



LES DOSSIERS DU CNSPFV

Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde

Janvier 2021

Rédigé par Perrine Galmiche



**Fin de vie
Soins Palliatifs**
CENTRE NATIONAL

Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde

Janvier 2021

Élaboré et rédigé par **Perrine Galmiche**

Sous la direction de Brahim Bouselmi et Sandrine Bretonnière

Avec l'aimable relecture du Dr Sarah Dauchy, Présidente du COS

*En collaboration avec Isabelle Pamart, Caroline Tête, Valérie Mesnage
ainsi que l'ensemble de l'équipe du Centre national des soins palliatifs
et de la fin de vie*

L'équipe tient particulièrement à remercier Thomas Guigou,
étudiant en droit et stagiaire au CNSPFV en 2020,
pour sa participation et son aide à l'élaboration de ce dossier.

Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative



PEFC® 10-31-2190 / Certifié PEFC



IMPRIM'VERT®

Préambule	7
I. Euthanasie ou suicide assisté ?	9
II. Les législations en vigueur	13
A. Les Pays-Bas	15
B. La Belgique	25
C. Le Luxembourg	37
D. La Suisse	49
E. Les États-Unis	63
F. Le Canada	79
G. L'Australie	95
III. Les législations votées, en voie de finalisation	107
A. La Nouvelle-Zélande	109
B. L'Espagne	111
C. Le Portugal	115
IV. Les décisions de justice	117
A. La Colombie	119
B. L'Afrique du Sud	123
C. L'Italie	125
D. L'Allemagne	128
V. Frise chronologique	131
VI. Conclusion	135
VII. Annexes	141
1. Glossaire	143
2. Bibliographie	149

Préambule

Dans le monde contemporain, plusieurs pays se sont positionnés sur les possibilités d'accès à l'aide active à mourir, terme qui recouvre l'euthanasie et le suicide assisté. Le choix de légiférer ou non sur ces pratiques médicales est le fruit de longs processus qui mêlent très fréquemment des discussions parlementaires à des situations concrètes, et qui mobilisent aussi bien les législateurs que les professionnels de santé et les citoyens, malades ou non.*

Les débats suscités par ces questionnements reflètent des divisions éthiques au sein de la société, les uns percevant ces pratiques comme un moyen de respecter l'autonomie des personnes qui demandent à ce qu'on les aide à mourir, et les autres mettant en avant le principe inviolable du respect de la vie humaine ou la mal-faisance de l'acte médical visant à mettre fin à la vie du patient. Autrement dit, certains les perçoivent comme un acte visant à respecter la dignité humaine du patient singulier et d'autres les considèrent comme délétères sur le plan humain en général. Notons d'ores et déjà que ces débats ne prennent pas fin avec la législation lorsqu'il y en a une ; ils perdurent à la fois dans les discussions parlementaires visant à élargir les possibilités d'accès à ces pratiques et dans des discussions quotidiennes à propos de cas particuliers.

Malgré des positions de prime abord irréconciliables, certains États ont choisi d'encadrer l'euthanasie et le suicide assisté par la loi et des recommandations précises. D'autres tentent aujourd'hui de le faire.

Ce dossier a pour objectif d'inventorier et d'explicitier les législations existantes sur l'aide active à mourir et de préciser les questions qu'elles ont suscitées et suscitent encore. Notre propos n'est pas d'effectuer une comparaison des différentes modalités, ni de juger de l'opportunité de ce type d'accompagnement de la fin de vie.

Il s'agira tout d'abord de passer en revue les différentes législations existantes sur l'euthanasie et le suicide assisté, et pour chacune, de comprendre sur quels fondements juridiques et historiques elles se constituent, de détailler leur contenu, et de mettre en lumière les questions qui demeurent au-delà de leur entrée en vigueur ; puis d'éclairer les évolutions législatives et juridiques dans les pays qui se sont récemment positionnés sur la question.

*Les termes suivis d'un * sont définis dans le glossaire (Annexe 1).*

Ce dossier s'appuie sur l'ensemble des éléments cités en note de bas de page et repris en bibliographie (Annexe 2).

*Retrouvez ce dossier au format électronique
et les liens actifs sur le site*

www.parlons-fin-de-vie.fr

**I. Aide active à mourir :
euthanasie ou suicide assisté ?**

Euthanasie

La terme « euthanasie », issu du grec *eû*, « bonne » / *thánatos* « mort », désigne à l'origine « la mort douce, de laquelle la souffrance est absente, soit naturellement, soit par l'effet d'une thérapeutique dans un sommeil provoqué¹ ». On lui attribue aujourd'hui une définition plus spécifique, à savoir l'« acte d'un médecin qui provoque la mort d'un malade incurable pour abrégé ses souffrances ou son agonie »² ou encore le « fait de donner délibérément la mort à un malade (généralement incurable ou qui souffre atrocement)³ ».

Comme nous le détaillerons ensuite, les pays qui ont légiféré à son sujet en donnant systématiquement une définition avant d'en définir le cadre, et précisent invariablement que l'euthanasie est un acte réalisé à la demande du patient. L'euthanasie se distingue ainsi dans ces pays de l'homicide, cas où la mort est donnée à une personne qui ne l'a pas demandée. Deux personnes sont au cœur de l'acte d'euthanasie : d'une part le patient, qui formule la demande d'être accompagné vers sa mort, et d'autre part le médecin, qui a la responsabilité d'évaluer la demande selon des critères définis par les législations en vigueur, et d'administrer la substance létale au patient.

1. *Euthanasie*, *Le Trésor de la Langue Française informatisé*, sur atilf.atilf.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

2. *Euthanasie*, *Larousse*, sur larousse.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

3 Définition « usitée » dans *Le Trésor de la Langue Française informatisé*, *op. cit.*

Suicide assisté

Le suicide assisté, aussi appelé assistance au suicide ou suicide médicalement assisté, est communément entendu comme un processus « où l'acte létal est accompli par la personne malade elle-même⁴ ».

Comme pour l'euthanasie, le concours d'un médecin est nécessaire, puisque c'est à lui qu'il revient de délivrer l'ordonnance de barbituriques* à la demande éclairée et répétée du patient atteint d'une maladie grave et incurable.

Contrairement à l'euthanasie, le patient ou une personne désignée doit ensuite se rendre en pharmacie pour récupérer le produit, puis le patient doit l'ingérer ou se l'administrer lui-même au moment choisi.

4. Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), [*Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie*](#), 21 octobre 2014, p. 49, sur ccne-ethique.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

II. Les législations en vigueur

A. Les Pays-Bas

> Historique du débat

Les Pays-Bas ouvrent le débat sur l'euthanasie dès 1973, à la suite d'un jugement rendu à l'encontre d'un médecin ayant administré une substance létale à sa mère alors que cette dernière, atteinte d'une maladie lui causant des souffrances intolérables, le lui demandait. À cette date, l'article 293 du Code pénal punit de douze ans d'incarcération le fait de donner la mort à une personne quand bien même elle le demanderait. Le médecin n'est condamné qu'à une semaine de prison avec sursis et un an de mise à l'épreuve, le tribunal faisant le choix de prendre en compte l'avis de nombreux autres médecins qui reconnaissent à cette occasion avoir déjà pratiqué l'euthanasie à la demande de patients qui présentaient des souffrances insupportables⁵.

À la suite de cette affaire, plusieurs décisions de classement sans suite pour des affaires similaires sont prises et les jalons d'un encadrement de la pratique de l'euthanasie sont ainsi peu à peu posés par jurisprudence*, bien qu'elle reste en principe interdite par la loi. En d'autres termes, des décisions successives prises par le juge contribuent à considérer l'euthanasie comme non punissable dans certaines circonstances, en dépit du Code pénal.

L'une des décisions principales pendant cette période est rendue le 27 novembre 1984 par le *Hoge Raad*, la Cour suprême des Pays-Bas, qui invoque la notion de force majeure* pour acquit-

5. C. Byk, *La revendication individuelle face à la mort : approche comparatiste des questions posées par l'interruption de traitement, l'euthanasie et l'aide au suicide*, Revue générale de droit, mars 1998, Vol. 29, n° 2, p. 230. DOI : [10.7202/1035676ar](https://doi.org/10.7202/1035676ar).

ter un médecin dans le cas d'une euthanasie pratiquée à la demande expresse d'une patiente atteinte d'une maladie incurable et présentant des souffrances insupportables⁶. Il est donné raison au médecin qui choisit d'accéder à la demande de la patiente : l'euthanasie, sans être encore rendue légale, est exemptée de peine dans ce cas-ci et dans les cas identiques suivants.

En 1993, une réforme sur la procédure de déclaration des interruptions de vie est passée, et tout médecin est dès lors obligé de signaler aux autorités les euthanasies qu'il pratique afin qu'il ne soit pas poursuivi si les critères établis par la jurisprudence et justifiant le recours à l'excuse de force majeure sont réunis⁷. Ces critères, dits de minutie, sont les suivants : situation médicale désespérée, souffrance insupportable, absence d'autre solution, décision libre et consciente du malade, demande réitérée, consultation d'un autre médecin confirmant le fondement de l'euthanasie, information de la famille et du personnel paramédical.

Les débats parlementaires qui ont mené à la loi du 12 avril 2001 sont empreints de cet historique et de la jurisprudence puisqu'ils ont davantage porté sur les limites et la méthode de contrôle que sur les conditions de fond, les critères de minutie ayant été en grande partie repris à l'identique dans la loi.

> Que dit la loi ?

La loi néerlandaise du 12 avril 2001 sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide⁸ autorise le fait de donner la mort à une personne qui le demande de manière dérogatoire,

6. (nl) Hoge Raad, [NJ 1985/106](#), 27 novembre 1984, sur [navigator.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

7. *Ibid.*, p. 231.

8. (nl) [Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#), sur [wetten.overheid.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

puisqu'elle supprime le caractère illicite de l'euthanasie et du suicide assisté en inscrivant une exception aux articles 293 et 294 du Code pénal néerlandais qui punissent respectivement l'homicide volontaire et l'incitation au suicide.

L'article 2 de cette loi vient confirmer les acquis de la jurisprudence en précisant que l'exonération de la responsabilité criminelle d'un médecin qui pratique l'euthanasie ou le suicide assisté se forme sur le **respect de 6 critères de minutie** : le médecin doit ❶ avoir acquis la conviction que le patient a formulé sa demande librement, de façon mûrement réfléchie et constante, ❷ avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont sans perspective d'amélioration et insupportables, ❸ avoir informé le patient de sa situation et de ses perspectives, ❹ être parvenu, en concertation avec le patient et compte tenu de la situation de ce dernier, à la conviction qu'aucune autre solution raisonnable n'était envisageable, ❺ avoir consulté au moins un autre médecin indépendant qui a examiné le patient et donné son avis sur les critères de minutie précédents, ❻ avoir pratiqué l'interruption de la vie avec toute la rigueur médicalement requise.

Le même article précise que cette loi concerne toute personne à partir de 18 ans « capable de faire une évaluation raisonnable de ses intérêts », ainsi que les mineurs à partir de 12 ans. Pour les mineurs de 12 à 16 ans, le double consentement de l'enfant et des représentants légaux est requis, et de 16 à 18 ans, les parents ou représentants légaux doivent être associés à la prise de décision.

En outre, la loi autorise dès 2001 l'euthanasie et le suicide assisté pour les personnes de plus de 16 ans qui ne sont plus en capacité d'exprimer leur volonté au moment de l'acte, mais qui auraient fait part de leur demande par écrit alors qu'elles

étaient encore considérées comme capables d'évaluer raisonnablement leurs intérêts.

À partir de 2005, l'euthanasie⁹ devient possible pour les enfants jusqu'à 12 mois à la suite de l'autorisation du protocole de Groningen¹⁰ par l'Association néerlandaise de pédiatrie. Ce protocole concerne trois catégories de nouveaux-nés : ceux qui n'ont aucune chance de survie, ceux qui ont un mauvais pronostic de survie et qui ne peuvent continuer à vivre qu'à l'aide de soins intensifs, et ceux qui sont dans une situation sans issue et qui présentent des souffrances insupportables aux yeux des parents et du corps médical.

L'euthanasie est interdite pour les mineurs entre 1 et 12 ans.

Les articles 3 à 19 de la loi de 2001 détaillent les conditions de contrôle de l'euthanasie et du suicide assisté. Il est prévu que toute euthanasie ou tout suicide assisté soit rapporté par le médecin à la commission régionale de contrôle des euthanasies dont il dépend. Ces commissions régionales sont composées d'un nombre de membres impair et d'au moins un juriste, d'un médecin et d'un spécialiste des questions éthiques (article 3). La commission est chargée de vérifier le respect de la procédure *a posteriori*, à savoir le respect des critères de minutie sur la base du rapport rédigé par le médecin¹¹. La commission peut

9. Bien que l'acte ne soit pas effectué à la demande du patient dans ce cas, le terme « euthanasie » est utilisé car il est envisagé à la demande des parents.

10. E. Verhagen & P.-J. J. Sauer, The Groningen protocol - Euthanasia in severely ill newborns, *New England Journal of Medicine*, 2005, Vol. 352, n° 10, p. 959-962. DOI : [10.1056/NEJMp058026](https://doi.org/10.1056/NEJMp058026).

11. La loi néerlandaise sur les services funéraires prévoit que dans le cas d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, le médecin traitant ne délivre pas de certificat de décès, mais qu'il remplisse un formulaire auquel il joint un rapport motivé sur le respect des critères de minutie (article 7, paragraphe 2 de la loi sur les services funéraires ; modification apportée à la suite de l'adoption de la loi du 12 avril 2001 sur l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide).

demander au médecin de compléter son rapport par écrit ou par oral si besoin (article 8). Le contrôle doit être réalisé dans un délai de six semaines suivant la mort du patient (article 9). La commission doit alerter les autorités publiques lorsqu'elle estime que le médecin n'a pas respecté l'ensemble des critères de minutie, et celles-ci peuvent ensuite faire le choix de poursuivre le médecin en question (articles 9 et 10). Les présidents des commissions se réunissent deux fois par an pour discuter de leur méthode et de leur fonctionnement (article 13). Un rapport d'activité annuel conjoint doit être rédigé (article 17).

> Quelles questions se posent aujourd'hui ?

Depuis cette loi, le cadre juridique de l'euthanasie n'a pas connu de mutations législatives. Cependant, plusieurs questions se posent sur d'éventuels élargissements de l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté :

- **Le critère de *voltooid leven*, ou « vie accomplie* ».** Depuis l'adoption de la loi, la question de l'ouverture de l'euthanasie aux personnes qui estiment leur vie « accomplie », ou « terminée » scinde la société néerlandaise. Il s'agit de personnes en capacité d'exprimer leur volonté, qui, bien qu'elles ne soient pas atteintes de maladies incurables et dont les souffrances ne sont pas causées par une maladie somatique ou psychique, considèrent avoir terminé leur vie et demandent à mourir. En 2002, le *Hoge Raad* refuse d'accorder l'excuse de force majeure à un médecin ayant aidé l'un de ses patients qui estimait sa vie « accomplie » à se suicider, car l'euthanasie et le suicide assisté ne sont dépénalisés que si les souffrances ont une cause classifiée médicalement. En 2014, les pouvoirs publics mandatent une Commission consulta-

tive, dite « Schnabel » d'après le nom de son président, d'examiner la possibilité d'inclure la « vie accomplie » comme critère d'accès à l'euthanasie et au suicide assisté. Celle-ci rend ses conclusions en 2016¹² et estime qu'il n'est pas opportun d'ajouter le critère de « vie accomplie » dans la loi au motif d'abord que celle-ci recouvre déjà un grand nombre de ces demandes, les personnes estimant leur vie « accomplie » étant en grande majorité confrontées à la maladie, et ensuite qu'il serait le cas échéant donné une trop grande place à l'autodétermination* des personnes au détriment de la protection que la médecine et la société leur doivent. Un projet de loi séparé de la loi du 12 avril 2001 est tout de même déposé à la fin de l'année 2016 afin d'autoriser un suicide assisté au motif de souffrances insupportables sans fondement médical sous-jacent, mais celui-ci est désavoué en mars 2017 par la Société royale néerlandaise de médecine, « qui rejoint la position de la Commission Schnabel »¹³.

• Le cas des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Une attention particulière est portée aux demandes d'euthanasie ou de suicide assisté des personnes atteintes de troubles psychiatriques depuis 1994 : un arrêt du *Hoge Raad* appelle à la prudence face aux cas de personnes qui ne sont pas en phase terminale et pour lesquelles les souffrances ne sont pas manifestement causées par une maladie somatique ou ne sont pas associées à des douleurs ou une perte de fonctions corporelles¹⁴. En

12. (nl) Commission consultative « vie accomplie », [Vie terminée - À propos du suicide assisté des personnes qui considèrent leur vie comme terminée](#) [Voltooid leven - Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten], 4 février 2016, sur [rijksoverheid.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

13. (en) Société royale néerlandaise de médecine (KNMG), *Reflections by the Royal Dutch Medical Association (KNMG) on the 'Government Response and Vision on Completed Life'*, 29 mars 2017, [\[à télécharger en PDF\]](#), dernier téléchargement le 3 mars 2021].

14. (nl) Hoge Raad, [NJ 1994/656](#), 21 juin 1994, sur [navigator.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

effet, le *Code de déontologie* en matière d'euthanasie* de 2018¹⁵ rappelle que les demandes émanant de personnes atteintes de troubles psychiatriques mettent à mal trois des six critères de minutie : la conviction que la demande est libre, mûrement réfléchie et constante ; la conviction que les souffrances du patient sont sans perspective d'amélioration et insupportables ; la conviction qu'aucune autre solution raisonnable n'est envisageable. L'aptitude du patient à exprimer sa volonté quant à sa demande, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable doivent alors être systématiquement évaluées par le médecin responsable, un consultant et un psychiatre (ou un consultant qui soit aussi psychiatre). Si les avis sont concordants, la demande peut être acceptée et considérée comme légale.

• **Le cas des personnes atteintes de démence***. Le même *Code de déontologie** distingue les demandes formulées pendant la première phase du processus démentiel de celles exprimées pendant la phase avancée. Le premier cas est moins sujet à débat dans le sens où le patient y est le plus souvent encore capable d'exprimer sa volonté et d'évaluer ses intérêts, et les souffrances liées à la perte de fonctions physiques et psychiques peuvent être reconnues comme insupportables si ressenties et exprimées comme telles. Dans le deuxième cas, lorsque le patient a rédigé un testament de vie* dans lequel il formule sa demande alors qu'il était encore capable de discernement*, celui-ci a le même statut qu'une demande orale, et le médecin responsable a alors le devoir de s'assurer que les conditions dans lesquelles se trouvent le patient sont identiques à celles décrites

15. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Code de déontologie en matière d'euthanasie. Éclairage de la pratique du contrôle*, 2018, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 28 janvier 2021].

dans son testament de vie pour justifier sa demande, ainsi que de respecter l'ensemble des critères de minutie pour pratiquer l'euthanasie. Cependant, les positions divergent sur la nécessité ou non pour le patient d'être en capacité de réitérer son consentement au moment de l'acte même en phase avancée du processus démentiel. Le 21 avril 2020, le *Hoge Raad* tranche en faveur de la possibilité pour les médecins de pratiquer une euthanasie sur un patient atteint de démence avancée même s'il n'est pas en capacité de répéter son souhait au moment de l'acte du fait de sa démence, à la condition intangible que toutes les conditions fixées par la loi soient remplies (critères de minutie, testament de vie)¹⁶. Cet arrêt fait suite à l'acquittement d'un médecin qui avait pratiqué une euthanasie sur une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer sans s'assurer de son consentement au moment de l'acte ; patiente qui avait rédigé un testament de vie un an auparavant affirmant sa demande, mais qui au moment de l'acte n'était plus en capacité de comprendre ce que signifiait l'euthanasie¹⁷.

• **Les mineurs de 1 à 12 ans.** En octobre 2020, le ministre de la Santé néerlandais annonce que va être examinée la possibilité d'autoriser l'euthanasie et le suicide assisté pour les mineurs de 1 à 12 ans à la suite de la soumission au Parlement d'un rapport rédigé par des pédiatres favorables à cette ouverture¹⁸.

16. (nl) Hoge Raad, [NJ 2020/712](#), 21 avril 2020, sur [uitspraken.rechtspraak.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

17. Institut Européen de Bioéthique, [Breaking news : la justice néerlandaise acquitte un médecin poursuivi pour meurtre](#), 11 septembre 2019, sur [ieb-eib.org](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

18. [Les Pays-Bas se penchent sur l'euthanasie active chez les enfants de 1 à 12 ans](#), *Sudinfo*, 13 octobre 2020, sur [sudinfo.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

LA LOI EN BREF

 **Quelle aide active à mourir ?** Sont dépénalisés l'euthanasie désignée comme « l'interruption de la vie sur demande » et le suicide assisté défini comme « l'aide intentionnelle apportée à une autre personne à se suicider ou lui donner les moyens de le faire ».

 **Où ?** Dans tout le pays.

 **Depuis ?** Le 12 avril 2001 (entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002).

 **Qui peut en bénéficier ?** Les personnes majeures et mineures à partir de 12 ans capables d'évaluer raisonnablement leurs intérêts ; les personnes de plus de 16 ans devenues incapables d'exprimer leur volonté mais ayant rédigé une demande écrite alors qu'elles étaient encore capables de le faire ; les enfants jusqu'à 12 mois dans des cas particuliers depuis 2005.

 **Dans quelle situation ?** Lorsqu'une personne demandeuse est atteinte d'une maladie incurable qui lui cause une souffrance physique ou psychique insupportable et sans perspective d'amélioration. Aucune précision chiffrée sur la durée du pronostic vital de la personne n'est indiquée.

 **Quel contrôle ?** Les commissions régionales de contrôle des euthanasies contrôlent les dossiers *a posteriori*. Elles rendent un rapport conjoint tous les ans.

B. La Belgique

> Historique du débat

Le débat autour de la légalisation de l'euthanasie en Belgique prend de l'ampleur avec la publication du premier avis du Comité consultatif de bioéthique national le 12 mai 1997¹⁹. L'euthanasie était alors condamnée à la fois par le Code pénal, qui ne fait pas de différence entre l'homicide volontaire et l'acte de mettre fin à la vie d'une personne à sa demande (article 392), et par le Code de déontologie médicale*, qui interdit au médecin de provoquer délibérément la mort d'un malade (article 95) et lui impose de porter assistance morale et médicale au malade se trouvant en phase terminale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité (article 96)²⁰.

L'avis du Comité consultatif de bioéthique portant sur l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie fait la distinction entre la question éthique de la légitimité de l'euthanasie et la question juridique de l'opportunité d'une modification législative. Le constat effectué dans un premier temps de positions et de conceptions éthiques divergentes, voire irréconciliables, au sein du Comité mène celui-ci à établir ensuite quatre propositions différentes de règlement légal de l'euthanasie²¹. La première est « une modification législative dépénalisant l'euthanasie » qui se fonde sur l'argument selon lequel la loi doit garantir à tout individu de disposer lui-même de

19. Comité consultatif de bioéthique, [Avis n°1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie](#), 12 mai 1997, sur health.belgium.be, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

20. J. Herremans, Mourir dans la dignité. La loi belge relative à l'euthanasie, une réponse légale, *Frontières*, Automne 2011/Printemps 2012, Vol. 24, n°s 1-2, p. 73. DOI : [10.7202/1013087ar](https://doi.org/10.7202/1013087ar).

21. Le Comité consultatif de bioéthique belge ne cherche pas à rendre un avis consensuel sur la question qui lui est posée, mais plutôt à rendre compte des divergences existantes sur le sujet traité.

sa vie et de vivre selon ses convictions propres dans le respect de celle des autres. Les deuxième et troisième sont « une régulation " procédurale " *a posteriori* de l'euthanasie décidée en colloque singulier » ou « une régulation " procédurale " *a priori* des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale ». Ces deux propositions reposent sur l'idée que, sans légaliser l'euthanasie, le médecin peut être considéré *a priori* ou *a posteriori* par le droit en état de nécessité* lorsqu'il décide de répondre à la demande du malade de mettre fin à ses jours au nom de sa souffrance éprouvée comme insupportable dans le respect de critères précis. La quatrième proposition est « le maintien pur et simple de l'interdit légal contre l'euthanasie », qui repose sur l'argument de la valeur intangible et éminente de la vie d'autrui, et celui de la nécessité de faire toujours primer le droit de vivre en cherchant à soulager la souffrance par d'autres moyens.

Cet avis sert de base pour un débat sur l'euthanasie organisé au Sénat les 9 et 10 décembre 1997, qui révèle entre autres l'intérêt des parlementaires pour les questions de fin de vie²². Contrairement au Comité consultatif de bioéthique, les sénateurs doivent viser le compromis, et ces débats se sont soldés par un large consensus en faveur d'une modification de la loi pour autoriser l'euthanasie sous certaines conditions : le cadre de l'euthanasie doit être rigoureusement défini, le patient doit être informé de manière exhaustive par le médecin, et la dépénalisation de l'euthanasie ne doit pas entraver le développement des soins palliatifs et l'accompagnement des mourants²³.

22. Sénat de Belgique, [Séances du mardi 9 et du mercredi 10 décembre 1997](#), *Annales parlementaires* n^{os} 1-146, 1-147, 1-148, 1-149, sur [senate.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

23. [Euthanasie. Un dialogue au-delà des clivages politiques](#), mars 1998, sur [senate.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

À la suite de ce débat, plusieurs propositions de loi aussi bien sur l'euthanasie que sur les droits du patient et sur les soins palliatifs sont déposées au Parlement, pour aboutir en 2002 à trois lois successives : la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Ces trois lois, souvent présentées comme indissociables, sont le reflet de la volonté du Parlement belge de ne pas opposer soins palliatifs et euthanasie, à la fois en affirmant le droit d'accès pour tous aux soins palliatifs et en ouvrant la possibilité pour ceux qui le demandent d'avoir accès à l'euthanasie sous certaines conditions²⁴.

> Que dit la loi ?

La **loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie**²⁵ dépénalise ce qu'elle définit comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci » (article 2) en énumérant les causes dans lesquelles cet acte peut être justifié et les manières dont il doit être contrôlé. Cette définition de l'euthanasie est directement reprise de l'avis du Comité consultatif de bioéthique de 1997. La loi n'est relative qu'à l'euthanasie, le suicide assisté n'est pas traité en tant que tel dans la loi.

La loi autorise le médecin à pratiquer une euthanasie s'il s'est assuré de **trois conditions essentielles** : ❶ que le patient est « majeur ou mineur émancipé, capable de discernement* et conscient au moment de sa demande », ❷ que « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure », et ❸ que « le patient se

24. J. Herremans, *op. cit.*, p. 73.

25. [Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002](#), sur ejustice.just.fgov.be, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

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 » (article 3, §1).

De plus, le médecin est dans l'obligation systématique d'informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, d'évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables et les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, et de mener avec lui plusieurs entretiens raisonnablement espacés afin de s'assurer de la persistance de sa souffrance physique ou psychique et de sa volonté réitérée. Le médecin doit consulter un autre médecin, indépendant et compétent quant à la pathologie concernée, qui doit examiner le patient, évaluer sa demande et rédiger un rapport. Ce deuxième médecin doit aussi rencontrer l'équipe soignante s'il y en a une et les proches, si le patient le souhaite (article 3, §2).

Si le patient n'est pas en phase terminale de sa maladie, le médecin doit consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la maladie qui doit également rencontrer le patient et évaluer sa demande, puis laisser s'écouler un mois entre la demande et l'euthanasie (article 3, §3).

La demande doit nécessairement être rédigée par écrit, par le patient lui-même s'il est en état de le faire, ou, s'il ne l'est pas, par une personne de son choix non héritière. Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical (article 3, §4).

L'ensemble des conditions décrites à l'article 3 se veulent garantes de la certitude à laquelle doit arriver le médecin que les trois conditions essentielles à la légitimité de la demande du patient sont remplies.

La loi prévoit également que le majeur ou mineur émancipé puisse consigner par écrit qu'il souhaite qu'un médecin pratique une euthanasie dans le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté et si le médecin constate ❶ « qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable », ❷ « qu'il est inconscient », et ❸ « que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science » (article 4, §1). Cette déclaration anticipée* doit être signée par deux témoins majeurs, dont au moins un non-héritier. Elle peut être révoquée à tout moment. En 2002, cette déclaration n'est prise en compte que si elle a été rédigée dans les 5 ans précédant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

Le médecin qui pratique l'euthanasie dans ce cas doit consulter un autre médecin afin qu'il constate l'irréversibilité de la situation, ainsi que l'équipe médicale s'il y en a une, la personne de confiance* si la déclaration en désigne une, et les proches désignés par la personne de confiance (article 4, §2).

Les articles 5 à 13 de la loi de 2002 concernent la procédure de contrôle de la pratique de l'euthanasie. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi (article 6, §1). Elle est composée de 16 membres, dont 8 docteurs en médecine (et au moins 4 professeurs de médecine) et 8 professeurs de droit ou avocats. Quatre membres doivent être spécialistes de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable, et les membres ne peuvent pas être impliqués dans le gouvernement ou le Parlement (article 6, §2).

La commission établit un document qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie : le premier volet est scellé par le médecin et comporte les données identifiantes du patient et des personnes consultées, et précise s'il existait une déclaration anticipée ; le deuxième volet précise le

sexe et l'âge du patient, les date et lieu du décès, la pathologie dont il souffrait, la nature de la souffrance, les raisons pour laquelle la souffrance a été qualifiée d'inaapaisable, les éléments d'évaluation de la demande (caractère volontaire, réfléchi, répété, sans pression extérieure), si le décès aurait eu lieu à brève échéance, l'existence d'une déclaration écrite de volonté, la qualification et l'avis des médecins et autres personnes consultées, et la manière dont l'euthanasie a été effectuée (article 7).

Dans un délai de deux mois, la commission vérifie le respect des conditions prévues par la loi sur la base du deuxième volet. En cas de doute, elle peut lever l'anonymat et consulter le premier volet. Si elle estime que les conditions n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient (article 8).

Tous les deux ans, la commission doit effectuer un rapport d'activité (article 9).

L'article 14 précise que la demande d'euthanasie ou la déclaration anticipée n'ont pas de valeur contraignante ni pour le médecin ni pour toute autre personne : « aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie » et « aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie ». Dans ce cas, le médecin est tenu d'en informer le patient en temps utile.

La loi évolue une première fois en 2005 pour préciser que le pharmacien ne commet aucune infraction s'il délivre une substance euthanasiante sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il agit conformément à la loi (article 3bis).

Le 28 février 2014, la loi a été étendue aux « mineurs dotés de la capacité de discernement » et se trouvant « dans une situa-

tion 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 ou pathologique grave et incurable » (article 3, §1). La souffrance psychique n'est pas reconnue comme critère par la loi pour les mineurs, et cette étendue ne s'applique pas aux jeunes enfants ni aux nouveaux-nés puisqu'ils ne sont pas en capacité de discernement.

Dans ce cas, un pédopsychiatre ou un psychologue doit être consulté en supplément afin de s'assurer de la capacité de discernement du mineur et de l'attester par écrit. Les résultats de cette consultation doivent être communiqués aux représentants légaux du mineur. Le médecin doit également s'assurer que les représentants légaux du mineur marquent leur accord sur la demande du patient après avoir été informés de son état de santé, de son espérance de vie et des autres possibilités thérapeutiques et de soins palliatifs (article 3, §7).

La demande du mineur et l'accord des représentants légaux sont actés par écrit (article 3, §4).

Le 15 mars 2020, deux points de la loi sont modifiés. Il est premièrement donné à la déclaration anticipée rédigée par le patient une validité à durée indéterminée et non plus de 5 ans (article 4, §1).

Les modalités d'acceptation et de refus du médecin de pratiquer une euthanasie sont deuxièmement modifiées et précisées. La loi stipule désormais qu'« aucune clause écrite ou non écrite ne peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales », ce qui vise à empêcher une structure de refuser que l'euthanasie soit pratiquée en son sein si le patient

la demande et qu'il rentre dans les critères fixés par la loi. Le législateur ajoute que si le médecin consulté refuse sur la base de sa liberté de conscience de pratiquer une euthanasie, il doit en informer le patient ou la personne de confiance au maximum dans les sept jours qui suivent sa demande, puis dans tous les cas lui transmettre les coordonnées d'une association ou d'un centre spécialisé en manière de droit à l'euthanasie ou envoyer son dossier médical dans les quatre jours à un médecin désigné par le patient ou la personne de confiance (article 14).

> Quelles questions se posent aujourd'hui ?

Plusieurs discussions animent toujours le débat depuis la promulgation de la loi et ses différentes modifications :

- **La place du suicide assisté.** La loi actuelle ne traite pas spécifiquement du suicide assisté en Belgique. Cependant, comme le souligne la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi dès son premier rapport, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée²⁶. Si toutes les conditions prévues par la loi sont respectées, l'acte peut être exécuté par injection ou par ingurgitation par le patient de la solution létale en présence du médecin selon le choix du patient et du médecin. Bien que le deuxième cas puisse être assimilé à un suicide assisté, la Commission n'estime pas nécessaire de modifier le texte légal puisque cela créerait plus de confusion que de clarification. Même dans le cas où le patient ingurgite lui-même le produit ou actionne le robinet de la perfusion en présence du médecin, c'est ce dernier qui garde le contrôle du

26. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Premier rapport aux Chambres législatives. 22 septembre 2002 – 31 décembre 2003](#), 22 juin 2004, p. 16, sur organesdeconcertation.sante.belgique.be, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

processus de décès jusqu'à son terme²⁷. Elle réitère cette position dans son dernier rapport en date²⁸. La question d'ouvrir un droit nouveau au suicide assisté pour des motifs non médicaux, c'est-à-dire pour des critères de « fatigue de vivre* » ou de « vie accomplie* », si elle est mentionnée parfois par les associations telles que l'Association pour le droit à mourir dans la dignité (ADMD), est encore marginale en Belgique. En 2017, l'avis n° 73 du Comité consultatif de bioéthique fait état d'un dissensus marqué sur cette question²⁹.

• **Le cas des personnes démentes***³⁰. La loi stipule que le patient doit être capable de discernement et conscient au moment de sa demande, ou qu'il doit être inconscient dans le cas où il n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté mais qu'il a rédigé une déclaration anticipée formulant sa demande. De ce fait, la possibilité pour les personnes démentes d'accéder à l'euthanasie n'est en principe pas admise. Cependant, la demande d'euthanasie d'un patient en début de processus de démence est recevable sous condition de souffrance psychique insupportable et constante résultant de l'angoisse de voir la maladie se développer dans le futur. De ce fait, certains dénoncent le fait que la loi actuelle incite les personnes démentes à demander l'euthanasie « trop tôt » par peur de ne plus pouvoir le faire ensuite alors qu'elles pourraient encore vivre plusieurs mois, voire années. Ils souhaitent qu'il soit possible de demander l'euthanasie par

27. *Ibid.*, p. 24.

28. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018 – 2019](#), 30 juin 2020, p. 30, sur [organesdeconcertation.sante.belgique.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

29. Comité consultatif de bioéthique, [Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques](#), 11 septembre 2017, sur [health.belgium.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

30. Institut Européen de Bioéthique, [L'euthanasie pour les personnes démentes : éléments de réflexion](#), 9 juillet 2019, sur [ieb-eib.org](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

déclaration anticipée et que celle-ci puisse être mise en œuvre même si la personne qui n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté est encore consciente. L'un des arguments contraires consiste à dire qu'il est nécessaire de prendre en compte la rupture possible entre la volonté au moment où doit être pratiquée l'euthanasie et la volonté antérieure du patient, c'est-à-dire entre la personne autonome d'avant et la personne vulnérable d'aujourd'hui : même si elle avait déclaré ne pas vouloir vivre dans ces conditions alors qu'elle était capable, elle peut refuser l'euthanasie une fois qu'elle ne l'est plus.

LA LOI EN BREF

 **Quelle aide active à mourir ?** L'euthanasie est dépénalisée et définie comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ».

 **Où ?** Dans tout le pays.

 **Depuis ?** Le 28 mai 2002 (entrée en vigueur le 22 septembre 2002).

 **Qui peut en bénéficier ?** Les personnes majeures capables et, depuis 2014, mineures en capacité de discernement ; conscientes au moment de la demande.

 **Dans quelle situation ?** Lorsqu'une personne majeure demandeuse se trouve dans une situation médicale sans issue qui lui cause une souffrance physique ou psychique insupportable et sans perspective d'amélioration ; pour les mineurs, le critère de souffrance psychique n'est pas retenu. Si la personne n'est pas en phase terminale de sa maladie, des conditions supplémentaires sont à respecter. Aucune précision chiffrée sur la durée du pronostic vital de la personne n'est apportée.

 **Toute personne peut rédiger une déclaration anticipée pour que soit pratiquée une euthanasie dans le cas où elle deviendrait incapable de manifester sa volonté et si elle est atteinte d'une maladie incurable, si elle est inconsciente et si cette situation est irréversible.**

 **Quel contrôle ?** La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie contrôle les dossiers *a posteriori*. Elle rend un rapport tous les deux ans.

C. Le Luxembourg

> Historique du débat

Au Luxembourg, la question de la dépénalisation de l'euthanasie divise politiques, scientifiques et citoyens, non seulement entre partisans d'un droit à choisir sa mort et défenseurs de la valeur inviolable de la vie, mais également entre ceux concevant les soins palliatifs et l'euthanasie compatibles et les autres arguant nécessaire de faire un choix entre les deux³¹⁻³². De fait, le débat luxembourgeois sur l'euthanasie est intrinsèquement lié à celui sur le développement des soins palliatifs, les deux étant systématiquement discutés en même temps aussi bien dans les sphères éthiques que politiques.

Le 25 février 1998, la Commission Nationale d'Éthique (CNE) du Grand-Duché de Luxembourg rend un avis intitulé « L'aide au suicide et l'euthanasie³³ » et note que ce sujet ne peut être examiné sans une réflexion préliminaire sur les soins palliatifs car « un document consacré, en toute première ligne, à la souffrance physique, à l'angoisse et au désespoir des personnes en fin de vie – ou craignant voir, dans certains cas, se prolonger leur souffrance et leur angoisse pendant de longues années – ne peut pas ignorer les perspectives ouvertes par le développement des soins palliatifs³⁴ ». La CNE justifie ce choix en posant deux hypothèses différentes : les actes et l'intention de

31. *Deux visions de la dignité humaine*, *Luxemburger Wort*, 17 mars 2019, sur wort.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

32. *Soins palliatifs et euthanasie*, *Actes du colloque du 28 avril 2008, Actes de la Section des Sciences morales et politiques de l'Institut grand-ducal*, vol. XII, 2009, p. 131-222. ISBN : 978-2959979415.

33. Commission Nationale d'Éthique, *L'aide au suicide et l'euthanasie*, *Les Avis de la CNE*, Avis 1/1998, 25 février 1998, sur cne.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

34. *Ibid.*, p. 19.

soulager ou d'abrégé une souffrance et ceux de donner la mort peuvent être difficiles à distinguer dans certains cas rares par les médecins pratiquant des soins palliatifs ; ou les questions de l'aide au suicide et de l'euthanasie pourraient perdre de leur importance si des soins palliatifs de haute qualité étaient un jour accessibles à tous³⁵. En d'autres termes, la position favorable ou non à l'ouverture d'un droit à l'aide au suicide ou à l'euthanasie semble dépendre du fait de considérer ces actes compatibles ou non avec les soins palliatifs. La CNE tranche en 1998 sur la nécessité de développer les soins palliatifs et recommande de ne pas ouvrir de droit légal à la mort³⁶. Elle admet cependant que du point de vue seulement éthique (et non déontologique ni juridique), le médecin qui, dans des situations extrêmes et dans des conditions restrictives et sérieuses, donne la mort à un patient en stade terminal n'a « rien à se reprocher moralement³⁷ ».

Le débat politique et législatif est également marqué par l'opposition entre ceux défendant la compatibilité d'une législation sur les soins palliatifs et d'une autre sur l'euthanasie, et ceux affirmant qu'une seule, en l'occurrence sur les soins palliatifs, suffit. C'est en 2002 que sera déposée une proposition de loi sur l'euthanasie et l'aide au suicide³⁸, puis en 2004 et 2006 que sera successivement déposé et actualisé un projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée* et à l'accompagnement de fin de vie³⁹⁻⁴⁰ (qui fait notamment

35. *Id.*, p. 19.

36. *Id.*, p. 84.

37. *Id.*, p. 85.

38. M. Pierrat, *Soins et respect de la personne en fin de vie. Rapport luxembourgeois, Annales droit luxembourgeois*, 2009, p. 190. ISBN : 978-2802728740.

39. *Ibid.*, p. 191.

40. Deux visions de la dignité humaine, *Luxemburger Wort*, *op. cit.*

référence à la sédation palliative^{*41)}. En juillet 2007, le Conseil d'État⁴² examine ces textes en même temps et rend son premier avis sur la question. À la lecture des deux textes, le Conseil d'État estime « que l'introduction du principe de sédation palliative* par le projet de loi sous avis retire à la proposition de loi [sur l'euthanasie et l'aide au suicide] sa principale motivation, étant donné que la condition d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration sur laquelle est basée la dépénalisation de l'euthanasie peut être efficacement contrée par la mise en route d'une sédation palliative »⁴³. Pour le Conseil d'État, le projet de loi relatif aux soins palliatifs rend caduque la proposition de loi sur l'euthanasie.

Le Conseil d'État réitère son avis d'une incompatibilité entre la proposition de loi sur l'euthanasie et le projet de loi sur les soins palliatifs dans un avis complémentaire en décembre 2007 à la suite d'amendements votés par les députés. Il s'interroge sur la définition d'une situation médicale sans issue comme condition d'accès à l'euthanasie si les possibilités thérapeutiques de la sédation palliative sont encore possibles⁴⁴, et il souligne

41. « Si le médecin constate qu'il ne peut efficacement soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'avancer sa fin de vie, il doit l'en informer et recueillir son consentement. » Source : [Projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement de fin de vie](#), Article 3, 11 décembre 2008, sur [gouvernement.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

42. « La Constitution luxembourgeoise prévoit que le Conseil d'État ait notamment pour rôle de " délibérer sur tous les projets de loi ou amendements qui pourraient y être proposés ". Le Conseil d'État doit également rendre un avis sur toutes les lois votées par la Chambre des députés dans un délai fixé par la loi, cette procédure agissant comme un second vote, à moins que le Conseil d'État lui-même, en accord avec les députés, accorde une dispense. » Source : [Constitution du Grand-Duché de Luxembourg](#), Article 83bis, sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

43. Conseil d'État, [Deuxième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 7 octobre 2008 sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité et le projet de loi relatif aux soins palliatifs](#), 7 octobre 2008, sur [stradalex.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

44. *Ibid.*, p. 2.

l'interférence possible entre le testament de vie*, prévu par la proposition de loi sur l'euthanasie, et la directive anticipée, prévue par le projet de loi sur les soins palliatifs puisque « la coexistence de ces documents ne s'exclut pas mutuellement et peut donc comporter des indications différentes pour une même situation clinique »⁴⁵.

Les textes sont néanmoins adoptés par la Chambre des députés le 19 février 2008, à l'unanimité pour les soins palliatifs et à 30 voix contre 26 pour l'euthanasie (3 abstentions et 1 absent)⁴⁶. Contrairement aux 30 députés en faveur de la loi sur l'euthanasie, le Conseil d'État refuse de donner son accord, ni à un texte ni à l'autre puisqu'il les considère toujours incompatibles et estime qu'il ne lui revient pas de choisir entre les deux⁴⁷. Trois allers-retours sont encore nécessaires entre la Chambre et le Conseil d'État⁴⁸ avant que les députés puissent adopter pour la seconde fois les deux textes le 18 décembre 2008, une nouvelle fois à l'unanimité pour les soins palliatifs et à 31 voix contre 26 (3 abstentions) pour l'euthanasie, et que le Conseil d'État accorde sa dispense de second vote⁴⁹⁻⁵⁰.

45. *Id.*, p. 3.

46. [Le Luxembourg, troisième pays européen à légaliser l'euthanasie](#), *L'essentiel*, 19 février 2008, sur [l'essentiel.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

47. M. Pierrat, *Soins et respect de la personne en fin de vie. Rapport luxembourgeois*, *op. cit.*, p. 192.

48. Conseil d'État, *Deuxième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 7 octobre 2008 sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité et le projet de loi relatif aux soins palliatifs*, *op.cit.* Conseil d'État, [Troisième avis complémentaire 45.786 du 25 novembre 2008 sur la proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#), 25 novembre 2008, sur [stradalex.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021]. Conseil d'État, [Quatrième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 9 décembre 2008 sur la proposition de loi concernant le droit de mourir en dignité et le projet de loi relatif aux soins palliatifs](#), 9 décembre 2008, sur [conseil-etat.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

49. M. Pierrat, *Soins et respect de la personne en fin de vie. Rapport luxembourgeois*, *op. cit.*, p. 192-193.

50. [Euthanasie : un débat politique qui avait crispé au Luxembourg](#), *Le Quotidien Indépendant Luxembourgeois*, 24 novembre 2019, sur [lequotidien.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

À cette date, l'article 34 de la Constitution du Grand-Duché prévoit que toute loi adoptée par les députés doit être « sanctionnée », ici au sens d'approuvée, et « promulguée » par le Grand-Duc, chef de l'État luxembourgeois, dans les trois mois suivant le vote. Cependant, le Grand-Duc Henri avait fait savoir quelques jours avant le vote qu'il s'opposerait à une loi sur l'euthanasie pour des raisons de conscience⁵¹. Le gouvernement et les députés, en accord avec le Grand-Duc, ont alors entrepris de réviser la Constitution en urgence, afin que le chef de l'État n'ait plus à approuver mais seulement à promulguer les lois votées par la Chambre des députés⁵². La révision de l'article 34 de la Constitution est actée le 12 mars 2009⁵³, et les lois sur les soins palliatifs et l'euthanasie promulguées le 16 mars 2009, deux jours avant l'expiration du délai de trois mois suivant le vote des deux textes de loi.

> Que dit la loi ?⁵⁴

La **loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide**⁵⁵ autorise à la fois l'euthanasie, entendue comme « 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 », et l'assistance au suicide, entendue comme « le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se sui-

51. *Ibid.*

52. [Projet de révision de l'article 34 de la Constitution déposé à la Chambre des députés](#), *Actualités du gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg*, 8 décembre 2012, sur [gouvernement.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

53. [Loi du 12 mars 2009 portant révision de l'article 34 de la Constitution](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

54. Du fait des objectifs de ce dossier, seule la loi relative à l'euthanasie et à l'aide au suicide est ici développée. Pour aller plus loin : [Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

55. [Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

cider ou procure à une autre personne les moyens de cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci » (article 1).

À l'article 2 sont d'abord listées les **4 « conditions de fond »** nécessaires à l'exonération des charges pénales contre un médecin répondant à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide : ❶ « le patient est majeur, capable de discernement* et conscient au moment de sa demande » ; ❷ « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure » ; ❸ « le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique » ; ❹ « la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit ». Si la personne est dans l'incapacité d'écrire, sa demande peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix en présence du médecin traitant. Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, et, le cas échéant, le document est retiré du dossier médical et restitué au patient (article 2, §1).

À ces 4 conditions de fond s'ajoutent **7 « conditions de forme »** que le médecin doit respecter avant de procéder à une euthanasie ou à une aide au suicide : ❶ informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, discuter avec lui de sa demande, des possibilités thérapeutiques encore envisageables et des possibilités qu'offrent les soins palliatifs pour arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'à ses yeux, il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation ; ❷ s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient en menant plusieurs entretiens avec lui ; ❸ consulter un autre médecin qui examine le patient et évalue sa souffrance ;

④ s'entretenir avec l'équipe soignante, sauf si le patient s'y oppose ; ⑤ s'entretenir avec la personne de confiance*, sauf si le patient s'y oppose ; ⑥ s'assurer que le patient a eu l'occasion de discuter de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer ; ⑦ s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation afin de savoir si des dispositions de fin de vie* au nom du patient y sont enregistrées (article 2, §2).

L'article 4 est consacré aux « dispositions de fin de vie ». Celles-ci permettent à toute personne majeure et capable de consigner par écrit les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire accéder à une euthanasie, dans le cas où elle ne peut plus manifester sa volonté, et si le médecin constate : ① « qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » ; ② « qu'elle est inconsciente » ; ③ « et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science ». Ces déclarations peuvent être faites à tout moment (article 4, §1).

Les dispositions de fin de vie sont envoyées et enregistrées par la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Elles peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La Commission est chargée de confirmer la volonté du déclarant auprès de lui directement une fois tous les cinq ans. Si la situation décrite dans les dispositions de fin de vie d'un patient se présente, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si le médecin a connaissance d'une volonté ultérieure à la déclaration écrite révoquant sa volonté de subir une euthanasie (article 4, §2).

Une euthanasie peut être pratiquée à la suite de dispositions de fin de vie si le médecin constate les trois points énumérés au §1 de l'article 4, et après avoir consulté un autre médecin qui examine le patient et évalue sa situation, ainsi qu'après avoir rencontré l'équipe soignante s'il y en a une, la personne de confiance

désignée par les dispositions de fin de vie s'il y en a une, et les proches désignés par la personne de confiance (article 4, §3).

Les articles 5 à 13 détaillent le dispositif de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une aide au suicide doit remettre dans les huit jours qui suivent un document d'enregistrement à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (article 5). Celle-ci est composée de neuf membres, dont trois docteurs en médecine, trois juristes (un avocat, un magistrat et un professeur en droit), un professionnel de santé et deux représentants issus d'une organisation pour la défense des droits du patient (article 6).

La déclaration à remplir par le médecin est établi par la Commission et comporte deux volets : le premier est scellé par le médecin et comporte les données identifiantes du patient et des personnes consultées, et s'il existait des dispositions de fin de vie ; le deuxième détaille s'il existe des dispositions de fin de vie ou une demande d'euthanasie ou de suicide assisté, l'âge et le sexe du patient, la pathologie dont il souffrait, la nature de la souffrance, les raisons pour laquelle la souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration, les éléments d'évaluation de la demande (caractère volontaire, réfléchi, répété, sans pression extérieure), la procédure suivie par le médecin, la qualification et l'avis des médecins et autres personnes consultées, et les circonstances dans lesquelles l'euthanasie ou l'aide au suicide a été effectuée et par quels moyens (article 7).

La Commission vérifie dans un délai de deux mois si les conditions ont été respectées par le médecin sur la base du deuxième volet de la déclaration. Elle peut choisir de lever l'anonymat et de consulter le premier volet en cas de doute. Si elle estime que les « conditions de forme » n'ont pas été respectées, elle

communiqua sa décision motivée au Collège médical qui doit se prononcer dans un délai d'un mois s'il décide d'engager des poursuites disciplinaires, et si elle estime que l'une des « conditions de fond » n'a pas été respectée, le dossier est transmis au Ministère public luxembourgeois (article 8).

Tous les deux ans, la Commission doit effectuer un rapport d'activité (article 9).

L'article 15 précise que nul médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, et que nulle personne ne peut être tenue d'y participer. Le médecin doit informer le patient (ou la personne de confiance) de son refus dans les 24 heures qui suivent la demande, et communiquer le dossier médical à un autre médecin désigné par le patient (ou la personne de confiance).

Une modification est apportée à la loi en 2019 pour préciser que le décès par euthanasie ou assistance au suicide sera dès lors considéré comme une mort naturelle. Cette clarification est essentiellement faite pour des raisons d'assurance⁵⁶.

> Quelles questions se posent aujourd'hui ?

Depuis la mise en application de la loi, les vives controverses éthiques et politiques qu'elle avait suscitées se sont peu à peu fait oublier, et la problématique aujourd'hui au Luxembourg porte sur le manque de connaissance de cette loi⁵⁷ :

56. *Le décès suite à un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide sera considéré à l'avenir comme une mort de cause naturelle*, Actualités du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 11 juillet 2019, sur sante.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

57. P. Jacquemot, *L'euthanasie reste une solution méconnue*, Luxemburger Wort, 21 janvier 2020, sur wort.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

• **La méconnaissance de la loi.** À la demande de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi sur l'euthanasie, un sondage est réalisé en novembre 2019 par l'institut TNS Ilres afin de dresser un bilan après 10 ans d'existence de la loi⁵⁸. Ce sondage est mené auprès de 1 006 Luxembourgeois, et il révèle que seulement 4 personnes sur 10 savent que la loi existe au Luxembourg⁵⁹, et 36 % se disent bien informés au sujet de l'euthanasie⁶⁰. Par contraste, le sondage montre notamment qu'une majorité (85 %) est d'avis qu'une loi sur l'euthanasie est une bonne chose⁶¹, et que 78 % sont favorables à ce qu'il existe une consultation spéciale pour parler des questions de fin de vie⁶², c'est-à-dire aussi bien de l'euthanasie que des soins palliatifs. La problématique ne porte donc pas ou plus sur l'adhésion du grand public à l'euthanasie ou au suicide assisté, mais sur les manières de répondre au besoin d'information sur ces sujets et sur les questions de fin de vie en général.

58. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, *Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018)*, p. 14, sur sante.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

59. TNS Ilres, *Loi sur l'euthanasie – Bilan*, novembre 2019, p. 9, sur sante.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

60. *Ibid.*, p. 11-12.

61. *Id.*, p. 11-13.

62. *Id.*, p. 25.

LA LOI EN BREF

 **Quelle aide active à mourir ?** Sont dépénalisées l'euthanasie définie comme « 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 » et le suicide assisté défini comme « le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens de cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci ».

 **Où ?** Dans tout le pays.

 **Depuis ?** Le 16 mars 2009 (entrée en vigueur le 17 mars 2009).

 **Qui peut en bénéficier ?** Les personnes majeures capables et conscientes au moment de la demande.

 **Dans quelle situation ?** Lorsqu'une personne demandeuse se trouve dans une situation médicale sans issue qui lui cause une souffrance physique ou psychique insupportable et sans perspective d'amélioration. Aucune précision chiffrée sur la durée du pronostic vital de la personne n'est apportée.

 **Toute personne peut rédiger des dispositions de fin de vie pour que soit pratiquée une euthanasie dans le cas où elle devienne incapable de manifester sa volonté et si elle est atteinte d'une maladie incurable, si elle est inconsciente, et si cette situation est irréversible.**

 **Quel contrôle ?** La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation contrôle les dossiers *a posteriori*. Elle rend un rapport tous les deux ans.

D. La Suisse

> Historique du débat

En Suisse, le débat sur la dépénalisation de l'assistance au suicide remonte à la fin du XIX^e siècle et aux discussions précédant la rédaction du Code pénal. Jusqu'alors, le suicide et l'assistance au suicide étaient considérés comme des actes criminels, punissables par la loi. Avec le développement des sciences humaines et de la psychiatrie, l'appréciation collective de ces actes évolue, et ils sont de plus en plus envisagés comme le symptôme d'une maladie dont il faut prendre soin⁶³. Alors que la dépénalisation du suicide est incontestée, la personne souhaitant mettre fin à ses jours étant dès lors considérée comme malade et méritant la compassion plutôt que la punition si sa tentative échoue, il en va différemment pour l'assistance au suicide nécessitant par définition l'intervention d'un tiers⁶⁴. En effet, si les législateurs sont d'accord pour dire que l'acte de se suicider seul n'est pas punissable, ils s'entendent aussi sur le fait qu'il ne doit pas en aller de même pour l'acte d'inciter ou d'aider au suicide. Puisque la conséquence directe de la dépénalisation de l'acte de suicide est que celui qui aide au suicide n'est plus considéré aux yeux de la loi comme complice d'un crime, de nouvelles conditions de punissabilité du tiers doivent être établies.

Une première proposition est formulée comme suit : « Celui qui détermine une personne à se suicider ou lui prête assistance en vue du suicide, sera puni de l'emprisonnement pour trois mois à

63. J. Wacker, *Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse*, *Études sur la mort*, 2016, Vol. 150, n° 2, p. 80. DOI : [10.3917/eslm.150.0079](https://doi.org/10.3917/eslm.150.0079).

64. Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « *L'assistance au suicide* », *Prise de position n°9/2005*, juillet 2005, p. 31, sur nek-cne.admin.ch, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

un an⁶⁵. » La question se pose d'ajouter ou non à cette proposition la condition que l'aide au suicide soit punissable seulement si le tiers a agi pour des raisons « égoïstes », comme celle de chercher à toucher un héritage par exemple. Les avis divergent, et finalement, la distinction entre l'aide au suicide pour des raisons altruistes et l'aide au suicide pour des raisons égoïstes est retenue pour que le deuxième seulement soit punissable par la loi. L'argument repris, émis par Ernst Hafter, pénaliste, est celui-ci : « Il serait contraire au sentiment d'humanité de punir la personne qui aide à mourir un ami humilié et déshonoré par les propres fautes commises dans le passé, et ceci indépendamment du fait qu'il s'agisse, dans le cas concret, de l'assistance ou de l'incitation au suicide. Il serait contraire à la justice de punir celui qui prête assistance, par son encouragement ou la remise d'instruments, au suicide d'une personne décidée à mettre fin à sa vie, lorsque celle-ci est en phase terminale⁶⁶. » Il est intéressant de noter que, dans cet argument, la personne assistant le suicide ne soit pas nommée comme médecin, mais que la personne souhaitant se suicider puisse être en « phase terminale ». L'assistance au suicide, en Suisse, n'est pas considérée comme un acte médical, mais comme un acte admissible du point de vue juridique dans certaines conditions, notamment si la personne déterminée à mettre fin à ses jours est en fin de vie du fait d'une maladie incurable.

En ce qui concerne l'euthanasie, et non plus l'assistance au suicide, le débat est lancé un siècle plus tard, en 1994. Les parlementaires déposent une motion cette année-là, appelée « motion Ruffy », qui vise à autoriser l'euthanasie pour les personnes

65. *Ibid.*, p. 32.

66. *Id.*, p. 32.

atteintes d'une maladie incurable avec un pronostic vital engagé et faisant état d'une souffrance physique ou psychique intolérable⁶⁷. Le groupe de travail mis en place pour examiner cette proposition rend ses conclusions au printemps 1999, et le gouvernement en tire les conclusions suivantes⁶⁸ : les soins palliatifs doivent être davantage développés ; une réglementation explicite de « l'euthanasie passive* » et de « l'euthanasie active indirecte* » doit être établie ; et « l'euthanasie active directe* » doit rester interdite notamment sur l'argument que sa légalisation, même sous couvert de conditions très restrictives, « équivaldrait à un assouplissement de l'interdiction de l'homicide et constituerait la rupture d'un tabou profondément ancré dans [leur] culture chrétienne⁶⁹ ». L'euthanasie, ou « l'euthanasie active directe » selon les termes employés par les législateurs suisses, est toujours interdite aujourd'hui dans ce pays⁷⁰.

> Que dit la loi ?

L'article 115 du Code pénal suisse entré en vigueur en 1941 dispose 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

67. [Suisse](#), In, *L'euthanasie, Les documents de travail du Sénat*, série Législation comparée, n° LC 49, janvier 1999, sur [senat.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

68. Conseil fédéral suisse, *Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffy. Assistance au décès. Adjonction au Code pénal suisse*, 2006, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

69. *Ibid.*, p. 15.

70. « Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. » Source : Code pénal suisse, [Article 114 Homicide / Meurtre sur demande de la victime](#), sur [droit-bilingue.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

d'une peine pécuniaire⁷¹. » En précisant que l'assistance au suicide n'est condamnable que lorsque qu'elle motivée par des raisons égoïstes, le Code pénal n'interdit pas l'assistance au suicide pour des raisons désintéressées ou altruistes. En d'autres termes, sans motif égoïste, il n'y a pas de sanction. Cet article ne pose pas non plus de limitations liées à la résidence ou à la nationalité ; il ne fait référence ni à un médecin, ni à un quelconque cadre médical⁷².

Cet article du Code pénal est le seul article de loi mentionnant l'assistance au suicide. Il faut se tourner vers l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) pour connaître les conditions d'application de l'assistance au suicide dans le domaine médical ou, plus précisément, les conditions de l'assistance au suicide par la prise de barbituriques* prescrits sur ordonnance d'un médecin. L'ASSM est une instance qui dépend du Sénat et dont les membres appartiennent aussi bien au milieu médical qu'à celui des sciences humaines. Elle a entre autres pour mission de clarifier les questions éthiques en relation avec le progrès médical. Bien qu'elle ne produise pas de normes légales, elle émet des directives médico-éthiques qui sont considérées presque comme des lois supplétives⁷³.

Dans ses *Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes* publiées en 1995, l'ASSM note que l'assistance au suicide doit faire l'objet de réserves du point de vue médical, et cela même si elle n'est pas punie par le Code pénal si elle ne repose pas sur des motifs égoïstes. Elle stipule que les

71. Code pénal suisse, [Article 115 Homicide / Incitation et assistance au suicide](#), sur [droit-bilingue.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

72. J. Wacker, *Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse*, op. cit., p. 81.

73. L'euthanasie, *Les documents de travail du Sénat*, janvier 1999, op. cit.

soins palliatifs peuvent être suffisants pour, en règle générale, « éviter les souffrances et atténuer l'angoisse », et « les risques d'abus qui pourraient résulter d'une acception trop générale de l'aide au suicide par le médecin sont évidents⁷⁴ ».

En 2004, dans ses directives intitulées *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*⁷⁵ qui remplacent celles de 1995, l'ASSM précise sa position, et l'assistance au suicide est considérée dans un paragraphe traitant des limites de l'activité médicale. Alors que le principe de l'autodétermination* du patient guide la pratique lorsqu'il s'agit de prendre la décision de mettre en place une sédation palliative* ou de limiter et d'arrêter des traitements, ce même principe entre en contradiction avec la déontologie* et, éventuellement, avec les valeurs morales et personnelles du médecin dans le cas de l'assistance au suicide. Le médecin, conformément au serment qu'il prête lorsqu'il prend ses fonctions, ne doit pas faire de mal à son patient. Il a en ce sens le devoir de le soulager et de l'accompagner, ce qui se traduit par le soulagement de la souffrance à l'origine de son désir de suicide, mais il n'a pas le devoir de lui proposer une assistance au suicide. Celle-ci est contraire aux buts de la médecine, elle n'est pas un acte médical. Si le patient persiste dans sa demande et que le médecin accepte d'y accéder, l'aide apportée relève alors d'un choix personnel de respecter la volonté du patient au sein de la relation soignant-soigné, mais elle ne relève pas du devoir médical. Il tombe alors sous sa responsabilité de vérifier que quatre conditions sont réunies avant qu'il n'accepte : ❶ « la maladie dont souffre le patient permet

74. ASSM, *L'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes*, 1995, p. 5, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

75. ASSM, *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*, 2004, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

de considérer que la fin de la vie est proche », ② « des alternatives ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre », ③ « le patient est capable de discernement* ; son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant ; cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin » ; ④ « le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même⁷⁶ ». Il est également précisé que les dirigeants locaux peuvent interdire l'assistance au suicide à leurs collaborateurs, mais qu'ils ne peuvent en aucun cas les y contraindre⁷⁷. Puisque l'acte engage la responsabilité personnelle et non pas professionnelle du médecin, chacun est libre de refuser la demande. Ces directives sont réitérées en 2013⁷⁸.

La possibilité pour un médecin d'évaluer une demande d'aide au suicide et de délivrer une ordonnance de barbituriques au patient afin qu'il l'ingère lui-même hors de l'hôpital est donc ouverte par l'ASSM. Cependant, en l'absence d'une position législative fédérale sur l'assistance au suicide dans le domaine médical, l'autorisation ou l'interdiction de l'assistance au suicide au sein des murs de l'hôpital ou des établissements médicaux-sociaux (EMS) est laissée à l'appréciation des cantons qui, en Suisse, choisissent leurs politiques de santé⁷⁹.

À ce jour, trois cantons ont adopté une loi imposant aux hôpitaux et aux EMS d'autoriser l'assistance au suicide au sein

76. *Ibid.*, p. 6.

77. *Id.*, p. 8.

78. ASSM, *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*, 2013, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

79. *Suicide assisté dans les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance*, sur curaviva.ch, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

de leurs murs : le canton de Vaud en 2012⁸⁰, le canton de Neuchâtel en 2014⁸¹ et le canton de Genève en 2018⁸²⁻⁸³. Dans ces trois cantons, la pratique d'une assistance au suicide au sein des institutions ne peut être refusée si : ❶ le patient ou résident qui demande l'aide au suicide est capable de discernement en ce qui concerne sa décision, ❷ il souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident graves et incurables, ❸ des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec lui, et ❹ il n'a plus de domicile alternatif à l'institution ou le retour à domicile n'est raisonnablement exigible. Des particularités locales existent : dans les cantons de Vaud et de Neuchâtel, cette obligation ne concerne que les établissements publics et non également privés comme cela est le cas dans le canton de Genève. Dans le canton de Vaud, la loi stipule que la vérification des critères doit se faire en concertation avec l'équipe soignante, le médecin traitant et les proches désignés par le patient ou le résident. Il est précisé que la demande a demande doit être persistante dans les cantons de Vaud et de Genève.

Soulignons que l'obligation d'autoriser le suicide assisté au sein des murs des institutions médicales et médico-sociales dans ces

80. Canton de Vaud, [Loi sur la santé publique](#), adoptée le 29.05.1985, entrée en vigueur le 01.01.1986, état au 01.02.2018 (en vigueur), article 27d, sur [svmed.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

81. Canton de Neuchâtel, [Loi portant modification à la loi de santé \(assistance au suicide\)](#), 21 novembre 2014, sur [ne.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

82. Canton de Genève, [Loi modifiant la loi sur la santé \(LS\) \(Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS\)](#), 24 mai 2018, sur [ge.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

83. Le 30 juin 2006, le Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) s'était déjà prononcé en faveur de l'autorisation l'assistance au suicide au sein des HUG pour les patients qui n'ont plus de lieu de résidence alternatif à l'hôpital ou pour les patients qui ne peuvent être transportés à domicile du fait de leur maladie sous certaines conditions. Source : Conseil d'Éthique Clinique Hôpitaux Universitaires de Genève, [Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG](#), 30 juin 2006, p. 15, sur [hug.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

trois cantons ne contraignent pas le personnel des établissements concernés à participer à la mise en œuvre de l'assistance au suicide, mais les empêche de s'opposer à ce que l'aide au suicide soit réalisée à l'intérieur de ces établissements. Le canton de Genève prévoit dans la loi une Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide qui peut être saisie par toute personne ayant des doutes sur la capacité de discernement d'une personne demandant l'aide au suicide.

D'autres cantons (Bâle-Ville, Berne, Valais, Tessin, Zurich, Saint-Gall) se sont exprimés par voie référendaire ou parlementaire contre l'autorisation systématique de l'assistance au suicide au sein de tous leurs établissements pour laisser à la discrétion de chacun le choix de l'autoriser ou non et le choix de leurs conditions.

En 2018, à la suite d'un cas de demande d'aide au suicide dans un établissement pénitentiaire suisse, le Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP) s'est penché sur la question d'autoriser l'accès à l'aide au suicide pour les détenus, au même titre que les personnes en liberté⁸⁴. Un document-cadre de référence a été établi en juillet 2019⁸⁵. Une consultation intercantonale est ensuite menée par la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP). Celle-ci révèle que les cantons approuvent cette initiative, mais que les avis divergent sur les conditions de procédure et d'accès au suicide assisté en général comme cela est le cas pour les personnes en liberté. À la lumière de cette consultation, le CSCSP publie un guide succinct en septembre 2020 afin d'exposer les principes

84. [Suicide assisté](#), sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

85. Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP), [Le suicide assisté en exécution des peines et mesures. Document-cadre](#), juillet 2019, sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

s'appliquant à toute la Suisse sur cette question, dont le premier est que le droit à l'autodétermination s'applique aux personnes détenues en capacité de discernement, celles-ci peuvent donc choisir librement la façon dont elles souhaitent mourir et le moment de leur décès. Les conditions d'accès au suicide assisté restent à l'appréciation des cantons⁸⁶.

> Quelles questions se posent aujourd'hui ?

En Suisse, des questions subsistent sur les conditions d'application de l'assistance au suicide en pratique :

- **Les associations d'aide au suicide.** Des associations militantes pour le droit au suicide assisté proposent leurs services pour accompagner les demandes d'aide au suicide. Elles ont des modes de fonctionnement qui leur sont propres, mais toutes proposent notamment de participer à l'évaluation de la demande en s'assurant avec le demandeur que les conditions requises par les directives locales sont réunies. Si tel est le cas, l'association peut le mettre en relation avec un médecin non lié à l'association qui pourra à son tour examiner la demande, le rencontrer, et décider de délivrer une ordonnance de barbituriques ou non. Si l'ordonnance est délivrée, l'association accompagne ensuite le demandeur en choisissant avec lui le lieu et le moment où il souhaite mettre fin à ses jours. Le membre de l'association propose d'être présent le jour choisi. Il n'intervient pas de manière active dans l'acte de suicide. Ces prestations sont proposées, selon les associations, aux personnes, qu'elles résident en Suisse ou non, à un coût important⁸⁷,

86. CSCSP, [Le suicide assisté en détention. Guide succinct](#), septembre 2020, sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

87. M. P. (propos recueillis par), [« J'ai aidé à mourir 500 personnes »](#), *Le Parisien*, 30 janvier 2015, sur [leparisien.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

ce qui pose un problème d'inégalité d'accès. Il arrive également que le fonctionnement de ces associations soit remis en cause par exemple par des médias internationaux⁸⁸. Le manque de contrôle de la pratique de ces associations est également parfois pointé du doigt⁸⁹.

• **Le contrôle de la pratique du suicide assisté.** Au sein du pays, la question se pose davantage autour du contrôle de la pratique de l'assistance au suicide en général. En 2018, le Programme National de Recherche « fin de vie » (PNR 67), regroupant 33 projets de recherche menés à partir de 2012 en Suisse sur la fin de vie, fait état d'une insuffisance des contrôles de la pratique et d'un manque de visibilité sur les profils des patients demandant l'aide au suicide et y ayant eu accès⁹⁰.

• **L'aide au suicide pour les personnes qui ne sont pas en fin de vie.** En 2018, l'ASSM publie de nouvelles directives, *Attitudes face à la fin de vie et à la mort*⁹¹, afin de remplacer celles de 2004 et 2013. Ce changement est motivé par des résultats émanant de la recherche sur le terrain : le PNR 67 met en évidence le manque de prise en compte de la parole du patient, même capable de discernement, dans la décision médicale, l'augmentation des demandes de mort et la difficulté pour les médecins traitants de ne pas se sentir dépassés par ces demandes⁹² ; et une étude commanditée par l'ASSM auprès de médecins montre entre autres qu'il arrive que la situation concrète et singulière lé-

88. Dignitas, [Le fonctionnement de Dignitas](#), mai 2014, p. 2, sur [dignitas.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

89. D. Grouille, [Fin de vie : les options belge, suisse et orégonaise](#), *La revue du praticien*, Vol. 69, janvier 2019, p. 28, sur [sfap.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

90. [Rapport de synthèse PNR 67 Fin de vie](#), 2017, p. 33, sur [pnr67.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

91. ASSM, *Attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 2 février 2021].

92. *Rapport de synthèse PNR 67 Fin de vie*, 2017, *op. cit.*, p. 20-22.

gitime la demande d'aide au suicide même si le patient n'est pas en fin de vie⁹³. Les nouvelles directives de l'ASSM prennent en compte ces constats, et concluent que les critères médicaux objectifs⁹⁴ pour légitimer l'assistance au suicide posent un problème sur le terrain, les médecins comme les patients pouvant se sentir obligés de justifier ce pourquoi ils choisissent de ne pas y avoir recours si les critères sont réunis⁹⁵. Cela mène l'ASSM à estimer que le désir autodéterminé de suicide d'un patient n'est finalement pas motivé par son état médical objectif mais plutôt par sa souffrance ressentie comme insupportable et dont les causes sont liées à la fois à la maladie et aux « limitations dans le quotidien et dans les relations sociales », aux « pertes » ainsi qu'aux « sensations de désespoir et d'inutilité⁹⁶ ». En d'autres termes, la souffrance, qui légitime la demande d'aide au suicide du patient, peut avoir pour cause des symptômes physiques ou psychiques objectivables, mais également des aspects subjectifs, non objectivables. Ce changement motive de nouvelles conditions minimales à respecter pour légitimer une demande d'aide au suicide : ❶ le patient doit être capable de discernement par rapport à sa demande ; ❷ le désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant ; ❸ les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient lui causent une souffrance qu'il juge insupportable ; ❹ des

93. (en) S. Brauer et al., [*Swiss physicians' attitudes to assisted suicide: A qualitative and quantitative empirical study*](#), *Swiss medical weekly*, 21 mai 2015, Vol. 145 w14142. DOI : [10.4414/smww.2015.14142](#).

94. Cela fait référence au premier critère d'acceptabilité des demandes d'aide au suicide dans les directives de l'ASSM publiées en 2004 : « La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche. » cf. ci-dessus, p. 25.

95. ASSM, 2018, *op. cit.*, p. 24-25.

96. ASSM, 2018, *op. cit.*, p. 11 : « Au-delà des symptômes physiques et psychiques, les aspects tels que les limitations dans le quotidien et dans les relations sociales, les pertes ainsi que les sensations de désespoir et d'inutilité peuvent être sources de souffrance, qu'ils soient isolés ou combinés entre eux. ».

alternatives lui ont été proposées ; ⑤ le médecin doit mener des entretiens répétés et considérer compréhensible le souhait du patient au vu de sa souffrance. Ces critères impliquent que ces directives ne concernent plus seulement les personnes en fin de vie proche comme en 2004 et 2013, mais également celles à qui on ne peut plus proposer de traitement curatif, ou encore celles qui ne sont pas en fin de vie ni, à proprement parler, malades, mais souhaitent mettre fin à leur vie au nom d'une souffrance ressentie comme insupportable.

Ces directives posent question puisque pour la première fois depuis la création de l'ASSM en 1943, la Fédération des Médecins Suisses (FMH) refuse en octobre 2018 de les inscrire dans son Code de déontologie^{*97}. Le fait que la souffrance légitime la demande d'aide au suicide et qu'elle ne soit pas entendue comme un critère médical objectif, comme l'était la fin de vie proche, n'est pas acceptable, selon la FMH. Un critère subjectif est indéterminé et indéterminable, et de ce fait impossible à évaluer avec certitude et de manière commune. De plus, accepter ce nouveau critère s'apparente pour eux à un abandon des personnes en souffrance, et ils dénoncent les conséquences délétères que ces directives pourraient entraîner, dont la transformation de la demande d'assistance en commande de mort.

97. Fédération des Médecins Suisses (FMH), [Communiqué de presse du 25 octobre 2018](#), sur fmh.ch, [en ligne, dernière consultation le 3 mars 2021].

LA LOI EN BREF

 *Quelle aide active à mourir ?* Le suicide assisté pour raisons égoïstes est pénalisé – par défaut, le suicide assisté dénué de motif égoïste est dépenalisé.

 *Où ?* Il n'existe pas de loi fédérale sur le suicide assisté par un médecin. Les cantons restent libres de légiférer sur leurs politiques de santé locales.

 *Depuis ?* Pour la population générale : Code pénal suisse entré en vigueur en 1941 ; pour le suicide assisté par un médecin : directives médico-éthiques de l'ASSM de 2004 et 2013 ; pour l'autorisation au sein des hôpitaux et des EMS : lois en 2012 dans le canton de Vaud, en 2014 dans celui de Neuchâtel et en 2018 dans celui de Genève.

 *Qui peut en bénéficier ?* Selon les directives de l'ASSM de 2004 reprises en 2013, une ordonnance de barbituriques peut être délivrée par un médecin à une personne capable de discernement qui en fait la demande. Depuis 2020, les détenus peuvent demander l'aide au suicide au même titre que toute autre personne.

 *Dans quelle situation ?* Selon les directives de l'ASSM de 2004 reprises en 2013 : lorsqu'une personne est en souffrance et en fin de vie proche du fait d'une maladie.

E. Les États-Unis

> Historique du débat

L'euthanasie et le suicide assisté sont tous deux interdits par la législation fédérale aux États-Unis⁹⁸. Toutefois, plusieurs contestations sociales et juridiques émergent contre cette législation.

Dans les années 1990, le docteur Jack Kevorkian défraye la chronique et anime le débat national sur la question du suicide assisté. Selon ses propres dires, il aurait aidé plus de 130 personnes atteintes de diverses maladies à se suicider entre 1990 et 1998⁹⁹. Il dit agir dans le meilleur intérêt des personnes, et espère par ses actions faire évoluer la loi sur le suicide assisté¹⁰⁰. Après avoir été brièvement emprisonné à deux reprises en 1993¹⁰¹, il est condamné de 10 à 25 ans de prison pour avoir diffusé une vidéo dans laquelle il se filme injecter une substance létale à un patient atteint de la maladie de Charcot*¹⁰². Si le débat national se souvient longtemps de lui et que certains lui prêtent un rôle dans l'évolution de l'opinion publique sur ces questions¹⁰³, la loi fédérale ne bouge pas.

Le 1^{er} octobre 1996, la Cour suprême des États-Unis accepte d'examiner l'appel de deux arrêts rendus par les cours d'appel des États de New York et de Washington soutenant l'inconstitutionnalité de la loi interdisant le suicide assisté par un médecin

98. (en) Code des États-Unis, [Titre 42, Chapitre 138, Section 14401](#), 2, sur [law.cornell.edu](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

99. (en) K. Vloet, [The life of Dr. Death](#), sur [bentley.umich.edu](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

100. (en) E. Bernstein, [Jack Kevorkian](#), *Encyclopædia Britannica*, 30 mai 2020, sur [britannica.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

101. *Ibid.*

102. [Kevorkian Jack – \(1928-2011\)](#), *Encyclopædia Universalis*, sur [universalis.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

103. K. Vloet, *The life of Dr. Death*, *op. cit.*

[*doctor-assisted suicide* ou *physician-assisted suicide* en anglais]¹⁰⁴. Le 26 juin 1997, la Cour suprême infirme à l'unanimité les deux arrêts, estimant que le droit d'accès au suicide assisté n'est pas un droit constitutionnel et que cette pratique doit rester interdite au niveau fédéral. Cependant, la Cour souligne l'importance du débat démocratique sur cette question, elle ne ferme pas la porte à des recours futurs, et deux juges sous-entendent que les États restent libres de légiférer localement sur le suicide assisté¹⁰⁵. En effet, le fait que les lois interdisant le suicide assisté soient jugées constitutionnelles ne veut pas dire que les lois l'autorisant sont de fait inconstitutionnelles¹⁰⁶.

Aujourd'hui, huit États américains – Oregon, Washington, Vermont, Californie, Colorado, Hawaï, Maine, New Jersey et le district de Columbia autorisent légalement le suicide assisté ; et l'État du Montana le tolère par jurisprudence*.

Seize autres États sont actuellement en train de discuter de lois sur le suicide assisté¹⁰⁷.

En Oregon, la légalisation du suicide assisté par un médecin s'ancre dans un climat de défiance envers le corps médical et de prise d'ampleur d'un mouvement pour le « droit à mourir ». Certains voient en la possibilité d'avoir accès au suicide assisté une réponse à la distance qu'ils sentent s'être installée entre les patients et les médecins du fait de la modernisation et de la

104. (en) L. Greenhouse, [High Court to Decide if the Dying Have a Right to Assisted Suicide](#), *The New York Times*, 2 octobre 1996, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

105. (en) L. Greenhouse, [Court, 9-0, upholds state laws prohibiting assisted suicide; Protects speech on internet](#), *The New York Times*, 27 juin 1996, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

106. J. Nicol, [Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada](#), *Bibliothèque du Parlement*, [2015] 2019, p. 2, sur [lop.parl.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

107. (en) [In Your State](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

technicisation de la médecine, et une manière de reprendre le contrôle sur leur corps et leur santé¹⁰⁸. Il faut également souligner que l'Oregon est connu pour être un État progressiste et rejetant toute pression religieuse¹⁰⁹.

En 1994, une proposition de loi d'initiative citoyenne est soumise au vote par référendum. Cette proposition, appelée *Measure 16* [Mesure 16] ou *Death with Dignity Act* [Loi pour mourir dans la dignité] émane d'un groupe militant pour le droit à mourir et prévoit d'autoriser les médecins à prescrire des barbituriques* aux patients atteints d'une maladie en phase terminale sous certaines conditions qui seront détaillées ci-dessous. Cette loi fait l'objet d'une campagne massive opposant ses militants et l'église catholique. Les premiers défendent le droit des malades à choisir la façon dont ils souhaitent mourir, et les seconds mettent l'accent sur les risques de potentiels mauvais diagnostics médicaux en fin de vie et le risque de choisir le suicide assisté du fait d'une dépression et non d'un choix éclairé¹¹⁰. En novembre 1994, l'***Oregon Death With Dignity Act***¹¹¹ est adoptée à 51 % contre 49 %¹¹². Cette loi fait l'objet de nombreux recours administratifs et juridiques les années suivantes qui repoussent sa mise en application¹¹³, et elle entre finalement en vigueur le 27 octobre 1997. Un deuxième vote par référendum s'est tenu quelques jours plus tard, en novembre

108. (en) T. E. Purvis, *Debating Death: Religion, Politics, and the Oregon Death With Dignity Act*, *Yale Journal of Biology and Medicine*, 2012, Vol. 85, n° 2, p. 272-284. PMID: [22737056](#).

109. (en) D. Hillyard, J. Dombink, E. Corporation, *Dying Right: The Death with Dignity Movement*, Routledge, 2001, p. 71. ISBN: 978-0415927994.

110. (en) T. E. Purvis, *Debating Death: Religion, Politics, and the Oregon Death With Dignity Act*, op. cit.

111. (en) *The Oregon Death With Dignity Act. Oregon Revised Statutes. 127.800 – 127.995*, sur [oregon.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

112. (en) *Oregon Measure 16. Physician-Assisted Death Initiative (1994)*, sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

113. (en) *Oregon Death with Dignity Act: A History*, sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

1997, pour demander aux électeurs s'ils souhaitent révoquer la loi, ce qui est refusé à 60 %¹¹⁴, faisant de l'Oregon le premier État à appliquer une loi sur le suicide assisté par un médecin.

En 2004, la possibilité pour les médecins de prescrire des médicaments à des doses létales dans le but d'aider leurs patients à se suicider est contestée par le procureur général* de l'époque auprès de la Cour suprême des États-Unis. La Cour rend sa décision en janvier 2006 : elle estime en majorité que le procureur général n'a pas l'autorité nécessaire pour bloquer une pratique médicale dans les États fédérés¹¹⁵. Cette décision reconferme la possibilité pour les États de légiférer sur le suicide assisté localement.

Dans l'État de Washington, une première loi autorisant le suicide assisté et ne condamnant pas explicitement l'euthanasie est refusée par référendum à 54 % en 1991¹¹⁶. Une nouvelle loi d'initiative populaire, initiée par un ancien gouverneur de l'État de Washington atteint de la maladie de Parkinson¹¹⁷, est portée au référendum en 2008. La campagne menée en faveur de la loi s'appuie principalement sur le même argument que celle douze ans plus tôt en Oregon, à savoir l'importance du droit pour une personne en fin de vie de pouvoir choisir la façon dont elle souhaite mourir, ainsi que sur l'expérience orégonaise¹¹⁸. Les opposants à la loi insistent notamment sur la

114. (en) [Oregon Repeal of «Death with Dignity». Measure 51 \(1997\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

115. (en) L. Greenhouse, [Justices reject U.S. bid to block assisted suicide](#), *The New York Times*, 18 janvier 2006, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

116. (en) [Washington Physician-Assisted Death, Initiative 119 \(1991\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

117. (en) R. Steinbrook, [Physician-Assisted Death – From Oregon to Washington State](#), *The New England Journal of Medicine*, 2008, Vol. 359, n° 24, p. 2513-2515. DOI : [10.1056/NEJMp0809394](#).

118. *Ibid.*, p. 2514.

dangerosité de la mesure pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer pour leurs soins, s'inquiétant qu'ils se résolvent à choisir le suicide assisté par défaut¹¹⁹. La loi intitulée **Washington Death With Dignity Act**¹²⁰ est adoptée par référendum le 4 novembre 2008 à 58 %.

Dans le Vermont¹²¹, les lois d'initiative populaire n'existent pas, la loi sur le suicide assisté se discute au niveau du Parlement*. Des propositions sont faites à partir du milieu des années 1990 ; une loi est refusée en 2007 malgré le soutien populaire. Au sein du Parlement, le débat oppose ceux qui souhaitent favoriser le choix individuel sur ces questions, et ceux qui ne veulent pas voir le gouvernement s'impliquer trop loin dans les affaires médicales. Un compromis est trouvé, et la loi appelée **Patient Choice and Control at End of Life Act**¹²² [loi relative au choix et au contrôle du patient à la fin de sa vie] est votée et signée par le gouverneur de l'État en mai 2013. Le compromis est le suivant : la loi entre en vigueur avec un certain nombre de garde-fous procéduraux visant à contrôler le suicide assisté, et ceux-ci seront révisés et allégés trois ans plus tard, une fois les médecins et le grand public plus accoutumés à la pratique. Cette disposition particulière sera finalement abrogée le 20 mai 2015¹²³, rendant les garde-fous permanents¹²⁴.

119. (en) [Washington Initiative 1000. Physician-Assisted Death Initiative \(2008\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

120. (en) [The Washington Death With Dignity Act](#), Chapitre 70.245 du *Revised Code of Washington*, sur [app.leg.wa.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

121. (en) P. Span, [Vermont Passes 'Aid in Dying' Measure](#), *The New Old Age*, *The New York Times*, 14 mai 2013, sur [newoldage.blogs.nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

122. (en) [An Act relating to patient choice and control at end of life](#), sur [leg.state.vt.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

123. (en) [An act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life](#), sur [legislature.vermont.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

124. (en) E. Mansfield, [Senate approves extension of physician-assisted suicide provisions](#), *VTdigger*, 12 mars 2015 sur [vtdigger.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

La loi prévoit également que le ministère de la Santé de l'Etat publie un rapport sur la pratique tous les deux ans (§5293).

En Californie, la loi se discute également au Parlement. Alors que plusieurs propositions avaient déjà été discutées et refusées, le débat est relancé en 2014 à l'occasion de la médiatisation du cas Brittany Maynard, une femme californienne de 29 ans atteinte d'une tumeur au cerveau en phase terminale qui déménage en Oregon pour avoir accès à un suicide assisté¹²⁵. Peu après, en mai 2015, la *California Medical Association* [Association des médecins de Californie] fait savoir qu'elle ne s'oppose plus au suicide assisté, mais choisit d'adopter un point de vue neutre, arguant que la décision d'y avoir recours ou de le pratiquer revient aux patients et aux médecins individuellement¹²⁶. Le projet de loi est présenté et adopté au Parlement en séance spéciale, impliquant des débats plus courts et une décision rapide, ce qui est regretté par le gouverneur de Californie¹²⁷. Celui-ci, longtemps partagé dans sa décision de ratifier cette **End of Life Option Act**¹²⁸ pour des raisons personnelles, accepte finalement de le faire en octobre 2015¹²⁹.

Dans le Colorado, une proposition de loi d'initiative populaire est soumise au vote par référendum en 2016. La campagne oppose notamment l'argument de l'importance pour la personne

125. (en) B. Maynard, [My right to death with dignity at 29](#), 2 novembre 2014, sur [edition.cnn.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

126. (en) California Medical Association, [California Medical Association removes opposition to physician aid in dying bill](#), 20 mai 2015, sur [cmadocs.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

127. (en) I. Lovett, [California Legislature Approves Assisted Suicide](#), *The New York Times*, 11 septembre 2015, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

128. (en) [End of Life Option Act](#), sur [leginfo.legislature.ca.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

129. (en) I. Lovett, R. Pérez-Peña, [California Governor Signs Assisted Suicide Bill Into Law](#), *The New York Times*, 5 octobre 2015, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

malade en phase terminale de pouvoir choisir le lieu et le moment de sa mort et celui du risque qu'une loi comme celle-là renvoie aux personnes malades et vulnérables l'idée que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue jusqu'au bout. La population vote en faveur de la **Colorado End-of-life Options Act**¹³⁰ à 65 % en novembre 2016¹³¹.

Dans le district de Columbia, la **Death with Dignity Act of 2016**¹³² autorisant le suicide assisté est adoptée au Parlement en novembre 2016 après plus d'un an de débats. Pour les législateurs, l'argument de l'importance du choix individuel en fin de vie l'a emporté sur leurs convictions personnelles ou religieuses¹³³.

À Hawaï, après plusieurs échecs depuis 2002¹³⁴, la **Our Care Our Choice Act**¹³⁵ [loi « Notre Soins, Notre Choix »] autorisant le suicide assisté est adoptée en mars 2018 par le Parlement, et ratifiée le 5 avril de la même année par le gouverneur¹³⁶.

Dans le New Jersey, la **Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act**¹³⁷ [loi sur l'aide médicale à mourir pour les personnes malades en phase terminale] autorisant le suicide assisté est

130. (en) [End-of-life Options Act](#), sur [sos.state.co.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

131. (en) [Colorado Proposition 106. Physician-Assisted Death Initiative \(2016\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

132. (en) [Death with Dignity Act of 2016](#), sur [dchealth.dc.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

133. (en) F. Nirappil, [D.C. Council gives initial approval to a bill to let terminally ill patients end their lives](#), *The Washington Post*, 1^{er} novembre 2016, sur [washingtonpost.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

134. (en) [Death with Dignity in Hawai'i: A History](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

135. (en) [Our Care Our Choice Act](#), sur [health.hawaii.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

136. (en) S. Yan, [Medically assisted suicide becomes legal in Hawaii](#), *The Associated Press*, 6 avril 2018, sur [apnews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

137. (en) [Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act](#), sur [njleg.state.nj.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

votée en mars 2019 au Parlement et ratifiée par le gouverneur le 12 avril 2019, après avoir été introduite pour la première fois en 2012¹³⁸. Cette loi est contestée une semaine après sa mise en vigueur¹³⁹, mais cette remise en cause est rejetée par les tribunaux en avril 2020¹⁴⁰.

Dans le Maine, la *Maine Death with Dignity Act*¹⁴¹ autorisant le suicide assisté est adoptée en juin 2019 par le Parlement, avec un vote d'écart à la *Maine House of Representatives* [Assemblée du Maine] et trois votes d'écart au *Maine Senate* [Sénat du Maine]¹⁴². La loi avait été refusée par référendum en 2000 à 51 %, une loi légalisant le suicide assisté et l'euthanasie a été refusée par le Parlement en 2013, et deux autres propositions de lois sur le suicide assisté avaient été refusées par le Parlement en 2015 et 2017. Suite à l'adoption de la loi, la *Christian Civic League of Maine* [Ligue civique chrétienne du Maine] lance une pétition pour obtenir un référendum visant à révoquer la loi, mais annonce en septembre 2019 n'avoir pas réussi à réunir assez de signatures pour ce faire¹⁴³.

Dans le Montana, aucune loi autorisant le suicide assisté n'est adoptée. Cependant, en octobre 2007, un patient atteint d'une leucémie en phase terminale, quatre médecins et une association de défense des droits des patients appelée *Compassion & Choices* [Compassion et choix] saisissent la justice, affirmant qu'il

138. (en) N. Pugliese, *NJ legalizes assisted suicide as Gov. Phil Murphy signs contentious bill into law*, 12 avril 2019, sur northjersey.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

139. (en) *Glassman vs. Gerwal*, 8 août 2019, sur compassionandchoices.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

140. (en) S. Barchenger, *NJ aid-in-dying law upheld, judge dismisses legal challenge*, 2 avril 2020, sur northjersey.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

141. (en) *An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act*, sur mainelegislature.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

142. (en) M. Villeneuve, *Maine becomes 8th state to legalize assisted suicide*, *The Associated Press*, 13 juin 2019, sur apnews.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

143. (en) *Maine*, sur deathwithdignity.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

est inconstitutionnel d'appliquer les lois régissant l'homicide aux médecins qui veulent aider leurs patients en phase terminale à se suicider lorsqu'ils le souhaitent¹⁴⁴. Le tribunal arrive à la conclusion que le suicide assisté par un médecin n'est pas contraire à la politique publique, et donc à la loi. Le droit à l'autodétermination* du patient « mentalement capable* » en phase terminale est mis en avant, d'autant plus que c'est à lui qu'il revient d'ingérer la substance létale le moment venu¹⁴⁵. Le gouvernement fait appel de cette décision auprès de la Cour suprême du Montana, mais celle-ci valide en décembre 2009 la position prise en première instance par le tribunal. La Cour juge que le consentement du patient peut être invoqué comme argument de défense par un médecin accusé de pratiquer le suicide assisté. Plus précisément, le médecin accusé ne peut pas être reconnu coupable d'homicide si le patient en phase terminale et capable de discernement a consenti à l'acte¹⁴⁶. Cette décision assure la protection des médecins qui pratiquent le suicide assisté à plusieurs conditions : que le patient soit capable de discernement, en phase terminale, et demande l'aide au suicide, et que ce soit un médecin qui lui délivre l'ordonnance. Le suicide assisté est ainsi autorisé par jurisprudence.

> Que dit la loi ?

Seul l'*Oregon Death With Dignity Act* sera dans un premier temps détaillé dans son entièreté, la raison étant que les lois passées ensuite dans les sept autres États et le district de Columbia s'en inspirent grandement. Les quelques différences par État seront soulignées dans un deuxième temps.

144. (en) [Baxter v. Montana](#), 31 décembre 2009, sur [law.justia.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

145. (en) A. Youderian, [Montana Justices Allow Doctor-Assisted Suicide](#), 4 janvier 2020, sur [courthousenews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

146. *Baxter v. Montana*, *op. cit.*, §13.

L'**Oregon Death With Dignity Act** (ODWDA), ou la « loi sur la mort dans la dignité en Oregon », définitivement adoptée en 1997, définit le cadre dans lequel est autorisé le suicide assisté par un médecin dans l'État de l'Oregon¹⁴⁷.

La première section s'attache à définir les termes qui seront utilisés par la suite, par exemple : par « **adulte** » [*adult*] on entend « individu de 18 ans ou plus » ; par « **capable** » [*capable*] on entend « avoir la capacité de prendre et de communiquer ses décisions concernant sa santé aux professionnels, ou de communiquer ses décisions par le biais d'un proche habitué à la manière de s'exprimer d'une personne si celle-ci ne peut se faire comprendre par les professionnels » ; par « **décision éclairée** » [*informed decision*] on entend « décision par un patient éligible à demander et obtenir une ordonnance pour mettre fin à ses jours d'une manière humaine et digne, basée sur la considération de sa situation et après avoir été informé par le médecin responsable de son diagnostic, de son pronostic vital, des risques associés au fait de prendre le médicament létal, le résultat de la prise du médicament létal et des alternatives existantes dont les soins palliatifs » ; par « **patient éligible** » [*qualified patient*] on entend « adulte capable résident en Oregon qui remplit les critères détaillés dans la loi » ; par « **maladie en phase terminale** » [*terminal disease*] on entend « maladie incurable et irréversible, confirmée par un médecin et qui induira la mort dans un délai de six mois » (Section 1.01).

La deuxième section concerne la demande de suicide assisté du patient. Cette demande doit être formalisée par écrit. Le patient adulte doit ❶ être capable, ❷ habiter l'Oregon, ❸ avoir

147. (en) *The Oregon Death With Dignity Act. Oregon Revised Statutes*. 127.800 – 127.995, *op. cit.*

été diagnostiqué par le médecin responsable et un médecin consultant d'une maladie en phase terminale, et ④ avoir exprimé volontairement son souhait de mourir. Il est précisé que les seuls critères d'âge ou de handicap ne suffisent pas à rendre un patient éligible à demander l'aide au suicide (Section 2.01). La forme que doit prendre la demande écrite est détaillée plus bas (Section 6.01). Elle doit être signée en présence de deux personnes témoignant de la capacité de discernement du patient et de l'aspect volontaire, non contraint, de sa demande. L'un des témoins au moins ne doit pas être lié juridiquement au patient, et aucun ne peut être son médecin (Section 2.02).

La troisième section décrit les garde-fous [*safeguards*] mis en place. Douze responsabilités incombent au médecin responsable, dont les principales sont : vérifier les critères d'éligibilité du patient à demander l'aide au suicide au moment de la demande et juste avant de délivrer l'ordonnance, informer le patient pour qu'il puisse prendre une décision éclairée, référer le patient à un autre médecin pour qu'il puisse confirmer le diagnostic et évaluer sa demande, référer le patient à un psychiatre ou un psychologue s'il y a une suspicion de maladie psychique ou de dépression (si cela se confirme, le patient n'est plus éligible à demander l'aide au suicide), et informer le patient de son droit de révoquer sa demande à tout moment. Le médecin responsable doit également recommander au patient d'informer ses proches de sa décision et lui conseiller qu'une personne soit présente lorsqu'il prendra le médicament létal et de ne pas le prendre dans un lieu public. Le médecin responsable doit soit donner le médicament létal en personne au patient, soit le faire par le biais d'un pharmacien sous réserve du consentement écrit du patient (Section 3.01). En plus de la demande écrite, le patient doit formuler sa demande par oral à son médecin responsable, et la réitérer par oral au

moins 15 jours plus tard (Section 3.06). Aucune prescription ne peut être délivrée moins de 15 jours avant la réitération de la demande par oral, ni moins de 48 heures après la formulation de la demande par écrit (Section 3.08). Tous les éléments légitimant la procédure doivent être inscrits au dossier médical du patient (Section 3.09). Chaque demande doit être rapportée au ministère de la Santé de l'État, et celui-ci doit produire un rapport annuel sur la pratique de l'aide au suicide (Section 3.11). La loi interdit explicitement l'euthanasie (Section 3.14).

La quatrième section précise que le médecin qui agit conformément aux conditions établies jusqu'ici n'est pas sujet à des mesures disciplinaires et ne peut être accusé de négligence. Il est également souligné qu'aucun médecin ne peut être obligé à pratiquer l'aide au suicide s'il ne le veut ou ne le peut pas. Le cas échéant, il peut, sur demande, transférer le dossier médical du patient à un autre médecin (Section 4.01).

En 2019, la loi est modifiée afin de supprimer les périodes d'attente de 15 jours entre les deux demandes orales et de 48 heures après la demande écrite avant la rédaction de l'ordonnance, dans le cas où il a été médicalement confirmé que le pronostic vital du patient éligible est inférieur à 15 jours ou 48 heures (Section 3.08).

Les lois adoptées dans les sept autres États et le district de Columbia s'inspirent toutes de l'ODWDA avant la modification apportée en 2019 et l'abolition des périodes d'attentes en cas de mort imminente du patient. Elles ne sont pas nécessairement structurées de la même manière, mais sur le fond, elles établissent toutes les mêmes définitions (Section 1), les mêmes conditions d'éligibilité d'une personne au suicide assisté (Section 2) et les mêmes garde-fous (Section 3).

Quelques ajouts sont parfois apportés par les États, par exemple :

- Les lois de l'État de Washington (70.245.150)¹⁴⁸, de Californie (443.9)¹⁴⁹, du district de Columbia (Section 6.e)¹⁵⁰, de Hawaï (§14)¹⁵¹, du New Jersey (13.a.1)¹⁵² et du Maine (17.B.1)¹⁵³ obligent le médecin responsable à déclarer la demande auprès du ministère de la Santé local dans les 30 jours qui suivent la rédaction de l'ordonnance.
- Dans le Vermont, le ministère de la Santé est chargé d'établir un rapport d'activité tous les deux ans depuis 2015 (§5293)¹⁵⁴.
- La loi californienne précise que les assurances privées ne peuvent pas à la fois refuser de couvrir un traitement encore disponible et accepter de couvrir l'assistance au suicide (443.13.2c). En outre, cette loi est en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2026, sauf modification du législateur (443.215)¹⁵⁵.

> Quelles questions se posent aujourd'hui ?

Sans mentionner les recours juridiques visant à abroger les lois dans les différents États, quelques interrogations autour du suicide assisté traversent les frontières aux États-Unis :

- **Le contrôle de la pratique.** Puisque les lois sont spécifiques à un État, le suivi de la pratique l'est aussi. Ce sont les ministères de la Santé locaux qui recueillent les données et établissent des rapports de statistiques propres à chaque État. Une ques-

148. *The Washington Death With Dignity Act, op. cit.*

149. *End of Life Option Act, op. cit.*

150. *Death with Dignity Act of 2016, op. cit.*

151. *Our Care Our Choice Act, op. cit.*

152. *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act, op. cit.*

153. *An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act, op. cit.*

154. *An act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life, op. cit.*

155. *End of Life Option Act, op. cit.*

tion récurrente concerne les États qui ne demandent pas spécifiquement si les personnes sont décédées après avoir ingéré un médicament léthal, ces États sont capables de dire combien d'ordonnances ont été délivrées, à qui et dans quelles conditions, mais ils ne peuvent pas précisément affirmer que les personnes à qui l'on a délivré le médicament léthal l'ont effectivement pris ensuite. Cela est par exemple le cas dans le Colorado¹⁵⁶.

• **Les termes utilisés pour parler du suicide assisté.** On aura remarqué qu'aux États-Unis les termes divergent pour désigner le suicide assisté : les lois parlent le plus souvent de *death with dignity* [mort dans la dignité], alors que les termes d'*assisted suicide* [suicide assisté] ou de *physician assisted suicide* [suicide assisté par un médecin] sont utilisés dans la presse et dans le langage commun. Cela peut provoquer des confusions bien qu'ils désignent le même acte en pratique. Cette différence est notamment expliquée par le fait que la population générale a tendance à davantage adhérer à la pratique présentée comme un projet d'une personne qui dit vouloir terminer sa vie dans les conditions qu'il aura choisies plutôt que comme un projet de suicide¹⁵⁷. La terminologie utilisée a donc pu jouer un rôle dans le vote de certains citoyens lors des votes par référendum, par exemple. Le terme *death with dignity* est aussi le nom de l'association militante pour le suicide assisté aux États-Unis¹⁵⁸, qui a notamment participé financièrement aux campagnes en faveur des lois autorisant le suicide assisté¹⁵⁹.

156. (en) K. Simpson, J. Brown, [69 Coloradans got aid-in-dying prescriptions during law's first year, report says](#), *The Denver Post*, 1^{er} février 2018, sur [denverpost.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

157. (en) D. Levine, ['Death with Dignity' or 'Assisted Suicide'?](#), Janvier 2014, sur [governing.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

158. (en) [About Us](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

159. (en) [Financials](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

LA LOI EN BREF

 **Quelle aide active à mourir ?** Le suicide assisté par un médecin est autorisé dans certains États.

 **Où ?** Il n'existe pas de loi fédérale. Les États restent libres de légiférer sur ce sujet. À ce jour, huit États (Oregon, Washington, Vermont, Californie, Colorado, Hawaï, Maine, New Jersey) et le district de Columbia l'ont légalisé, et l'État du Montana le tolère par jurisprudence.

 **Depuis ?** Oregon : 1994 (entrée en vigueur en 1997) ; Washington : 2008 ; Montana : 2009 ; Vermont : 2013 ; Californie : 2015 ; Colorado, district de Columbia : 2016 ; Hawaï : 2018 ; New Jersey, Maine : 2019.

 Les différentes lois successives sont toutes inspirées de l'*Oregon Death With Dignity Act*, et reprennent à quelques détails près les mêmes définitions, les mêmes conditions d'éligibilité d'une personne au suicide assisté et les mêmes garde-fous. L'euthanasie est à chaque fois explicitement interdite.

 **Qui peut en bénéficier ?** Toute personne majeure (18 ans ou plus) capable et consciente au moment de la demande et résidant dans l'État concerné.

 **Dans quelle situation ?** Lorsqu'une personne demandeuse est atteinte d'une maladie incurable et irréversible qui induira la mort dans un délai de six mois.

 **Quel contrôle ?** Le ministère de la Santé de l'État concerné est chargé du contrôle de la pratique.

F. Le Canada

> Historique du débat

Historiquement, au niveau fédéral, l'euthanasie et le suicide assisté étaient interdits par le Code criminel du Canada, la première à l'article 14¹⁶⁰ et le deuxième à l'article 241b¹⁶¹. Le suicide a été décriminalisé en 1972.

L'article interdisant le suicide assisté est contesté une première fois en 1992 auprès de la Cour suprême de Colombie-Britannique par une patiente, Sue Rodriguez, atteinte de sclérose latérale amyotrophique* (SLA). Celle-ci souhaite obtenir le droit d'avoir l'aide d'un médecin pour mettre fin à ses jours au moment de son choix¹⁶² et argue que l'article 241b est en contradiction avec son droit « à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne » stipulé à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et des libertés¹⁶³. Sa requête est rejetée par la Cour suprême et la Cour d'appel de Colombie-Britannique, puis par la Cour suprême du Canada en décembre 1993 à cinq juges contre quatre. Les raisons principales invoquées par les juges majoritaires sont que le respect de la vie est un principe fondamental et consensuel au Canada et qu'autoriser l'aide au

160. « Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement. » Source : Code criminel, [Article 14](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

161. « Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, que le suicide s'ensuive ou non, selon le cas : [...] aide quelqu'un à se donner la mort. » Source : Code criminel, [Article 241b](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

162. T. Marshall, [Suicide assisté au Canada](#), *L'Encyclopédie canadienne*, 14 novembre 2016, sur [thecanadianencyclopedia.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

163. Charte canadienne des droits et des libertés, [Article 7](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

suicide par un médecin pourrait entraîner des abus, notamment vis-à-vis des personnes vulnérables. Les quatre juges avec une opinion dissidente justifient leur position en avançant notamment l'argument que le Code criminel crée une inégalité puisque les personnes capables de se suicider seules ne sont pas pénalisées, alors que les personnes incapables de le faire par elles-mêmes le sont lorsqu'elles demandent de l'aide¹⁶⁴.

L'interdiction d'euthanasie est vivement discutée dans l'opinion et par les législateurs à l'occasion de la médiatisation de l'affaire appelée « Robert Latimer ». Celui-ci est accusé en 1993 d'avoir assassiné sa fille lourdement handicapée par exposition au monoxyde de carbone, au prétexte qu'elle souffrait de manière insupportable de sa maladie et de ses comorbidités*. Lui se défend d'avoir agi par compassion pour sa fille, mais il est condamné à la prison à perpétuité pour meurtre au deuxième degré en 1994, la loi ne reconnaissant pas le meurtre par compassion. Plusieurs procédures d'appel sont menées ; il obtient la liberté conditionnelle totale en 2010¹⁶⁵. Notons ici que même dans le cas où l'euthanasie aurait été légale à ce moment-là, la fille de Robert Latimer n'aurait pu y avoir recours avec ce que l'on sait des circonstances dans lesquelles elle est décédée, à savoir qu'elle n'avait pas donné et n'était pas capable de donner son consentement à l'acte¹⁶⁶.

Le 15 juin 2012, le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté est relancé par une décision du tribunal de Colombie-Britannique qui tranche que l'article 241b (relatif à l'aide au suicide) du Code criminel viole deux articles de la Charte canadienne

164. J. Nicol, M. Tiedemann, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, Bibliothèque du Parlement, p. 5-6, sur lop.parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

165. E. Butts, *Affaire Robert Latimer*, *L'Encyclopédie canadienne*, 9 septembre 2016 sur thecanadianencyclopedia.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

166. *Ibid.*

des droits et des libertés : l'article 7 qui garantit le « droit à la vie, à la liberté et à la sécurité¹⁶⁷ » de chacun, et l'article 15 qui garantit l'égalité des personnes « indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur [...] les déficiences mentales ou physiques¹⁶⁸ ». Cela fait suite à la saisie du tribunal par les familles de Kay Carter, atteinte d'une sténose rachidienne dégénérative, et de Gloria Taylor, atteinte de SLA¹⁶⁹. La juge prend une décision différente de celle rendue dans le cas de Sue Rodriguez en 1993 en prenant le même argument que les juges avec une opinion dissidente de l'époque, à savoir que l'interdiction de l'aide au suicide perpétue un désavantage pour les personnes handicapées physiques¹⁷⁰.

Le 10 octobre 2013, la Cour d'appel de Colombie-Britannique, sur sollicitation du gouvernement local, infirme la décision prise par la juge. Les juges majoritaires affirment que c'est à la Cour suprême du Canada qu'il revient de donner une décision différente de celle rendue dans le cas de Sue Rodriguez, c'est-à-dire de décider qu'il y a violation de l'article 241b du Code criminel dans les cas de Kay Carter et de Gloria Taylor¹⁷¹.

L'affaire arrive devant la Cour suprême du Canada un an plus tard, le 15 octobre 2014. Les discussions à la Cour ont lieu dans un contexte marqué par l'évolution du contexte national et international : depuis 1992 et l'affaire Sue Rodriguez, le Québec a adopté une loi sur les soins de fin de vie (cf. ci-dessous) et les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg et trois États des États-Unis ont adopté des lois autorisant l'euthanasie et/ou le

167. Charte canadienne des droits et des libertés, *Article 7*, *op. cit.*

168. Charte canadienne des droits et des libertés, *Article 15*, sur laws-lois.justice.gc.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

169. T. Marshall, *Suicide assisté au Canada*, *op. cit.*

170. J. Nicol, M. Tiedemann, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, *op. cit.*, p. 7.

171. *Ibid.*

suicide assisté. La Cour suprême du Canada rend sa décision le 6 février 2015, et juge que les articles 241b (relatif à l'aide au suicide) et 14 (relatif à l'euthanasie) portent atteinte au « droit à la vie, à la liberté et à la sécurité » : la prohibition de l'euthanasie et du suicide assisté prive certaines personnes de la vie car elle a « pour effet de forcer certaines personnes à s'enlever prématurément la vie, par crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables¹⁷² » ; la prohibition prive les personnes atteintes de « problèmes de santé graves et irrémédiables » d'une « possibilité de prendre des décisions relatives à leur intégrité corporelle et aux soins médicaux et elle empiète ainsi sur leur liberté »¹⁷³ ; et la prohibition, « en laissant des personnes comme Mme Taylor subir des souffrances intolérables, empiète sur la sécurité de leur personne¹⁷⁴ ». Cette décision est essentiellement basée sur les principes de la protection de l'autonomie* et de la dignité de la personne¹⁷⁵. La demande d'aide médicale à mourir*, qui englobe ici les demandes d'euthanasie et de suicide assisté, est envisagée comme une décision que peut prendre la personne atteinte de problèmes de santé graves et irrémédiables au nom de son autonomie et de sa dignité au même titre que la demande de sédation palliative*, la demande de retrait d'un équipement médical de maintien en vie, ou le refus d'une alimentation et une hydratation artificielles¹⁷⁶.

À la suite de sa décision, appelée « arrêt Carter » ou « arrêt Carter c. Canada », la Cour suprême du Canada accorde un an

172. *Carter c. Canada*, §§ 57-63, citation §57, 6 février 2015, sur scc-csc.lexum.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

173. *Ibid.*, §§ 64-69, citation §66.

174. *Id.*, §66.

175. *Id.*, §64.

176. *Id.*, §66.

au Parlement pour préparer un projet de loi sur l'aide médicale à mourir. Le comité émanant du Parlement pour étudier cette question rend son rapport comportant ses recommandations en février 2016¹⁷⁷. En juin 2016, le Parlement adopte une loi fédérale sur l'aide médicale à mourir sous certaines conditions, qui reprend la plupart de ces recommandations.

> Que dit la loi ?

La **loi canadienne modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)** est adoptée le 17 juin 2016¹⁷⁸. La loi « crée des exemptions à l'égard des infractions d'homicide coupable, d'aide au suicide et d'administration d'une substance délétère, dans le but de permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens* de fournir l'aide médicale à mourir et aux pharmaciens ainsi qu'à d'autres personnes de leur porter assistance à cette occasion », elle précise les critères d'éligibilité et les modalités de contrôle (Sommaire).

Des exemptions sont apportées aux articles 14 et 241b du Code criminel : un article 227 est inséré au Code criminel pour instruire que le médecin, l'infirmier praticien* ou toute personne aidant le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir à une personne conformément à la loi ne participe pas à un homicide ; un alinéa est ajouté à l'article 241b pour exempter de peine le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir, le pharmacien qui délivre une substance sur ordonnance, la personne aidant le patient à s'administrer la substance pres-

177. Parlement du Canada, *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*, février 2016, sur parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

178. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, sur laws-lois.justice.gc.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

crite et toute personne fournissant des renseignements au patient s'ils agissent conformément aux conditions prévues par la loi.

Ces conditions sont précisées à l'article 241.2. Avant cela, l'article 241.1 énonce les définitions des termes utilisés dans la loi et particulièrement celui d'« aide médicale à mourir ». Le législateur l'entend ici comme « selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien : a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort ; b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort » (241.1). En d'autres termes, cette loi dépénalise au niveau fédéral à la fois l'euthanasie et le suicide assisté.

Une personne est éligible à recevoir l'aide médicale à mourir si elle : ❶ a droit à des soins de santé financés par le Canada, ❷ est âgée de 18 ans ou plus et capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé, ❸ est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables, ❹ a fait une demande volontaire d'aide médicale à mourir, et ❺ consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs (241.2 §1).

Le texte précise qu'une personne est atteinte de problèmes de santé graves et irrémédiables si : ❶ elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable, ❷ sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités, ❸ ce dont elle est atteinte ou sa situation médicale lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables, et ❹ sa mort naturelle est devenue raisonnablement

prévisible compte tenu de sa situation, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie (241.2 §2).

Le médecin ou l'infirmier praticien est soumis à des obligations avant de fournir l'aide médicale à mourir. Il doit être d'avis que la personne est éligible à recevoir l'aide médicale à mourir, s'assurer que sa demande a été rédigée par écrit et signée par et en présence de deux témoins indépendants, et s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait révoquer sa demande à tout moment. Il doit s'assurer de l'obtention d'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien indépendant confirmant le respect des critères d'éligibilité, et s'assurer qu'au moins dix jours se sont écoulés entre le jour de la demande écrite et le jour où l'aide médicale à mourir est fournie – ce délai pouvant être écourté si la mort ou la perte de capacité à donner son consentement du patient est jugée comme imminente. Il doit enfin donner la possibilité à la personne de retirer sa demande et s'assurer qu'elle consent expressément à recevoir l'aide médicale à mourir immédiatement avant de la fournir ; et si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires afin qu'elle puisse comprendre les renseignements fournis et faire connaître sa décision (241.2 §3).

Si la personne qui demande l'aide médicale à mourir est dans l'incapacité de signer la demande écrite, un tiers de plus de 18 ans non-héritier peut le faire à sa place, en sa présence et selon ses directives (241.2 §4). Les témoins indépendants ne doivent notamment pas être héritiers de la personne ou membre du personnel hospitalier (241.2 §5). L'indépendance des médecins ou des infirmiers praticiens qui donnent leur avis sur la demande se traduit par le fait de ne pas être héritier de la personne et de ne pas être lié à elle par le travail ou d'une autre façon qui porterait atteinte à son objectivité (241.2 §6).

Aucun médecin ou infirmier praticien n'est obligé à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir (241.2 §9).

Les articles 241.3 et 241.4 énoncent les peines encourues si toutes les conditions ne sont pas respectées.

Le médecin ou l'infirmier praticien qui reçoit une demande écrite d'aide médicale à mourir doit fournir à la personne les renseignements exigés (241.31 §1). Le ministère de la Santé est chargé d'établir les règles sur la fourniture, la collecte et l'utilisation de renseignements relatifs aux demandes ou aux prestations de l'aide médicale à mourir qu'il estime nécessaire pour surveiller la pratique (241.31 §3).

La loi prévoit qu'un examen soit lancé six mois après son adoption sur les questions portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée ; et qu'un rapport soit fourni au Parlement au plus tard deux ans après le début de l'examen (Examen indépendant, 9.1 §1 et §2). La loi prévoit également que les dispositions qu'elle énonce soient soumises à l'examen d'un comité parlementaire cinq ans après son adoption (Examen de la loi, 10 §1).

Jusqu'en 2018 et l'entrée en vigueur du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*, les gouvernements provinciaux communiquaient les données locales sur l'aide médicale à mourir sur la base du volontariat. Le Règlement établi par le ministère de la Santé le 27 juillet 2018 régit la fourniture, la collecte et la publication des renseignements sur l'aide médicale à mourir¹⁷⁹. Il précise qui doit fournir les renseignements, à

179. *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*, sur laws-lois.justice.gc.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

qui, lesquels et sous quelle forme (Articles 3 à 11 et Annexes 1 à 7). Le ministre fédéral de la Santé doit publier un rapport sur ces renseignements au moins une fois par an (Article 13).

> Quelles questions se posent aujourd'hui ?

Plusieurs questions sur les conditions d'éligibilité à l'aide médicale à mourir restent en suspens aujourd'hui au Canada :

• **Les cas des mineurs matures, des demandes anticipées et des demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué.** La loi prévoyait que la question de l'ouverture du droit à l'aide médicale à mourir dans ces trois cas soit examinée six mois après sa mise en vigueur. Le Conseil des académies canadiennes (CAC), sur demande du gouvernement fédéral, a mis en place trois groupes de travail en décembre 2016¹⁸⁰.

- **Les mineurs matures**¹⁸¹⁻¹⁸². Il est entendu par ce terme « tous les mineurs capables de prendre des décisions en matière de soins de santé », et aucun critère d'âge n'est défini. Le premier groupe de travail estime que le manque de données sur ce sujet dans le monde ne permet pas de trancher sur la question à ce stade¹⁸³. Il met néanmoins en avant la nécessité d'établir des garde-fous spécifiques (évaluation de la demande par une équipe pluridisciplinaire ou critère de la fin de vie par exemple) dans le cas éventuel où cette ouverture serait rediscutée¹⁸⁴.

180. M. Tiedemann, *L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada*, Bibliothèque du Parlement, 2019, p. 6, sur lop.parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

181. Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM pour les mineurs matures, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures*, Conseil des académies canadiennes, 2018, sur rapports-cac.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

182. *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Sommaire des rapports*, Conseil des académies canadiennes, 2018, p. 5-17, sur rapports-cac.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

183. *Ibid.*, p. 15-16.

184. *Id.*, p. 14-15.

- **Les demandes anticipées**¹⁸⁵⁻¹⁸⁶. Le deuxième groupe de travail n'est pas arrivé à un consensus sur cette question. Les uns soulignent par exemple que les demandes anticipées d'aide médicale à mourir pourraient procurer du confort aux personnes demandeuses, alors assurées que leur volonté sera respectée le moment venu même si elles ne sont plus en capacité de consentir¹⁸⁷, et les autres d'arguer notamment que cette ouverture crée le risque qu'une personne reçoive l'aide médicale à mourir contre sa volonté si elle ne peut plus consentir au moment de l'acte¹⁸⁸. Le groupe de travail fait également état de divergences sur les garde-fous possibles pour encadrer cette pratique¹⁸⁹, et conclue que le dissensus est trop important et l'état des connaissances trop faible pour trancher de manière définitive sur cette question¹⁹⁰.

- **La maladie mentale comme seul problème médical invoqué**¹⁹¹⁻¹⁹². Le troisième groupe de travail ne présente pas non plus de consensus. Les divergences sont importantes sur les points suivants : le désir de mourir pourrait être un symptôme du trouble mental, ce qui remet en cause leur capacité de dé-

185. Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM sur les demandes anticipées d'AMM, *L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir*, Conseil des académies canadiennes, 2018, sur rapports-cac.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

186. *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*. *Sommaire des rapports*, op. cit., p. 18-29.

187. *Ibid.*, p. 25.

188. *Id.*, p. 26.

189. *Id.*, p. 28.

190. *Id.*, p. 29.

191. Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*, Conseil des académies canadiennes, 2018, sur rapports-cac.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

192. *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué*. *Sommaire des rapports*, op. cit., p. 30-44.

cider¹⁹³ ; les troubles mentaux n'ont pas la même prévisibilité pronostique que les troubles physiques, ce qui remet en cause le critère de maladie « grave et irrémédiable »¹⁹⁴ ; l'ouverture de l'aide médicale à mourir pour ces personnes pourrait remettre en cause les efforts de prévention du suicide dans le pays¹⁹⁵. Le groupe note cependant l'importance de poursuivre le débat sur cette question comme cela est fait à l'international¹⁹⁶.

- **Le projet de loi en cours.** À la suite d'une décision juridique au Québec invalidant le critère de mort « raisonnablement prévisible¹⁹⁷ », un projet de loi proposant des modifications à la loi du 17 juin 2016 est déposé par le gouvernement fédéral du Canada le 24 février 2020¹⁹⁸. Celui-ci s'inspire également des rapports du CAC sur les trois points précédents.

Le projet de loi vise à abroger le critère selon lequel la mort naturelle de la personne doit être « raisonnablement prévisible » pour être éligible à l'aide médicale à mourir, et à préciser les nouvelles obligations du médecin ou de l'infirmier praticien dans cette situation. Elles seraient les mêmes qu'à l'article 241.2 §3, à celles-ci près que le médecin ou l'infirmier praticien consulté pour donner un avis devrait posséder une expertise sur la condition à l'origine des souffrances de la personne dans le cas où le médecin ou infirmier praticien responsable n'en possède pas, et il devrait s'assurer qu'au moins 90 jours se sont écoulés entre celui de la première demande et celui où l'aide médicale

193. *Ibid.*, p. 33.

194. *Id.*, p. 34.

195. *Id.*, p. 34-35.

196. *Id.*, p. 44.

197. C. Touzin, *Deux Québécois lourdement handicapés pourront obtenir l'aide médicale à mourir*, 11 septembre 2019, sur lapresse.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

198. Chambre des communes du Canada, *Projet de loi C-7. Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)*, première lecture le 24 février 2020, sur parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

à mourir est fournie – ce délai pouvant être écourté si la mort ou la perte de capacité à donner son consentement du patient est jugée comme imminente. Il est également précisé que le médecin ou l’infirmier praticien devrait s’assurer que la personne a été informée des moyens existants pour soulager ses souffrances, qu’ils en ont discuté ensemble et que la personne les a sérieusement envisagés (241.2 §3.1).

Que la mort de la personne soit raisonnablement prévisible ou non, ce ne serait plus qu’un seul témoin qui devrait signer avec la personne la demande écrite ; l’aide médicale à mourir pourrait être fournie si la personne a perdu la capacité à consentir à recevoir cette aide au moment de l’acte sous couvert que toutes les autres conditions sont respectées (241.2 §3.2), cela sauf si elle manifeste un refus ou une résistance à ce que la substance soit administrée (241.2 §3.3 et §3.4). Cette invalidation du consentement préalable dans le cas où la personne a perdu sa capacité à consentir au moment de l’acte concernerait aussi bien l’euthanasie que le suicide assisté (241.2 §3.5).

Ce projet de loi vise également à préciser que la maladie mentale n’est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap, ce qui rendrait expressément non admissibles à l’aide médicale à mourir les personnes souffrant de maladie mentale (241.2 §2.1).

Après plusieurs ralentissements, le vote sur ce projet de loi devrait avoir lieu en février 2021¹⁹⁹.

199. L. Martin, *Aide médicale à mourir : Ottawa obtient un troisième délai*, Radio-Canada, 17 décembre 2020, sur ici.radio-canada.ca, [en ligne, dernière consultation le 3 février 2021].

> Le cas particulier du Québec

Dans la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au niveau fédéral, une place prépondérante est laissée aux autorités provinciales qui ont la tâche d'adapter au mieux la loi pour qu'elle réponde aux exigences de leur population. La province du Québec n'a néanmoins pas attendu la loi fédérale pour autoriser l'euthanasie en son sein.

En 2009, le Collège des médecins du Québec a publié une réflexion visant à replacer le débat sur l'euthanasie dans le débat plus général de celui des « soins appropriés en fin de vie »²⁰⁰, les soins étant considérés comme appropriés lorsqu'ils résultent d'un processus décisionnel bien mené²⁰¹ : le médecin propose, le patient accepte, refuse ou propose autre chose, le médecin accepte d'accéder à la demande, refuse ou propose autre chose, et ainsi de suite²⁰². Par cette réflexion, l'idée est de considérer les demandes d'euthanasie comme un soin de fin de vie soumis au même processus décisionnel que les décisions d'arrêt des soins par exemple²⁰³.

Plusieurs rapports commandés par le gouvernement du Québec s'ensuivent, et l'euthanasie, alors considérée comme faisant partie du continuum de soins dans certaines circonstances, est intégrée au projet de loi sur les soins de fin de vie présenté à l'Assemblée nationale du Québec le 12 juin 2013²⁰⁴.

200. Collège des médecins du Québec, *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*, 16 octobre 2009, p. 1, sur cmq.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

201. *Ibid.*, p. 4.

202. *Id.*, p. 6.

203. *Id.*, p. 7.

204. J. Nicol, M. Tiedemann, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, *op. cit.*, p. 9.

La loi concernant les soins de fin de vie²⁰⁵ est adoptée le 5 juin 2014. Elle régit les droits des personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie (Article 1) tels que le droit d'accès aux soins palliatifs (Article 4) et le droit au refus de soin (Article 5). Elle consacre un chapitre aux « exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie » (Chapitre IV) dont font partie la sédation palliative* (Articles 24 et 25) et l'aide médicale à mourir (Articles 26 à 32). La différence majeure avec la loi fédérale qui sera adoptée deux ans plus tard est qu'elle n'autorise que l'euthanasie et non pas le suicide assisté (Article 30).

205. [Loi concernant les soins de fin de vie](https://legisquebec.gouv.qc.ca), legisquebec.gouv.qc.ca, [en ligne, dernière consultation le 3 février 2021].

LA LOI EN BREF

 *Quelle aide active à mourir ?* Sont dépénalisés l'euthanasie entendue comme « 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 » et le suicide assisté entendu comme « le fait pour un médecin ou un infirmier praticien de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort ».

 *Où ?* La loi est fédérale. Une place prépondérante est laissée aux autorités provinciales pour adapter au mieux la loi fédérale pour qu'elle réponde aux exigences de leur population.

 *Depuis ?* Le 17 juin 2016.

 La province du Québec a adopté une loi le 5 juin 2014 autorisant l'euthanasie en son sein. Le suicide assisté reste interdit dans cette province.

 *Qui peut en bénéficier ?* Toute personne majeure (18 ans ou plus) capable et consciente au moment de la demande et résidant au Canada.

 *Dans quelle situation ?* Lorsqu'une personne demandeuse se trouve dans une situation médicale se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de ses capacités et lui causant des souffrances physiques ou psychologiques persistantes intolérables. Sa mort doit être « raisonnablement prévisible », sans pour autant qu'un pronostic vital chiffré ait été établi. La présence de ce critère de la mort « raisonnablement prévisible » dans la loi est actuellement en débat au Parlement.

 *Quel contrôle ?* Depuis 2018, les gouvernements locaux contrôlent la pratique. Le ministère fédéral de la Santé doit publier un rapport au moins une fois par an.

G. L'Australie

> Historique du débat

En Australie, l'euthanasie et le suicide assisté ne se discutent pas au niveau fédéral, mais au niveau des États et Territoires dont elle est composée. Afin de mieux comprendre ce qui suit, notons qu'en Australie, le gouvernement fédéral a le pouvoir d'annuler les lois votées dans les Territoires, mais il n'a pas ce pouvoir sur les lois adoptées dans les États²⁰⁶.

En 1991, le comité chargé de revoir les lois dans l'État d'Australie-Occidentale pointe du doigt un manquement juridique dans les cas où un médecin prescrit des médicaments contre la douleur susceptibles d'accélérer la mort du patient, sans pour autant avoir l'intention de tuer le patient²⁰⁷. Cette remarque entraîne des discussions et éventuellement des modifications législatives dans les différents États et Territoires rencontrant le même problème²⁰⁸.

Alors que l'intention de mort reste passible de réclusion criminelle en général²⁰⁹, le Territoire du Nord se distingue en faisant état d'une volonté d'autoriser légalement les médecins à agir avec l'intention directe d'accélérer la mort du patient²¹⁰. Un projet de loi intitulé *Rights of the Terminally Ill Bill* [loi sur les

206. [États et territoires de l'Australie](#), dernière modification le 25 décembre 2020, sur fr.wikipedia.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

207. (en) Département de la bibliothèque parlementaire, [Euthanasia- the Australian Law in an International Context](#), *Research Paper 4* 1996-97, 20 septembre 1996, sur aph.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

208. *Ibid.*

209. *Id.*

210. (en) A. L. Plattner, [Australia's Northern Territory: The First Jurisdiction to Legislate Voluntary Euthanasia, and the First to Repeal It](#), *DePaul Journal of Health Care Law*, Vol. 1, n° 3, printemps 1997, p. 646. URL : <https://via.library.depaul.edu/jhcl/vol1/iss3/8>

droits des patients atteints d'une maladie en phase terminale] est déposé le 22 février 1995 et vise à autoriser l'euthanasie et le suicide assisté dans le Territoire du Nord. Après 50 amendements, la loi est adoptée le 25 mai 1995 au Parlement du Territoire du Nord pour une entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1996. Cette loi²¹¹ prévoit qu'un médecin peut répondre à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté d'un patient sous certaines conditions (article 7).

Le Territoire du Nord devient dès lors la première juridiction au monde à légiférer sur l'euthanasie et le suicide assisté. La loi est très rapidement sujette à de nombreuses oppositions, à la fois locales et internationales, provenant notamment du corps médical et de dirigeants religieux²¹². Cette opposition massive mène le gouvernement fédéral d'Australie à annuler cette loi sur les droits des patients atteints d'une maladie en phase terminale le 24 mars 1997²¹³, sur les arguments que les lois doivent plutôt refléter le soutien de la vie et favoriser l'amointrissement de la douleur²¹⁴.

L'annulation de la loi du Territoire du Nord par le gouvernement fédéral est très mal reçue par l'opinion publique nationale, en grande majorité favorable à l'euthanasie et au suicide assisté²¹⁵. L'inadéquation entre les souhaits d'une partie de la population et les dirigeants mène à penser que d'autres lois, cette fois-ci dans les États australiens, seraient amenées à être discutées

211. [Rights of the Terminally Ill Act 1995](#), sur [parliament.nt.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

212. A. L. Plattner, *Australia's Northern Territory: The First Jurisdiction to Legislate Voluntary Euthanasia, and the First to Repeal It*, op. cit., p. 650.

213. (en) [Euthanasia Laws Act 1997](#), sur [legislation.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

214. A. L. Plattner, *Australia's Northern Territory: The First Jurisdiction to Legislate Voluntary Euthanasia, and the First to Repeal It*, op. cit., p. 651.

215. *Ibid.*, p. 652.

peu après²¹⁶. Cette situation dure néanmoins, puisque les sondages montrent que la position favorable de la majorité de la population australienne sur la question de l'euthanasie ne baisse pas²¹⁷, mais ce sont près de 60 projets de lois pour autoriser et encadrer la pratique qui sont rejetés par les différents gouvernements jusqu'en 2017²¹⁸.

Dans l'État de Victoria, l'une des deux chambres du Parlement, le Conseil législatif de l'Etat, accepte en mai 2015 que le Comité en charge des problématiques juridiques et sociales [*The Legal and Social Issues Committee*] investigate les besoins en termes de législation pour que les personnes puissent faire des choix en ce qui concerne leur fin de vie²¹⁹. Le Comité rend son rapport en juin 2016, et la dernière de ces 49 recommandations est de légiférer pour autoriser et encadrer l'aide à mourir [*assisted dying*]²²⁰ – les 29 premières concernent le développement des soins palliatifs, et les 19 suivantes la planification en avance des soins [*Advance Care Planning**] en fin de vie. Cette recommandation est faite sur l'argument que la loi existante n'est pas suffisante pour assurer de bonnes conditions de fin de vie pour tous les habitants de l'État et pour leurs proches²²¹, et se base sur des observations dans les pays ayant légiféré ou en train de discuter une éventuelle

216. (en) G. Alcorn, [*Crossing the threshold: how Victoria's assisted dying law finally made history*](#), *The Guardian*, 23 novembre 2017, sur [theguardian.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

217. (en) C. Douglas, [*FactCheck Q&A: do 80% of Australians and up to 70% of Catholics and Anglicans support euthanasia laws?*](#), 1^{er} mai 2017, sur [theconversation.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

218. (en) B. White, L. Willmott, [*Future of assisted dying in Australia*](#), *Australian Health Review*, 2018, Vol. 42, n° 6, p. 617. DOI : [10.1071/AH18199](#).

219. (en) Parlement de Victoria, [*Voluntary Assisted Dying Bill 2017*](#), *Research Note 1*, octobre 2017, sur [parliament.vic.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

220. (en) Parlement de l'État de Victoria, Comité en charge des problématiques juridiques et sociales, [*Inquiry into end of life choices. Final Report*](#), juin 2016, p. XXXIV, sur [parliament.vic.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

221. *Ibid.*, p. 207.

législation²²². Ce rapport commence à détailler les conditions qui devraient être remplies pour qu'une personne puisse demander l'aide à mourir, et précise que dans la pratique, l'aide à mourir équivaut au fait que le médecin prescrit un médicament létal que la personne doit prendre elle-même (ce qui équivaut à un suicide assisté), sauf si la personne ne peut pas prendre le médicament létal du fait d'une affection physique, auquel cas c'est le médecin qui le lui administre (ce qui équivaut à une euthanasie)²²³.

À la suite de ce rapport, un panel ministériel est chargé de fixer le cadre dans lequel pourrait être légalisé ce qui sera désormais appelé dans l'État « l'aide à mourir choisie volontairement » [*voluntary assisted dying**] en imaginant comment cette aide s'organiserait en pratique. Le panel établit 66 garde-fous à partir des législations internationales et pose les bases de la future loi dans son rapport rendu public en juillet 2017²²⁴. L'élaboration anticipée de nombreux garde-fous et du cadre précis relatif à l'aide consentie à mourir dans l'État de Victoria est partie prenante de la stratégie employée par les défenseurs de cette pratique pour assurer son adoption au Parlement, ce qui sera chose faite en novembre 2017²²⁵.

> Que dit la loi ?

La ***Voluntary Assisted Dying Act 2017***²²⁶ [loi sur l'aide à mourir choisie volontairement 2017] adoptée en novembre 2017 entre en vigueur le 19 juin 2019. La période de 18 mois entre le vote et l'entrée en vigueur faisait partie des recommandations

222. *Id.*, p. 211-213.

223. *Id.*, p. 225.

224. *Id.*, p. 181-183.

225. B. White, L. Willmott, *Future of assisted dying in Australia*, *op. cit.*, p. 618.

226. (en) [Voluntary Assisted Dying Act 2017](https://www.legislation.vic.gov.au/Voluntary-Assisted-Dying-Act-2017), sur [content.legislation.vic.gov.au](https://www.legislation.vic.gov.au), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

des deux comités afin d'avoir un temps important dédié à l'information du grand public et des médecins ainsi qu'à la formation de ces derniers.

La loi définit dans un premier temps l'intégralité des termes spécifiques utilisés en son sein (article 3). *Voluntary assisted dying* est entendu comme « l'administration d'une substance d'aide à mourir volontaire et comprend des étapes raisonnablement liées à cette administration ». Un article est réservé à la définition de la capacité à prendre des décisions [*decision-making capacity*] : la personne est notamment considérée comme capable de prendre des décisions si elle peut comprendre l'information relative à l'aide à mourir et les effets de cette pratique, retenir cette information, l'utiliser pour prendre sa décision et si elle peut communiquer sa décision par quelque manière que ce soit (article 4). Il est ensuite stipulé que toute personne qui agit selon cette loi le fait sur la base de dix principes, dont les deux premiers sont que toutes les vies humaines ont la même valeur et que l'autonomie* d'une personne doit être respectée (article 5).

Une personne peut avoir accès à l'aide à mourir une fois ❶ qu'elle a initié la demande, ❷ qu'elle a été considérée comme éligible par son médecin responsable et un autre médecin, ❸ qu'elle a écrit sa demande, ❹ qu'elle a réitéré sa demande une dernière fois avant l'acte, ❺ qu'elle a désigné une personne contact [*contact person*]²²⁷, ❻ que le médecin responsable a certifié la légitimité de la procédure dans un rapport final et ❼ qu'elle fait l'objet d'un permis d'aide à mourir [*voluntary assisted dying permit*] (article 6).

227. *Voluntary Assisted Dying Act 2017*, op. cit., article 39 : « La personne contact doit avoir plus de 18 ans et doit notamment retourner en pharmacie toute substance létale résiduelle sous 15 jours après la mort de la personne, ou si la personne décide finalement de ne pas la prendre. »

L'article 7 précise que tout médecin peut refuser de prendre part à cette pratique, de la communication d'information sur l'aide à mourir (une fois qu'une personne la demande) à sa mise en œuvre, et l'article 8 précise que nul professionnel de santé ne doit initier la discussion sur l'aide à mourir ou suggérer cette pratique à son patient.

Les critères d'éligibilité à l'aide à mourir dans l'État de Victoria sont les suivants : la personne doit ❶ avoir plus de 18 ans, ❷ être citoyen australien et résider dans l'État de Victoria, ❸ être en capacité de prendre des décisions, ❹ être atteinte d'une maladie incurable lui causant des souffrances intolérables et qui causera sa mort dans un délai maximal de six mois, ou de douze mois s'il s'agit d'une pathologie neurodégénérative. La seule maladie mentale ou le seul handicap ne permettent pas d'être éligible à l'aide à mourir (article 9).

Les articles suivants détaillent chaque étape de la procédure à respecter pour affirmer qu'une personne est éligible à recevoir une aide à mourir et sous quelle forme :

- Les articles 11 à 15 précisent le cadre de la première demande [*first request*]. La demande doit émaner de la personne elle-même (article 11), la demande n'engage pas la personne à aller au bout de la procédure (article 12), le médecin doit accepter d'engager la procédure ou refuser la demande dans les sept jours suivant la demande (article 13). S'il accepte, il devient médecin responsable [*co-ordinating medical practitioner*] (article 15).
- Les articles 16 à 22 définissent le cadre du premier examen de la personne demandeuse [*first assessment*]. Pour évaluer la demande, le médecin responsable doit avoir été formé à l'exer-

cice²²⁸ (article 17), il doit référer la personne à un psychiatre s'il n'est pas certain de sa capacité à décider, et il doit référer la personne à un spécialiste de la maladie dont elle est atteinte afin que celui-ci évalue le pronostic vital (article 18). À la suite de cela, si le médecin responsable est convaincu que la personne est éligible à recevoir l'aide à mourir, il doit notamment l'informer de sa situation, des alternatives possibles et des conséquences de l'aide à mourir, informer l'un des membres de la famille de la personne avec son consentement (article 19), et référer la personne à un autre médecin pour une deuxième évaluation de la demande (article 22).

- Les articles 23 à 33 concernent l'examen et l'avis rendu par le deuxième médecin [*consulting assessment*]. Ce médecin doit accepter ou refuser la demande qui lui est faite dans les sept jours (article 23), et s'il accepte, il devient médecin consultant [*consulting medical practitioner*] (article 24). Il doit lui aussi être formé à l'exercice (article 26), et a les mêmes obligations que le premier médecin (articles 27 et 28).

- Les articles 34 à 36 concernent la déclaration écrite qui doit être faite par la personne demandeuse [*written declaration*]. Si les deux médecins estiment la demande recevable selon les critères de la loi, la personne doit formuler sa demande par écrit. Si elle n'en est pas capable physiquement, une autre personne peut le faire pour elle en sa présence (article 34). La déclaration doit être signée en présence du médecin responsable et de deux témoins non héritiers de plus de 18 ans (articles 35 et 36).

228. *Voluntary Assisted Dying Act 2017*, *op. cit.*, article 114 : « Le ministère de la Santé doit approuver la formation des médecins afin qu'ils soient considérés comme compétents pour assumer les fonctions de médecin responsable et consultant et les responsabilités que cela induit, pour affirmer ou non qu'une personne remplit les critères d'éligibilité et pour identifier ou repérer les risques d'abus ou coercition. »

- Les articles 37 à 44 précisent le cadre de la demande finalisée [*final request*] et de l'avis finalisé rendu par le médecin responsable [*final review*]. La demande finalisée doit être faite par la personne après qu'elle l'a rédigée (article 37), et au moins neuf jours après la première et au moins un jour après l'évaluation du médecin consultant – le délai de neuf jours ne s'appliquant pas si le médecin responsable estime que la personne est susceptible de mourir avant (article 38). La personne doit désigner une personne contact (articles 39 et 40). Le médecin responsable doit récapituler toutes les étapes de la demande dans un formulaire et le transmettre à la Commission de contrôle dans les sept jours après l'avoir rempli (article 41), et il peut ensuite demander un permis d'aide à mourir pour la personne (article 43).

- Les deux permis d'aide à mourir existants sont ensuite définis (articles 45 et 46), ainsi que les conditions dans lesquelles ils peuvent être demandés (articles 47 à 56). Un permis d'auto-administration [*self-administration permit*] autorise le médecin à prescrire une substance létale, la personne à l'obtenir et à l'ingérer elle-même, et la personne contact à ramener en pharmacie toute substance résiduelle dans les 15 jours suivant la mort de la personne ou si la personne ne peut plus l'ingérer elle-même ou qu'elle ne souhaite plus le faire (article 45). Un permis d'administration par un médecin [*practitioner administration permit*] autorise un médecin à administrer une substance létale à la personne demandeuse en présence d'un témoin si elle ne peut pas l'ingérer elle-même (article 46). Le médecin responsable ne peut demander un permis d'administration par un médecin que si la personne est incapable physiquement de s'auto-administrer ou ingérer la substance létale (article 48). Ces permis sont délivrés par le ministère de la Santé de l'État, qui doit notifier la Commission de contrôle de ses décisions dans les sept jours après évaluation *a priori* de la demande (article 49).

- Sont ensuite détaillées les informations qui doivent être données à la personne par le médecin au moment où il prescrit la substance létale (article 57) et par le pharmacien au moment où il la délivre, ainsi que les autres obligations du pharmacien (articles 58 à 63), et les conditions pratiques du cas particulier où le médecin administre lui-même la substance au patient (articles 64 à 66).
- Les articles 75 à 91 concernent les recours potentiels et la protection des personnels participant à l'aide à mourir s'ils agissent conformément à la loi.

Le contrôle de la pratique par la Commission de contrôle de l'aide à mourir [*Voluntary Assisted Dying Review Board*] fait l'objet des articles 92 à 112. La Commission est notamment chargée de s'assurer du bon respect de la loi, de faire le lien entre les médecins responsables et le ministère de la Santé, et de rédiger un rapport d'activité de la pratique tous les ans (Article 93). Deux rapports d'activité doivent être rédigés la première année de l'entrée en vigueur de la loi (article 110).

Il est prévu que la loi soit révisée à cinq ans de son entrée en vigueur (article 116).

> Quelles questions se posent aujourd'hui ?

Les questions concernant l'euthanasie et le suicide assisté en Australie aujourd'hui sont principalement relatives à l'évolution potentielle des lois dans les autres États et Territoires qui composent le pays :

- **Dans les autres États.** Certains voient en la loi de l'État de Victoria une expérimentation australienne avant la généralisation de l'autorisation de l'aide à mourir dans les autres États du pays. L'entrée en vigueur de la loi et les premières données rapportées

par la Commission de contrôle²²⁹ ainsi que l'évolution du contexte international, la multiplication des études en sciences humaines et sociales sur le sujet et l'importance des volontés populaires et parlementaires de légiférer sur le sujet sont des arguments évoqués pour justifier la probabilité que de nouvelles lois soient discutées prochainement dans les États australiens²³⁰. Une loi entrera d'ailleurs en Australie-Occidentale en 2021²³¹, bien que repoussée de quelques mois du fait de la crise sanitaire liée à la Covid 19²³².

- **Dans les Territoires.** L'*Euthanasia Laws Act 1997* [Loi sur les lois sur l'euthanasie] interdit depuis 1997 aux Territoires australiens de légiférer sur l'aide à mourir²³³. L'annulation de cette loi a été discutée à plusieurs reprises, dont la dernière fois en 2018²³⁴, mais cela n'a jamais abouti. Les défenseurs de la pratique invoquent l'argument d'une inégalité entre les États et les Territoires sur cette question, et continuent aujourd'hui à tenter d'abroger cette loi²³⁵.

- **Dans l'État de Victoria,** la qualité de détail de la loi a pu être source de controverses, certains pouvant reprocher au législateur d'avoir été très conservateur dans l'autorisation de l'aide à

229. (en) [Reports and publications](#), sur [bettersafecare.vic.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

230. B. White, L. Willmott, *Future of assisted dying in Australia*, op. cit., p. 617-618.

231. (en) [Voluntary Assisted Dying Act 2019](#), sur [legislation.wa.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

232. (en) M. Cunningham, ['It's robbed me of that comfort': Euthanasia plans upended by COVID-19](#), *The Sydney Morning Herald*, 29 mai 2020, sur [smh.com.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

233. *Euthanasia Laws Act 1997*, op. cit.

234. (en) K. Murphy, [New push to overturn Australia's Howard-era euthanasia laws](#), *The Guardian*, 24 juillet 2018, sur [theguardian.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

235. (en) M. Inman, [ACT Government considers path to euthanasia laws, setting the stage for territory rights battle](#), sur [abc.net.au](#), 9 novembre 2020, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

mourir dans cet État²³⁶. L'un des critères débattus dans l'opinion est par exemple celui selon lequel il revient à la personne d'effectuer la première demande d'aide à mourir. Un groupe de bioéthiciens souligne par exemple que l'interdiction à laquelle sont soumis les médecins de ne pas pouvoir amorcer la discussion sur la possibilité de l'aide à mourir est un obstacle à la relation soignant-soigné et à la bonne communication entre les deux parties²³⁷. Le principal argument avancé par ceux défendant la position contraire est de dire qu'il est nécessaire de protéger le patient d'une éventuelle pression du corps médical envers les personnes vulnérables, celles-ci pouvant se sentir obligées de recourir à l'aide à mourir si le médecin la propose comme une alternative²³⁸. Notons que la loi adoptée en Australie-Occidentale ne fait pas mention de cette clause particulière, laissant ainsi le choix au médecin d'initier la conversation sur ce sujet s'il l'estime pertinente.

236. B. White, L. Willmott, *Future of assisted dying in Australia*, op. cit., p. 618.

237. (en) M. Cunningham, [Law restricting doctors from initiating euthanasia talk is 'gag clause', academics say](#), *The Age*, 20 janvier 2020, sur [theage.com.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

238. (en) The Age's View, [Now is not the time to alter Victoria's assisted dying laws](#), *The Age*, 21 janvier 2020, sur [theage.com.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

LA LOI DANS L'ÉTAT DE VICTORIA EN BREF

 *Quelle aide active à mourir ?* Sont légalisés le suicide assisté par un médecin, et l'euthanasie seulement si la personne est incapable physiquement de s'administrer ou d'ingérer la substance elle-même.

 *Où ?* Il n'existe pas de loi fédérale. À ce jour, seul l'État de Victoria est doté d'une loi en vigueur sur le sujet.

 *Depuis ?* Novembre 2017 (entrée en vigueur le 19 juin 2019).

 *Qui peut en bénéficier ?* Toute personne majeure (18 ans ou plus), citoyenne australienne et qui réside dans l'Etat de Victoria, en capacité de prendre des décisions. La personne doit obligatoirement initier la demande.

 *Dans quelle situation ?* Lorsqu'une personne demandeuse est atteinte d'une maladie incurable lui causant des souffrances intolérables et qui causera sa mort dans un délai maximal de six mois, ou de douze mois s'il s'agit d'une pathologie neurodégénérative.

 *Quel contrôle ?* Un contrôle des demandes est effectué *a priori* et *a posteriori*. La Commission de contrôle de l'aide à mourir rédige un rapport tous les ans.

III. Les législations votées, en voie de finalisation

A. La Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, des projets de loi portant sur l'euthanasie et le suicide assisté sont discutés et rejetés par deux fois au Parlement, la première fois en 1995, puis en 2003, avant l'introduction du projet de loi sur le choix en fin de vie [*End of Life Choice Bill*] le 8 juin 2017²³⁹ survenant notamment après la médiatisation du cas de Lecretia Seales en 2015²⁴⁰. Il revient alors au Comité de la Justice [*Justice Committee*] d'examiner le projet de loi et de proposer des amendements. Celui-ci rend son rapport en avril 2019²⁴¹, et précise que ses membres ne sont pas parvenus à un accord pour affirmer que la loi devrait être adoptée, insistant pour que les parlementaires se prononcent. Ceux-ci votent à 69 voix contre 51 en faveur de la loi²⁴² le 16 novembre 2019. L'une des conditions pour assurer le passage de la loi a été l'ajout d'une clause imposant la tenue d'un référendum pour recueillir l'opinion publique sur ce sujet²⁴³ : si celui-ci se montre favorable à la loi, elle entrera en vigueur douze mois plus tard²⁴⁴.

Avant la campagne pour le référendum, l'opinion publique exprimait majoritairement, à travers plusieurs sondages, une volonté d'octroyer aux médecins la possibilité de pouvoir aider à mourir les patients malades en phase terminale si ceux-ci le

239. (en) [Assisted dying in New Zealand and 2019 developments](#), *Parliamentary Library Research and Information research paper*, décembre 2019, p. 2, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

240. (en) M. Vickers, *Lecretia's Choice: A Story of Love, Death and the Law*, The Text Publishing Company, 29 août 2016. ISBN : 978-1925355598.

241. (en) Comité de la Justice, [End of Life Choice Bill](#), avril 2019, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

242. (en) [End of Life Choice Bill](#), sur [legislation.govt.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

243. *Assisted dying in New Zealand and 2019 developments*, op. cit., p. 3.

244. *End of Life Choice Bill*, op. cit., article 2.

demandent²⁴⁵. L'opinion des professionnels de santé se montrait plus partagée à travers des sondages identiques²⁴⁶ ou des prises de position de groupes de professionnels : l'Association des médecins de Nouvelle-Zélande [*New Zealand Medical Association*], indiquait être hostile à ces pratiques alors que l'Organisation des infirmiers de Nouvelle-Zélande [*New Zealand Nurses Organisation*], se disait favorable à laisser le choix aux individus de pouvoir demander l'euthanasie ou le suicide assisté²⁴⁷.

Les Néozélandais se prononcent finalement majoritairement en faveur de la loi à 65 % lors du referendum organisé le 17 octobre 2020²⁴⁸ : la loi entrera en vigueur en novembre 2021. Celle-ci²⁴⁹ stipule entre autres qu'une personne sera considérée comme éligible à avoir accès à l'euthanasie ou au suicide assisté si elle a plus de 18 ans, qu'elle est citoyenne du pays, qu'elle est considérée comme capable de prendre des décisions, et qu'elle est atteinte d'une maladie qui entraînera sa mort dans un délai de six mois et qui lui cause des souffrances intolérables (article 4). Comme dans l'État de Victoria en Australie, les médecins auront l'interdiction d'initier la demande ou toute discussion sur l'euthanasie ou le suicide assisté avec leurs patients (article 7).

245. *Assisted dying in New Zealand and 2019 developments*, op. cit., p. 8-11.

246. *ibid.*, p. 5-7.

247. *Id.*, p. 8.

248. (en) E. Ainge-Roy, [New Zealand votes to legalise euthanasia in referendum](#), *The Guardian*, 30 octobre 2020, sur [theguardian.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

249. *End of Life Choice Bill*, op. cit.

B. L'Espagne

En Espagne, le Code pénal de 1995 prévoit une peine allégée (6 mois à 2 ans de prison avec sursis) pour une personne aidant une autre à se suicider, si la première agit à la demande expresse et sans équivoque de la deuxième, et si celle-ci est atteinte « d'une maladie grave qui entraînerait nécessairement sa mort, ou qui produit des souffrances graves et permanentes difficiles à supporter²⁵⁰ ». Cet allègement de peine pour le suicide assisté n'empêche pas les cas particuliers de défrayer la chronique et de relancer le débat, à l'image du cas de Ramon Sampredo, tétraplégique depuis l'âge de 26 ans à la suite d'un accident, qui, après plusieurs années passées devant les tribunaux pour obtenir une aide à mourir sans succès, se suicide avec l'aide de l'un de ses amis en 1998 à 55 ans²⁵¹.

Concernant l'euthanasie, le Parti Socialiste Ouvrier Espagnol (PSOE) au pouvoir depuis juin 2018 échoue à deux reprises cette année-là à faire entrer une proposition de loi au Parlement²⁵². Le sujet devient un thème majeur de campagne du PSOE en vue d'élections générales prévues le 28 avril 2019 lors de la médiatisation du cas de Maria José Carrasco au début du même mois²⁵³. Celle-ci a alors 62 ans et est atteinte d'une sclérose en plaques* (SEP) depuis 30 ans ; elle avait déjà demandé publiquement une euthanasie en octobre de l'année précédente. En l'absence de

250. Traduction translate.google.fr. Source : (es) Code pénal, [Article 143](#), sur noticias.juridicas.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

251. J.-H. Armengaud, [Espagne : un « suicide assisté » relance le débat sur l'euthanasie. Sampredo, tétraplégique, s'est empoisonné au cyanure.](#), *Libération*, 22 janvier 1998, sur liberation.fr, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

252. T. Fillon, [Espagne : la loi sur l'euthanasie, étendard du nouveau gouvernement de Pedro Sanchez](#), *France 24*, 13 février 2020, sur france24.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

253. S. Morel, [En Espagne, la légalisation de l'euthanasie est devenue un thème de campagne](#), *Le Monde*, 8 avril 2019, sur lemonde.fr, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

réponse, c'est son mari qui l'aidera finalement à se suicider le 4 avril 2019. L'acte est filmé et diffusé par son mari, et il sera placé en garde à vue pour possible homicide le jour même. Pedro Sanchez, président du gouvernement espagnol issu du PSOE fait alors une promesse électorale : si PSOE sort majoritaire du scrutin, le droit à l'euthanasie sera reconnu²⁵⁴. Il faut attendre le 7 janvier 2020 pour que Pedro Sanchez soit réinvesti à la tête du gouvernement²⁵⁵. Un mois plus tard, la première proposition de loi présentée au parlement est celle portant sur le droit à l'euthanasie, et le parlement donne son accord pour commencer à examiner le texte le 11 février 2020²⁵⁶.

L'opinion publique se montre en grande majorité favorable à l'adoption de la loi à travers des sondages ; l'opinion professionnelle est davantage divisée. Les débats parlementaires opposent la gauche aux partis plus conservateurs qui rappellent notamment la position défavorable à cette loi de l'Église catholique. La loi appelée « de régulation de l'euthanasie » est adoptée le 17 décembre 2020 par l'une des deux chambres du parlement. Le vote du Sénat est prévu en février 2021²⁵⁷.

La loi prévoit que toute personne majeure, en capacité de prendre des décisions et atteinte d'une maladie grave, chronique et invalidante ou d'une maladie grave et incurable lui causant des souffrances physiques ou psychiques intolérables puisse demander d'avoir accès à l'euthanasie. Au moins deux

254. *Ibid.*

255. France 24, [Pedro Sanchez reconduit au pouvoir en Espagne à la tête d'une coalition de gauche](#), France 24, 7 janvier 2020, sur [france24.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

256. T. Fillon, *Espagne : la loi sur l'euthanasie, étendard du nouveau gouvernement de Pedro Sanchez*, *op. cit.*

257. S. Morel, [En Espagne, le Parlement approuve le droit à l'euthanasie](#), *Le Monde*, 18 décembre 2020, sur [lemonde.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

demandes doivent être formulées à un intervalle d'au moins 15 jours. Si la personne n'est pas en capacité de décider au moment de la demande, celle-ci peut être formulée par une tierce personne et accompagnée de documents attestant de la volonté préalable de la personne, telles des directives anticipées*. Une commission indépendante doit formuler un avis avant que l'acte ne soit pratiqué, et également contrôler le respect des conditions *a posteriori*²⁵⁸⁻²⁵⁹.

258. (es) [*El Congreso aprueba la proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia: contenido y novedades*](#), 21 décembre 2020, sur [noticias.juridicas.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

259. (es) [*Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*](#), sur [congreso.es](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

C. Le Portugal

Le Portugal discute depuis plusieurs années la possibilité de faire avancer sa législation en matière d'euthanasie et de suicide assisté, mais le débat est vif entre d'un côté la gauche devenue majoritaire à l'Assemblée en 2015 et défendant un droit à l'euthanasie, et de l'autre côté les représentants de l'Eglise catholique, très présente dans la société portugaise et qui s'oppose fortement aux propositions de loi.

En mai 2018, quatre projets de loi en faveur de l'euthanasie ont été rejetés par le parlement portugais avec seulement 5 voix d'écart, notamment du fait d'une forte mobilisation contre le texte débattu²⁶⁰, menée entre autres par un groupe de travail interreligieux appelé « Religion-Santé » rassemblant des personnes issues des neuf religions principales du pays²⁶¹. Les organisations représentatives de médecins et d'infirmiers et le Conseil national de l'éthique pour les sciences de la vie se positionnent également contre toute modification législative²⁶².

Aujourd'hui, l'opposition populaire est moins vive et les partis issus de la gauche, forts de leur majorité renforcée aux élections législatives d'octobre 2019, réintroduisent cinq projets de loi sur l'euthanasie en 2020²⁶³. Malgré une très forte mobilisation de l'Église et d'une partie du corps médical, ces cinq projets sont adoptés en première lecture le 20 février 2020 par plus de 40 suffrages d'avance, et doivent maintenant être réunis en un

260. [Le Parlement portugais a dit non à l'euthanasie](#), Euronews, 1^{er} juin 2018, sur [fr.euronews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

261. M. Tresca, [Au Portugal, les religions font barrage contre la dépénalisation de l'euthanasie](#), La Croix, 17 février 2020, sur [la-croix.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

262. [Le Portugal avance vers la légalisation de l'euthanasie](#), L'Obs, 20 février 2020, sur [nouvelobs.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

263. [Le Portugal se prépare à légaliser l'euthanasie](#), Sud-Ouest, 20 février 2020, sur [sudouest.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

seul, faire l'épreuve des amendements éventuels et être soumis à l'approbation du président de la République²⁶⁴.

Outre les événements liés à la crise sanitaire de la Covid-19 qui ont contribué à rallonger le calendrier, la hiérarchie catholique s'est organisée pour défendre devant le Parlement la tenue d'un référendum d'initiative populaire sur la question de l'euthanasie, imaginant que l'éventuelle division de l'opinion publique soulignée dans des sondages puisse empêcher le Parlement de légiférer sur le sujet²⁶⁵. Le Parlement rejette cependant le projet de référendum en octobre 2020. Le 29 janvier 2021, le texte de loi « qui régle l'accès à la mort médicalement assistée »²⁶⁶ réunissant les cinq projets adoptés un an plus tôt est approuvé par les députés à 136 voix contre 78²⁶⁷. Le texte autorise l'euthanasie pour les personnes capables de discernement* (excluant les maladies mentales et les mineurs) atteintes de maladies incurables et faisant état de souffrances prolongées et insupportables, et qui initient la demande²⁶⁸.

Le dernier obstacle qui pourrait se dresser contre l'entrée en vigueur de la loi si celle-ci est approuvée par le Parlement sous sa nouvelle forme serait le veto du Président de la République pouvant entraîner un nouveau vote au Parlement ou son renvoi vers la Cour constitutionnelle. Celui-ci, connu pour n'être pas aussi libéral que le parti majoritaire, n'a pas souhaité faire connaître sa position avant sa réélection le 24 janvier 2021²⁶⁹.

264. F. Musseau, [Au Portugal, le droit à l'euthanasie en bonne voie d'approbation](#), *Libération*, 21 février 2020, sur [liberation.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

265. *Le Portugal avance vers la légalisation de l'euthanasie*, *L'Obs*, *op. cit.*.

266. (pt) [Projecto de Lei n° 67/XIV/1a](#), sur [app.parlamento.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 3 mars 2021].

267. S. Morel, [Au Portugal, le Parlement légalise l'euthanasie](#), *Le Monde*, 29 janvier 2021, sur [lemonde.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

268. *Ibid.*.

269. C. Thibaud, [Le Portugal approuve la dépénalisation de l'euthanasie](#), *Les Echos*, 20 février 2020, sur [lesechos.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

IV. Les décisions de justice

A. La Colombie

En Colombie, le Code pénal distingue l'« homicide » [*homicidio*] du « meurtre par compassion » [*homicidio por piedad*], et attribue une peine moins lourde au deuxième qu'au premier. Le « meurtre par compassion » est communément associé à l'euthanasie dans le pays car la définition qui en est donnée est celle-ci : « celui qui en tue un autre par pitié, pour mettre fin à la souffrance intense causée par des lésions corporelles ou une maladie grave et incurable²⁷⁰ ». En 1997, un citoyen colombien saisit la Cour constitutionnelle du pays pour défendre la position selon laquelle l'inégalité des peines encourues pour un homicide et une euthanasie est discriminatoire et donc inconstitutionnelle, car elle laisse à penser que l'État ne fait pas le nécessaire pour protéger le droit à la vie de tous ses ressortissants sans exception. Contre toute attente, la Colombie étant connue pour être un pays plutôt conservateur avec un ancrage catholique important²⁷¹, la Cour constitutionnelle du pays rejette la demande, et va même jusqu'à juger qu'une euthanasie ne peut être considérée comme illégale si le patient donne volontairement son consentement éclairé et que l'acte est pratiqué par un médecin²⁷². La Cour argumente que le droit à la vie ne peut se réduire à l'existence seule de l'individu, mais qu'il suppose une vie dans des conditions estimées comme dignes d'être vécues ; à ce titre, il n'existe pas de devoir de vivre, et un individu a le droit de demander à mourir s'il se trouve dans une

270. Traduction translate.google.fr. Source : (es) Code Pénal, [Article 106](#), sur biblioteca.ce-jamerica.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

271. (en) M. Ceasar, [Euthanasia in legal limbo in Colombia](#), *The Lancet*, 26 janvier 2008, Vol. 371, n° 9609, p. 290-291. DOI : [10.1016/S0140-6736\(08\)60150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60150-6)

272. (en) E. Palomino, How to die in Colombia; A Constitutional Dilemma, *Asia Pacific Journal of Health Law & Ethics*, mars 2017, Vol. 10, n°2, p. 56-57, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

situation où il estime que sa vie ne vaut plus d'être vécue²⁷³. La Cour conclut ainsi que le devoir de l'État de protéger le droit à la vie de ses ressortissants dans ce cas-là revient à s'assurer de respecter son consentement éclairé et son souhait de mourir dans la dignité, puisque le forcer à vivre en prolongeant sa souffrance équivaldrait à nier sa dignité et son autonomie*. En outre, lorsque le patient est en phase terminale, répondre à sa demande équivaut à réaliser un acte de solidarité. La Cour souligne que seul un médecin peut pratiquer une euthanasie et être déchargé des peines encourues pour un homicide, puisque lui seul peut donner les informations nécessaires au patient pour qu'il puisse donner un consentement éclairé, que lui seul peut évaluer son pronostic vital et les traitements possibles et que lui seul peut procurer les conditions pour une mort dans la dignité²⁷⁴.

La Cour demande aux législateurs, dans le cadre de cette décision, d'établir un cadre dans lequel l'euthanasie peut être autorisée. En 2006, un projet de loi est déposé par la tête de file de l'Association pour la Dignité dans la Mort [*Association for Dignity in Death*] locale mais il n'aboutit pas²⁷⁵. Les arguments de ceux s'opposant à l'euthanasie sont nombreux : outre les arguments religieux, les professionnels de soins palliatifs défendent l'idée que le développement de leur spécialité suffit pour répondre aux demandes des patients en fin de vie, et d'autres encore soulignent la dangerosité potentielle de promouvoir la légalisation de l'euthanasie dans un pays en voie de développement, puisqu'elle pourrait être perçue comme une solution pour réduire

273. (en) Corte Constitucional, [Decision C-239/97](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

274. *Id.*

275. M. Ceasar, *Euthanasia in legal limbo in Colombia*, *op. cit.*

les dépenses du système de santé et entraîner une pression sur les médecins à la proposer ou sur les patients en fin de vie à la demander²⁷⁶.

Le débat est relancé en 2014 à la suite de la médiatisation du cas d'une patiente atteinte d'un cancer du côlon en phase terminale qui demande une euthanasie, mais qui ne parvient pas à trouver un médecin d'accord pour la mettre en œuvre. La Cour constitutionnelle est à nouveau saisie, et bien que la patiente soit décédée avant qu'elle ne rende sa décision, la Cour réitère ses arguments exposés en 1997. Elle stipule également que tout médecin peut refuser de pratiquer une euthanasie pour raisons religieuses, mais elle exige qu'il se trouve dans chaque structure de santé un médecin prêt à évaluer et à répondre à ce type de demande²⁷⁷. Elle presse une nouvelle fois le législateur de fournir un cadre à l'euthanasie dans le pays et charge le ministère de la Santé et de la Protection Sociale de rédiger un protocole régulant la pratique de l'euthanasie²⁷⁸.

Le *Protocole d'application de la procédure d'euthanasie en Colombie* [*Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia*]²⁷⁹ du ministère de la Santé est publié en 2015, et établit notamment que lorsqu'un adulte atteint d'une maladie en phase terminale demande l'euthanasie, son médecin responsable peut y répondre s'il constate que le pronostic vital du patient est engagé à court terme (défini comme inférieur à six mois), que celui-ci fait état de souffrances intolérables,

276. *Id.*

277. (en) Corte Constitucional, [Decisión T-970/2014](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

278. E. Palomino, *How to die in Colombia*; A Constitutional Dilemma, *op. cit.*, p. 59-60.

279. (es) Ministerio de Salud y Protección Social, [Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia](#), 2015, sur [minsalud.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique satisfaisante et que la demande est explicite et persistante²⁸⁰. En 2017, la Cour a statué sur la possibilité pour les mineurs de plus de six ans de demander l'euthanasie, avec les mêmes conditions d'éligibilité que les adultes²⁸¹, à la différence près que la demande devrait être évaluée par un pédiatre, un psychiatre et un avocat²⁸². La demande d'un mineur de plus de 14 ans ne nécessite pas d'accord parental²⁸³. Le ministère de la Santé, sur demande de la Cour, publie un protocole spécifique aux demandes des mineurs en 2018²⁸⁴.

Ni ce protocole ni les décisions de la Cour constitutionnelle ne sont accompagnés à ce jour d'une législation émanant des parlementaires, ce qui complique l'accès à l'euthanasie aux patients qui la demandent²⁸⁵. Ceux-ci, à l'image du premier patient y ayant eu accès dans le pays et qui fit la une des journaux, peuvent faire appel à la Cour constitutionnelle pour faire valoir leur droit, notamment dans le cas où un médecin s'oppose à leur demande alors que les conditions stipulées dans le protocole sont réunies²⁸⁶. La position de la Cour est encore aujourd'hui contestée par les opposants à la pratique, et l'article du Code pénal faisant référence au « meurtre par compassion » n'a pas été modifié²⁸⁷.

280. (en) J. M. Mendoza-Villa, L. A. Herrera-Morales, *Reflections on euthanasia in Colombia*, *Colombian Journal of Anesthesiology*, Octobre-Décembre 2016, Vol. 44, n° 4, p. 324-329, p. 327. DOI : [10.1016/j.rcae.2016.06.007](https://doi.org/10.1016/j.rcae.2016.06.007).

281. (en) Corte Constitucional, *Decision T-544/2017*, sur corteconstitucional.gov.co, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

282. (en) M. A. Triviño, *Colombia has regulated euthanasia for children and adolescents*, *Latin American Post*, 13 mars 2018, sur latinamericanpost.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

283. (en) L. L. López Benavides, *The right to die with dignity in Colombia*, *Forensic Research & Criminology International Journal*, 2018, Vol. 6, n° 6, p. 428. DOI : [10.15406/frcij.2018.06.00239](https://doi.org/10.15406/frcij.2018.06.00239)

284. (es) Ministerio de Salud y Protección Social, *Resolución 825*, 2018, sur minsalud.gov.co, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

285. L. L. López Benavides, *The right to die with dignity in Colombia*, *op. cit.*

286. E. Palomino, *How to die in Colombia; A Constitutional Dilemma*, *op. cit.*, p. 63.

287. *Ibid.*

B. L'Afrique du Sud

En Afrique du Sud, l'euthanasie et le suicide assisté sont considérés comme des meurtres, donc punis par la loi. En 2015, Robin Stransham-Ford, atteint d'un cancer en phase terminale lui causant des souffrances intolérables qu'aucun traitement, y compris palliatif, ne parvient à apaiser, saisit la Haute Cour de la province du Gauteng du Nord [*North Gauteng High Court*] pour obtenir la possibilité d'avoir recours à l'aide d'un médecin pour mourir. Bien que le patient meure environ deux heures avant que la décision ne soit rendue le 29 avril 2015, la Cour juge en sa faveur, en estimant que dans ce cas particulier, il a le droit d'obtenir une euthanasie ou un suicide assisté²⁸⁸. Cette décision ouvre la possibilité pour d'autres, dans des situations similaires, de demander la même chose – toute décision concernant l'euthanasie ou le suicide assisté devant être prise au cas par cas tant qu'il n'existe pas de cadre légal qui préciserait leurs conditions d'application.

Le ministère de la Justice fait appel de cette décision en 2016, et la Cour Suprême d'appel [*Supreme Court of Appeal*] lui donne raison le 6 décembre 2016 et annule la décision de la Haute Cour du Gauteng sur trois arguments principaux : puisque R. Stransham-Ford est décédé avant que la décision ne soit rendue, sa demande ne tenait plus ; il n'y a pas eu d'examen suffisant des législations locales et internationales au regard de la Constitution ; la décision était basée sur des faits incomplets, voire erronés²⁸⁹. Le juge a rendu une décision sur un cas parti-

288. (en) M. L. J. Koenane, *Euthanasia in South Africa: Philosophical and theological considerations*, *Verbum et Ecclesia*, vol n° 38, n° 1, 2017, p. 2. DOI : [10.4102/ve.v38i1.1549](https://doi.org/10.4102/ve.v38i1.1549).

289. (en) D. J. McQuoid-Mason, *Assisted suicide and assisted voluntary euthanasia: Stransham-Ford High Court case overruled by the Appeal Court – but the door is left open*, *South African Medical Journal*, mai 2017, Vol. 107, n° 5. DOI : [10.7196/SAMJ.2017.v107i5.12450](https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i5.12450).

culier *a posteriori* qui a de trop grandes implications sociétales dans un pays qui n'a pas de cadre légal sur l'euthanasie et le suicide assisté, et il revient plutôt au Parlement de se prononcer sur ces questions²⁹⁰, ce qu'il n'a pas fait à ce jour.

290. (en) [Minister of Justice and Correctional Services v. Estate Stransham-Ford](#), 6 décembre 2016, sur [saflii.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

C. L'Italie

En Italie, l'article 580 du Code pénal punit quiconque provoque, incite ou facilite de quelque manière que ce soit le suicide d'autrui²⁹¹. Cependant, le questionnement autour du suicide assisté prend de l'ampleur avec le cas de Fabiano Antoniani, qui, en 2014, devient tétraplégique et aveugle des suites d'un grave accident de la route. Il ne peut plus respirer, s'alimenter ou s'hydrater par lui-même ; mais il reste capable de communiquer et de prendre des décisions, l'accident n'ayant pas altéré ses capacités cognitives. Après avoir essayé sans résultat tous les traitements, même les plus expérimentaux, pour atténuer sa douleur, il finit par juger que ce qui lui reste à vivre ne vaut plus d'être vécu et demande à mourir malgré les réticences de ses proches. Il entre en contact avec une association ayant milité pour l'euthanasie dans le pays et l'un de ses membres qui se trouve être affilié au Parti radical italien, Marco Cappato. Celui-ci lui explique qu'il peut demander l'arrêt de ses traitements et une sédation qui l'endormira jusqu'à la mort (ce qu'il refuse en disant souhaiter que sa mort soit immédiate) ou qu'il a la possibilité de se rendre en Suisse pour demander un suicide assisté. Il choisit cette deuxième option. Le politicien emmène lui-même le patient, accompagné de ses proches, en Suisse, et il meurt d'un suicide assisté le 27 février 2017 en Suisse, selon le respect des critères en vigueur dans le pays²⁹². Une fois revenu, Marco Cappato se dénonce aux autorités italiennes dans le but de susciter un débat sur le suicide assisté dans le pays.

291. (it) Code pénal, [Article 580](#), sur [perma.cc](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

292. (en) G. Montanari Vergallo, [The Marco Cappato and Fabiano Antoniani \(dj Fabo\) Case Paves the Way for New Assisted Suicide Legislation in Italy: An Overview of Statutes from Several European Countries](#), *European Journal of Health Law*, juin 2019, Vol. 26, n° 3, p. 231-232. DOI : [10.1163/15718093-12261428](#).

Une interprétation différente de l'article 580 du Code pénal est donnée par les jugements de première et de deuxième instance sur la culpabilité de Marco Cappato : le premier le juge non-coupable car il estime que le patient avait l'intention de se suicider indépendamment de toute autre intervention ; le deuxième affirme sa culpabilité, estimant que le fait de l'avoir conduit en Suisse avait facilité son suicide. Des éclaircissements sont alors demandés à la Cour constitutionnelle en octobre 2018, sur la légitimité de l'article 580 à sanctionner l'aide au suicide même dans les cas où la personne procurant l'aide n'incite pas le patient ni ne l'aide directement à réaliser l'acte²⁹³.

La Cour ne se prononce pas immédiatement et laisse un an aux parlementaires pour légiférer sur le sujet et apporter les éclaircissements nécessaires par le biais de la loi. Devant l'absence de réponse des législateurs, la Cour rend sa décision le 25 septembre 2019²⁹⁴. Elle juge que le suicide assisté n'est pas contraire à la Constitution italienne dans certaines conditions, en arguant qu'il n'y a pas lieu d'interdire aux personnes qui le souhaitent de mettre fin à leur vie avec l'aide d'un tiers puisque la législation actuelle permet déjà à un patient de demander l'arrêt des traitements qui le maintiennent en vie ; l'interdiction limiterait l'autodétermination* des personnes et leur liberté de décider du cours de leurs traitements, qui incluent ceux permettant d'amoindrir leurs souffrances. Selon la Cour constitutionnelle, les conditions dans lesquelles le suicide assisté n'est pas illégal en Italie sont les suivantes : la personne demandeuse est capable de prendre des décisions, elle est

293. (en) Italy: Criminal Code Provision Outlawing Assisted Suicide Ruled Unconstitutional, 7 janvier 2020, sur loc.gov, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

294. *Italie : la Cour constitutionnelle rend possible le suicide assisté*, *Le Monde*, 27 septembre 2019, sur lemonde.fr, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

atteinte d'une maladie grave et irréversible ou de souffrances physiques ou psychiques intolérables, elle est maintenue en vie par des traitements actifs, elle a été informée et a rejeté les alternatives possibles (notamment la sédation palliative*), les conditions sont approuvées *a priori* par les autorités de santé publique et contrôlées *a posteriori* par un juge. Aucun médecin ne doit être obligé de pratiquer le suicide assisté²⁹⁵.

Sur le plan sociétal, la religion catholique reste très présente et condamne la pratique à travers les voix du Pape et de l'Association des médecins catholiques italiens²⁹⁶. Le législateur ne s'est pas prononcé à ce jour.

295. *Italy: Criminal Code Provision Outlawing Assisted Suicide Ruled Unconstitutional*, op. cit.

296. *Ibid.*

D. L'Allemagne

En Allemagne, l'article 217 du Code criminel entré en vigueur en 2015 interdisait à toute personne avec l'intention d'aider de manière répétée des personnes à se suicider et de procurer à celles-ci les moyens de le faire, sous peine d'emprisonnement²⁹⁷. Cet article apportait des précisions manquantes depuis que le suicide ne constituait plus un crime dans le pays. En effet, si l'injection létale est assimilée à l'homicide et punissable par la loi, même sur demande de la personne (articles 212 et 216 du Code criminel allemand), l'assistance au suicide n'était pas mentionnée par le Code²⁹⁸. L'article 217 venait ainsi mettre fin au doute en interdisant spécifiquement le développement de certaines pratiques liées au suicide assisté dans le pays dans les années 2000, comme l'installation d'une association proposant des services d'aide au suicide à Hanovre, chargée de mettre en lien les patients souhaitant avoir recours au suicide assisté avec la branche suisse de l'association²⁹⁹.

L'article 217 est très rapidement contesté dans le pays, notamment par des avocats et médecins estimant qu'il risquait de mettre en péril le droit pour les patients de demander un arrêt de traitement ou encore la possibilité pour les médecins de prescrire des médicaments contre la douleur à haute dose en fin de vie s'il était interprété de façon restreinte³⁰⁰. La Cour constitutionnelle allemande est saisie par les associations suisses et allemandes facilitant l'assistance au suicide, des personnes atteintes de ma-

297. (en) Code criminel allemand, [Article 217](#), sur [gesetze-im-internet.de](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

298. R. Horn, The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: The German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide, *Journal of Medical Ethics*, 2020, Vol. 46, n° 6, p. 416-417. DOI : [10.1136/medethics-2020-106197](#).

299. *Id.*

300. *Id.*, p. 417.

ladies incurables souhaitant avoir recours au suicide assisté, des médecins et des avocats arguant que l'article 217 est inconstitutionnel ; ils sont entendus en avril 2019, et la Cour leur donne raison dans son jugement rendu le 26 février 2020³⁰¹.

Dans cette décision, la Cour constitutionnelle stipule que l'interdiction en vigueur à ce moment-là viole le droit constitutionnel du « développement de sa personnalité », puisque celui-ci garantit à chacun le droit de déterminer son mode de vie, ce qui englobe selon la Cour le droit de décider de mourir et d'en déterminer les conditions³⁰². Le droit à l'autodétermination* a une place d'autant plus particulière en Allemagne que le pays reste marqué par les procès de Nuremberg³⁰³. Plus avant, la Cour souligne que, selon ce principe, le droit de mettre fin à sa vie, en général, ne doit pas être réservé aux personnes en fin de vie atteintes d'une maladie incurable³⁰⁴. Elle termine par affirmer qu'il revient maintenant au législateur de procurer un cadre légal au suicide assisté afin qu'il reste un outil au service de l'autodétermination de la personne et qu'il ne soit pas dévoyé à d'autres fins, commerciales notamment³⁰⁵. Le législateur ne s'est pas encore prononcé à ce jour.

Ajoutons que seul le suicide assisté est discuté en Allemagne, l'euthanasie restant un sujet tabou du fait que ce terme ait été celui utilisé par les Nazis pendant la Seconde Guerre mondiale. Dans l'imaginaire collectif de beaucoup, l'euthanasie reste as-

301. (en) [Germany: Constitutional Court Strikes Down Provision Criminalizing Commercial Assisted Suicide](#), 29 avril 2020, sur [loc.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

302. (en) Basic Law for the Federal Republic of Germany, [Article 2](#), sur [gesetze-im-internet.de](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

303. R. Horn, *The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: The German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide*, op. cit.

304. *Ibid.*

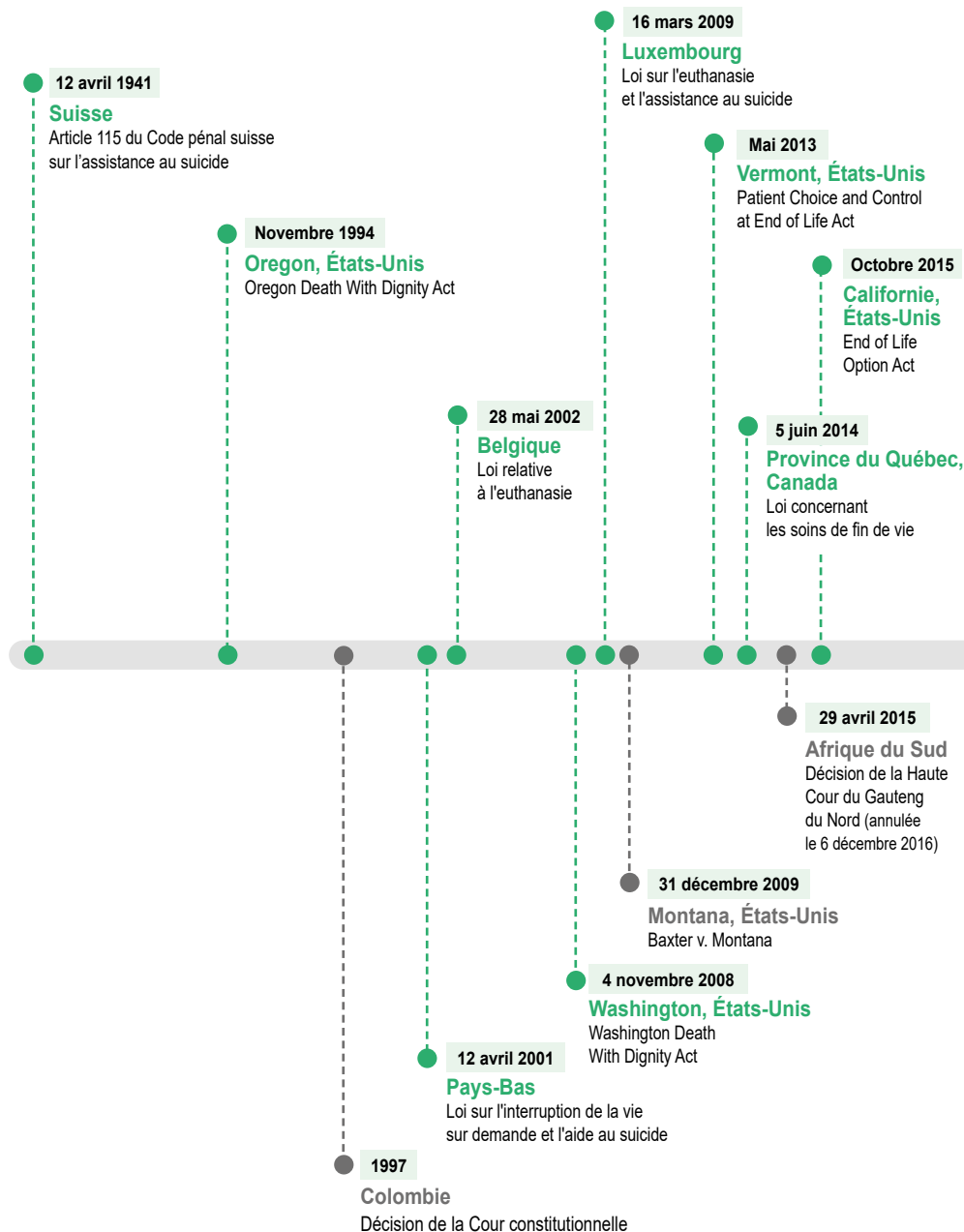
305. (en) BVerfG, [Judgment of the Second Senate of 26 February 2020](#), IV, 2, 26 février 2020, sur [bundesverfassungsgericht.de](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

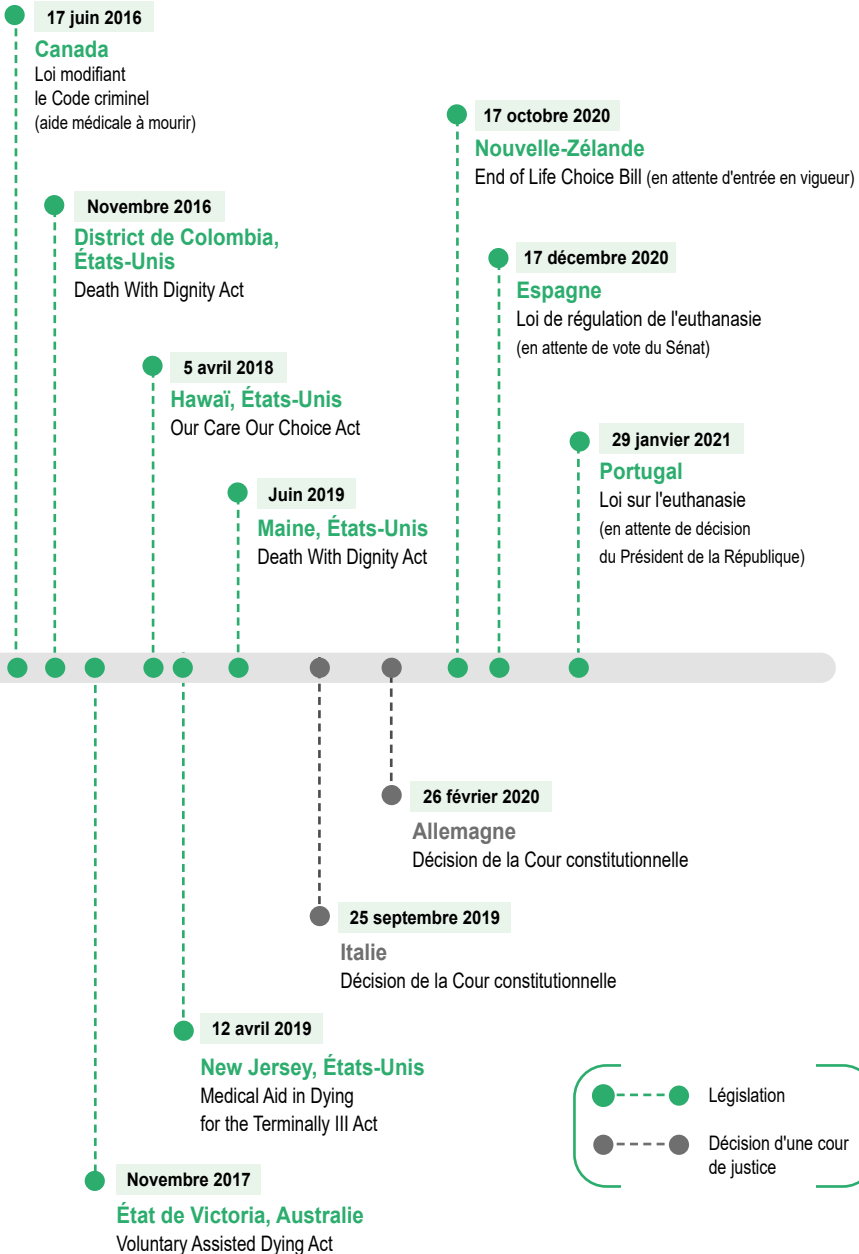
sociée aux meurtres ordonnés par une autorité extérieure, et non à la décision d'un individu autonome qui demande à mourir pour mettre fin à ses souffrances³⁰⁶.

306. M. Gagnon, [*Assisted suicide debate: Time to let euthanasia die*](#), 6 novembre 2015, sur [*dw.com*](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

V. Frise chronologique

Frise chronologique





VI. Conclusion

Le contexte de la prise en charge et de l'accompagnement de la fin de vie a beaucoup évolué depuis trois décennies dans le monde, avec une attention croissante donnée à la voix des patients et à leur volonté en ce qui concerne la manière dont ils souhaitent terminer leur vie. Cela a pu se traduire par diverses lois sur les droits des patients et spécifiquement des patients en fin de vie, mais aussi par une augmentation récente des lois et des décisions de justice dépénalisant l'euthanasie et le suicide assisté.

Dans les pays qui se positionnent légalement ou juridiquement en faveur de l'euthanasie, du suicide assisté, ou des deux, on constate que l'adhésion d'une grande partie de l'opinion publique ou une majorité parlementaire sont des conditions de possibilité permettant une ouverture des positions nationales sur ces pratiques. Ce sont également des mobilisations autour de cas singuliers qui peuvent être à l'origine des discussions : des patients ou des proches de patients atteints de maladie grave et incurable leur causant des souffrances insupportables portent leur demande devant les tribunaux ou les responsables politiques ; des médecins décident de révéler publiquement qu'ils pratiquent déjà l'euthanasie ou le suicide assisté à la demande de leurs patients atteints de mêmes pathologies. Lorsqu'il y a eu débats parlementaires, les députés portant les projets de loi ou y apportant leur adhésion ont pu appuyer leur position par la description de situations personnelles auxquelles ils avaient pu être confrontés.

Les lois en faveur de l'euthanasie ou du suicide assisté sont votées principalement sur l'argument du droit à l'autodétermination des personnes, traduit par la nécessité systématique qu'il y ait une demande claire, volontaire, réfléchie, réitérée, émanant de la personne elle-même à un moment donné, variable selon les

pays. Une autre justification pour l'évolution législative en matière d'euthanasie et de suicide assisté, à l'image de la province du Québec au Canada, est de considérer l'euthanasie comme l'un des soins que l'on peut apporter en fin de vie, et faire ainsi primer le principe de bienfaisance*. En outre, les Cours constitutionnelles de Colombie, d'Allemagne et d'Italie motivent leurs décisions en faveur de l'euthanasie ou du suicide assisté en intégrant au droit à la vie et à la protection de la vie garanties par les Constitutions nationales la liberté de mettre fin à sa vie lorsqu'un individu estime qu'elle ne vaut plus d'être vécue.

Dans les pays qui se sont positionnés sur le sujet, les lois permettent à la fois d'établir un cadre précis au sein duquel l'euthanasie ou le suicide assisté sont possibles, mais également à ce que les personnes puissent y avoir recours de manière égale dans tout le pays. Dans les pays où seules des décisions juridiques dépénalisent la pratique, les Cours constitutionnelles mandatent systématiquement le législateur afin qu'il établisse ce cadre précis sans lequel la pratique ne saurait se développer de façon assurément régulée.

Les législations en vigueur s'attachent chacune à définir la pratique qu'elles autorisent, que ce soit l'euthanasie, le suicide assisté, ou les deux. Elles précisent ensuite les critères d'éligibilité pour y accéder. Jusqu'à aujourd'hui, toutes font du critère de maladie grave et incurable diagnostiquée par un médecin et causant à celui qui le demande des souffrances physiques insupportables un critère nécessaire d'accès à l'euthanasie ou au suicide assisté. En revanche, le fait que le pronostic vital du patient soit engagé sur une durée déterminée (par exemple six mois) n'est pas systématiquement précisé. Les lois apportent ensuite des garde-fous aux pratiques autorisées, en détaillant la procédure à suivre par le médecin qui accepte de répondre à la demande d'un patient. Au-

cun médecin nulle part n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou un suicide assisté si cela va à l'encontre de ses valeurs personnelles. Les lois apportent enfin des éléments sur le contrôle de la pratique, que celui-ci soit assuré par une instance indépendante ou le ministère de la Santé local, ou que celui-ci soit fait en amont de l'acte ou *a posteriori*.

Dans les pays qui ont légiféré, l'intégralité des questions qui entourent la fin de vie ne se résolvent pas avec l'autorisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, et cela même si certains choisissent après quelques années d'élargir les conditions d'accès à ces pratiques. Les problématiques posées par la prise en charge et l'accompagnement des fins de vie des personnes en phase de démence avancée, de celles atteintes de troubles psychiques importants, de celles ne souffrant pas d'une affection diagnostiquée par un médecin ou encore des mineurs et des nouveaux-nés demeurent, et sont encore discutées au même titre que dans les pays n'ayant pas légiféré sur l'euthanasie ou le suicide assisté. Si la décision de légiférer naît de cas particuliers et permet d'établir un cadre général régissant la pratique, il demeure que toute situation de fin de vie reste particulière, nécessite une attention au cas par cas et des réponses individuelles. Il apparaît toujours nécessaire de continuer à développer l'ensemble des offres permettant un accompagnement de fin de vie pour être en capacité d'accompagner chacun dans de bonnes conditions.

À l'heure où, en France, des projets de loi visant à autoriser l'aide active à mourir sont régulièrement déposés à l'Assemblée nationale ou au Sénat, dont le dernier en date le 28 janvier 2021, il paraît utile d'avoir en mémoire l'historique et les modalités des législations étrangères ainsi que les questions qui restent en suspens ou qui émergent suite à leur entrée en application.

VII. Annexes

A

L'**Advance Care Planning (ACP)** est un processus permettant aux individus de définir leurs préférences et objectifs de soins en anticipation des décisions à prendre concernant leurs futurs traitements médicaux et prise en charge, y compris lorsqu'ils ne seront plus en capacité d'exprimer leur volonté, de discuter ces préférences et objectifs avec leurs proches et leurs soignants, ainsi que de les mettre par écrit et de les adapter lorsque cela leur semble approprié³⁰⁷. En français, on utilise parfois le terme de « projet de soins anticipé ».

Le terme d'**aide active à mourir** peut, selon les législations, recouvrir à la fois les termes d'euthanasie et de suicide assisté ou ne désigner que l'un ou que l'autre.

Le terme d'**aide médicale à mourir** peut recouvrir l'euthanasie et le suicide assisté, ou seulement l'un des deux.

On parle d'**autodétermination** d'un individu pour désigner sa capacité à choisir et agir librement. On peut également parler de l'**autonomie** d'un individu, qui désigne plus largement le fait de se gouverner par ses propres lois.

B

Les **barbituriques** appartiennent à une classe de médicaments dérivés de l'acide barbiturique dont le spectre d'activité s'étend de l'effet sédatif à l'anesthésie. Utilisés à forte dose, ils peuvent entraîner des altérations de la conscience jusqu'à la mort.

307. Traduction personnelle de la définition issue d'un consensus international : "The ability to enable individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and health-care providers, and to record and review these preferences if appropriate." Source : J. A. C. Rietjens, *et al.*, *Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care*, *The Lancet Oncology*, 2017, Vol. 18, n° 9, p. 543-551. DOI : [10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X).

Le **principe de bienfaisance** est l'un des quatre principes de l'éthique biomédicale définis par Beauchamp et Childress pour la première fois en 1979³⁰⁸. Les auteurs en donnent notamment cette définition : « Le principe de bienfaisance se réfère à l'obligation morale d'agir pour le bien d'autrui³⁰⁹. »

C

Dire qu'un individu est **capable de discernement** est une autre façon de dire qu'il est capable d'évaluer raisonnablement ses intérêts, de prendre des décisions qui le concernent et d'exprimer sa volonté. Le discernement est la capacité à distinguer ce qui est bien, vrai, permis, de ce qui est mal, faux, défendu. Les termes **mentalement capable** ou **capable** sont parfois utilisés pour exprimer cette même idée.

La **comorbidité** est l'association de deux ou plusieurs maladies physiques ou psychiques.

D

En Belgique, la **déclaration anticipée relative à l'euthanasie** est un document écrit par lequel une personne donne son accord pour qu'un médecin pratique à l'avenir une euthanasie dans les conditions fixées par la loi dans l'hypothèse où cette personne ne pourrait plus manifester sa volonté. Au Luxembourg, on parle de **dispositions de fin de vie**, et aux Pays-Bas, de **testament de vie**.

308. Première édition : (en) T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA; 1st edition, 1979. ISBN : 978-0195024883. Huitième édition (et dernière en date) : (en) T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA; 8th edition, 2019. ISBN : 978-0190640873.

309. Traduction française : T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, Paris, 2008, p. 240. ISBN : 978-2251430157.

En médecine, la **démence** fait référence à un affaiblissement psychique profond, acquis et spontanément irréversible, qui se manifeste par une diminution des fonctions intellectuelles avec troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, un appauvrissement des fonctions (notamment du langage) et une perte des critères de référence logiques, éthiques et sociaux.

La **déontologie** est l'ensemble des droits et des devoirs qui régissent une profession et les rapports sociaux de ses membres. La **déontologie médicale** est l'ensemble des règles concernant les rapports des médecins avec leurs patients et des médecins entre eux.

Les **directives anticipées** sont un document écrit par un individu qui exprime par avance la volonté de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser certains traitements ou actes médicaux pour anticiper le jour où il ne pourra plus le faire lui-même, par exemple du fait d'un accident ou d'une maladie grave.

Pour **dispositions de fin de vie**, voir « déclaration anticipée relative à l'euthanasie ».

E

En droit, l'**état de nécessité** désigne la situation dans laquelle se trouve une personne qui, pour sauvegarder un intérêt supérieur, n'a d'autre ressource que d'accomplir un acte défendu par la loi pénale ; une personne se trouve en état de nécessité lorsque, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, elle accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien. C'est un fait justificatif qui exonère la personne de responsabilité pénale.

L'**euthanasie active directe** est un autre terme pour dire l'euthanasie.

L'**euthanasie active indirecte** se distingue de l'euthanasie (ou euthanasie active directe) car elle vise à soulager la souffrance réfractaire ou insupportable du malade en phase terminale par des traitements

analgésiques et sédatifs même si ceux-ci peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie et non de provoquer la mort du malade en phase avancée ou terminale par des substances létales à sa demande.

L'**euthanasie passive** est un terme parfois utilisé pour parler de la limitation et l'arrêt de traitement. Contrairement à l'euthanasie, la décision de limitation et arrêt de traitement n'a pas pour objectif de provoquer la mort, alors même qu'elle peut l'entraîner ou l'accélérer, mais vise avant tout à empêcher la médecine d'être excessive.

Notons ici que la Suisse est le seul pays à faire le choix d'utiliser dans ses textes officiels les termes d'euthanasie active directe, d'euthanasie active indirecte et d'euthanasie passive.

F

Le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique relève comme définition de la **fatigue de vivre** « une souffrance psychique d'une personne qui, en raison (d'une combinaison) de facteurs médicaux et/ou non médicaux n'a pas (ou plus) de qualité de vie ou une qualité de vie seulement défaillante. Conséquence de ce qui précède, cette personne préfère la mort à la vie ». On retient le plus souvent ce terme, ou de manière équivalente celui de **vie accomplie**, pour désigner la souffrance psychique d'une personne qui n'est pas causée par des facteurs médicaux³¹⁰.

Pour **force majeure**, voir « état de nécessité ».

310. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, [*Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques*](#), 11 septembre 2017, sur health.belgium.be, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

I

Un **infirmier praticien** est un infirmier ayant acquis un savoir-faire pour exercer des missions et des compétences plus poussées, jusqu'à dévolues aux seuls médecins (par exemple, détermination de diagnostic pour orientation thérapeutique et réalisation de prescriptions adaptées aux patients). En France, on parle d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA).

J

La **jurisprudence** est l'ensemble des décisions rendues par les tribunaux et qui sert de références à d'autres cas semblables.

M

Pour **maladie de Charcot**, voir « sclérose latérale amyotrophique ».

P

La **personne de confiance** est désignée par un patient pour l'accompagner dans son parcours médical et le représenter pour ses décisions médicales au moment où il ne sera plus en mesure de s'exprimer.

S

La **sclérose latérale amyotrophique** (SLA), ou **maladie de Charcot**, est une maladie neurodégénératrice qui se caractérise par une paralysie progressive causée par la dégénérescence des neurones qui transmettent les ordres de mouvement aux muscles. Cette paralysie

affecte à terme aussi bien les muscles des jambes et des bras que les muscles liés à la parole, à la déglutition ou encore à la respiration.

La **sclérose en plaques** (SEP) est une maladie neurologique apparentée à une pathologie auto-immune qui s'exprime le plus souvent par poussées et touche différentes fonctions neurologiques (motricité, sensibilité, vision, équilibre...).

La **sédation palliative** consiste à suspendre la conscience d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable pour soulager ou prévenir une souffrance réfractaire.

T

Pour **testament de vie**, voir « déclaration anticipée relative à l'euthanasie ».

V

Pour **vie accomplie**, voir « fatigue de vivre ».

Pour chaque partie, une distinction est opérée entre les textes de loi, les décisions juridiques, les publications émanant d'instances officielles, les ouvrages, les articles scientifiques, les articles de presse et les pages web. Les références sont listées selon leur ordre d'apparition dans le texte.

Aide active à mourir : euthanasie ou suicide assisté ?

Publication d'instance officielle

Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), [*Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie*](#), 21 octobre 2014, sur ccne-ethique.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Pages web

[*Euthanasie*](#), *Le Trésor de la Langue Française informatisé*, sur atilf.atilf.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[*Euthanasie*](#), *Larousse*, sur larousse.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Les Pays-Bas

Texte de loi

(nl) [*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*](#), sur wetten.overheid.nl, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Décisions juridiques

(nl) Hoge Raad, [*NJ 1985/106*](#), 27 novembre 1984, sur navigator.nl, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

(nl) Hoge Raad, [*NJ 1994/656*](#), 21 juin 1994, sur navigator.nl, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

(nl) Hoge Raad, [NJ 2020/712](#), 21 avril 2020, sur [uitspraken.rechtspraak.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Publications d'instances officielles

(nl) Commission consultative « vie accomplie », [Voltooid leven - Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten](#), 4 février 2016, sur [rijksoverheid.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

(en) Société royale néerlandaise de médecine (KNMG), *Reflections by the Royal Dutch Medical Association (KNMG) on the 'Government Response and Vision on Completed Life'*, 29 mars 2017, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 3 mars 2021].

Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Code de déontologie en matière d'euthanasie. Éclairage de la pratique du contrôle*, 2018, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 28 janvier 2021].

Institut Européen de Bioéthique, [Breaking news: la justice néerlandaise acquitte un médecin poursuivi pour meurtre](#), 11 septembre 2019, sur [ieb-eib.org](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Articles scientifiques

C. Byk, [La revendication individuelle face à la mort : approche comparatiste des questions posées par l'interruption de traitement, l'euthanasie et l'aide au suicide](#), *Revue générale de droit*, mars 1998, Vol. 29, n° 2, p. 209-232. DOI : [10.7202/1035676ar](#).

E. Verhagen & P.-J. J. Sauer, The Groningen protocol - Euthanasia in severely ill newborns, *New England Journal of Medicine*, 2005, Vol. 352, n° 10, p. 959-962. DOI : [10.1056/NEJMp058026](#).

Presse

[Les Pays-Bas se penchent sur l'euthanasie active chez les enfants de 1 à 12 ans](#), *Sudinfo*, 13 octobre 2020, sur [sudinfo.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

La Belgique

Texte de loi

[Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002](#), sur [ejustice.just.fgov.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Publications d'instances officielles

Comité consultatif de bioéthique, [Avis n° 1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie](#), 12 mai 1997, sur [health.belgium.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Sénat de Belgique, [Séances du mardi 9 et du mercredi 10 décembre 1997](#), Annales parlementaires n°s 1-146, 1-147, 1-148, 1-149, sur [senate.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Euthanasie. Un dialogue au-delà des clivages politiques](#), mars 1998, sur [senate.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Premier rapport aux chambres législatives. 22 septembre 2002 – 31 décembre 2003](#), 22 juin 2004, sur [organesdeconcertation.sante.belgique.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018 – 2019](#), 30 juin 2020, sur [organesdeconcertation.sante.belgique.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Comité consultatif de bioéthique, [Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques](#), 11 septembre 2017, sur [health.belgium.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Institut européen de bioéthique, [L'euthanasie pour les personnes démentes : éléments de réflexion](#), 9 juillet 2019, sur [ieb-eib.org](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Article scientifique

J. Herremans, Mourir dans la dignité. La loi belge relative à l'euthanasie, une réponse légale, *Frontières*, Automne 2011/Printemps 2012, Vol. 24, n°s 1-2, p. 73-80. DOI : [10.7202/1013087ar](#)

Le Luxembourg

Textes de loi

[Projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie](#), Article 3, 11 décembre 2008, sur [gouvernement.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Constitution du Grand-Duché de Luxembourg](#), Article 83bis, sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Projet de révision de l'article 34 de la Constitution déposé à la Chambre des députés](#), *Actualités du gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg*, 8 décembre 2012, sur [gouvernement.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Loi du 12 mars 2009 portant révision de l'article 34 de la Constitution](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Publications d'instances officielles

Commission Nationale d'Éthique, [L'aide au suicide et l'euthanasie](#), *Les Avis de la CNE*, Avis 1/1998, 25 février 1998, sur [cne.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Conseil d'État, [Deuxième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 7 octobre 2008 sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité et le projet de loi relatif aux soins palliatifs](#), 7 octobre 2008, sur [conseil-etat.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Conseil d'État, [Troisième avis complémentaire 45.786 du 25 novembre 2008 sur la proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#), 25 novembre 2008, sur [stradalex.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Conseil d'État, [Quatrième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 9 décembre 2008 sur la proposition de loi concernant le droit de mourir en dignité](#)

[et le projet de loi relatif aux soins palliatifs](#), 9 décembre 2008, sur *conseil-etat.public.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Le décès suite à un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide sera considéré à l'avenir comme une mort de cause naturelle](#), *Actualités du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg*, 11 juillet 2019, sur *sante.public.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, [Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés \(années 2017 et 2018\)](#), sur *sante.public.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

TNS Ilres, [Loi sur l'euthanasie – Bilan](#), novembre 2019, sur *sante.public.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

Ouvrages

[Soins palliatifs et euthanasie](#), *Actes du colloque du 28 avril 2008, Actes de la Section des Sciences morales et politiques de l'Institut grand-ducal*, vol. XII, 2009, 295p. ISBN : 978-2959979415.

M. Pierrat, [Soins et respect de la personne en fin de vie. Rapport luxembourgeois](#), In, *Annales du droit luxembourgeois*, 2009, n° 19, p. 189-218, ISBN : 978-2802728740.

Presse

[Deux visions de la dignité humaine](#), *Luxemburger Wort*, 17 mars 2019, sur *wort.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Le Luxembourg, troisième pays européen à légaliser l'euthanasie](#), *L'essentiel*, 19 février 2008, sur *lessentiel.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

[Euthanasie : un débat politique qui avait crispé au Luxembourg](#), *Le Quotidien Indépendant Luxembourgeois*, 24 novembre 2019, sur *lequotidien.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

P. Jacquemot, [L'euthanasie reste une solution méconnue](#), *Luxemburger Wort*, 21 janvier 2020, sur *wort.lu*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

La Suisse

Textes de loi

Code pénal suisse, [Article 114 Homicide / Meurtre sur demande de la victime](#), sur [droit-bilingue.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Code pénal suisse, [Article 115 Homicide / Incitation et assistance au suicide](#), sur [droit-bilingue.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Canton de Vaud, [Loi sur la santé publique](#), adoptée le 29.05.1985, entrée en vigueur le 01.01.1986, état au 01.02.2018 (en vigueur), sur [svmed.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Canton de Neuchâtel, [Loi portant modification à la loi de santé \(assistance au suicide\)](#), 21 novembre 2014, sur [ne.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Canton de Genève, [Loi modifiant la loi sur la santé \(LS\) \(Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS\)](#), 24 mai 2018, sur [ge.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Publications d'instances officielles

Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « [L'assistance au suicide](#) ». [Prise de position n° 9/2005](#), juillet 2005, sur [nek-cne.admin.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Suisse](#), *L'euthanasie, Les documents de travail du Sénat*, série Législation comparée, n° LC 49, janvier 1999, sur [senat.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Conseil fédéral suisse, *Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffy. Assistance au décès. Adjonction au Code pénal suisse*, 2006, [\[à télécharger en PDF\]](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), *L'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes*, 1995, [\[à télécharger en PDF\]](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*, 2004, [\[à télécharger en PDF\]](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*, 2013, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 2 février 2021].

Conseil d'Éthique Clinique Hôpitaux Universitaires de Genève, *Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG*, 30 juin 2006, sur [hug.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP), *Le suicide assisté en exécution des peines et mesures. Document-cadre*, juillet 2019, sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP), *Le suicide assisté en détention. Guide succinct*, septembre 2020, sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Dignitas, *Le fonctionnement de Dignitas*, mai 2014, sur [dignitas.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Rapport de synthèse PNR 67 Fin de vie, 2017, sur [pnr67.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), *Attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 2 février 2021].

Fédération des Médecins Suisses (FMH), *Communiqué de presse du 25 octobre 2018*, sur [fmh.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 3 mars 2021].

Articles scientifiques

J. Wacker, « *Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse* », *Études sur la mort*, 2016, Vol. 150, n° 2, p. 79-92. DOI : [10.3917/eslm.150.0079](#).

D. Grouille, *Fin de vie: les options belge, suisse et orégonaise*, *La revue du praticien*, janvier 2019, Vol. 69, n° 1, p. 25-30, sur [sfap.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) S. Brauer et al., *Swiss physicians' attitudes to assisted suicide: A qualitative and quantitative empirical study*. *Swiss medical weekly*, 21 mai 2015, Vol. 145 w14142. DOI : [10.4414/smw.2015.14142](#).

Presse

M. P. (propos recueillis par), « *J'ai aidé à mourir 500 personnes* », *Le Parisien*, 30 janvier 2015, sur [leparisien.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Pages web

[Suicide assisté dans les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance](#), sur [curaviva.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Suicide assisté](#), sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Les États-Unis

Textes de loi

(en) Code des États-Unis, [Titre 42, Chapitre 138, Section 14401](#), 2, sur [law.cornell.edu](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [The Oregon Death With Dignity Act. Oregon Revised Statutes. 127.800 – 127.995](#), sur [oregon.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [The Washington Death With Dignity Act](#), sur [app.leg.wa.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [An Act relating to patient choice and control at end of life](#), sur [leg.state.vt.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [An act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life](#), sur [legislature.vermont.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [End-of-Life Option Act](#), sur [leginfo.legislature.ca.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [End-of-life Options Act](#), sur [sos.state.co.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Death with Dignity Act of 2016](#), sur [dchealth.dc.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Our Care Our Choice Act](#), sur [health.hawaii.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act](#), sur [njleg.state.nj.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act](#), sur [mainelegislature.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Décisions juridiques

(en) [*Glassman v. Gerwal*](#), 8 août 2019, sur compassionandchoices.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [*Baxter v. Montana*](#), 31 décembre 2009, sur law.justia.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Publications d'instances officielles

J. Nicol, [*Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada*](#), Bibliothèque du Parlement, [2015] 2019, sur lop.parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) California Medical Association, [*California Medical Association removes opposition to physician aid in dying bill*](#), 20 mai 2015, sur cmadocs.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Ouvrages

(en) D. Hillyard, J. Dombrink, E. Corporation, [*Dying Right: The Death with Dignity Movement*](#), Routledge, 2001, 304 p. ISBN : 978-0415927994.

Articles scientifiques

(en) T. E. Purvis, [*Debating Death: Religion, Politics, and the Oregon Death With Dignity Act*](#), *Yale Journal of Biology and Medicine*, 2012, Vol. 85, n° 2, p. 272-284. PMID : [22737056](#).

(en) R. Steinbrook, [*Physician-Assisted Death – From Oregon to Washington State*](#), *The New England Journal of Medicine*, 2008, Vol 359, n° 24, p. 2513-2515. DOI : [10.1056/NEJMp0809394](#).

Presse

(en) L. Greenhouse, [*High Court to Decide if the Dying Have a Right to Assisted Suicide*](#), *The New York Times*, 2 octobre 1996, sur nytimes.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) L. Greenhouse, [*Court, 9-0, upholds state laws prohibiting assisted suicide; Protects speech on internet*](#), *The New York Times*, 27 juin 1996, sur nytimes.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

BIBLIOGRAPHIE

(en) L. Greenhouse, [Justices reject U.S. bid to block assisted suicide](#), *The New York Times*, 18 janvier 2006, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) P. Span, [Vermont Passes 'Aid in Dying' Measure](#), *The New Old Age*, in *The New York Times*, 14 mai 2013, sur [newoldage.blogs.nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) E. Mansfield, [Senate approves extension of physician-assisted suicide provisions](#), *VTDigger*, 12 mars 2015 sur [vtdigger.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) B. Maynard, [My right to death with dignity at 29](#), 2 novembre 2014, sur [edition.cnn.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) I. Lovett, [California Legislature Approves Assisted Suicide](#), *The New York Times*, 11 septembre 2015, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) I. Lovett, R. Pérez-Peña, [California Governor Signs Assisted Suicide Bill Into Law](#), *The New York Times*, 5 octobre 2015, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) F. Nirappil, [D.C. Council gives initial approval to a bill to let terminally ill patients end their lives](#), *The Washington Post*, 1^{er} novembre 2016, sur [washingtonpost.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) S. Yan, [Medically assisted suicide becomes legal in Hawaii](#), *The Associated Press*, 6 avril 2018, sur [apnews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) N. Pugliese, [NJ legalizes assisted suicide as Gov. Phil Murphy signs contentious bill into law](#), 12 avril 2019, sur [northjersey.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) S. Barchenger, [NJ aid-in-dying law upheld, judge dismisses legal challenge](#), 2 avril 2020, sur [northjersey.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) M. Villeneuve, [Maine becomes 8th state to legalize assisted suicide](#), *The Associated Press*, 13 juin 2019, sur [apnews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) A. Youderian, [Montana Justices Allow Doctor-Assisted Suicide](#), 4 janvier 2020, sur [courthousenews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) K. Simpson, J. Brown, [69 Coloradans got aid-in-dying prescriptions during law's first year, report says](#), *The Denver Post*, 1^{er} février 2018, sur [denverpost.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) D. Levine, ['Death with Dignity' or 'Assisted Suicide'?](#), Janvier 2014, sur [governing.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Pages web

[Suicide assisté dans les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance](#), sur [curaviva.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Suicide assisté](#), sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) K. Vloet, [The life of Dr. Death](#), sur [bentley.umich.edu](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) E. Bernstein, [Jack Kevorkian](#), *Encyclopædia Britannica*, 30 mai 2020, sur [britannica.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Kevorkian Jack – \(1928-2011\)](#), *Encyclopædia Universalis*, sur [universalis.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) ["In Your State"](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Oregon Measure 16, Physician-Assisted Death Initiative \(1994\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Oregon Death with Dignity Act: A History](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Oregon Repeal of «Death with Dignity», Measure 51 \(1997\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Washington Physician-Assisted Death, Initiative 119 \(1991\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Washington Initiative 1000, Physician-Assisted Death Initiative \(2008\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Colorado Proposition 106, Physician-Assisted Death Initiative \(2016\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Death with Dignity in Hawai'i: A History](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Maine](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [About Us](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [Financials](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Le Canada

Textes de loi

Code criminel, [Article 14](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Code criminel, [Article 241b](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Charte canadienne des droits et des libertés, [Article 7](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Charte canadienne des droits et des libertés, [Article 15](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Loi concernant les soins de fin de vie](#), [legisquebec.gouv.qc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 3 février 2021].

Décisions de justice

[Carter c. Canada](#), 6 février 2015, sur [scc-csc.lexum.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Publications d'instances officielles

J. Nicol, M. Tiedemann, [L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada](#), Bibliothèque du Parlement, sur [lop.parl.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Parlement du Canada, [L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient](#), février 2016, sur [parl.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

M. Tiedemann, [L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada](#), Bibliothèque du Parlement, 2019, sur [lop.parl.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM pour les mineurs matures, [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures](#), Conseil des académies canadiennes, 2018, sur [rapports-cac.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Sommaire des rapports](#), Conseil des académies canadiennes, 2018, sur [rapports-cac.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM sur les demandes anticipées d'AMM, [L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir](#), Conseil des académies canadiennes, 2018, sur [rapports-cac.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué, [L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué](#), Conseil des académies canadiennes, 2018, sur [rapports-cac.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Chambre des communes du Canada, [Projet de loi C-7. Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), première lecture le 24 février 2020, sur [parl.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

BIBLIOGRAPHIE

Collège des médecins du Québec, [*Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie*](#), 16 octobre 2009, sur [cmq.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Presse

C. Touzin, [*Deux Québécois lourdement handicapés pourront obtenir l'aide médicale à mourir*](#), 11 septembre 2019, sur [lapresse.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

L. Martin, [*Aide médicale à mourir : Ottawa obtient un troisième délai*](#), *Radio-Canada*, 17 décembre 2020, sur [ici.radio-canada.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 3 février 2021].

Pages web

T. Marshall, [*Suicide assisté au Canada*](#), *L'Encyclopédie Canadienne*, 14 novembre 2016, sur [thecanadianencyclopedia.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

E. Butts, [*Affaire Robert Latimer*](#), *L'Encyclopédie Canadienne*, 9 septembre 2016 sur [thecanadianencyclopedia.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

L'Australie

Textes de loi

(en) [*Rights of the Terminally Ill Act 1995*](#), sur [parliament.nt.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [*Euthanasia Laws Act 1997*](#), sur [legislation.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [*Voluntary Assisted Dying Act 2017*](#), sur [content.legislation.vic.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [*Voluntary Assisted Dying Act 2019*](#), sur [legislation.wa.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Publications d'instances officielles

(en) Département de la bibliothèque parlementaire, [*Euthanasia- the Australian Law in an International Context*](#), *Research Paper 4 1996-97*, 20 septembre 1996, sur aph.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) Parlement de Victoria, [*Voluntary Assisted Dying Bill 2017*](#), *Research Note 1*, octobre 2017, sur parliament.vic.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) Parlement de l'État de Victoria, Comité en charge des problématiques juridiques et sociales, [*Inquiry into end of life choices. Final Report*](#), juin 2016, sur parliament.vic.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) [*Reports and publications*](#), sur bettersafecare.vic.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Articles scientifiques

(en) A. L. Plattner, [*Australia's Northern Territory: The First Jurisdiction to Legislate Voluntary Euthanasia, and the First to Repeal It*](#), printemps 1997, *DePaul Journal of Health Care Law*, Vol. 1, n° 3, p. 645-654. URL : <https://via.library.depaul.edu/jhcl/vol1/iss3/8>.

(en) B. White, L. Willmott, [*Future of assisted dying in Australia*](#), *Australian Health Review*, 2018, Vol. 42, n° 6, p. 616-620. DOI : [10.1071/AH18199](https://doi.org/10.1071/AH18199).

Presse

(en) G. Alcorn, [*Crossing the threshold: how Victoria's assisted dying law finally made history*](#), *The Guardian*, 23 novembre 2017, sur theguardian.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) C. Douglas, [*FactCheck Q&A: do 80% of Australians and up to 70% of Catholics and Anglicans support euthanasia laws?*](#), 1^{er} mai 2017, sur theconversation.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) M. Cunningham, [*'It's robbed me of that comfort': Euthanasia plans upended by COVID-19*](#), *The Sydney Morning Herald*, 29 mai 2020, sur smh.com.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) K. Murphy, [*New push to overturn Australia's Howard-era euthanasia laws*](#), *The Guardian*, 24 juillet 2018, sur [theguardian.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) M. Inman, [*ACT Government considers path to euthanasia laws, setting the stage for territory rights battle*](#), sur [abc.net.au](#), 9 novembre 2020, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) M. Cunningham, [*Law restricting doctors from initiating euthanasia talk is 'gag clause', academics say*](#), *The Age*, 20 janvier 2020, sur [theage.com.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) The Age's View, [*Now is not the time to alter Victoria's assisted dying laws*](#), *The Age*, 21 janvier 2020, sur [theage.com.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Pages web

[*États et territoires de l'Australie*](#), dernière modification le 25 décembre 2020, sur [fr.wikipedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

La Nouvelle-Zélande

Textes de loi

(en) [*End of Life Choice Bill*](#), sur [legislation.govt.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Publications d'instances officielles

(en) [*Assisted dying in New Zealand and 2019 developments*](#), *Parliamentary Library Research and Information research paper*, décembre 2019, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) Comité de la Justice, [*End of Life Choice Bill*](#), avril 2019, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Ouvrage

(en) M. Vickers, *Lecretia's Choice: A Story of Love, Death and the Law*, The Text Publishing Company, 29 août 2016, 330p. ISBN : 978-1925355598.

Presse

(en) E. Ainge-Roy, [*New Zealand votes to legalise euthanasia in referendum*](#), *The Guardian*, 30 octobre 2020, sur [theguardian.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

L'Espagne**Textes de loi**

(es) Code Pénal, [*Article 143*](#), sur [noticias.juridicias.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(es) [*Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*](#), sur [congreso.es](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(es) [*El Congreso aprueba la proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia: contenido y novedades*](#), 21 décembre 2020, sur [noticias.juridicas.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Presse

J.-H. Armengaud, [*Espagne: un «suicide assisté» relance le débat sur l'euthanasie. Sampedro, tétraplégique, s'est empoisonné au cyanure.*](#), *Libération*, 22 janvier 1998, sur [liberation.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

T. Fillon, [*Espagne : la loi sur l'euthanasie, étendard du nouveau gouvernement de Pedro Sanchez*](#), *France 24*, 13 février 2020, sur [france24.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

S. Morel, [*En Espagne, la légalisation de l'euthanasie est devenue un thème de campagne*](#), *Le Monde*, 8 avril 2019, sur [lemonde.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

France 24, [*Pedro Sanchez reconduit au pouvoir en Espagne à la tête d'une coalition de gauche*](#), *France 24*, 7 janvier 2020, sur [france24.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

S. Morel, [*En Espagne, le Parlement approuve le droit à l'euthanasie*](#), *Le Monde*, 18 décembre 2020, sur [lemonde.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Le Portugal

Texte de loi

(pt) [Projecto de Lei n° 67/XIV/1a](#), sur [app.parlamento.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 3 mars 2021]

Presse

[Le Parlement portugais a dit non à l'euthanasie](#), *Euronews*, 1^{er} juin 2018, sur [fr.euronews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

M. Tresca, [Au Portugal, les religions font barrage contre la dépénalisation de l'euthanasie](#), *La Croix*, 17 février 2020, sur [la-croix.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Le Portugal avance vers la légalisation de l'euthanasie](#), *L'Obs*, 20 février 2020, sur [nouvelobs.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

[Le Portugal se prépare à légaliser l'euthanasie](#), *Sud-Ouest*, 20 février 2020, sur [sudouest.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

F. Musseau, [Au Portugal, le droit à l'euthanasie en bonne voie d'approbation](#), *Libération*, 21 février 2020, sur [liberation.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

S. Morel, [Au Portugal, le Parlement légalise l'euthanasie](#), *Le Monde*, 29 janvier 2021, sur [lemonde.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

C. Thibaud, [Le Portugal approuve la dépénalisation de l'euthanasie](#), *Les Échos*, 20 février 2020, sur [lesechos.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

La Colombie

Texte de loi

(es) Code Pénal, [Article 106](#), sur [biblioteca.cejamericas.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Décisions juridiques

(en) Corte Constitucional, [Decision C-239/97](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) Corte Constitucional, [Decision T-970/2014](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) Corte Constitucional, [Decision T-544/2017](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Publications d'instances officielles

(es) Ministerio de Salud y Protección Social, [Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia](#), 2015, sur [minsalud.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(es) Ministerio de Salud y Protección Social, [Resolución 825](#), 2018, sur [minsalud.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Articles scientifiques

(en) M. Ceasar, [Euthanasia in legal limbo in Colombia](#), *The Lancet*, 26 janvier 2008, Vol. 371, n° 9609, p. 290-291. DOI : [10.1016/S0140-6736\(08\)60150-6](#).

(en) E. Palomino, How to die in Colombia: A Constitutional Dilemma, *Asia Pacific Journal of Health Law & Ethics*, mars 2017, Vol. 10, n°2, p. 51-68, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021]. PMID : 1011120170100020051.

(en) J. M. Mendoza-Villa, L. A. Herrera-Morales, [Reflections on euthanasia in Colombia](#), *Colombian Journal of Anesthesiology*, Octobre-Décembre 2016, Vol. 44, n° 4, p. 324-329. DOI : [10.1016/j.rcae.2016.06.007](#).

(en) L. L. López Benavides, [The right to die with dignity in Colombia](#), *Forensic Research & Criminology International Journal*, 2018, Vol. 6, n° 6, p. 426-429. DOI : [10.15406/frcij.2018.06.00239](#).

Presse

(en) M. A. Triviño, [Colombia has regulated euthanasia for children and adolescents](#), *Latin American Post*, 13 mars 2018, sur [latinamericanpost.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

L'Afrique du sud

Décision juridique

(en) *Minister of Justice and Correctional Services v. Estate Stransham-Ford*, 6 décembre 2016, sur saflii.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Articles scientifiques

(en) M. L. J. Koenane, *Euthanasia in South Africa: Philosophical and theological considerations*, *Verbum et Ecclesia*, 2017, Vol. 38, n° 1, a1549. DOI : [10.4102/ve.v38i1.1549](https://doi.org/10.4102/ve.v38i1.1549).

(en) D. J. McQuoid-Mason, *Assisted suicide and assisted voluntary euthanasia: Stransham-Ford High Court case overruled by the Appeal Court – but the door is left open*, *South African Medical Journal*, mai 2017, Vol. 107, n° 5, p. 381-382. DOI : [10.7196/SAMJ.2017.v107i5.12450](https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i5.12450).

L'Allemagne

Textes de loi

(en) Code Criminel Allemand, *Article 217*, sur gesetze-im-internet.de, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(en) Basic Law for the Federal Republic of Germany, *Article 2*, sur gesetze-im-internet.de, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Décision de justice

(en) BVerfG, *Judgment of the Second Senate of 26 February 2020*, IV, 2, 26 février 2020, sur bundesverfassungsgericht.de, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Article scientifique

R. Horn, The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: The German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide, *Journal of Medical Ethics*, 2020, Vol. 46, n° 6, p. 416-417. DOI: [10.1136/medethics-2020-106197](https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106197).

Coupure presse

M. Gagnon, [*Assisted suicide debate: Time to let euthanasia die*](#), 6 novembre 2015, sur [dw.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Page web

(en) [*Germany: Constitutional Court Strikes Down Provision Criminalizing Commercial Assisted Suicide*](#), 29 avril 2020, sur [loc.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

L'Italie**Texte de loi**

(it) Code Pénal, [Article 580](#), sur [perma.cc](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Article scientifique

(en) G. Montanari Vergallo, [*The Marco Cappato and Fabiano Antoniani \(dj Fabo\) Case Paves the Way for New Assisted Suicide Legislation in Italy: An Overview of Statutes from Several European Countries*](#), *European Journal of Health Law*, 2019, Vol. 26, n° 3, p. 221-239. DOI : [10.1163/15718093-12261428](#).

Presse

[*Italie : la Cour constitutionnelle rend possible le suicide assisté*](#), *Le Monde*, 27 septembre 2019, sur [lemonde.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Page web

(en) Italy: Criminal Code Provision Outlawing Assisted Suicide Ruled Unconstitutional, 7 janvier 2020, sur [loc.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Glossaire

Publication d'instance officielle

Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, [Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques](#), 11 septembre 2017, sur health.belgium.be, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Ouvrages

(en) T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA; 1st edition, 1979. ISBN: 978-0195024883.

(en) T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA; 8th edition, 2019. ISBN: 978-0190640873.

T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, Paris, 2008, ISBN : 978-2251430157.

Article scientifique

J. A. C. Rietjens *et al.*, [Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care](#), *The Lancet Oncology*, 2017, Vol. 18, n° 9, p. 543-551. DOI : [10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X).

Responsable de production éditoriale : Centre national des soins palliatifs
et de la fin de vie (CNSPFV)

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit,
des pages publiées dans la présente synthèse doit faire mention du CNSPFV comme suit :
*CNSPFV. Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde, Paris : CNSPFV,
mars 2021, 172 p.*

Édition : CNSPFV
Responsable de la publication : Brahim Bouselmi
Graphiste : Isabelle Pamart
Indexation : Palli@Doc/VigiPallia

Dépôt légal : 03/2021.
ISBN : 978-2-9561977-9-9

Les législations concernant l'aide active à mourir ont été débattues et votées dans un nombre croissant de pays ces dernières années, aussi bien en Europe qu'en Australie ou en Amérique du Nord. Que recouvrent précisément ces lois ? Quelles sont leurs modalités de mise en œuvre ? Quels sont les patients qui peuvent demander un recours à l'aide active à mourir ? Quels sont les mécanismes de contrôle instaurés pour s'assurer de la conformité de la pratique dans chaque pays ?

Ce dossier réunit en un unique document une présentation des différentes législations en vigueur ou en cours de promulgation sur l'euthanasie et le suicide assisté, au 31 janvier 2021. Pour chacune, un historique des débats et les fondements juridiques sur lesquels elles reposent sont développés, leur contenu est détaillé et les questions qui demeurent au-delà de leur entrée en vigueur sont mises en lumière.

Retrouvez nos publications sur **www.parlons-fin-de-vie.fr**

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
35 rue du Plateau – CS 20004 – 75958 Paris cedex 19
01 53 72 33 00



Fin de vie
Soins Palliatifs
CENTRE NATIONAL