

REPUBLIQUE ET

CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

P/8913/2017

AARP/145/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre pénale d'appel et de révision**

**Arrêt du 20 avril 2020**

Entre

A \_\_\_\_\_, domicilié \_\_\_\_\_, comparant par M<sup>e</sup> Yves GRANDJEAN, avocat, rue du Concert 2, case postale 2273, 2001 Neuchâtel 1,

appelant,

contre le jugement JTDP/1464/2019 rendu le 17 octobre 2019 par le Tribunal de police,

et

**LE MINISTÈRE PUBLIC** de la République et canton de Genève, route de Chancy 6B, case postale 3565, 1211 Genève 3,

intimé.

---

**EN FAIT :**

- A.**
- a.** En temps utile, A\_\_\_\_\_ a annoncé appeler du jugement JTDP/1464/2019 rendu le 17 octobre 2019 par lequel le Tribunal de police (TP) l'a reconnu coupable d'infraction à l'art. 86 al. 1 let. a aLPTh [LPTh ; RS 812.21] et l'a condamné à une peine pécuniaire de 120 jours-amende, à CHF 100.- l'unité, à une amende de CHF 2'400.- ainsi qu'au paiement des frais de la procédure.
  - b.** A\_\_\_\_\_ conclut à son acquittement ainsi qu'à une indemnisation au sens de l'art. 429 CPP pour ses frais de défense de première et de deuxième instance. Il demande également que les frais de la procédure soient mis à la charge de l'Etat.
  - c.** Le Ministère public (MP) conclut au rejet de l'appel.
  - d.** Selon l'ordonnance pénale du 19 décembre 2018, valant acte d'accusation, il est reproché à A\_\_\_\_\_, d'avoir, à Genève, en sa qualité de médecin et accompagnant B\_\_\_\_\_, dans le cadre de la procédure de suicide assisté mise en place à la demande de C\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1930, prescrit à cette dernière le 10 avril 2017 du pentobarbital de sodium, qu'elle a absorbé le \_\_\_\_\_ 2017, ce qui a conduit à son décès, et ce alors que les indications pour le recours à un suicide assisté n'étaient pas réalisées, celle-ci n'étant pas atteinte d'une maladie gravement invalidante et à espérance de vie restreinte.
- B.** Les faits pertinents suivants ressortent de la procédure :
- a.** Le \_\_\_\_\_ 2017 C\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1930, a mis fin à ses jours en même temps que son mari avec l'aide de l'association B\_\_\_\_\_, en ingérant du pentobarbital de sodium (pentobarbital) qui lui avait été prescrit par ordonnance médicale de A\_\_\_\_\_ du 10 avril 2017.  
  
A\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ [fonction au sein] de B\_\_\_\_\_, a également fonctionné comme accompagnant B\_\_\_\_\_ le jour du suicide de C\_\_\_\_\_ et de son mari.
  - b.** C\_\_\_\_\_ était alors âgée de 86 ans. Elle était en bonne santé compte tenu de son âge et ne souffrait d'aucune maladie.
  - c.** C\_\_\_\_\_ avait fait établir devant notaire, le 9 décembre 2015, une déclaration selon laquelle elle demandait à B\_\_\_\_\_ de l'aider à mettre fin à ses jours, exposant : *"je ne pourrai supporter psychiquement la perspective de survivre à mon mari et prends dès lors les mesures qui s'imposent pour faire face à mon désarroi en cas de survie à mon mari. Je demande alors à B\_\_\_\_\_ de me prêter assistance pour mettre fin à mes jours dans ce monde, sans délai"*.

d. Le 24 mars 2017, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant de la défunte, a établi une attestation médicale à teneur de laquelle C\_\_\_\_\_ "*possède sa capacité de discernement pour l'établissement des directives anticipées et de mesurer les tenants et les aboutissants d'un suicide assisté en cas de maladie grave, débilitante et incurable*".

e. Durant la procédure préliminaire, A\_\_\_\_\_ a reconnu la matérialité des faits reprochés tout en contestant l'applicabilité des articles 26 et 86 LPTh à la prescription de pentobarbital, cette substance n'étant pas utilisée à des fins thérapeutiques même si elle figurait dans la liste des produits thérapeutiques. Il n'avait violé aucune règle légale ou éthique. S'agissant des règles déontologiques, elles n'avaient pas force de loi.

Il avait agi à la demande de la défunte qui souffrait à l'idée de devenir veuve et qui avait fait part de sa volonté de se suicider avec son mari, malade depuis plusieurs années.

L'une des conditions requises par B\_\_\_\_\_ pour effectuer l'accompagnement d'une personne souhaitant mettre fin à ces jours était qu'elle souffre de manière grave et irréversible dans sa santé physique ou psychique ce qui incluait, à son avis, les souffrances existentielles non répertoriées dans les diagnostics médicaux. Le cas de C\_\_\_\_\_ était donc compatible avec les statuts de B\_\_\_\_\_. Les critères de B\_\_\_\_\_ pour donner suite à une demande de suicide assisté nécessitant la présence d'une maladie ou d'une invalidité, il avait eu conscience d'être à la limite s'agissant d'une souffrance réelle forte mais pas d'une maladie. En conscience, il avait soulagé la douleur de sa patiente et respecté les exigences de son métier.

C\_\_\_\_\_ présentait une polyarthrite de l'épaule et ne souffrait d'aucune pathologie médicale sévère. En l'absence de diagnostic médical, A\_\_\_\_\_ avait uniquement pris en considération sa très importante souffrance existentielle liée au fait qu'elle ne supporterait pas d'être veuve après avoir partagé 65 ans de vie avec son mari. Elle ne présentait aucune maladie psychique ou psychiatrique. Dans son esprit, ni l'âge ni le deuil n'étaient des maladies et la souffrance importante de la défunte n'en constituait pas une. L'on ne pouvait pas faire de différence nette entre la souffrance liée à la perspective d'un deuil et celle liée au deuil lui-même, une fois celui-ci intervenu. Ces deux souffrances pouvaient être de même intensité et appeler le même respect de la part du médecin.

C\_\_\_\_\_ avait expliqué qu'en cas de refus de B\_\_\_\_\_ de l'accompagner, elle se suiciderait en se jetant depuis les remparts de la ville. Il s'était retrouvé dans une situation de nécessité. La défunte n'étant pas instable psychologiquement, il n'y avait pas de doute qu'elle aurait réussi à se suicider.

Vu son âge, C\_\_\_\_\_ était en fin de vie, l'espérance de vie étant d'environ de 85 ans sur le plan de la statistique. Certes, elle disposait, en théorie, d'une espérance de vie bien plus longue mais celle-ci était de son point de vue nulle puisqu'un suicide de manière violente était imminent au vu de la volonté ferme exprimée par cette dernière.

En plus du jour de leur décès, il avait rencontré le couple à deux reprises soit le 28 septembre 2015 et le 30 mars 2017. Il y avait aussi eu trois ou quatre entretiens téléphoniques. Il avait accompagné les époux et leur avait promis de les aider à terminer leur vie ensemble. C'était un couple fusionnel qui avait tout fait ensemble. Ils avaient fait le pacte de mourir ensemble.

Il n'avait jamais rencontré C\_\_\_\_\_ seule mais avait parlé, dans leur appartement, avec cette dernière et son époux séparément afin de s'assurer de leur volonté individuelle. La défunte souffrait de la perspective de devenir veuve, son mari étant gravement malade et mourant. Il avait évoqué avec elle la possibilité de continuer sa vie dans son appartement ou d'aller dans un établissement pour personnes âgées, ce qui était totalement exclu à ses yeux. Dès qu'on abordait ce sujet, elle coupait la parole. C\_\_\_\_\_ était déterminée à mourir en même temps que son mari et n'était pas sous son influence. Elle était la forte personnalité du couple. Sa capacité de discernement avait été constatée tant par un notaire que par son médecin traitant.

C\_\_\_\_\_ était une femme parfaitement lucide, déterminée et intelligente. Elle n'avait manifesté aucune émotion au moment de son décès.

L'alternative à la prescription de pentobarbital aurait été de procurer à C\_\_\_\_\_ un moyen tel que le classique sac en plastique à placer sur la tête avec ballon d'hélium, technique qui n'entraînait pas de souffrance et que tout un chacun pouvait trouver facilement sur [internet]. Il n'avait pas voulu agir ainsi car procéder de la sorte n'était pas élégant dans le cas d'un suicide de couple. S'il n'avait pas eu accès au pentobarbital, il aurait sérieusement considéré cette option. Ici, le pentobarbital convenait à la solution d'une souffrance existentielle grave, soit la volonté de ne pas devenir veuve et le projet d'un suicide violent.

Il avait atteint un moment dans sa carrière où il devait aider des gens qui n'en pouvaient plus d'une vie devenue insupportable, que ce soit en raison d'une maladie, de souffrances physiques ou existentielles ou de gens qui allaient se retrouver seuls et ne le voulaient pas. Son objectif était que chaque personne puisse mourir quand, où et comme elle le voulait et que les personnes capables de discernement, souhaitant mettre un terme à leur existence devenue insupportable, puissent le faire.

Il avait déjà pratiqué des suicides communs de couple avec pathologies chez les deux époux. Le cas du couple C\_\_\_\_\_ sortait de l'ordinaire. Il s'était retrouvé dans la

situation de devoir trouver la moins mauvaise solution. La défunte avait clairement manifesté sa volonté de se suicider de manière violente pour le cas où il ne serait pas en mesure de l'aider à partir. Il était convaincu qu'elle serait allée au bout de sa résolution. D'un point de vue philosophique, il n'était pas opposé au pacte qu'elle avait fait avec son mari.

f. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait refusé d'établir une ordonnance pour la délivrance de pentobarbital à sa patiente car elle était encore dans un état de santé correct et ne nécessitait pas de soins. Comme il la suivait depuis 10 ans, il lui avait été difficile de lui prescrire une telle substance. Elle avait toujours et depuis des années manifesté son désir de partir en même temps que son mari. Il avait surtout discuté avec sa patiente mais n'avait pas de doute quant à l'acceptation de cet état de fait par son mari. Mourir ensemble était leur décision conjointe. C'était un couple fusionnel qui avait pris cette décision de longue date, bien avant \_\_\_\_\_ 2017 [date du décès]. Les époux avaient toujours dit qu'ils désiraient partir ensemble. Lorsque la maladie du mari de la défunte avait pris un tour défavorable cela avait renforcé cette volonté. C\_\_\_\_\_ n'était pas en dépression. Il n'avait pu que prendre acte de sa décision. Cette dernière avait exposé que si ni lui ni B\_\_\_\_\_ n'entraient en matière sur sa demande, elle projetait de se suicider au Salève.

g. Devant le premier juge, A\_\_\_\_\_ a reconnu les faits reprochés et contesté la réalisation d'une quelconque infraction. La souffrance ressentie était quelque chose de personnel. La défunte était en fin de vie. Aucune loi ne réglait l'assistance au suicide en Suisse et c'était les règles de B\_\_\_\_\_ qui régissaient les critères d'appréciation, en l'occurrence, une maladie ou une grande souffrance résultant de la maladie, du handicap ou d'un accident. Dans le cas d'espèce, il avait outrepassé un peu ces règles vu qu'il s'agissait d'une souffrance existentielle ne découlant pas des trois causes évoquées, étant précisé que la situation du couple relevait d'une certaine urgence et qu'une pression psychologique s'était exercée sur lui. Il avait considéré que la souffrance existentielle de C\_\_\_\_\_ était très forte. Il avait assisté cette dernière sur la base d'une décision personnelle, en sa qualité de médecin. A l'interne, sa décision avait suscité des désapprobations, certains craignant que ce dépassement des limites usuelles de l'association ne mette en péril son existence-même.

La défunte était une femme très carrée et avait refusé toute solution alternative. Avant la mort du couple, il avait parlé du cas avec le \_\_\_\_\_ [fonction au sein] de B\_\_\_\_\_ de l'époque lequel lui avait indiqué, qu'à sa place, il effectuerait l'assistance au suicide. Cela ne correspondait cependant pas à un feu vert de sa part. Il n'en avait parlé à personne d'autre.

Il estimait entre 150 et 200 le nombre de personnes qu'il avait assistées à se suicider en tant qu'accompagnateur, puis comme médecin-conseil de B\_\_\_\_\_.

A l'avenir, il ferait en sorte de ne plus être confronté à une situation analogue mais, si cela devait arriver, il n'excluait pas, placé dans une situation aussi difficile, de prendre une décision identique laquelle avait été conforme à ses convictions.

Il était convaincu que C\_\_\_\_\_ souffrait intensément et qu'elle allait passer à l'acte. Il n'avait eu aucun doute quant à sa détermination. En septembre 2015, elle lui avait d'emblée fait part de sa détermination d'en finir de manière violente si nécessaire. Elle lui en avait parlé à chaque fois qu'ils avaient échangé. Elle avait donné des exemples précis d'endroits où il était possible de se suicider sans causer de tort à autrui, notamment des emplacements dont elle avait connaissance en raison de l'activité professionnelle qu'elle avait exercée.

Dans sa pratique de médecin, il avait vu plusieurs suicides et tentatives de suicide. La conviction qu'il avait acquise était que si l'on pouvait aider ces personnes à partir de façon digne, il fallait le faire.

**h.** Entendue en qualité de témoin par le premier juge, E\_\_\_\_\_, connaissance des époux, a indiqué que le couple était très uni. Ils disaient haut et fort, et à qui voulait l'entendre, qu'ils partiraient ensemble. La défunte avait toujours dit cela. Ils avaient muri leur décision depuis des années.

F\_\_\_\_\_, à l'époque \_\_\_\_\_ [fonction au sein] de B\_\_\_\_\_, a également été entendue comme témoin par le premier juge. Avant le décès des époux C\_\_\_\_\_, A\_\_\_\_\_ ne lui avait pas parlé de leur cas. Elle a rappelé la procédure suivie par B\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'assistance au suicide et a fait part d'expériences personnelles rencontrées dans le cadre de son activité au sein de l'association.

**C. a.** Auditionné par la CPAR, A\_\_\_\_\_ a maintenu ses précédentes déclarations. Il avait été blessé par le jugement du TP, lequel mentionnait qu'il avait fait preuve d'un manque d'humilité. L'accompagnement du couple l'avait beaucoup affecté. Il ne regrettait pas ses agissements lesquels avaient été en conformité avec sa conscience professionnelle. Il s'agissait d'un cas de nécessité. Il avait aidé quatre couples à partir. On se sentait bien seul confronté à ce genre de situation. Dans le domaine de l'assistance au suicide, le médecin se retrouvait tout seul. Les associations de médecins se dérobaient, considérant que l'assistance au suicide n'était pas une tâche médicale. Le MP, à qui il avait demandé un avis, l'avait "envoyé balader". Aucune loi en Suisse ne réglementait ce domaine. Dès lors, il appartenait aux associations actives en la matière de fixer les critères d'acceptation ou de refus en lien avec le suicide assisté.

S'agissant des conditions fixées par B\_\_\_\_\_ sur l'état de santé d'une personne pour accepter de l'accompagner dans sa démarche de mettre fin à ses jours, il a indiqué, qu'au début du siècle, étaient acceptées les personnes qui se trouvaient en fin de vie

conformément aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales. Par la suite, ils s'étaient rendus compte qu'un tiers des demandes émanait de personnes qui avaient de grandes souffrances mais qui ne se trouvaient pas en fin de vie. Malgré les directives de l'Académie suisse des sciences médicales de 2004, B\_\_\_\_\_ avait aidé plusieurs centaines de personnes à mourir qui ne se trouvaient pas en fin de vie sans qu'aucun médecin ne soit inquiet au niveau déontologique ni poursuivi pénalement. Ceci avait conduit l'Académie à modifier ses directives en 2018 afin de les adapter à la nouvelle situation.

A la date où le couple s'était suicidé, le critère fixé par B\_\_\_\_\_ était une grande souffrance provenant d'une maladie. Le cas de la défunte était une nouvelle situation. Elle manifestait une grande souffrance au point de vouloir quitter la vie, sans pour autant que son médecin n'ait attesté d'une maladie. Elle avait dit à A\_\_\_\_\_ de manière claire et irrévocable, comme elle l'avait indiqué à son médecin, qu'elle se suiciderait. Il avait dû choisir le moindre mal et voulait absolument éviter que la défunte ne se suicide sans assistance.

Il s'était toujours insurgé contre le raisonnement selon lequel la souffrance n'était pas encore intervenue, faute pour C\_\_\_\_\_ d'avoir eu à subir le deuil de son mari. C'était comme considérer qu'une mère voyant son enfant mourir ne pouvait pas souffrir avant que le décès n'intervienne.

Avant le décès de C\_\_\_\_\_, de l'avis de son médecin, la défunte souffrait simplement d'une douleur rhumatismale au niveau de l'épaule.

B\_\_\_\_\_ ne suivait pas les directives de l'Académie suisse des sciences médicales. S'agissant de C\_\_\_\_\_, vu les critères fixés par B\_\_\_\_\_, il s'était trouvé à la frontière mais avait été convaincu qu'il fallait aller au-delà de cette frontière, en raison de la nécessité du cas. Avant le décès du couple, G\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ [fonction au sein] de B\_\_\_\_\_ d'alors, lui avait dit qu'il agirait comme il l'avait effectivement fait.

A la question de savoir pourquoi il avait accepté de prescrire à la défunte du pentobarbital, A\_\_\_\_\_ a indiqué que ce couple fusionnel l'avait beaucoup ému. Il avait pu mesurer sa détermination, son amour et sa volonté de partir ensemble, que ce soit avec l'aide de B\_\_\_\_\_ ou par un autre moyen. Avant le premier entretien du 28 septembre 2015, il connaissait la volonté du couple, celui-ci ayant adressé une lettre à B\_\_\_\_\_ en ce sens. A son souvenir, ce n'était pas lui qui avait choisi d'être l'accompagnateur du couple. Dans les situations d'un couple qui veut partir en même temps, s'agissant d'un cas difficile, B\_\_\_\_\_ désignait en général un médecin comme accompagnateur. En l'espèce, c'était selon lui G\_\_\_\_\_ qui l'avait désigné.

Les entretiens avec la défunte au sujet de sa volonté de mourir n'avaient pas été totalement séparés. Le mari s'était éloigné d'environ une dizaine de mètres et lui-même avait discuté à part avec la défunte, étant précisé qu'ils se trouvaient tous les trois dans le salon, lequel était assez vaste. Elle avait refusé toute alternative.

L'âge de la défunte avait influé sur sa décision d'accéder à sa demande. Il avait considéré qu'à 86 ans, elle pouvait faire valoir qu'elle avait eu une vie accomplie.

A l'avenir, il préférerait ne pas se retrouver dans une situation similaire car c'était une situation difficile. Pour lui, le suicide non assisté était à éviter à tout prix. Il refusait de se laver les mains vis-à-vis d'un suicide imminent qu'il pouvait éviter en prescrivant du pentobarbital de sodium. Il savait qu'il aurait évité toute poursuite au titre de la violation de la LPTh en proposant à la défunte un poison ne figurant pas dans la liste des médicaments. Les autres moyens étaient peu sûrs, dangereux et représentaient quelque chose qui n'était pas acceptable d'un point de vue social.

Placé aujourd'hui dans la même situation, il ne pourrait pas agir autrement.

**b.** Par la voix de son conseil, A\_\_\_\_\_ persiste dans ses conclusions.

Le jugement de première instance était lapidaire, faute de citer suffisamment de jurisprudence. A\_\_\_\_\_ n'avait pas fait preuve d'égoïsme. Le TP avait balayé l'idée que la défunte était en fin de vie. Certes, au sens strict du terme, elle ne l'était pas. Cependant, d'un point de vue général, à 86 ans, elle était au crépuscule de sa vie, une vie bien accomplie au cours de laquelle elle avait passé plus d'un demi-siècle aux côtés de son mari. Il ne fallait pas s'en tenir à la notion étroite des directives de l'ASSM, selon lesquelles se trouver en fin de vie équivalait à être mourant.

Dire que la défunte ne souffrait pas était un non-sens, la certitude de la perte d'un être proche entraînant, nécessairement, une réelle souffrance. Il était artificiel de dire que la souffrance de la défunte se produirait postérieurement au décès de son mari. Son projet de partir avec son mari était très marqué. L'article 115 CP était la clé de voûte de la problématique. C\_\_\_\_\_ était capable de discernement, ce qui avait été constaté par son médecin traitant lequel avait néanmoins refusé de faire la prescription de pentobarbital pour motifs éthiques. Il existait des barrières solides pour empêcher le suicide tiré d'un mauvais bilan. A\_\_\_\_\_ n'avait pas été mu par un mobile égoïste. Rappelant de la jurisprudence de la CEDH, du Tribunal fédéral et de certains cantons, le conseil de l'appelant a relevé que le droit fondamental de mourir était reconnu de manière de plus en plus importante. A\_\_\_\_\_ s'était retrouvé dans un état de nécessité, pris entre le droit à la vie et le droit de mourir dignement. Il fallait revenir aux fondamentaux soit le document de l'ASSM et de la FMH intitulé "Bases juridiques pour le quotidien du médecin". Les personnes fatiguées de vivre étaient sorties du champ d'application des directives. On ne pouvait être plus clair. A\_\_\_\_\_

avait sollicité l'avis du \_\_\_\_\_ [fonction au sein] de B \_\_\_\_\_ de l'époque et disposait de l'attestation du médecin traitant de la défunte au sujet de sa capacité de discernement. Tout médecin pouvait prescrire du pentobarbital et le fait de suivre ou non les règles fixées par B \_\_\_\_\_ n'avait aucune incidence. S'agissant des directives de l'ASSM, le Tribunal fédéral s'y référait confronté à des points techniques mais non pas pour un tel cas. Le juge n'était pas lié par de telles directives. La défunte avait mentionné des lieux depuis lesquels elle entendait mettre fin à ses jours. Le droit suisse avait une vision très libérale de l'assistance au suicide.

c. Pour le MP, la LPT<sup>h</sup> avait pour but de protéger la santé des consommateurs et de contribuer à une utilisation modérée des médicaments. Les règles de l'ASSM, qui étaient claires et compréhensibles, trouvaient application lors de la remise de médicaments. Quelle que soit la version applicable, elles n'avaient pas été respectées par l'appelant, lequel le reconnaissait d'ailleurs expressément. La personne pratiquant la profession de médecin devait pourtant les suivre. Le serment du médecin (Serment de Genève) prévoyait qu'il s'engage à respecter absolument la vie humaine. La remise de poison était acceptable, selon l'ASSM, de manière restrictive, notamment en cas de fin de vie proche. Les situations envisagées s'appréciaient, en pratique, de cas en cas. La défunte n'avait pas été entendue seule par A \_\_\_\_\_, ce qui était critiquable. Partir du principe qu'à partir d'un certain âge on en avait assez vu était une conception particulière de la vie. Le droit suisse en matière d'assistance au suicide était clair. Les règles étaient simples et pratiques et conduisaient à des solutions logiques dans leur mise en œuvre. Le législateur avait d'ailleurs considéré que le droit en vigueur était suffisant, précisant que les autorités devaient agir de manière ferme et décidée afin d'éviter toute incertitude. C'est ce qu'avait fait le MP. Quant au Tribunal fédéral, il tenait compte des évolutions sur ce sujet et prenait en compte les réflexions de l'ASSM. S'agissant de l'art. 115 CP, le MP n'en faisait pas le reproche à l'appelant, cette disposition n'ayant, au demeurant, pas été envisagée pour s'appliquer à l'activité d'un médecin. Le projet de suicide de la défunte était vague et il n'y avait pas un danger imminent qu'elle ne se suicide ; le lieu et la date n'en étaient pas arrêtés. La défunte était en proie à l'angoisse de se voir survivre à son mari, pas encore à une souffrance. Cette angoisse aurait pu s'estomper après le décès de son mari. L'appelant ne lui avait pas même laissé la possibilité de tenter de le faire, alors que la plupart des personnes placées dans une situation similaire de deuil y parvenaient. Peut-être aurait-elle été surprise de sa capacité à vivre sans son époux. A \_\_\_\_\_ ne pouvait pas se prévaloir des droits constitutionnels de la défunte. Il prétendait s'être senti acculé mais rien ne l'obligeait à agir comme il l'avait fait. Il aurait pu aider le mari de la défunte à partir et laisser du temps à cette dernière. Au minimum, il aurait dû l'entendre hors la présence de son époux sachant qu'elle était sous la pression du serment qu'elle lui avait fait.

**D.** A \_\_\_\_\_, de nationalité suisse, est né le \_\_\_\_\_ 1945, à H \_\_\_\_\_. Divorcé, sans enfant à charge, il est médecin à la retraite (spécialiste FMH en médecine interne) mais exerce encore en qualité de médecin-conseil au sein de B \_\_\_\_\_, dont il est le

\_\_\_\_\_ [fonction]. Il touche un petit salaire pour cette activité et est aussi rémunéré pour des \_\_\_\_\_ ainsi qu'à \_\_\_\_\_. Ses revenus annuels nets s'élèvent entre CHF 40'000.- et CHF 50'000.- environ, auxquels s'ajoutent ses rentes de vieillesse. Il verse au titre de remboursement de sa dette hypothécaire près de CHF 2'000.- par mois. Ses primes d'assurance maladie se montent à environ CHF 10'000.- par an.

Selon l'extrait du casier judiciaire suisse, A\_\_\_\_\_ est sans antécédent.

### **EN DROIT :**

1. L'appel est recevable pour avoir été interjeté et motivé selon la forme et dans les délais prescrits (art. 398 et 399 du Code de procédure pénale du 5 octobre 2007 [CPP; RS 312.0]).

La Chambre limite son examen aux violations décrites dans l'acte d'appel (art. 404 al. 1 CPP), sauf en cas de décisions illégales ou inéquitables (art. 404 al. 2 CPP).

2. **2.1.1.** Le pentobarbital est une substance qui figure sur la liste des stupéfiants. Il est en effet mentionné au tableau b de l'annexe 1 de l'Ordonnance du DFI sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques du 30 mai 2011 [OTStup-DFI, RS 812.121.11].

Il s'agit d'une substance soumise à contrôle soustraite partiellement aux mesures de contrôle (art. 3 al. 2 lit. b de l'ordonnance sur le contrôle des stupéfiants du 25 mai 2011 [OCStup, RS 812.121.1]). En conséquence, sa délivrance est réservée aux médecins, au moyen de formules d'ordonnances ordinaires, étant précisé que le médecin prescripteur doit avoir examiné lui-même le patient (art. 46 al. 1 et al. 3 OCStup).

**2.1.2.** La substance active du pentobarbital peut également être utilisée comme médicament. Dans ce cas, le pentobarbital relève aussi de la loi fédérale du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques, [LPTh, RS 812.21] (ch. 1.4.3, p. 22 du Rapport du Conseil fédéral de juin 2011 intitulé "*Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide*" (ci-après: Rapport du Conseil fédéral, disponible en ligne à l'adresse [www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-br-f.pdf](http://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-br-f.pdf)).

La LPTh définit les médicaments comme des produits d'origine chimique ou biologique destinés à agir médicalement sur l'organisme humain ou animal, ou présentés comme tels, et servant notamment à diagnostiquer, à prévenir ou à traiter des maladies, des blessures et des handicaps (art. 4 al. 1 let. a LPTh). Les médicaments sont des produits thérapeutiques au sens de la loi (art. 2 al. 1 let. a LPTh).

Le fait que le pentobarbital ne soit pas utilisé pour remplir l'un de ces trois objectifs mais soit administré en dose létale à des fins de suicide ne lui ôte ainsi en rien sa qualité de médicament (ch. 1.4.3., p. 23 du Rapport du Conseil fédéral). L'art. 46 al. 1 OCStup fait d'ailleurs expressément état de "*médicaments*" contenant des substances soumises à contrôle.

**2.1.3.** Le pentobarbital est donc soumis à la fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes du 3 octobre 1951 [LStup, RS 812.121] ainsi qu'à la LPTh, étant précisé que la LPTh s'applique aux stupéfiants utilisés comme produits thérapeutiques, sauf si elle ne prévoit pas de réglementation ou que sa réglementation est moins étendue que la LStup. (art. 1*b* LStup et art. 2 al. 1, let. b, LPTh).

**2.1.4.** L'article 26 al.1 LPTh (dans sa teneur en vigueur au moment des faits, qui reste valable nonobstant les ajouts intervenus suite aux changements législatifs intervenus subséquemment) fixe le principe de la prescription et de la remise de médicaments, en prescrivant que les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales doivent être respectées lors de la prescription et de la remise de médicaments.

La délivrance du pentobarbital est ainsi réservée aux médecins, lesquels doivent respecter, pour ce faire, les règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales.

**2.2.1.** Selon les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ci-après: ASSM) sur l'assistance au suicide en vigueur au moment des faits, contenues dans le document intitulé "*Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*", les conditions suivantes devaient être remplies pour accéder à la demande d'assistance au suicide d'un patient (ch. 4.1) :

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

**2.2.2.** L'ASSM a modifié ses directives en la matière le 17 mai 2018, intitulées désormais "*Attitude face à la fin de vie et à la mort*". Les associations de médecins les ont rejetées, la Chambre médicale de la FMH ayant décidé, le 25 octobre 2018, de ne pas les intégrer dans son code déontologique.

Ces nouvelles directives de l'ASSM ont la teneur suivante (ch.6.2.1) :

Si après une information et une évaluation minutieuses le patient persiste dans son désir, le médecin peut, sur la base d'une décision dont il endosse personnellement la responsabilité, apporter une aide au suicide, sous réserve que les cinq conditions préalables suivantes soient réunies et satisfaites. De plus, une tierce personne indépendante, qui ne doit pas nécessairement être médecin, doit examiner si les deux premières conditions listées ci-dessous sont remplies :

- Le patient est capable de discernement par rapport au suicide assisté. Le médecin doit documenter avec précision qu'il a exclu l'incapacité de discernement du patient. En cas de maladie psychique, de démence ou d'un autre état fréquemment associé à une incapacité de discernement, la capacité de discernement doit être évaluée par un spécialiste correspondant ;
- Le désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant. En cas de suspicion d'une relation de dépendance problématique, son influence possible sur le désir de suicide doit être examinée soigneusement ;
- Les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient lui causent une souffrance qu'il juge insupportable ;
- 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 ;
- 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 compréhensible pour lui et peut, dans ce cas concret, estimer acceptable d'apporter une aide au suicide.

**2.3.1.** Le Tribunal fédéral a pris en compte les directives médico-éthiques dans différents arrêts (ATF 133 I 58 consid. 6.3.4. p. 73; cf. aussi arrêt 2C\_9/2010 du 12 avril 2010 consid. 3). Il a, depuis longtemps, reconnu la légitimité et la pertinence des directives de l'Académie suisse des sciences médicales, notamment pour déterminer le moment de la mort (ATF 98 Ia 508), dans le domaine de la procréation médicale assistée (ATF 115 Ia 234 consid. 3b p. 242; ATF 119 Ia 460 consid. 4c/cc p. 470), ainsi que des prélèvements et transplantations d'organes et de tissus (ATF 123 I 112 consid. 7c p. 127). En matière d'assistance au suicide, il n'est cependant pas question d'un renvoi direct aux directives susmentionnées et le juge

n'est pas lié par celles-ci. S'agissant d'un domaine sensible, le regard des professionnels et de leur commission d'éthique est néanmoins important (arrêt 2C\_66/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.1).

Pour sa part, et en accord avec la jurisprudence fédérale précitée, la CPAR considère qu'il y a lieu de prendre en considération les directives de l'ASSM relatives à l'assistance au suicide pour analyser le cas d'espèce ainsi que la position de la FMH en la matière.

**2.3.2.** Dans son arrêt du 13 décembre 2015, publié aux ATF 142 I 195, le Tribunal fédéral a rappelé les règles applicables en matière d'assistance au suicide. Selon cet arrêt (considérant 3.1), les dispositions touchant au suicide assisté sont les suivantes : l'assistance au suicide n'est pas punissable sauf si elle est poussée par un mobile égoïste et tombe ainsi sous le coup de l'art. 115 CP ; l'euthanasie active indirecte (utilisation de substances dont les effets secondaires peuvent accélérer la survenance du décès) de même que l'euthanasie passive (renonciation à la mise en œuvre de mesures de maintien de la vie ou interruption de celles-ci) peuvent, selon les circonstances, ne pas être punissables ; le meurtre sur demande de la victime est réprimé par l'art. 114 CP et l'euthanasie active directe (homicide intentionnel visant à abrégier les souffrances d'une personne), sans demande de la personne, par l'art. 111 CP ; (ROUILLER/ROUSSIANOS, *Le droit à la vie et le droit de mourir dignement*, Jusletter 12 juin 2006, ch. III.2).

Dans l'ATF 133 I 58, le Tribunal fédéral s'est par ailleurs penché sur la question du droit à l'assistance au suicide. Il a constaté que le droit à l'autodétermination de l'art. 8 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales [CEDH; RS 0.101] comprenait pour chacun le droit de choisir la forme et le moment de la fin de sa vie, à tout le moins lorsque la personne concernée était en mesure de se déterminer librement et d'agir en conséquence. Il s'agissait d'une facette de la liberté personnelle qui pouvait devoir souffrir des restrictions (art. 36 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1998 [Cst; RS 101] et 8 par. 2 CEDH) au regard du droit à la vie (art. 10 al. 1 Cst. et 2 CEDH) avec lequel elle devait être conciliée.

Cependant, toujours selon le Tribunal fédéral, ce droit de mourir se distinguait du droit à bénéficier d'un suicide assisté par l'Etat ou par un tiers. Ni l'article 10 al. 2 Cst. ni l'article 8 par. 1 CEDH n'incluaient un droit de la personne souhaitant mourir de se voir accorder une assistance lors de son suicide, ou une euthanasie active au cas où elle ne serait pas en mesure de mettre fin à sa vie elle-même. L'Etat avait fondamentalement le devoir de protéger le droit à la vie (art. 10 al. 1 Cst. et 2 CEDH [consid. 6.2.1 dudit arrêt; arrêt 2C\_9/2010 précité consid. 2.1]).

En l'espèce, la question posée est néanmoins différente. Il s'agit en effet ici de déterminer si la prescription de pentobarbital effectuée par l'appelant respectait la législation applicable, étant rappelé que ce dernier n'est pas poursuivi pour violation de l'art. 111, 114 ou 115 CP.

**2.4.1.** Le thème de l'assistance au suicide et des conditions d'une telle assistance sont des questions sensibles qui nourrissent un vif débat de société. Comme relevé par le Tribunal fédéral dans son arrêt susmentionné, le législateur fédéral a renoncé à légiférer sur la question, les deux chambres ayant jugé, en 2011 et 2012, que le droit actuel était suffisant (arrêt 2C\_66/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.1).

**2.4.2.** Le législateur fédéral n'a ainsi pas modifié l'article 115 CP, ce qui aurait permis de donner un cadre aux pratiques d'assistance au suicide. Dans son rapport de juin 2011, le Conseil fédéral expliquait notamment : "*après un nouvel examen de la situation, le Conseil fédéral est convaincu qu'il est possible de lutter contre les abus qui peuvent être commis dans le cadre de l'assistance au suicide – aide au suicide de personnes incapables de discernement ou en bonne santé, fourniture de NaP sans prescription médicale, stockage illicite de cette même substance ou activité destinée à faire du bénéfice – à l'aide des instruments légaux actuellement en vigueur. En effet, même si la législation actuelle ne contient pas de dispositions spéciales concernant les organisations d'assistance au suicide, l'art. 115 CP, renforcé par les autres infractions contre la vie (art. 111 ss CP), la LPTH, la LStup et les règles déontologiques, constituent un arsenal suffisant et adéquat pour contrôler ces phénomènes, pour autant que les autorités interviennent de manière ferme et décidée.*"

**2.5.** Ainsi, au vu des éléments mentionnés ci-dessus et malgré l'absence de législation fédérale spécifique en matière d'assistance au suicide, il n'en reste pas moins que le cadre légal encadrant la prescription de pentobarbital est clair. Il prévoit que le droit de choisir la forme et le moment de la fin de sa vie, bien que consacré par le Tribunal fédéral, n'emporte pas le droit, pour un médecin, de procéder à une prescription de pentobarbital pour tout un chacun et, certainement pas lorsque les critères retenus par les professionnels de la santé pour accéder à une demande d'assistance au suicide font manifestement défaut. La législation réserve une telle prescription par un médecin aux cas de personnes en fin de vie et atteintes dans leur santé.

En toute hypothèse, le droit fédéral en vigueur interdit ainsi notamment à un médecin de prescrire du pentobarbital à une personne qui est en bonne santé.

Procéder de la sorte est contraire aux règles légales applicables à la profession de médecin, constitue un abus et doit, en conséquence, être sanctionné conformément à la volonté du Conseil fédéral et, implicitement de celle du législateur fédéral

lequel a renoncé, en l'état, à légiférer de manière spécifique en la matière. La sanction d'un tel comportement est prévue à l'art. 86 LPTh, pour autant qu'une infraction plus grave n'entre pas en ligne de compte, ce qui est le cas en l'espèce.

**2.6.** L'article 86 alinéa 1 lettre a LPTh (dans sa teneur au moment des faits, laquelle n'est pas moins favorable au prévenu que la version actuellement en vigueur, étant souligné que la nouvelle version mentionne expressément l'art. 26 LTPH) punit de l'emprisonnement ou d'une amende de 200 000 francs au plus - soit, selon la terminologie du nouveau droit (cf. art. 333 al. 1 et 5 CP), d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire - quiconque, à moins qu'il n'ait commis une infraction plus grave au sens du code pénal ou de la loi sur les stupéfiants, met intentionnellement en danger la santé d'êtres humains du fait qu'il néglige son devoir de diligence lorsqu'il effectue une opération en rapport avec des produits thérapeutiques ("*...* prescrit (...) des médicaments (...) en enfreignant les devoirs de diligence visés aux art. 3, 7, 21, 22, 26, 29 et 42" dans la teneur actuelle de la loi).

**2.7.** Le Code pénal distingue l'état de nécessité licite (art. 17 CP) de l'état de nécessité excusable (art. 18 CP). L'auteur qui se trouve en état de nécessité licite sauvegarde un bien d'une valeur supérieure au bien lésé et agit de manière licite. En cas d'état de nécessité excusable, les biens en conflit sont de valeur égale ; l'acte reste illicite, mais la faute de l'auteur est exclue ou, à tout le moins, atténuée. Que l'état de nécessité soit licite ou excusable, l'auteur doit commettre l'acte punissable pour se préserver d'un danger imminent et impossible à détourner autrement. La subsidiarité est absolue. Elle constitue une condition à laquelle aucune exception ne peut être faite (arrêt du Tribunal fédéral 6B\_825/2016 du 6 juillet 2017 consid. 3.1 et les références citées).

**2.8.1.** En l'espèce, C\_\_\_\_\_ ne souffrait d'aucune maladie et était en bonne santé. Sa situation ne correspondait dès lors à aucun des cas de figure envisagés par les directives de l'ASSM pour lesquels il est accepté que le médecin prête assistance au suicide. Même à se baser sur les directives adoptées en 2018 par l'ASSM, donc postérieures à son décès, l'on parvient à une conclusion identique, la souffrance de la perte à venir de son mari – qui n'est pas remise en cause – n'étant causée ni par une maladie, ni par une limitation fonctionnelle. En effet, un deuil ou un deuil à venir, aussi douloureux soient-ils, ne représentent pas, en toute hypothèse, l'une ou l'autre de ces alternatives.

Le prévenu a ainsi agi à l'encontre des règles déontologiques de la profession de médecin en prescrivant du pentobarbital à C\_\_\_\_\_. Il a par conséquent enfreint et donc négligé son devoir de diligence en lien avec ladite prescription. Le verdict de culpabilité du chef de violation de l'art. 86 al. 1 let.a aLPTh sera dès lors confirmé.

**2.8.2.** En présence d'un seul bien juridique, en l'occurrence la vie de C\_\_\_\_\_, la notion d'état de nécessité ne trouve pas application.

- 3.** **3.1.** Les faits reprochés au prévenu se sont déroulés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018, date de l'entrée en vigueur du nouveau droit des sanctions.

Selon l'art. 2 al. 1 CP, la loi pénale ne s'applique qu'aux faits commis après son entrée en vigueur (principe de la non-rétroactivité de la loi pénale). Cependant, en vertu de l'art. 2 al. 2 CP, une loi nouvelle s'applique aux faits qui lui sont antérieurs si, d'une part, l'auteur est mis en jugement après son entrée en vigueur et si, d'autre part, elle est plus favorable à l'auteur que l'ancienne (exception de la *lex mitior*). Il en découle que l'on applique en principe la loi en vigueur au moment où l'acte a été commis, à moins que la nouvelle loi ne soit plus favorable à l'auteur.

En l'espèce, le code pénal en vigueur actuellement sera appliqué, celui-ci étant en l'occurrence plus favorable, la peine pécuniaire étant limitée à 180 jours.

**3.2.1.** Selon l'art. 47 CP, le juge fixe la peine d'après la culpabilité de l'auteur. Il prend en considération les antécédents et la situation personnelle de ce dernier ainsi que l'effet de la peine sur son avenir (al. 1). La culpabilité est déterminée par la gravité de la lésion ou de la mise en danger du bien juridique concerné, par le caractère répréhensible de l'acte, par les motivations et les buts de l'auteur et par la mesure dans laquelle celui-ci aurait pu éviter la mise en danger ou la lésion, compte tenu de sa situation personnelle et des circonstances extérieures (al. 2).

La culpabilité de l'auteur doit être évaluée en fonction de tous les éléments objectifs pertinents, qui ont trait à l'acte lui-même, à savoir notamment la gravité de la lésion, le caractère répréhensible de l'acte et son mode d'exécution (*objektive Tatkomponente*). Du point de vue subjectif, sont pris en compte l'intensité de la volonté délictuelle ainsi que les motivations et les buts de l'auteur (*subjektive Tatkomponente*). À ces composantes de la culpabilité, il faut ajouter les facteurs liés à l'auteur lui-même (*Täterkomponente*), à savoir les antécédents (judiciaires et non judiciaires), la réputation, la situation personnelle (état de santé, âge, obligations familiales, situation professionnelle, risque de récidive, etc.), la vulnérabilité face à la peine, de même que le comportement après l'acte et au cours de la procédure pénale (ATF 142 IV 137 consid. 9.1 ; 141 IV 61 consid. 6.1.1). L'art. 47 CP confère un large pouvoir d'appréciation au juge (ATF 144 IV 313 consid. 1.2).

**3.2.2.** Sauf disposition contraire, la peine pécuniaire est de trois jours-amende au moins et ne peut excéder 180 jours-amende. Le juge fixe leur nombre en fonction de la culpabilité de l'auteur (art. 34 al. 1 CP). En règle générale, le jour-amende est de 30 francs au moins et de 3000 francs au plus. Il peut exceptionnellement, si la situation personnelle et économique de l'auteur l'exige, être réduit jusqu'à 10 francs.

Le juge en fixe le montant selon la situation personnelle et économique de l'auteur au moment du jugement, notamment en tenant compte de son revenu et de sa fortune, de son mode de vie, de ses obligations d'assistance, en particulier familiales, et du minimum vital (art. 34 al. 2 CP).

**3.2.3.** Aux termes de l'art. 42 al. 1 CP, le juge suspend en règle générale l'exécution d'une peine pécuniaire ou d'une peine privative de liberté de deux ans au plus lorsqu'une peine ferme ne paraît pas nécessaire pour détourner l'auteur d'autres crimes ou délits.

**3.2.4.** Selon l'art. 42 al. 4 CP, le juge peut prononcer, en plus du sursis, une peine pécuniaire sans sursis ou une amende selon l'art. 106 CP.

La peine prononcée avec sursis reste prépondérante, alors que l'amende est d'importance secondaire (ATF 134 IV 1 consid. 4.5.2. p. 8). Cette combinaison de peines ne doit pas conduire à une aggravation de la peine globale ou permettre une peine supplémentaire. Les peines combinées, dans leur somme totale, doivent être adaptées à la faute. L'adéquation entre la culpabilité et la sanction peut justifier d'adapter la peine principale en considération de la peine accessoire (ATF 134 IV 53 consid. 5.2 p. 55 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B\_952/2016 du 29 août 2017 consid. 3.1).

Pour tenir compte du caractère accessoire des peines cumulées, il se justifie en principe d'en fixer la limite supérieure à un cinquième, respectivement à 20 %, de la peine principale. Des exceptions sont cependant possibles en cas de peines de faible importance, pour éviter que la peine cumulée n'ait qu'une portée symbolique (ATF 135 IV 188 consid. 3.4.4. p. 191).

**3.2.5.** À teneur de l'art. 106 CP, sauf disposition contraire de la loi, le montant maximum de l'amende est de CHF 10'000.- (al. 1).

Celle-ci, de même que la peine privative de liberté de substitution, doit être fixée en tenant compte de la situation de l'auteur afin que la peine corresponde à la faute commise (al. 3). À l'instar de toute autre peine, l'amende doit donc être fixée conformément à l'art. 47 CP (arrêts du Tribunal fédéral 6B\_337/2015 du 5 juin 2015 consid. 4.1 ; 6B\_988/2010 du 3 mars 2011 consid. 2.1 et 6B\_264/2007 du 19 septembre 2007 consid. 4.5). Le juge doit ensuite, en fonction de la situation financière de l'auteur, fixer la quotité de l'amende de manière qu'il soit frappé dans la mesure adéquate (ATF 129 IV 6 consid. 6.1 in JdT 2005 IV p. 215 ; 119 IV 330 consid. 3 p. 337). La situation économique déterminante est celle de l'auteur au moment où l'amende est prononcée (arrêt du Tribunal fédéral 6B\_547/2012 du 26 mars 2013 consid. 3.4 et les références citées).

**3.3.** En l'espèce, la faute de A\_\_\_\_\_ est importante. Il a accepté de prescrire une substance létale à une personne dont il savait pertinemment qu'elle ne souffrait d'aucune maladie, en violation manifeste des règles déontologiques de sa profession. Il ressort de ses déclarations devant la CPAR qu'il avait par ailleurs conscience d'aller à l'encontre des règles instaurées par la LPTh. Il a donc délibérément choisi de violer la loi ce qui démontre une intensité délictuelle certaine et assumée. Il est particulièrement choquant qu'il n'ait pas même pris la peine d'entendre C\_\_\_\_\_ hors la présence de son mari alors qu'il était question de sa vie, à savoir son bien juridique le plus précieux.

Les motivations de A\_\_\_\_\_ relèvent de son désir de donner suite à la volonté clairement exprimée de la défunte de ne pas survivre à son mari. Au vu de la position idéologique exprimée par l'appelant au cours de la procédure, il est possible qu'il ait également envisagé la possibilité, à côté de ses motivations personnelles – le cas du couple C\_\_\_\_\_ s'y prêtant – de faire évoluer le débat sur la pratique du suicide assisté en Suisse.

La peine pécuniaire prononcée par le TP étant adéquate, elle sera confirmée, étant précisé qu'elle respecte le seuil de 180 unités pénales imposé par le nouveau droit des sanctions pour les peines pécuniaires et qu'un montant du jour-amende de CHF 100.- est justifié vu la situation personnelle et économique du prévenu. Il en ira de même de l'amende prononcée à titre de sanction immédiate, celle-ci étant conforme aux principes rappelés ci-dessus. Le sursis est acquis à l'appelant (interdiction de le *reformatio in pejus* dans le cas d'espèce), les conditions de son octroi, étant, en toute hypothèse, remplies.

- 4.** L'appelant, qui succombe, supportera les frais de la procédure envers l'État (art. 428 CPP). Le verdict de culpabilité étant confirmé, ses conclusions en indemnisation seront rejetées (art. 429 al. 1 CPP *a contrario*).

\* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR :**

Reçoit l'appel formé par A\_\_\_\_\_ contre le jugement JTDP/1464/2019 rendu le 17 octobre 2019 par le Tribunal de police dans la procédure P/8913/2017.

Le rejette.

Rejette les conclusions en indemnisation de A\_\_\_\_\_.

Condamne A\_\_\_\_\_ aux frais de la procédure d'appel, en CHF 2'365.-, qui comprennent un émolument de CHF 2'000.-.

**Confirme le jugement entrepris, dont le dispositif est le suivant :**

*"(...) Déclare A\_\_\_\_\_ coupable d'infraction à l'art. 86 al. 1 let. a aLPTh.*

*Condamne A\_\_\_\_\_ à une peine pécuniaire de 120 jours-amende (art. 34 CP).*

*Fixe le montant du jour-amende à CHF 100.-.*

*Met A\_\_\_\_\_ au bénéfice du sursis et fixe la durée du délai d'épreuve à 3 ans (art. 42 et 44 CP).*

*Avertit A\_\_\_\_\_ que s'il devait commettre de nouvelles infractions durant le délai d'épreuve, le sursis pourrait être révoqué et la peine suspendue exécutée, cela sans préjudice d'une nouvelle peine (art. 44 al. 3 CP).*

*Condamne A\_\_\_\_\_ à une amende de CHF 2'400.- (art. 42 al. 4 CP).*

*Prononce une peine privative de liberté de substitution de 24 jours.*

*Dit que la peine privative de liberté de substitution sera mise à exécution si, de manière fautive, l'amende n'est pas payée.*

*Rejette les conclusions en indemnisation de A\_\_\_\_\_ (art. 429 al. 1 CPP).*

Condamne A\_\_\_\_\_ aux frais de la procédure, qui s'élèvent à CHF 1'583.- (art. 426 al. 1 CPP).

(...)

Fixe l'émolument complémentaire de jugement à CHF 1'600.-.

Condamne A\_\_\_\_\_ à payer à l'état de Genève l'émolument complémentaire fixé à CHF 1'600.-."

Notifie le présent arrêt aux parties.

Le communique, pour information, au Tribunal de police, à la Commission de Surveillance des professions de la santé et des droits des patients, à l'Institut suisse des produits thérapeutiques et au Service des contraventions.

**Siégeant :**

Monsieur Gregory ORCI, président; Madame Alessandra CAMBI FAVRE-BULLE, Madame Valérie LAUBER, juges; Madame Audrey FONTAINE, greffière-juriste.

La greffière :

Florence PEIRY

Le président :

Gregory ORCI

*Indication des voies de recours :*

*Conformément aux art. 78 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF), par-devant le Tribunal fédéral (1000 Lausanne 14), par la voie du recours en matière pénale.*

P/8913/2017

**ÉTAT DE FRAIS**

AARP/145/2020

**COUR DE JUSTICE**

Selon les art. 4 et 14 du règlement du 22 décembre 2010 fixant le tarif des frais et dépens en matière pénale (E 4 10.03).

**Total des frais de procédure du Tribunal de police :** CHF 3'183.00

**Bordereau de frais de la Chambre pénale d'appel et de révision**

Délivrance de copies et photocopies (let. a, b et c) CHF 0.00

Mandats de comparution, avis d'audience et divers (let. i) CHF 200.00

Procès-verbal (let. f) CHF 90.00

État de frais CHF 75.00

Émoluments de décision CHF 2'000.00

---

**Total des frais de la procédure d'appel :** CHF 2'365.00

---

**Total général (première instance + appel) :** CHF **5'548.00**