sont réunies.

²⁷⁵ Loi belge du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, *M.B.*, 12 mars 2014 ; N. BHATIA, B. WHITE et L. DELIENS, « How should Australia respond to media-publicised developments on euthanasia in Belgium ? », », Deakin Law School Legal Studies Research Paper No. 16-34, *Journal of Law and Medicine*, 2016, vol. 23, p. 842.

²⁷⁶ Loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, précitée, art. 3.

²⁷⁷ *Ibidem*, art. 3, §1^{er}, 1^e tiret.

La demande doit être « formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et ne pas résulter d'une pression extérieure »²⁷⁸ poursuit la loi, sans distinction entre les patients majeurs (ou mineurs émancipés) et les mineurs. Cette condition leur est donc indifféremment applicable.

La différence d'application des conditions apparaît aux troisième et quatrième tirets de ce même article 3. Ce dernier exige, pour le patient majeur ou mineur émancipé, qu'il « se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable »²⁷⁹, tandis que le patient mineur doté de la capacité de discernement doit se trouver « dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle grave et incurable »²⁸⁰.

A la lecture de ces conditions, l'euthanasie des majeurs ou mineurs émancipés et celle des mineurs s'éloignent sur deux points.

Le premier consiste à admettre les maladies psychiques pour la première catégorie de patients, mais de l'exclure pour les mineurs qui ne pourront faire valoir qu'une souffrance de nature physique.

Secondement, si le décès du patient mineur doit impérativement intervenir à brève échéance, tel n'est pas le cas du patient majeur ou mineur émancipé. Pour ces derniers, le paragraphe 3 souligne tout de même une distinction entre le majeur ou mineur émancipé dont le décès est à brève échéance, de la situation inverse. En effet, « si le médecin est d'avis que le décès du patient majeur ou mineur émancipé n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre : 1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation (...) et 2° s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie »²⁸¹. L'absence de décès à brève échéance engendre donc des distinctions de nature procédurale, mais ne constitue pas pour autant un motif d'exclusion de la pratique de l'euthanasie comme c'est le cas pour les mineurs.

Soulevons également que le législateur insiste une fois de plus sur la nécessaire capacité de discernement du mineur (non émancipé), lorsqu'il aborde cette fois-ci la condition médicale du patient²⁸².

²⁷⁸ *Ibidem*, 2^e tiret.

²⁷⁹ *Ibidem*, 3^e tiret.

²⁸⁰ *Ibidem*, 4^e tiret.

²⁸¹ *Ibidem*, art. 3, §3.

²⁸² *Ibidem*, art. 3, §1^{er}, 4^e tiret.

§2. Conditions supplémentaires

Le précédent paragraphe a déjà permis de soulever une condition supplémentaire pour les mineurs non émancipés : leur situation médicale doit entraîner leur décès à brève échéance.

En termes d'obligations du médecin, celui-ci doit, indépendamment du fait qu'il s'agit d'un majeur (ou mineur émancipé) ou d'un mineur, remplir six obligations communes ci-après reproduites :

« 1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation.

4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci ;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer. »²⁸³

La septième obligation concerne, par contre, uniquement le patient mineur non émancipé, pour lequel le médecin devra, en plus du deuxième médecin mentionné au 3°, « consulter un pédopsychiatre ou un psychologue, en précisant les raisons de cette consultation », lequel « prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure de la capacité de

²⁸³ *Ibidem*, art. 3, §2, 1° à 6°.

discernement du mineur, et l'atteste par écrit »²⁸⁴. Par la suite, le médecin traitant doit informer non seulement le mineur, mais aussi ses représentants légaux, du résultat de cette consultation. Il devra encore s'entretenir avec ces derniers, afin de leur fournir les informations précitées au 1° et s'assurer qu'ils donnent leur accord sur la demande du patient mineur non émancipé²⁸⁵.

En outre, lorsque l'auteur de la demande est mineur non émancipé, sa demande doit être actée par écrit. Par ailleurs, la loi impose que le soit aussi l'accord des représentants légaux de ce dernier²⁸⁶.

Section 2 : La directive anticipée

Un chapitre de la loi de 2002 intitulé « De la déclaration anticipée », a été spécifiquement consacré à cette possibilité sur base de laquelle « tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie »²⁸⁷.

Cette définition fournie par le premier paragraphe souligne ainsi le fait que l'auteur de cette déclaration ne peut être un mineur non émancipé, mais aussi qu'il doit être capable au moment de la demande.

Des précisions sont en outre apportées quant au contenu de la déclaration anticipée qui doit être écrite en présence de deux témoins majeurs dont l'un deux au moins n'a pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration anticipée comprend la désignation éventuelle par ordre de préférence d'une ou plusieurs personnes de confiance destinée(s) à mettre au courant le médecin traitant de la volonté du patient (à l'exclusion du médecin traitant lui-même, du médecin consultant et des membres de l'équipe soignante) ; en cas d'impossibilité physique permanente dans le chef du déclarant de rédiger et signer ladite déclaration, la mention de cette impossibilité ainsi que ses raisons (auquel cas une attestation médicale certifiant cette impossibilité est jointe à la présente déclaration) et enfin, la date et signature de la personne à l'origine de la demande, des témoins et le cas échéant, des personnes de confiance²⁸⁸.

Le médecin traitant qui pratique une euthanasie en raison d'une déclaration anticipée doit préalablement s'assurer du respect de trois conditions : l'existence d'une affection accidentelle

²⁸⁴ *Ibidem*, 7°.

²⁸⁵ *Ibidem*.

²⁸⁶ *Ibidem*, art. 3, §4.

²⁸⁷ *Ibidem*, art. 4, §1^{er}, al. 1^{er}.

²⁸⁸ *Ibidem*, al. 2 à 5.

ou pathologique grave et incurable dont souffre le patient, l'état d'inconscience de ce dernier et l'irréversibilité de la situation selon l'état actuel de la science²⁸⁹. Il se doit également de respecter les conditions et procédures prescrites par la présente loi²⁹⁰.

Par la suite, le médecin doit :

« 1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation (...) ;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci ;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient ;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne. »²⁹¹

Soulignons encore que la loi du 15 mars 2020 visant à modifier la législation en matière d'euthanasie a prolongé la durée de validité de la déclaration anticipée, qui est désormais à durée indéterminée²⁹². La loi de 2002 a néanmoins conservé la possibilité de la retirer ou de l'adapter à tout moment²⁹³.

Section 3 : Les conséquences d'un refus de pratiquer l'euthanasie

L'article 14 de la loi de 2002 insiste tout d'abord sur le caractère volontaire de l'euthanasie belge, stipulant d'une part qu'aucune personne, en ce compris le médecin, ne peut y être tenu et d'autre part, qu'« aucune clause écrite ou non écrite ne peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales »²⁹⁴.

Ledit article précise ensuite les conséquences qu'entraîne un refus de pratiquer une euthanasie. Selon que ce refus est motivé, tantôt par sa liberté de conscience, tantôt par une raison médicale, les obligations incombant au médecin diffèrent, notamment en termes de délai et de renvoi.

« Si le médecin consulté refuse, sur la base de sa liberté de conscience, de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile et au plus tard dans les sept jours de la

²⁸⁹ *Ibidem*, art. 4, §2, al. 1^{er}.

²⁹⁰ *Ibidem*.

²⁹¹ *Ibidem*, §2, al. 2.

²⁹² Loi belge du 15 mars 2020 visant à modifier la législation relative à l'euthanasie, *M.B.*, 23 mars 2020, art. 2.

²⁹³ Loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, précitée, art. 4, §1^{er}.

²⁹⁴ *Ibidem*, art. 14, al. 1^{er} à 4.

première formulation de la demande le patient ou la personne de confiance éventuelle en précisant les raisons et en renvoyant le patient ou la personne de confiance vers un autre médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie pour une raison médicale, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans ce cas, cette raison médicale est consignée dans le dossier médical du patient »²⁹⁵.

Indépendamment cette fois de la raison justifiant le refus, l'article 14 stipule que « le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, dans tous les cas, de transmettre au patient ou à la personne de confiance les coordonnées d'un centre ou d'une association spécialisée en matière de droit à l'euthanasie et, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer dans les quatre jours de cette demande le dossier médical du patient au médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance »²⁹⁶.

L'interdiction d'une clause visant à empêcher la pratique de l'euthanasie, le délai dont dispose le médecin pour communiquer son refus de pratiquer une euthanasie (sur base de sa liberté de conscience) et l'obligation de renvoi à charge du médecin qui refuse (toujours sur base de sa liberté de conscience) sont, en fait, des nouveautés introduites par l'adoption de la loi du 15 mars 2020 précitée²⁹⁷.

Section 4 : Synthèse des critères retenus par la Belgique, l'Etat de Washington et la Suisse

L'administration de la dose létale par le médecin belge, et non pas par la personne désirant mettre fin à sa vie, trace la distinction entre d'une part, la Belgique et d'autre part, l'Etat de Washington et la Suisse en matière de fin de vie. Ceci étant dit, il est néanmoins possible de comparer quelques critères d'accès à l'une et l'autre option dans les trois Etats, ainsi que quelques éléments procéduraux²⁹⁸.

²⁹⁵ *Ibidem*, al. 5 et 6.

²⁹⁶ *Ibidem*, al. 7.

²⁹⁷ Loi belge du 15 mars 2020 visant à modifier la législation relative à l'euthanasie, précitée, art. 3.

²⁹⁸ Etant une brève synthèse de critères déjà explicités, commentés et détaillés, nous ne reproduirons pas les notes de bas de page dans cette section dans le but d'éviter la redondance.

En autorisant que des médecins pratiquent l'euthanasie de mineurs, la Belgique se distingue, sur un point d'une grande importance, de l'Etat de Washington et de la Suisse.

Bien que ni le code pénal, ni l'ASSM, ni la jurisprudence ne s'avancent sur une quelconque condition de majorité en Suisse, EXIT Deutsche Schweiz et DIGNITAS s'entendent sur le fait que seules les personnes ayant la majorité peuvent demander un suicide accompagné.

Dans l'Etat de Washington, les dix-huit ans accomplis sont requis.

La Belgique n'exige aucunement que le patient soit résident belge, ou n'ait la nationalité belge dans l'énumération des conditions de son article 3. Ce faisant, elle est, tout comme la Suisse, sujette aux critiques d'un « tourisme de la mort ».

Toutefois, une telle critique n'existe qu'envers les associations suisses pour le droit de mourir dans la dignité pour lesquelles la nationalité ou la résidence du membre importe peu. Tel n'est donc toutefois pas le cas d'EXIT Deutsche Schweiz.

A nouveau, le *Washington Death with Dignity Act* ne laisse, quant à lui, aucun doute sur la question : il faut être résident de l'Etat de Washington pour faire la demande de médicaments mettant fin à la vie.

A l'instar de l'ASSM, des associations et de la jurisprudence suisses, la loi belge exige que le patient ait la capacité de discernement.

Le *Washington Death with Dignity Act* est néanmoins le seul à fournir une définition de ce qu'il entend par « patient compétent ».

« L'affectation accidentelle ou pathologique grave et incurable » requise par le droit belge correspond aux conditions de maladie de l'Etat de Washington et de la Suisse.

A Washington, celle-ci doit néanmoins être terminale, c'est-à-dire incurable, irréversible et conduire à la mort dans les six mois.

L'intervention du décès à brève échéance est elle aussi exigée par la loi belge de 2002, mais uniquement à l'intention des mineurs non émancipés et sans préciser un nombre de mois restants à vivre.

A l'opposé, la fin de vie ne doit pas être nécessairement proche en Suisse.

Si les souffrances du patient sont prises en compte par la loi belge, l'ASSM et les associations suisses, tel n'est pas le cas de l'Etat de Washington.

Sur le plan procédural, relevons tout d'abord que la demande d'euthanasie doit être actée par écrit d'après le prescrit de la loi belge²⁹⁹.

Le patient de l'Etat de Washington désirant mettre fin à sa vie doit effectuer non seulement une demande écrite, mais aussi deux demandes orales.

L'ASSM et la jurisprudence suisse ne précisent rien quant à la forme et au contenu de la demande. Toutefois, DIGNITAS et EXIT Deutsche Schweiz demandent aux membres désirant être accompagnés dans leur suicide de leur communiquer un certain nombre de documents, qui varient d'une association à une autre.

Le médecin qui pratique l'euthanasie en Belgique et celui qui prescrit le médicament mettant fin à la vie dans l'Etat de Washington doivent être nécessairement le médecin traitant.

En Suisse, la pratique des associations révèle que le prescripteur du médicament peut être aussi bien le médecin traitant du membre que le médecin qui collabore avec l'association.

La loi belge impose explicitement plusieurs obligations au médecin qui refuse de pratiquer une euthanasie : obligation de renvoi, communication des coordonnées d'un centre ou d'une association spécialisée, envoi du dossier médical au nouveau médecin qui a été désigné...

Le *Washington Death with Dignity Act* et les diverses sources suisses ne vont pas dans ce sens.

Enfin, le décès provoqué par la dose létale est qualifié en Belgique et dans l'Etat de Washington de « mort naturelle »³⁰⁰, contrairement à la Suisse où il est question d'une « mort extraordinaire », entraînant dès lors une enquête par le ministère public.

²⁹⁹ Loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, précitée, art. 3, §4.

³⁰⁰ *Ibidem*, art. 15.

Conclusion

Au début de ce travail, une seule et unique analyse comparative a été annoncée : celle entre l'Etat de Washington et la Suisse. Aux termes de celui-ci, force est de constater que l'absence de loi fédérale suisse sur le suicide médicalement assisté nous oblige à rechercher diverses sources en la matière et, par conséquent, à les confronter même indirectement entre elles. Ainsi, la comparaison principale du modèle washingtonien avec le modèle suisse a, elle aussi, résulté en une comparaison du triptyque suisse composé des recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, de sa jurisprudence et de la pratique des associations. Les protocoles internes de DIGNITAS et EXIT Deutsche Schweiz ont, eux aussi, pu être confrontés. Ce premier constat explique par ailleurs pourquoi, quantitativement parlant, la partie du mémoire portant sur le modèle suisse est plus conséquente.

En effet, il a été interpellant d'apprendre que la Suisse a la plus longue tradition de suicide assisté, mais qu'en septante-neuf ans, son gouvernement n'a jamais fait usage de sa compétence fédérale en droit pénal afin d'adopter un cadre légal et ce, malgré de multiples tentatives. Cette inaction a alors conduit les cantons, les organisations médicales, les cours et tribunaux ainsi que les associations suisses à élaborer des critères et, dès lors, complexifié le schéma. Dix-sept années après la première initiative citoyenne, le *Washington Death with Dignity Act* a quant à lui été adopté et semble se suffire à lui-même.

La différence majeure entre l'Etat de Washington et la Suisse porte sur le fait même qu'en Suisse (et uniquement en Suisse d'ailleurs), n'importe qui peut apporter son assistance au suicide sans être poursuivi pénalement, s'il n'est pas motivé par des motifs égoïstes. Bien entendu, comme cela a été initialement annoncé, il a néanmoins fallu pour des raisons de cohérence, restreindre le champ de l'analyse comparative et dès lors, exclure les hypothèses où un médecin ne prescrit pas des médicaments.

Les principales autres distinctions qui ont été relevées concernent le mobile non égoïste du code pénal suisse, l'absence de condition de résidence ou de nationalité chez DIGNITAS, l'obligation d'adhésion des associations suisses, la maladie incurable ne laissant que six mois à vivre de l'Etat de Washington, l'importance accordée aux souffrances par l'ASSM et les associations suisses, les documents exigés pour la formation de la demande par les associations et enfin, la vérification des conditions par un tiers indépendant non-médecin en Suisse.

Les critères d'accès au suicide médicalement assisté sont par ailleurs relativement uniformes entre DIGNITAS et EXIT Deutsche Schweiz qui diffèrent uniquement par la condition de résidence, par quelques différences relatives à la condition de maladie (son nécessaire cumul

ou non avec la souffrance et l'admission des maladies mentales) et par les documents requis pour formuler la demande.

Sur le plan procédural, la question de l'implication du médecin s'est particulièrement posée pour la Suisse. Eu égard aux directives de l'ASSM et aux lois suisses en matière de substances psychotropes, il est incontestable qu'un médecin suisse doit prescrire le médicament. Il semblerait en outre que celui-ci soit vivement invité à examiner la condition médicale de la personne qui demande le médicament. Le *Washington Death with Dignity Act* précise quant à lui explicitement et de façon plus détaillée maintes conditions de vérification, d'information, d'administration incombant au médecin...

Parmi toutes les critiques dont DIGNITAS fait l'objet, il était opportun d'aborder celle du « tourisme de la mort », étant intrinsèquement liée à l'absence d'un instrument législatif précisant si oui ou non, l'assistance au suicide peut être apportée à un étranger en Suisse...

En 2002, 2014 et 2020, la Belgique a, quant à elle, légiféré en matière d'euthanasie. La loi belge a été brièvement examinée car elle amène à la discussion une autre option de fin de vie et, surtout, trois points absents de la précédente analyse comparative : l'euthanasie des mineurs, la déclaration anticipée et enfin, les conséquences d'un refus de pratiquer une euthanasie dans le chef d'un médecin.

Au terme de ce mémoire, nous ne pouvons que nous aligner sur le constat de la Cour européenne des droits de l'homme de l'affaire *Gross c. Suisse*, selon lequel on est loin d'un consensus en matière de fin de vie. Dans ce même arrêt, la CEDH soulevait également le manque de certitude entourant les circonstances dans lesquelles un médecin peut délivrer une ordonnance, déclarant la Suisse vraisemblablement dépourvue de directives claires...

Une telle critique semble bien étrangère à l'Etat de Washington, qui a pris le soin d'adopter une loi spécifique, de l'assortir de définitions, de conditions de fond et procédurales clairement déterminées. Si une portée juridique est certes reconnue aux directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, il n'en demeure pas moins qu'un statut clair à leur égard (pourquoi pas légal ?) ne serait pas de refus... En tout cas, même si la situation en Suisse semble *a priori* acquise et immuable, il ne faudrait pas exclure pour autant toute future intervention du gouvernement suisse. L'exemple belge en matière d'euthanasie nous démontre d'ailleurs bien qu'encore en 2020, malgré une situation légale clairement définie depuis 2002, des interventions législatives se produisent...

Bibliographie

LEGISLATION

- Législation belge

Loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *M.B.*, 22 juin 2002.

Loi belge du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, *M.B.*, 12 mars 2014.

Loi belge du 15 mars 2020 visant à modifier la législation relative à l'euthanasie, *M.B.*, 23 mars 2020.

- Législation américaine (selon les règles de référence habituelles du droit américain)

U.S. Constitution, amend. XIV, sec. 1^{ère}.

Washington Criminal Code, § 9A.36.060.

Oregon State, *The Oregon Death with Dignity Act* (1997).

Washington State, *The Washington Death with Dignity Act : Initiative Measure No. 1000* (2008).

Washington Physician-Assisted Death Initiative 119 (1991).

Washington Physician-Assisted Death Initiative 1000 (2008).

- Législation suisse

Constitution fédérale suisse, art. 10, §2.

Code civil suisse, art. 8 et 28.

Code pénal suisse, art. 114 et 115.

Code de procédure pénale suisse, art. 253.

Loi fédérale suisse du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et substances psychotropes (Loi sur les stupéfiants), *RO 1952 241*, 1 juin 1952, art. 2, b) et art. 11.

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique du canton de Vaud, art. 27d.

Loi du 6 février 1995 de santé du canton de Neuchâtel, art. 35a.

Loi fédérale suisse du 15 décembre 2000 sur les médicaments et dispositifs médicaux (Loi sur les produits thérapeutiques), *RO 2001 2790*, art. 25, §1^{er}, a), B) et art. 36, §2.

Loi du 7 avril 2006 sur la santé du canton de Genève, art. 39A.

Loi fédérale suisse du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires (Loi sur les professions médicales), *RO 2007 4031*, art. 41.

Ordonnance du 29 mai 1996 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes, *RO 1996 1679*, 1 juillet 1996, art. 48, §1^{er}.

- Autres législations

Conv. E.D.H., art. 8, §1^{er}.

Code criminel canadien, art. 241.1.

Loi luxembourgeoise du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Mémorial A46*, 16 mars 2009, art. 1^{er}.

JURISPRUDENCE

- Jurisprudence américaine (selon les règles de référence habituelles du droit américain)

U.S. Supreme Court, *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997).

U.S. Supreme Court, *Planned Parenthood v. Casey*, 505 U.S. 833 (1992).

U.S. Supreme Court, *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990).

U.S. Court of Appeals (Ninth Circuit), *Compassion in Dying v. State of Washington*, 79 F.3d 790 (1996).

U.S. District Court, *Compassion in Dying v. State of Washington*, 850 F. Supp. 1454 (1994).

- Jurisprudence suisse

Bundesgerichtsentscheid, BGE 133 I 58, 3 novembre 2006.

- Jurisprudence européenne

Cour eur. D.H. (2^e section), arrêt *Gross c. Suisse*, 14 mai 2013.

Cour eur. D.H. (1^{ère} section), arrêt *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011.

ARTICLES DE REVUE

BARNIKOL, M., « L'assistance au suicide dans les nouvelles directives de l'ASSM », *Bulletin des médecins suisses*, 2018, vol. 99, n°41, pp. 1392 à 1396.

BHATIA, N., WHITE, B. et DELIENS, L., « How should Australia respond to media-publicised developments on euthanasia in Belgium ? », Deakin Law School Legal Studies Research Paper No. 16-34, *Journal of Law and Medicine*, 2016, vol. 23, pp. 835 à 848.

BIX, B., « Physician Assisted Suicide and the United States Constitution », *The Modern Law Review*, mai 1995, vol. 58, n°3, pp. 404 à 411.

BLACK, I. et LEWIS, P., « Adherence to the Request Criterion in Jurisdictions Where Assisted Dying Is Lawful? A Review of the Criteria and Evidence in the Netherlands, Belgium, Oregon, and Switzerland », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2013, vol. 41, n°4, pp. 885 à 898, disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5245170/pdf/nihms768538.pdf>, consulté le 24 février 2021.

BLOUIN, S., « La Suisse, plaque tournante de l'aide à mourir », *DIRE/SOCIETE*, automne 2018, pp. 36 à 40.

BOSSHARD, G., FISHER, S. et BÄR, W., « Open regulation and practice in assisted dying : How Switzerland compares with the Netherlands and Oregon », *Swiss Medical Weekly*, 2002, vol. 132, pp. 527 à 532.

BURKHARDT, S., LA HARPE, R. et WYSS, K., « Le suicide assisté en Suisse : la position des médecins », *Revue Médicale Suisse*, 2007, vol. 3, p. 2820.

CALLU, M.-F., « Les mots de la fin de vie : cessation de traitement, sédation, euthanasie active et passive, en quoi ces mots heurtent-ils notre droit français ? », *Gérontologie et Société*, 2004/03, n°108, pp. 89 à 96.

FISHER, S., HUBER, C. A., IMHOF, L., MAHRER IMHOF, R., FURTER, M., ZIEGLER, S. J. et BOSSHARD, G., « Suicide Assisted by Two Swiss-Right-to-Die Organisations », *Journal of Medical Ethics*, novembre 2008, vol. 34, n°11, pp. 810 à 814.

GOLIGHER, E. C., ELY, E. W., SULMASY, D. P., BAKKER, J., RAPHAEL, J., VOLANDES, A. E., PATEL, B. M., PAYNE, K., HOSIE, A., CHURCHILL, L., WHITE, D. B. et DOWNAR, J., « Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Intensive Care Unit : A Dialogue on Core Ethical Issues », *Critical Care Medicine*, 2017, vol. 45, n°2, pp. 149 à 155.

GROUILLE, D., « Fin de vie : les options belge, suisse et orégonaise », *La revue du praticien*, janvier 2019, vol. 69, pp. 25 à 30.

HARDAWAY, R. M., PETERSON, M. K. et MANN, C., « Right to die and the Ninth Amendment : Compassion and Dying after *Glucksberg* and *Vacco* », *George Mason Law Review*, 1999, vol. 7, n°313, pp. 313 à 359.

HOFFMAN, S., « Euthanasia and Physician-Assisted Suicide : A Comparison of E.U. and U.S. Law », *Syracuse Law Review*, 2013, vol. 63, n°3, pp. 383 à 397.

HURST, S. A. et MARON, A., « Assisted suicide and euthanasia in Switzerland : allowing a role for non-physicians », *British Medical Journal*, 2003, vol. 326, pp. 271 à 273.

MAURON, A., « L'assistance au suicide en Suisse : ses particularités éthiques et historiques », *Droit et cultures*, 2018/1, vol. 75, pp. 127 à 139.

MONDAL, A. P. et BHOWMIK, P., « Physician Assisted Suicide Tourism – A future Global Business Phenomenon », *The Business and Management Review*, novembre 2018, vol. 10, n°1, pp. 35 à 43.

MONTARIOL, D., « L'assistance au suicide en Suisse : Un droit controversé », *Médecine&Droit*, juillet-août 2008, vol. 2008, n°91, pp. 106 à 112.

POST, S. G., « A Postmortem on Initiative 119 », *Health Progress*, janvier-février 1992, p. 70.

POTT, M. et CAVALLI, S., « Le suicide assisté en Suisse sous l'angle de la déprise », *Gérontologie et société*, 2020, vol. 42, n°163, pp. 113 à 124.

RADBRUCH, L., LEGET, C., BAHR, P., MÜLLER-BUSCH, C., ELLERSHAW, J., DE CONNO, F. et VANDEN BERGHE, P., « Euthanasia and physician-assisted suicide : A white paper from the European Association for Palliative Care », *Palliative Medicine*, 2016, vol. 30, pp. 104 à 116.

VAN DER HEIDE, A., DELIENS, L., FAISST, K., NILSTUN, T., NORUP, M., PACI, E., VAN DER WAL, G. et VAN DER MAAS, P., « End-of-life decision-making in six European countries : a descriptive study », *The Lancet*, août 2003, vol. 362, n°9381, pp. 345 à 350.

WACKER, J., « Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse », *Etudes sur la mort - Revue de la Société de thanatologie*, 2016/2, n°150, pp. 79 à 92.

ZIEGLER, S. J. et BOSSHARD, G., « Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide », *British Medical Journal*, février 2007, vol. 334, n°7588, pp. 295 à 298.

ZULLIAN, G. B., « Assistance au suicide en Suisse : La loi et la pratique face à l'éthique », *InfoKara (Revue Internationale Francophone de Soins palliatifs)*, 2008/1, vol. 23, pp. 27 à 28.

SOURCES TROUVEES SUR INTERNET

American Public Health Association, « Patients' Rights to Self-Determination at the End of Life », disponible sur <https://www.apha.org/Policies-and-Advocacy/Public-Health-Policy-Statements/Policy-Database/2014/07/29/13/28/Patients-Rights-to-Self-Determination-at-the-End-of-Life>, 28 octobre 2008, consulté le 17 février 2021.

BLOUIN, S., « Fin de vie : ce que la Suisse et le Canada nous apprennent sur l'aide à mourir », disponible sur <https://theconversation.com/fin-de-vie-ce-que-la-suisse-et-le-canada-nous-apprennent-sur-laide-a-mourir-97808>, 6 juin 2018, consulté le 20 février 2021.

BONDOLFI, S., « Pourquoi l'assistance au suicide est considérée comme “ normale ” en Suisse », disponible sur <https://www.swissinfo.ch/fre/pourquoi-l-assistance-au-suicide-est-consid%C3%A9r%C3%A9e-comme--normale--en-suisse/45810582>, 13 janvier 2021, consulté le 28 février 2021.

BOURGAULT-CÔTÉ, G., « Le suicide assisté de Manon – Polémique autour de la clinique Dignitas », disponible sur <https://www.ledevoir.com/societe/69376/le-suicide-assiste-de-manon-polemique-autour-de-la-clinique-dignitas>, 25 novembre 2004, consulté le 20 avril 2021.

BROWN, K., « How the Carter family gave their mother a dignified death », disponible sur <https://www.chatelaine.com/news/dignified-death-lee-carter/>, 15 avril 2016, consulté le 20 avril 2021.

DE BENITO, E., « España aprueba la ley de eutanasia y se convierte en el quinto país del mundo en regularla », disponible sur <https://elpais.com/sociedad/2021-03-18/espana-aprueba-la-ley-de-eutanasia-y-se-convierte-en-el-quinto-pais-del-mundo-en-regularla.html>, 18 mars 2021, consulté le 20 mars 2021.

Département fédéral de police et de justice, « Assistance au suicide : renforcer le droit à l'auto-détermination », disponible sur <https://www.bj.admin.ch/ejpd/fr/home/actualite/news/2011/2011-06-29.html>, 29 juin 2011, consulté le 3 mars 2021.

DIGNITAS, « Statuts », disponible sur http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=52&lang=fr, 22 mars 2021, consulté le 30 mars 2021.

DIGNITAS, « Freitodbegleitungen nach Jahr und Domizilstaat / Accompanied Suicides per Year and Country of Residence », disponible sur <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2020.pdf>, s.d., consulté le 22 avril 2021.

EXIT Deutsche Schweiz, « Werden Sie Mitglied », disponible sur <https://portal.exit.ch/register>, s.d., consulté le 3 mars 2021.

EXIT Deutsche Schweiz, « EXIT-Infobroschüre », disponible sur <https://exit.ch/mitgliedschaft/infomaterial/infobroschuere-bestellen/>, s.d., consulté le 3 mars 2021.

EXIT Deutsche Schweiz, « EXIT – Selbstbestimmung im Leben und im Sterben », disponible sur <https://exit.ch/freitodbegleitung/was-ist-eine-freitodbegleitung/>, s.d., consulté le 15 avril 2021.

MAKOOL, B., « Légiférer sur la fin de vie en France : que fait le reste de l'Europe ? », disponible sur <https://www.france24.com/fr/europe/20210330-l%C3%A9gif%C3%A9rer-sur-la-fin-de-vie-en-france-que-fait-le-reste-de-l-europe>, 30 mars 2021, consulté le 23 avril 2021.

School of Medicine of the University of Missouri, « Euthanasia », disponible sur <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/euthanasia#:~:text=Active%20euthanasia#:~:text=Active%20euthanasia%3A%20killing%20a%20patient,a%20ventilator%20or%20feeding%20tube>, s.d., consulté le 9 février 2021.

Sénat, « SUISSE – 5) Les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales », disponible sur <https://www.senat.fr/lc/lc49/lc495.html>, s.d., consulté le 15 mars 2021.

STUMP, E., « The Death with Dignity Act Makes Assisted Suicide Legal in Washington », *Brain&Life*, janvier/février 2009, disponible sur <https://www.brainandlife.org/the-magazine/january-february-2009/#>, consulté le 22 février 2021.

The Oregonian Politics Team, « New law shortens ‘ Death with Dignity’ waiting period for some patients », disponible sur <https://www.oregonlive.com/politics/2019/07/new-law-shortens-death-with-dignity-waiting-period-for-some-patients.html>, 24 juillet 2019, consulté le 25 février 2021.

Washington State Department of Health, « Death with Dignity Data », disponible sur <https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct/DeathwithDignityData>, s.d., consulté le 26 mars 2021.

X, « Le suicide assisté d'un DJ Italien en Suisse fait débat », disponible sur <https://www.lematin.ch/story/le-suicide-assiste-d-un-dj-italien-en-suisse-fait-debat-880244544786>, 29 février 2007, consulté le 23 avril 2021.

X, « How my partner died in Dignitas clinic », disponible sur <https://www.itv.com/news/central/2019-09-23/point-of-view-how-my-partner-ended-her-life-at-dignitas-birmingham-dignity-in-dying-james-howley-helen-assisted-suicide>, 23 septembre 2019, consulté le 20 avril 2021.

ZÜND, C., « La justice acquitte le fondateur de Dignitas, Ludwig Minelli », disponible sur <https://www.letemps.ch/suisse/justice-acquitte-fondateur-dignitas-ludwig-minelli>, 1 juin 2018, consulté le 17 mars 2021.

AUTRES SOURCES

- Concernant les Etats-Unis

X, « The Voters' Anguish Over Death », *New York Times*, 9 novembre 1991, p. 22.

Task Force to Improve the Care of the Terminally Ill, *The Oregon Death with Dignity Act : A Guidebook for Health Care Professionals*, The Center for Ethics in Health Care, Oregon Health & Science University, mars 1998, révisé en 2008.

- Concernant la Suisse

Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patients en fin de vie*, 2004.

Académie Suisse des Sciences médicales, *Assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus : la position de la Commission Centrale d’Ethique*, 15 janvier 2007.

Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patients et patientes en fin de vie*, 2013.

Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur l’attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018.

Académie Suisse des Sciences Médicales, *Directives médico-éthiques sur la capacité de discernement dans la pratique médicale*, 2019.

Commission nationale d’éthique pour la médecine humaine, *Critères de diligence concernant l’assistance au suicide*, Prise de position n°13/2006.

Département fédéral de justice et de police, *Assistance au décès et médecine palliative : la Confédération doit-elle légiférer ?*, Rapport du 24 avril 2006.

Département fédéral de justice et de police, *Assistance organisée au suicide : examen approfondi des solutions envisageables et de la nécessité d’une nouvelle réglementation fédérale*, Rapport du 15 mai 2009.

Message du 23 juillet 1918 du Conseil fédéral à l’Assemblée fédérale à l’appui d’un projet de code pénal suisse, FF 1918 IV 1, n°32.

Office fédéral de la statistique, *Statistiques des causes de décès 2014 : Suicide assisté et suicide en Suisse*, 2016.

DIGNITAS, *Brochure d’informations « Vivre Dignement – Mourir Dignement »*, 14^e éd., 2019.

EXIT Deutsche Schweiz, *Broschüre Selbstbestimmt bis ans Lebensende*, 3^e éd., 2021.

Hôpital du Valais, *Directive institutionnelle : « Le traitement des demandes d’assistance au suicide »*, 2016.

- Concernant l’Etat de Washington et la Suisse

NICOL, J., *Aide médicale à mourir : La législation dans certains Etats à l’extérieur du Canada*, Ottawa, Etude générale de la bibliothèque du Parlement du Canada, 23 octobre 2015, révisée le 29 novembre 2019.

