



BIBLIOTHÈQUE *du* PARLEMENT

LIBRARY *of* PARLIAMENT

ÉTUDE GÉNÉRALE



Euthanasie et suicide assisté : l'expérience internationale

Publication n° 2011-67-F
Le 8 avril 2011
Révisée le 25 octobre 2013

Julia Nicol
Marlisa Tiedemann
Dominique Valiquet

Division des affaires juridiques et sociales
Service d'information et de recherche parlementaires

Les **études générales** de la Bibliothèque du Parlement sont des analyses approfondies de questions stratégiques. Elles présentent notamment le contexte historique, des informations à jour et des références, et abordent souvent les questions avant même qu'elles deviennent actuelles. Les études générales sont préparées par le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque, qui effectue des recherches et fournit des informations et des analyses aux parlementaires ainsi qu'aux comités du Sénat et de la Chambre des communes et aux associations parlementaires, et ce, de façon objective et impartiale.

© Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, 2013

Euthanasie et suicide assisté : l'expérience internationale
(Étude générale)

Publication n° 2011-67-F

This publication is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	1
2	ÉTATS-UNIS.....	1
2.1	Contestation des lois des États interdisant le suicide médicalement assisté.....	1
2.1.1	Confirmation de la validité des lois des États de Washington et de New York interdisant le suicide assisté.....	2
2.1.2	Le consentement comme moyen de défense des médecins au Montana.....	2
2.1.3	Contestations constitutionnelles du Final Exit Network.....	3
2.1.3.1	Géorgie.....	3
2.1.3.2	Minnesota.....	3
2.1.3.3	Arizona.....	4
2.1.4	Autres affaires récentes aux États-Unis.....	4
2.2	La <i>Death with Dignity Act</i> de l'Oregon.....	4
2.2.1	Dispositions.....	4
2.2.2	Contestations judiciaires.....	5
2.2.3	Rapports annuels.....	6
2.3	La <i>Death with Dignity Act</i> de l'État de Washington.....	7
2.4	Préoccupations exprimées au sujet des lois de l'Oregon et de l'État de Washington.....	8
2.5	L' <i>Act Relating to Patient Choice and Control at End of Life</i> du Vermont.....	8
2.6	Initiatives d'autres États.....	9
3	ROYAUME-UNI.....	9
3.1	Angleterre et Pays de Galles.....	9
3.2	Irlande du Nord.....	11
3.3	Écosse.....	11
4	PAYS-BAS.....	11
4.1	Élaboration de la loi.....	11
4.2	État actuel du droit.....	13

4.3	Statistiques et examens du système	14
5	AUSTRALIE	15
5.1	Le projet de loi du Territoire du Nord sur les droits des malades en phase terminale	15
5.2	Autres propositions législatives.....	16
6	BELGIQUE	16
7	SUISSE	17
8	FRANCE.....	19
9	LUXEMBOURG	19
10	COLOMBIE	20

ANNEXE A – STATUT JURIDIQUE ACTUEL DE L'EUTHANASIE ET
DE L'AIDE AU SUICIDE DANS DIVERS PAYS

EUTHANASIE ET SUICIDE ASSISTÉ : L'EXPÉRIENCE INTERNATIONALE

1 INTRODUCTION

Depuis quelques dizaines d'années, des mouvements en faveur de la légalisation du suicide médicalement assisté et, dans certains cas, de l'euthanasie se dessinent dans plusieurs pays. Parallèlement, d'autres voix continuent de s'opposer à la suppression des sanctions pénales à l'endroit de ceux qui, à la demande d'une personne, l'aident à mettre fin à ses jours ou provoquent sa mort. Il existe de nombreuses définitions possibles de l'euthanasie et du suicide assisté (aussi appelé « aide au suicide »), mais nous retenons celles-ci :

- L'*euthanasie* est un acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances.
- On entend par *suicide assisté* le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux¹.

Le présent document fait le point sur la situation dans les pays qui autorisent déjà, dans certaines circonstances, le suicide médicalement assisté ou l'euthanasie ou les deux et sur ce qui se passe dans certains pays et semble témoigner d'une plus grande acceptation de ces pratiques². On trouvera en annexe un tableau récapitulatif du statut juridique actuel de l'euthanasie et du suicide assisté dans différents pays. Il est à noter qu'au Canada, tant l'euthanasie que le suicide assisté sont illégaux³.

2 ÉTATS-UNIS

À ce jour, l'Oregon, Washington et le Vermont sont les seuls États à avoir adopté des lois autorisant explicitement une forme quelconque de suicide médicalement assisté. Par ailleurs, la Cour suprême du Montana a conclu que les médecins pouvaient invoquer le consentement comme moyen de défense, dans certaines conditions, en cas de poursuite pour avoir aidé quelqu'un à se suicider⁴. Il n'existe guère aux États-Unis de jurisprudence sur les lois des États qui autorisent le suicide médicalement assisté. En fait, la jurisprudence en l'espèce concerne essentiellement les lois des États qui l'interdisent explicitement.

2.1 CONTESTATION DES LOIS DES ÉTATS INTERDISANT LE SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

La majorité des États américains ont des lois qui interdisent explicitement le suicide assisté, tandis que d'autres s'appuient pour l'interdire sur la jurisprudence en matière de crimes de common law qui s'est développée au fil des décisions judiciaires. Aucun État américain n'a légalisé l'euthanasie. En fait, les affaires d'euthanasie sont jugées en application des lois sur les homicides⁵.

2.1.1 CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ DES LOIS DES ÉTATS DE WASHINGTON ET DE NEW YORK INTERDISANT LE SUICIDE ASSISTÉ

Le 1^{er} octobre 1996, la Cour suprême des États-Unis a accepté d'entendre en appel les décisions de deux cours d'appel des États de Washington et de New York déclarant inconstitutionnelles les lois interdisant le suicide médicalement assisté. La Cour suprême avait auparavant refusé d'entendre en appel une décision de la Cour d'appel de l'État du Michigan qui confirmait la validité d'une loi interdisant le suicide assisté adoptée après que le célèbre médecin et défenseur de l'euthanasie, Jack Kevorkian, avait entrepris d'aider des malades en phase terminale à mourir.

Le 26 juin 1997, la Cour suprême a infirmé les deux décisions et maintenu les lois des États de Washington et de New York interdisant le suicide assisté. Depuis lors, les cours d'appel d'autres États, dont l'Alaska et le Colorado, ont conclu que les lois criminalisant le suicide assisté ne sont pas contraires à leurs Constitutions respectives et en ont donc confirmé la validité⁶. Le fait que les tribunaux aient déclaré ces lois constitutionnelles ne signifie pas pour autant qu'une loi autorisant le suicide assisté serait automatiquement déclarée inconstitutionnelle. L'Oregon, l'État de Washington et le Vermont ont adopté de telles lois. Celle de l'Oregon a été contestée, mais les tribunaux en ont confirmé la validité (voir la section 2.2.2 « Contestations judiciaires de la *Death with Dignity Act* »).

2.1.2 LE CONSENTEMENT COMME MOYEN DE DÉFENSE DES MÉDECINS AU MONTANA

En octobre 2007, au Montana, décidés à contester les lois interdisant le suicide assisté, deux patients en phase terminale, quatre médecins et une organisation de défense des droits des malades ont saisi la cour de district afin d'obtenir le droit de mourir dans la dignité. Ils alléguaient que l'application des lois du Montana sur les homicides aux médecins qui aident des malades sains d'esprit parvenus en phase terminale à mourir contrevient à l'article 2 de la Constitution de l'État qui protège le droit au respect de la vie privée et à la dignité humaine. La cour de district, saisie en première instance, a statué que le droit de mourir dans la dignité des malades sains d'esprit mais en phase terminale fait partie des droits protégés par la Constitution, ce même droit comprenant l'immunité contre les poursuites pour les médecins qui les aident à mourir⁷.

Le gouvernement du Montana a fait appel de la décision devant la Cour suprême de l'État, qui a statué sans traiter la question constitutionnelle. La Cour a conclu à la majorité dans son arrêt de décembre 2009 que les médecins peuvent invoquer le consentement comme moyen de défense lorsqu'ils sont accusés d'homicide pour avoir aidé un patient sain d'esprit parvenu en phase terminale à se suicider⁸. Ainsi, le défendeur peut soutenir que la victime a consenti à l'acte qu'il a commis et qu'il ne devrait par conséquent pas être déclaré coupable⁹. Les médecins du Montana qui prescrivent à un patient sain d'esprit en phase terminale un médicament pour qu'il puisse se suicider peuvent donc se défendre contre les accusations d'homicide. Cependant, comme le jugement de décembre 2009 ne concerne que les médecins, toute autre personne pourrait ne pas bénéficier des mêmes protections dans cet État¹⁰.

Cette décision a fourni un moyen de défense aux médecins de l'État, mais sans définir aucune procédure, norme ou protection. Au Montana, le suicide assisté n'est aucunement réglementé, tandis que dans l'Oregon, au Vermont et dans l'État de Washington, les lois sur le suicide assisté prévoient des protections. Le projet de loi 505 de la Chambre du Montana, qui proposait d'annuler l'arrêt de la Cour suprême de l'État et d'interdire le suicide assisté au Montana, a été rejeté par le Sénat de l'État en avril 2013¹¹. Le projet de loi 220 du Sénat du Montana, qui visait à légaliser le suicide assisté et prévoyait un cadre de réglementation, a été rejeté le même mois¹².

2.1.3 CONTESTATIONS CONSTITUTIONNELLES DU FINAL EXIT NETWORK

2.1.3.1 GÉORGIE

En 2008, un malade en phase terminale est décédé en Géorgie avec l'aide présumée du Final Exit Network (FEN), organisme défendant le droit de mourir. Le FEN et quatre de ses membres – Thomas (Ted) Goodwin, Lawrence Egbert, Nicholas Sheridan et Claire Blehr – ont été accusés d'avoir aidé John Celmer à se suicider et d'avoir commis d'autres infractions connexes après le décès de celui-ci.

Pour être reconnu coupable d'avoir aidé quelqu'un à se suicider aux termes de la loi de la Géorgie, il fallait qu'il y ait une annonce publique du suicide assisté ou que l'on ait offert en public d'aider à accomplir cet acte. Le suicide assisté était donc légal, tant qu'il demeurait une affaire privée¹³. Les accusés ont contesté la constitutionnalité de la loi au regard des constitutions fédérale et étatique, avançant plusieurs motifs, dont une violation du droit à la liberté d'expression liée à la disposition sur le caractère public du crime. Le 6 février 2012, la Cour suprême de la Géorgie (la plus haute cour d'appel de l'État) a statué que la loi portait atteinte à la liberté d'expression et contrevenait à la fois à la Constitution des États-Unis et à celle de la Géorgie. Toutes les accusations ont été rejetées. En réponse, l'Assemblée législative de l'État a adopté, le 29 mars 2012, une loi criminalisant le suicide assisté. La nouvelle loi supprime l'élément de l'infraction lié à son caractère public, mais limite également la portée des dispositions relatives au suicide assisté¹⁴.

2.1.3.2 MINNESOTA

Il est apparu au cours de l'enquête menée en Géorgie qu'au Minnesota, une femme nommée Doreen Dunn avait peut-être aussi reçu l'aide de membres du FEN pour se suicider en 2007. Le FEN et quatre de ses membres, dont deux des accusés dans l'affaire en Géorgie (M. Goodwin et le D^r Egbert), ont été inculpés de plusieurs chefs d'accusation, parmi lesquels celui d'avoir aidé quelqu'un à se suicider¹⁵.

Les accusés ont contesté la loi du Minnesota sur le suicide assisté pour des motifs analogues à ceux invoqués dans la contestation en Géorgie. La loi criminalise « le fait de conseiller, d'encourager ou d'aider autrui à s'enlever la vie ». En septembre 2013, dans une décision non publiée qui ne fait pas jurisprudence, la Cour d'appel de l'État a conclu que l'interdiction de conseiller ou d'encourager le suicide porte atteinte de façon injustifiable à la libre expression et qu'elle est d'une portée excessive. L'affaire sera renvoyée pour un nouveau procès relativement à une accusation d'aide au suicide. Selon les médias, le procureur du comté de Dakota (Minnesota) prévoit d'appeler de la décision¹⁶.

Cette décision semble contraire à une décision antérieure du même tribunal selon laquelle la même loi *serait* constitutionnelle. Dans cette affaire, un ancien infirmier, William Melchert-Dinkel, avait encouragé, en passant par Internet, un Britannique et une Canadienne à s'enlever la vie. Par contre, son motif semble avoir été entièrement différent de celui des membres du FEN : il voulait regarder les suicides et prétendait être lui-même suicidaire. La Cour d'appel a conclu que le langage utilisé par Melchert-Dinkel n'était pas protégé par ladite loi et que celle-ci n'était ni imprécise ni de portée excessive. Cette affaire est maintenant devant la Cour suprême de l'État¹⁷.

2.1.3.3 ARIZONA

Dans une autre affaire concernant quatre membres du FEN, dont le D^r Lawrence D. Egbert, deux des défendeurs ont plaidé coupables à des infractions mineures. Un jury a exonéré le D^r Egbert en 2011 et n'est parvenu à aucune conclusion dans le cas du dernier défendeur, qui a plaidé coupable par la suite à une infraction mineure plutôt que de subir un nouveau procès¹⁸.

2.1.4 AUTRES AFFAIRES RÉCENTES AUX ÉTATS-UNIS

Deux médecins du Connecticut ont intenté une action en justice semblable à celle du Montana. Ils contestaient la loi de l'État sur le suicide assisté, sans que ce soit, toutefois, en rapport avec des patients en particulier. Dans le jugement rendu en juin 2010, la Cour supérieure déboute les demandeurs au motif, entre autres, que c'est à l'Assemblée législative du Connecticut et non aux tribunaux qu'il incombe d'autoriser ou pas les médecins à aider des patients à se suicider¹⁹.

En mars 2012, deux médecins et une femme atteinte d'un cancer de l'ovaire à un stade avancé ont décidé de contester la loi du Nouveau-Mexique qui interdit aux médecins d'aider des patients en phase terminale à se suicider. L'affaire doit être entendue en décembre 2013. Les demandeurs soutiennent que la loi de l'État interdisant le suicide assisté ne s'applique pas au cas d'un médecin qui délivre une ordonnance à une personne saine d'esprit parvenue en phase terminale. Ils invoquent également des arguments constitutionnels. S'ils obtiennent gain de cause, l'affaire pourrait avoir des répercussions dans d'autres États dont les lois sont rédigées dans des termes similaires²⁰.

2.2 LA *DEATH WITH DIGNITY ACT* DE L'OREGON

2.2.1 DISPOSITIONS

En novembre 1994, les électeurs de l'Oregon ont adopté la « Measure 16 », proposition législative soumise à un référendum visant à permettre à tout adulte en phase terminale résidant dans l'État et dont l'espérance de vie serait inférieure à six mois de se faire prescrire des médicaments pour mettre fin à ses jours. Avant qu'un médecin puisse délivrer une telle ordonnance, certaines conditions doivent être réunies, dont les suivantes :

- Le patient doit demander les médicaments deux fois de vive voix à au moins 15 jours d'intervalle et une fois par écrit. La demande par écrit doit être signée en présence de deux témoins, et la loi prescrit les critères auxquels doivent

répondre les témoins. Il doit s'écouler 48 heures entre la demande écrite et la délivrance de l'ordonnance.

- Le patient doit obtenir un deuxième avis médical.
- Le patient doit être jugé « apte », ce qui signifie que
 - de l'avis d'un tribunal ou de son médecin traitant ou d'un médecin consultant, d'un psychiatre ou d'un psychologue, le patient a la capacité de prendre des décisions concernant les soins de santé et de les communiquer aux fournisseurs de soins, y compris, en leur absence, par l'intermédiaire de personnes comprenant la manière de communiquer du patient²¹.
- Si l'un des médecins est d'avis que le jugement du patient est peut-être altéré par un trouble de nature psychiatrique ou psychologique ou par la dépression, il doit aiguiller ce patient vers des services de thérapie et s'abstenir de lui prescrire les médicaments demandés jusqu'à ce qu'il ait été établi que son jugement n'est pas diminué.
- Le médecin doit vérifier que le patient prend sa décision en toute connaissance de cause, c'est-à-dire, selon la définition de la loi, que la décision est fondée sur une évaluation des faits pertinents et n'est prise qu'après que le médecin traitant a fourni tous les renseignements suivants :
 - le diagnostic médical et le pronostic;
 - les risques potentiels associés au médicament qui sera prescrit;
 - la conséquence probable de l'ingestion du médicament qui sera prescrit;
 - les autres solutions possibles, entre autres, les soins de confort, les soins palliatifs et le soulagement de la douleur²².
- Le médecin doit demander au patient d'informer son plus proche parent de sa demande d'ordonnance, mais il ne peut pas l'y obliger.

Des détails doivent être consignés dans le dossier médical du patient sur les demandes, le diagnostic, le pronostic, les conseils formulés et la proposition répétée du médecin d'annuler la demande. Les médecins sont également tenus de notifier les Services sociaux de l'Oregon une fois l'ordonnance rédigée²³.

2.2.2 CONTESTATIONS JUDICIAIRES

Une contestation judiciaire a empêché la promulgation de la « Measure 16 » jusqu'à la fin de 1997. L'Assemblée législative de l'Oregon a alors décidé de soumettre la *Death with Dignity Act* à un nouveau référendum au cours duquel les électeurs de l'Oregon ont confirmé leur soutien par une majorité de 60 %, et la loi est entrée en vigueur en novembre 1997²⁴.

Les adversaires de la *Death with Dignity Act* n'ont pas tardé à demander au gouvernement fédéral d'intervenir contre l'initiative de l'État. Leur démarche a d'abord semblé infructueuse, mais après un changement de gouvernement à Washington en 2001, une règle interprétative a été publiée afin de clarifier la situation juridique en droit fédéral des médecins qui aideraient un patient à se suicider. Selon cette règle, les médecins qui prescrivent, dispensent ou administrent des substances sous réglementation fédérale pour aider une personne à se suicider contreviennent à

la *Controlled Substances Act*²⁵. En janvier 2006, toutefois, la Cour suprême des États-Unis a statué dans l'affaire *Gonzales v. Oregon* que la règle interprétative était invalide parce qu'elle outrepassait les pouvoirs conférés au procureur général par la *Controlled Substances Act*²⁶.

2.2.3 RAPPORTS ANNUELS

En vertu de la *Death with Dignity Act*, les Services sociaux (Department of Human Services) de l'Oregon doivent examiner les renseignements recueillis conformément à cette loi et présenter un rapport annuel. Voici, au tableau 1, les faits saillants des statistiques fournies dans les rapports depuis l'entrée en vigueur de la loi :

Tableau 1 – Statistiques annuelles concernant la *Death with Dignity Act* de l'Oregon, 1998-2012

Année	Ordonnances de médicaments létaux déclarées	Décès par ingestion du médicament prescrit déclarés ^a	Décès par suicide médicalement assisté déclarés (pour mille décès)
1998	24	16	0,55
1999	33	27	0,92
2000	39	27	0,91
2001	44	21	0,71
2002	58	38	1,22
2003	68	42	1,36
2004	60	37	1,23
2005	65	38	1,2 ^b
2006	65	46	1,47
2007	85	49	1,56
2008	88	60	1,94
2009	95	59	1,93
2010	97	65	2,09
2011	114	71	2,25
2012	115	77	2,35

- Notes :
- Les rapports des Services sociaux de l'Oregon citent également les cas où l'on ne sait pas ce qu'il est advenu de la personne à qui une ordonnance a été délivrée.
 - Le chiffre de 1,2 décès par suicide médicalement assisté pour 1 000 décès en 2005 n'est qu'une estimation, mais le rapport annuel pour 2005 ne précise pas pourquoi. Voir Oregon, Department of Human Services, Office of Disease Prevention and Epidemiology, [Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act](#), Portland (Oregon), 9 mars 2006.

Sources : Oregon Department of Human Services, [Prescription History – Oregon Death with Dignity Act](#), 1998-2012; et Oregon Health Authority, « [Death with Dignity Act Annual Reports](#) », 1998-2012.

Même si le nombre d'ordonnances délivrées et de décès par ingestion a augmenté presque tous les ans depuis l'adoption de la loi, le nombre d'ordonnances délivrées reste relativement faible pour un État qui compte près de 4 millions d'habitants. En 2012, le nombre de suicides médicalement assistés par rapport au nombre total de décès était d'un peu plus de deux pour 1 000 décès.

Les rapports annuels fournissent des données agrégées sur l'identité des personnes qui optent pour le suicide assisté :

- 52 % sont des hommes;
- 69 % sont âgées de 65 ans ou plus;
- 98 % sont de race blanche;
- 45 % sont titulaires au moins d'un baccalauréat;
- 90 % ont été admises en soins palliatifs et 95 % sont décédées à leur domicile;
- 65 % bénéficient d'un régime d'assurance-maladie privé et 34 %, d'une assurance-maladie publique quelconque;
- 80 % sont atteintes d'un cancer.

Les trois raisons le plus souvent mentionnées pour expliquer le choix du suicide assisté sont la crainte de la perte d'autonomie, la réduction de la capacité de s'adonner à des activités qui rendent la vie agréable et la perte de dignité²⁷.

2.3 LA *DEATH WITH DIGNITY ACT* DE L'ÉTAT DE WASHINGTON

Sanctionnée par référendum le 4 novembre 2008, la *Death with Dignity Act* de l'État de Washington est entrée en vigueur le 5 mars 2009²⁸. Inspirée de la loi de l'Oregon, elle impose des obligations de déclaration et confère au ministère de la Santé un rôle de collecte de données et de surveillance semblable à celui des services sociaux de l'Oregon²⁹. Le tableau 2 présente les faits saillants des statistiques fournies dans les rapports depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Tableau 2 – Statistiques annuelles concernant la *Death with Dignity Act* de l'État de Washington, 2009-2012^a

Année	Ordonnances de médicaments létaux déclarées	Décès déclarés dans le cadre de la <i>Death and Dignity Act</i> (personnes à qui une ordonnance a été délivrée)
2009 ^b	63	36
2010	87	51
2011	103	101
2012	121	83

Notes :

- Les statistiques du ministère de la Santé de l'État de Washington concernant les personnes décédées par suicide assisté diffèrent de celles des Services sociaux de l'Oregon (voir le tableau 1). Le total de l'État de Washington comprend les personnes dont le décès est consécutif à l'ingestion du médicament prescrit et celles à qui a été délivrée une ordonnance, mais dont le décès est attribuable à d'autres causes, comme une maladie en phase terminale. Les statistiques de l'Oregon concernent uniquement les décès attribuables à l'ingestion du médicament prescrit. Cependant, le profil démographique des personnes concernées est semblable. Les rapports des deux États citent également les cas où l'on ne sait pas ce qu'il est advenu de la personne à qui a été délivrée une ordonnance.

- Les chiffres pour 2009 correspondent à la période commençant le 5 mars 2009, date d'entrée en vigueur de la loi.

Source : Washington State Department of Health, [Death with Dignity Act](#) (rapports annuels, 2009-2012).

2.4 PRÉOCCUPATIONS EXPRIMÉES AU SUJET DES LOIS DE L'OREGON ET DE L'ÉTAT DE WASHINGTON

Nombre de personnes ont exprimé des préoccupations relativement à la *Death with Dignity Act* de l'Oregon et à la loi correspondante de l'État de Washington. Certains commentateurs et organismes opposés au suicide assisté craignent que les assureurs n'y voient une solution de rechange intéressante d'un point de vue économique, comparativement aux soins coûteux nécessaires pour maintenir en vie des malades en phase terminale. D'après Fox News et d'autres médias, en Oregon, Medicaid a refusé pour des raisons de coût de couvrir l'accès de patients à des traitements non curatifs nécessaires au maintien de la vie parce qu'ils ne guériraient pas leur cancer – même si le traitement pouvait prolonger leur vie et en améliorer la qualité. (Medicaid est le régime de soins de santé public pour les résidents à faible revenu.) Toutefois, Medicaid aurait informé les malades que le régime couvrirait les soins de confort, y compris le coût de la prescription de médicaments provoquant la mort, s'ils voulaient qu'on les aide à se suicider³⁰. Cependant, selon le rapport annuel de 2012 de l'Oregon sur la *Death with Dignity Act*, seules 2,7 % des personnes décédées entre 1998 et 2012 après avoir ingéré le médicament prescrit s'inquiétaient du coût de leur traitement quand elles ont décidé de demander qu'on les aide à se suicider³¹. Dans l'État de Washington, le chiffre était de 5 % en 2012 et de 4 % en 2011³².

Selon le rapport annuel de 2012 de l'Oregon, 39 % des personnes décédées entre 1998 et 2012 après avoir ingéré le médicament prescrit craignaient de devenir un fardeau à la fin de leur vie³³. Dans l'État de Washington, 63 % des personnes qui avaient ingéré le médicament en 2012 et 54 % de celles qui l'avaient ingéré en 2011 avaient exprimé de telles préoccupations³⁴. Parce qu'il n'est pas obligatoire qu'un médecin soit présent au moment du décès, certains s'inquiètent du risque d'abus, c'est-à-dire de ce que la personne soit amenée à ingérer le médicament sous la pression ou la contrainte. D'autres préoccupations concernent les problèmes de santé mentale qui échapperaient au diagnostic et pour lesquels aucune thérapie ne serait reçue avant la délivrance d'une ordonnance, la sous-déclaration par les médecins, l'absence de sanctions pour ceux qui ne se conforment pas aux exigences de la loi et l'absence de mécanismes de contrôle d'application de la loi³⁵.

2.5 L'ACT RELATING TO PATIENT CHOICE AND CONTROL AT END OF LIFE DU VERMONT

Le 20 mai 2013, le gouverneur du Vermont, Peter Shumlin, a promulgué la loi sur le choix des patients en fin de vie (Patient Choice at End of Life Act). Il s'agit de la première loi autorisant le suicide médicalement assisté adoptée par une assemblée législative aux États-Unis. Celles de l'Oregon et de l'État de Washington ont été adoptées par référendum. Cette loi-ci s'inspire de la loi de l'Oregon. Cependant, la disposition énonçant des exigences similaires à celles de l'Oregon doit expirer le 1^{er} juillet 2016. Après cette date, les exigences changeront, et il est possible qu'une personne avec un pronostic de six mois de survie puisse obtenir une ordonnance après une seule consultation médicale³⁶.

2.6 INITIATIVES D'AUTRES ÉTATS

Depuis 1991, quatre propositions de légalisation de l'euthanasie, du suicide assisté ou des deux soumises à un référendum ont été rejetées (y compris lors d'un référendum antérieur dans l'État de Washington). Depuis 1994, 135 projets de loi portant sur le sujet ont été déposés dans 27 États et un seul a été adopté : celui du Vermont³⁷. Les électeurs du Massachusetts ont rejeté récemment par une très faible marge une tentative de légalisation du suicide médicalement assisté dans cet État³⁸. En plus de l'Assemblée législative du Montana susmentionnée, un certain nombre d'assemblées d'État ont étudié en 2013 des projets de loi sur le suicide assisté, y compris celles des États suivants :

- le Connecticut (projets de loi 6645 et 6217 de la Chambre, et projets de loi 48 et 229 du Sénat), Hawaï (projet de loi 606 de la Chambre) et le Maine (document législatif 1065), mais toutes ces initiatives ont été rejetées;
- le Kansas (projets de loi 2068 et 2108 de la Chambre), le Massachusetts (projet de loi 1998 de la Chambre), le New Jersey (projet de loi 3328 de l'Assemblée et projet de loi 2259 du Sénat) et la Pennsylvanie (projet de loi 1032 du Sénat), ces dernières initiatives étant encore à l'étude au moment de la rédaction du présent document.

3 ROYAUME-UNI

3.1 ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES

La question des décisions de fin de vie est très controversée au Royaume-Uni, où l'euthanasie est illégale. Le suicide assisté l'est aussi, mais comme on le verra, une personne qui en aide une autre à se suicider n'est pas nécessairement poursuivie.

Le 19 mars 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a entendu la cause de Diane Pretty. M^{me} Pretty, paralysée à partir de la région cervicale par une maladie des motoneurones (trouble neurologique), n'avait pu obtenir du Directeur des poursuites pénales (DPP) l'assurance que son mari ne serait pas poursuivi s'il l'aidait à se suicider. La Cour a conclu que le rejet de la demande qu'elle avait présentée au DPP et l'interdiction du suicide assisté ne portaient atteinte à aucun de ses droits aux termes de la *Convention européenne des droits de l'homme* du Conseil de l'Europe³⁹.

En mars 2004, lord Joel Joffe a déposé à la Chambre des lords un projet de loi intitulé *Assisted Dying for the Terminally Ill* (aide à mourir pour les malades en phase terminale), qu'un comité spécial a été chargé d'étudier au mois de novembre suivant. Ce projet de loi ressemblait à maints égards à la *Death with Dignity Act* de l'Oregon. Le projet de loi de lord Joffe présentait cependant une différence de taille, en ceci qu'il autorisait non seulement le médecin à fournir au malade les moyens de mettre fin à ses jours (suicide assisté), mais aussi à mettre fin à la vie d'un patient qui en serait physiquement incapable (euthanasie). Le projet de loi différait aussi de la *Death with Dignity Act* en ceci que le patient devait faire sa demande de suicide assisté en présence d'un avocat qui, en qualité de témoin, devait attester que le

patient était sain d'esprit et être convaincu qu'il comprenait les conséquences de sa déclaration. Le projet de loi dispensait par ailleurs de l'obligation de participer à une mort assistée le médecin y opposant une objection de conscience.

Le comité spécial a remis en mars 2005 son rapport sur le projet de loi et, tout en faisant remarquer que les parlementaires n'auraient pas le temps de l'étudier en détail avant la fin de la session, il a formulé plusieurs recommandations visant les projets de loi de même nature qui pourraient être déposés ultérieurement. Ainsi, tout nouveau projet de loi devrait établir une nette distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie. Il devrait aussi décrire les mesures qu'un médecin peut ou ne peut pas prendre pour aider un patient à mettre fin à ses jours ou pour l'euthanasier⁴⁰. La Chambre des lords a débattu du rapport du Comité en octobre 2005, puis a rejeté le 12 mai 2006 un projet de loi subséquent présenté par lord Joffe.

Il y a quelques années, Debbie Purdy, qui souffrait de sclérose en plaques, a annoncé qu'elle souhaitait aller dans une clinique suisse pour mettre fin à ses jours. Elle craignait toutefois que son mari, Omar Puente, soit poursuivi au Royaume-Uni s'il l'accompagnait en Suisse. Elle voulait connaître la politique officielle du DPP en la matière et savoir si un citoyen britannique pouvait légalement aider quelqu'un à se suicider dans un pays comme la Suisse, où le suicide assisté est légal.

La Chambre des lords a statué que le DPP devait rendre la politique publique⁴¹. La version définitive de la politique, publiée en février 2010, précise clairement que le suicide assisté n'est pas décriminalisé. Elle établit cependant un processus en deux temps pour décider s'il y a lieu de porter des accusations : il faut d'abord déterminer si la preuve de l'infraction est suffisante, puis si la poursuite est dans l'intérêt public. Certains facteurs doivent aussi être pris en compte, comme de savoir si la personne qui s'est suicidée avait clairement déclaré son intention de le faire et de connaître les motifs de la personne qui l'y a aidée⁴².

En septembre 2010, une commission non gouvernementale sur l'aide à la mort (Commission on Assisted Dying) présidée par lord Charles Falconer a été chargée d'étudier la question⁴³. Elle a conclu dans son rapport remis en 2011 que le suicide assisté devrait être légalisé en Angleterre et au Pays de Galles, en recommandant néanmoins d'améliorer les services de santé et sociaux et d'adopter des critères d'admissibilité afin de veiller à protéger suffisamment les personnes vulnérables⁴⁴. Les critiques affirment que le rapport est faussé par le fait que les bailleurs de fonds de la commission et la majorité de ses membres étaient favorables à la modification de la loi avant le début des travaux de la commission. De plus, les groupes de l'autre camp auraient été exclus du débat, quand ils n'ont pas refusé d'y participer⁴⁵.

Le 16 mai 2013, lord Falconer a présenté à la Chambre des lords un nouveau projet de loi visant à légaliser le suicide médicalement assisté (pas l'euthanasie). Le projet de loi est très semblable aux lois de l'Oregon et de l'État de Washington, à quelques différences près. Un médecin ou une infirmière dûment autorisés peuvent aller jusqu'à aider la personne à ingérer ou à s'administrer le médicament. Le geste ultime doit cependant être accompli par le malade. Le professionnel de la santé doit rester à son chevet jusqu'à ce qu'il rende son dernier souffle ou qu'il décide de ne pas prendre le médicament⁴⁶.

En juillet 2013, la Cour d'appel d'Angleterre et du Pays de Galles (division civile) a rejeté une contestation des lois nationales concernant le suicide assisté et l'euthanasie. Tony Nicklinson et une personne qu'on a appelée AM, tous deux paralysés, avaient saisi la cour, rejoints plus tard par un autre demandeur, Paul Lamb (également paralysé). Quand M. Nicklinson est décédé peu après qu'une cour inférieure eut rendu sa décision, sa femme s'est portée demanderesse. La Cour d'appel a refusé d'instaurer pour les personnes accusées d'euthanasie ou d'aide au suicide un moyen de défense en common law fondé sur la nécessité. Elle a cependant conclu que la politique susmentionnée du DPP n'est pas assez claire pour que, dans toutes les situations, un individu sache s'il s'expose à des poursuites pour avoir aidé quelqu'un à se suicider. Ce manque de clarté a été jugé contraire à l'article 8 de la *Convention européenne des droits de l'homme*⁴⁷.

3.2 IRLANDE DU NORD

La juridiction du DPP ne s'étend pas au-delà de l'Angleterre et du Pays de Galles, mais l'Irlande du Nord s'est dotée d'une politique similaire, en collaboration avec le DPP⁴⁸.

3.3 ÉCOSSE

Contrairement à l'Angleterre, au Pays de Galles et à l'Irlande du Nord, l'Écosse n'a pas de loi qui interdise le suicide assisté. Selon les circonstances, les lois sur l'homicide pourraient cependant s'appliquer⁴⁹. Afin d'éliminer ce risque, Margo MacDonald, députée indépendante vivant avec la maladie de Parkinson, a présenté en 2010 au Parlement écossais un projet de loi visant à légaliser le suicide assisté. D'après le site Web du Parlement écossais, « le Parlement n'était pas d'accord avec les principes généraux du projet de loi », qui a été rejeté le 1^{er} décembre 2010⁵⁰. M^{me} MacDonald a entamé le processus en vue de présenter un nouveau projet de loi destiné à légaliser le suicide assisté⁵¹.

4 PAYS-BAS

4.1 ÉLABORATION DE LA LOI

Longtemps, le Code pénal néerlandais a interdit l'euthanasie. Il y est d'ailleurs prévu que quiconque inflige la mort à une autre personne à la demande expresse de celle-ci commet un acte criminel. Cependant, ceux qui pratiquaient l'euthanasie ne faisaient pas l'objet de poursuites du moment qu'ils se tenaient à certaines lignes directrices découlant d'une série de décisions judiciaires dégageant de toute responsabilité criminelle des médecins accusés d'euthanasie. Tous les critères suivants devaient ainsi être respectés :

- Le patient devait exprimer de manière explicite et répétée son désir de mourir.
- La décision du patient devait être éclairée, libre et persistante.

- Le patient devait éprouver de très grandes douleurs physiques ou mentales, sans perspective de soulagement (sans forcément être en phase terminale).
- Toutes les autres solutions devaient avoir été épuisées (de sorte que l'euthanasie est le dernier recours) ou refusées par le patient.
- Un médecin qualifié devait procéder à l'euthanasie.
- Le médecin devait consulter au moins un autre médecin (et il pouvait aussi consulter d'autres professionnels de la santé).
- Le médecin devait informer le coroner local qu'il y avait eu euthanasie.

En février 1993, les Pays-Bas ont adopté une loi sur la procédure de déclaration des cas d'euthanasie. Sans légaliser l'euthanasie, cette loi offrait un moyen de défense aux médecins qui respectaient certaines lignes directrices. En fait, elle les mettait à l'abri de poursuites.

En 1994, la Cour suprême des Pays-Bas a statué dans une affaire controversée que le D^r Boudewijn Chabot était, à proprement parler, coupable de participation à un suicide assisté. Aux prises avec un mariage violent, la mort de deux fils et 20 ans de dépression, la patiente du D^r Chabot, Hilly Bosscher, âgée de 50 ans, ne voulait tout simplement plus vivre. Après avoir travaillé avec elle pendant un certain temps, le D^r Chabot, estimant que la situation était sans espoir, avait considéré que ce serait un moindre mal de lui donner le moyen de se suicider sans douleur et de la manière la moins violente possible.

La Cour suprême a accepté le principe selon lequel le suicide assisté peut se justifier, même en l'absence de maladie physique, lorsque la souffrance psychique ou mentale est intense. Cependant, le D^r Chabot n'avait, selon elle, pas respecté les critères établis. Elle a toutefois refusé de prononcer une peine à son encontre. La question du suicide assisté destiné à soulager la souffrance non somatique (ou non physique) reste litigieuse.

En ce qui concerne les bébés, en 1995, les tribunaux néerlandais ont été saisis de deux cas distincts mais semblables où des médecins avaient mis fin à la vie de nouveau-nés gravement handicapés qui souffraient et dont l'espérance de vie ne dépassait pas un an. Dans les deux cas, le médecin avait agi à la demande expresse des parents. Les tribunaux ont conclu que les médecins avaient respecté la déontologie médicale⁵². En 2004, des médecins et le procureur de Groningue ont élaboré un protocole permettant de déterminer quand l'euthanasie de nouveau-nés devient une mesure adaptée. Le protocole de Groningue, ratifié par l'association nationale des pédiatres, n'a pas force de loi, mais apparemment, les médecins qui en respectent les dispositions ne font pas l'objet de poursuites⁵³. L'Association royale de médecine des Pays-Bas aurait proposé un nouveau critère pour déterminer dans quelles circonstances l'euthanasie d'un nouveau-né peut être autorisée. Elle recommande que l'on tienne compte, entre autres, de l'angoisse des parents qui voient souffrir leur enfant⁵⁴.

4.2 ÉTAT ACTUEL DU DROIT

En août 1999, les ministres de la Justice et de la Santé ont déposé à la Chambre des représentants – la Chambre basse du Parlement – un projet de loi visant à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté, sous réserve de certaines conditions. Ce projet de loi a été adopté à la Chambre des représentants le 28 novembre 2000 par 104 voix contre 50, et au Sénat le 10 avril 2001 par 46 voix contre 28⁵⁵.

Les nouvelles dispositions législatives n'apportent aucun changement de fond aux motifs pour lesquels l'euthanasie et le suicide assisté sont autorisés, mais précisent les critères de diligence raisonnable déjà énoncés, à savoir que le médecin doit :

- être convaincu que le patient formule sa demande de son plein gré et qu'il y a mûrement réfléchi;
- être convaincu que les souffrances du patient sont intolérables et sans perspective d'amélioration (sans qu'il s'agisse nécessairement d'une maladie en phase terminale);
- informer le patient de son état et de son pronostic;
- discuter de la situation avec le patient jusqu'à ce que tous deux conviennent qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable;
- avoir consulté au moins un autre médecin étranger au cas, qui doit ensuite examiner le patient et déclarer par écrit que le médecin traitant a satisfait aux critères de diligence raisonnable;
- procéder à l'interruption de la vie ou au suicide assisté avec toute la diligence et l'attention qu'exige la profession médicale.

Une personne peut rédiger à l'avance une directive expliquant les cas dans lesquels elle souhaiterait qu'ait lieu l'euthanasie. Les médecins doivent déclarer les cas à un comité d'examen régional, qui décide à la majorité des voix si les critères ont été respectés et renvoie les cas non conformes au service des poursuites pénales et à l'inspection des soins de santé⁵⁶.

L'élément le plus controversé du projet de loi était une disposition qui aurait autorisé un enfant à demander, dès l'âge de 12 ans, à être euthanasié ou à bénéficier d'un suicide assisté. La loi adoptée s'inspire de la loi néerlandaise sur l'accord du patient en matière de traitement médical, et le consentement parental est obligatoire pour les patients âgés de moins de 16 ans. En principe, ceux qui ont 16 et 17 ans peuvent décider eux-mêmes, mais leurs parents doivent toujours participer à leur réflexion.

Un article paru dans la revue médicale *The Lancet* en juin 2004 laissait entendre que la réglementation néerlandaise en matière d'euthanasie serait peut-être assouplie, en partie parce qu'en la forme actuelle, elle risque d'entraîner une sous-déclaration. La situation reste ambiguë en ce qui concerne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies qui ne sont pas en phase terminale. Il est question aux Pays-Bas d'autoriser les personnes qui sont tout simplement « fatiguées de vivre » de recourir à l'euthanasie et au suicide assisté⁵⁷. En 1998 (avant l'adoption de la loi actuellement en vigueur), un médecin a aidé un ancien sénateur âgé de

86 ans qui ne souffrait d'aucune maladie ou trouble physique ou psychiatrique à mourir parce qu'il ne voulait plus vivre. En appel, le médecin a été reconnu coupable d'avoir aidé quelqu'un à se suicider, car il n'avait pas respecté les critères établis par la jurisprudence, mais aucune sanction n'a été prononcée, car « il avait agi par profonde compassion pour son patient⁵⁸ », comme le rapportait dans un de ses articles le *British Medical Journal* de janvier 2003.

4.3 STATISTIQUES ET EXAMENS DU SYSTÈME

La plupart des cas déclarés de décès par euthanasie et par suicide assisté concernent des personnes atteintes d'un cancer. Le nombre des décès déclarés par euthanasie ou par suicide assisté a beaucoup augmenté ces dernières années (et même atteint 19 % entre 2009 et 2010). Bien que des comités d'examen régionaux aient examiné les raisons de ce phénomène, ils ne sont pas parvenus à déterminer avec certitude si l'euthanasie et le suicide assisté sont en augmentation ou si les médecins les déclarent plus souvent, étant donné que la déclaration n'était pas universelle auparavant. Depuis quelques années, le système fait l'objet de nombreux examens et études, tant officiels qu'indépendants⁵⁹. Le tableau 3 présente les faits saillants des statistiques publiées dans les rapports au cours des dernières années.

Tableau 3 – Statistiques annuelles concernant les décès déclarés aux termes de la loi des Pays-Bas sur l'euthanasie et le suicide assisté, 2003-2011

Année	Décès par euthanasie déclarés	Décès par suicide assisté déclarés	Décès par euthanasie et suicide assisté (combinés) déclarés
2003	1 626	148	41
2004	1 714	141	31
2005	1 765	143	25
2006	1 765	132	26
2007	1 923	167	30
2008	2 146	152	33
2009	2 443	156	37
2010	2 910	182	44
2011	3 446	196	53

Sources : Rapports annuels publiés par les comités régionaux d'examen de l'euthanasie, en particulier : [Annual Report 2011](#), La Haye, août 2012; [Annual Report 2010](#), La Haye, août 2011; [Annual Report 2009](#), La Haye, mai 2010; [2008 Annual Report](#), La Haye, avril 2009; [2007 Annual Report](#), La Haye, avril 2008; [2006 Annual Report](#), Arnhem (Pays-Bas), mai 2007; [2005 Annual Report](#), Arnhem, avril 2006; [2004 Annual Report](#), Arnhem, mars 2005; [2003 Annual Report](#), Arnhem, septembre 2004.

5 AUSTRALIE

5.1 LE PROJET DE LOI DU TERRITOIRE DU NORD SUR LES DROITS DES MALADES EN PHASE TERMINALE

En février 1995, le ministre en chef du Territoire du Nord de l'Australie a déposé à l'Assemblée législative du territoire un projet de loi d'initiative parlementaire, le *Rights of the Terminally Ill Bill (1995) (NT)*. Il s'agissait de permettre aux malades en phase terminale de demander l'aide d'une personne compétente sur le plan médical pour s'enlever volontairement la vie. Un comité spécial sur l'euthanasie a été chargé d'étudier le projet de loi et de présenter un rapport à l'Assemblée législative. Celle-ci, après avoir apporté plus de 50 amendements au projet de loi, l'a adopté en mai 1995 à 15 voix contre 10.

Le projet de loi a suscité une vive controverse, tant en Australie qu'ailleurs. Certains ont réclamé son abrogation et exhorté le gouverneur général de l'Australie à l'annuler en vertu du *Northern Territory (Self-Government) Act, 1978*. Cependant, l'administrateur du Territoire du Nord a sanctionné la loi en juin 1995 puis, en juin 1996, son règlement d'application, qui est entré en vigueur le 1^{er} juillet 1996, en même temps que la loi elle-même. Le Territoire du Nord est donc devenu le premier du monde à légaliser le suicide médicalement assisté et l'euthanasie.

Entre l'adoption de la loi en mai 1995 et son entrée en vigueur en juillet 1996, l'Assemblée législative du Territoire du Nord a encore modifié le texte pour porter de deux à trois le nombre de médecins mis à contribution, en précisant que l'un d'eux doit être un psychiatre accrédité et un autre, un spécialiste de la maladie dont est atteint le patient. La *Rights of the Terminally Ill Act, 1995 (NT)* comporte beaucoup de mesures de protection administratives et fait mention à de nombreuses reprises du traitement et du degré de souffrance « acceptable pour le patient ».

Pour essayer d'empêcher que le projet de loi devienne loi, le président de la section du Territoire du Nord de l'Association médicale australienne, le D^r Christopher Wake, et un dirigeant aborigène, le révérend Djinyini Gondarra, en ont contesté la validité. Ils avançaient notamment que l'exercice du pouvoir législatif est assujéti à l'obligation de protéger un « droit à la vie » inaliénable qui est profondément enraciné dans un régime démocratique et dans la common law. À une majorité de deux contre un, les juges de la Cour suprême du Territoire du Nord ont confirmé le projet de loi et déclaré qu'il ne leur appartenait pas de décider si les dispositions violaient un droit fondamental, car en l'absence d'une charte des droits consacrée dans la Constitution, la question était éthique, morale ou politique plus que juridique.

Certains trouvaient la loi modifiée trop complexe, mais fin septembre 1996, une première personne, un résident de Darwin souffrant depuis cinq ans d'un cancer de la prostate, s'en est prévalu, et la controverse a repris de plus belle. Selon les médias, l'injection létale a été déclenchée par un ordinateur portatif au moyen duquel le patient a confirmé sa volonté de mourir. (D'après un article paru dans le *Chicago Tribune* le 27 juillet 1996, un logiciel activait une seringue contenant un mélange de pentobarbital et de relaxant musculaire qui était raccordée par voie intraveineuse au

patient et par câble à l'ordinateur.) Trois autres personnes ont utilisé les dispositions de la loi avant que le Parlement national ne s'empresse de l'annuler.

En vertu de l'article 122 de la Constitution australienne, le Parlement national a pleins pouvoirs pour adopter des mesures législatives qui l'emportent sur les lois d'un territoire. En septembre 1996, M. Kevin Andrews, simple député du parti au pouvoir, a déposé un projet de loi d'initiative parlementaire visant à annuler la loi du Territoire du Nord sur l'euthanasie. Le 9 décembre 1996, la Chambre des représentants a adopté la *Euthanasia Laws Act, 1997* et le 24 mars 1997, le Sénat en a fait de même. La *Rights of the Terminally Ill Act, 1995* (NT) est ainsi devenue nulle et non avenue.

Depuis 2007, des sénateurs ont déposé au Sénat australien plusieurs projets de loi visant à abroger la *Euthanasia Laws Act, 1997*. Jusqu'à présent, aucun n'a été adopté⁶⁰.

5.2 AUTRES PROPOSITIONS LÉGISLATIVES

Depuis quelques années, de nombreuses propositions législatives portant sur l'euthanasie ont été présentées dans différents États et tous, sauf le Queensland, se sont penchés sur la question. Un projet de loi présenté en Nouvelle-Galles-du-Sud a été rejeté en mai 2013⁶¹. Un autre a été ajourné en deuxième lecture en Australie-Méridionale en mars 2013. En Tasmanie, la première ministre et le chef du parti écologiste ont publié en février 2013 un document de consultation et ont présenté un projet de loi d'initiative parlementaire – le *Voluntary Assisted Dying Bill* – en septembre 2013⁶². Soumis au vote le mois suivant, il n'a pas été adopté (11 voix en faveur et 13 contre). En octobre 2013, aucune des mesures législatives présentées au pays n'avait encore été adoptée.

6 BELGIQUE

La Belgique a légalisé l'euthanasie en 2002⁶³. Contrairement à la loi néerlandaise, la loi belge ne régit pas le suicide assisté⁶⁴, mais seulement l'euthanasie, qu'elle définit comme un acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une autre personne, à la demande de celle-ci. Tout adulte (18 ans) ou mineur émancipé (par mariage ou ordonnance judiciaire) qui est sain d'esprit et conscient peut déposer une demande s'il est atteint d'un mal incurable qui lui cause des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables⁶⁵. La loi énonce les conditions que doivent réunir la personne qui demande l'euthanasie et le médecin qui la pratique. Chaque fois qu'il pratique l'euthanasie, le médecin doit remplir un formulaire qui est ensuite examiné par une commission qui doit déterminer s'il a respecté les conditions et la procédure énoncées dans la loi. Si les deux tiers des membres de la commission sont d'avis que les conditions n'ont pas été respectées, le ministère public est saisi de l'affaire. Une personne peut exprimer à l'avance dans une directive sa volonté d'être euthanasiée, pour autant que certaines conditions soient remplies le moment venu, par exemple qu'elle ait perdu conscience. Le tableau 4 présente les faits saillants des statistiques publiées dans les rapports depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Tableau 4 – Statistiques annuelles concernant les décès déclarés aux termes de la Loi relative à l'euthanasie de la Belgique, 2002-2011

Année	Décès par euthanasie déclarés	Décès par euthanasie (pour 1 000 décès)
22 sept. 2002-31 déc. 2003 (environ 15 mois)	259	2
2004	349	3,6 (moyenne 2004-2005)
2005	393	3,6 (moyenne 2004-2005)
2006	429	4,4 (moyenne 2006-2007)
2007	495	4,4 (moyenne 2006-2007)
2008	704	7 (moyenne 2008-2009)
2009	822	7 (moyenne 2008-2009)
2010	953	10 (moyenne 2010-2011)
2011	1 133	10 (moyenne 2010-2011)

Sources : Belgique, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, [Rapports biennaux](#) concernant la *Loi relative à l'euthanasie*, 2004-2012.

Un certain nombre de projets de loi visant à modifier la loi relative à l'euthanasie étaient à l'étude à l'Assemblée législative fédérale en octobre 2013. Quelques-uns proposent de rendre l'euthanasie accessible à tous les mineurs et aux personnes atteintes de démence. D'autres visent à légaliser le suicide assisté et à exiger que l'on accorde plus d'attention aux soins palliatifs comme autre solution que l'euthanasie. D'après les médias, les législateurs se sont entendus pour modifier la loi de manière à autoriser les mineurs à demander l'euthanasie sous réserve de certaines conditions⁶⁶.

7 SUISSE

L'article 114 du Code pénal suisse interdit l'euthanasie, mais ce crime est passible d'une sanction moins sévère que d'autres actes considérés comme des homicides. Le meurtre, par exemple, entraîne une peine d'emprisonnement obligatoire minimale de cinq ans, alors que l'article 114 prévoit que quiconque tue une personne par compassion et à sa demande expresse est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement maximale de trois ans. L'article 115, qui traite du suicide assisté, prévoit que quiconque, mû par un mobile égoïste, incite ou aide une personne à se suicider est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement maximale de cinq ans. Le suicide assisté est donc implicitement autorisé si la personne qui en aide une autre à mourir n'est pas mue par un mobile égoïste. Comme l'article 115 ne régit pas explicitement le suicide assisté dans ces conditions, le Code pénal n'exige pas que ce soit un médecin qui aide la personne à mettre fin à ses jours, ni même qu'un médecin intervienne en quoi que ce soit, ce qui constitue une différence de taille avec les lois d'autres pays où le suicide assisté est autorisé⁶⁷.

De plus, comme le suicide assisté n'est pas limité aux malades en phase terminale ou aux résidents suisses, la Suisse est devenue une destination de choix pour les étrangers, surtout des Européens, qui souhaitent qu'on les aide à se suicider⁶⁸. Ainsi, le 1^{er} mars 2011, Nan Maitland, militante britannique du suicide assisté âgée

de 84 ans, s'est rendue dans une clinique suisse pour mettre fin à ses jours avec une assistance médicale. Elle souffrait d'arthrite, mais n'était pas en phase terminale et voulait simplement éviter un long déclin en vieillissant⁶⁹. La Canadienne Kathleen Carter s'est rendue en Suisse en 2010 pour s'enlever la vie. Elle souffrait d'une sténose du canal rachidien, une compression des nerfs ou compression médullaire, qui était douloureuse mais pas mortelle. Une fille et un gendre de M^{me} Carter sont les demandeurs dans une poursuite visant à obtenir la légalisation du suicide assisté en Colombie-Britannique⁷⁰. Susan Griffiths, une Canadienne atteinte d'une atrophie multisystématisée, s'est également rendue en Suisse pour mettre fin à ses jours en avril 2013.

En juillet 2008, le gouvernement suisse a demandé au Département fédéral de justice et de police un rapport sur la nécessité de mettre à jour les règles régissant le suicide assisté. Ce rapport, ainsi que des consultations menées en 2009 et 2010, se concentraient sur deux options : fournir un cadre législatif plus détaillé afin de réglementer le suicide assisté ou interdire les organisations qui aident quiconque à se suicider⁷¹. Pour finir, faute de consensus, le Conseil fédéral a décidé de ne pas modifier la loi⁷². Lors de votations dans le canton de Zurich, les électeurs se sont également prononcés contre l'interdiction du suicide assisté ou l'obligation minimale de résidence⁷³.

En janvier 2011, la Cour européenne des droits de l'homme a statué, dans le cas d'un ressortissant suisse qui n'avait pu obtenir une substance létale sans ordonnance, qu'il n'y avait pas eu atteinte au respect de sa vie privée garanti par la *Convention européenne des droits de l'homme*. Ernst G. Haas, qui souffre de graves troubles affectifs bipolaires, avait tenté par deux fois à ses jours et il n'avait pas réussi à convaincre un psychiatre de lui prescrire une dose létale d'un médicament. Il avait aussi essayé, en vain, d'obtenir des autorités fédérales et cantonales la permission de se procurer la dose en question sans ordonnance et, après le rejet de ses appels devant les tribunaux suisses, il s'était adressé à la Cour européenne. Tout en reconnaissant le droit d'une personne de décider de mettre fin à ses jours, lequel est garanti par le droit au respect de la vie privée prévu à l'article 8 de la Convention, la Cour a statué que l'État n'est pas tenu d'aider quiconque à obtenir ce type de médicament sans ordonnance. La Grande Chambre de la Cour européenne des droits de l'homme a refusé d'entendre l'appel de cette décision⁷⁴.

En mai 2013, la Cour européenne des droits de l'homme a entendu une autre affaire concernant la Suisse, cette fois portée à son attention par Alda Gross, qui était septuagénaire au début de la procédure. Elle n'était pas malade, mais ne voulait pas vivre le déclin mental et physique progressif qui peut accompagner le vieillissement. Elle avait exprimé à plusieurs reprises au fil des ans sa volonté de mourir. Les médecins n'étaient toutefois pas disposés à lui prescrire une substance létale, par crainte d'enfreindre leur code de déontologie ou de s'exposer à des poursuites. Dans une décision adoptée par quatre voix contre trois, les juges ont statué que la question à trancher différait de celle de l'affaire *Haas*. La Cour a conclu qu'en l'absence en Suisse de lignes directrices claires et juridiquement contraignantes, il était difficile de savoir dans quelle mesure M^{me} Gross avait le droit d'obtenir sur ordonnance un médicament létal pour se suicider. Il y avait donc atteinte au droit au respect de la vie privée garanti par l'article 8 de la *Convention européenne des droits de l'homme*. La Cour a laissé aux autorités suisses le soin d'élaborer les lignes directrices nécessaires pour remédier à la violation de l'article 8⁷⁵.

8 FRANCE

En France, le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, a relancé le débat sur l'euthanasie dans une entrevue publiée dans *Le Figaro* en août 2004. Il y demandait l'adoption d'une loi garantissant le droit de mourir dans la dignité, tout en excluant la légalisation de l'euthanasie. Il laissait entendre qu'un projet de loi définissant les solutions juridiques offertes aux patients en phase terminale serait déposé à l'Assemblée nationale avant la fin de l'année. En avril 2005, le Sénat français a approuvé des modifications au *Code de la santé publique*⁷⁶ concernant les soins en fin de vie. La loi ne traite ni du suicide assisté ni de l'euthanasie, mais de l'arrêt des traitements et de la prescription d'analgésiques lorsque ces mesures peuvent abrégé la vie d'un patient.

En mars 2008, un tribunal de Dijon a refusé à Chantal Sébire, atteinte d'une forme rare de cancer, le droit d'ingérer une dose létale de barbituriques sous la supervision d'un médecin. Selon le tribunal, la loi française de 2005 n'autorise pas les demandes de ce genre. M^{me} Sébire a été retrouvée morte dans son appartement peu après la décision. Elle avait apparemment absorbé des barbituriques. Aucune accusation n'a été portée dans cette affaire⁷⁷.

Il y a quelques années, la Commission des affaires sociales du Sénat français s'est penchée sur trois projets de loi semblables portant sur le suicide médicalement assisté et émanant de trois partis différents pour en dégager un projet de loi unique. Cependant, le Sénat a rejeté la proposition le 25 janvier 2011⁷⁸.

Pendant la campagne présidentielle de 2012, une des promesses du candidat François Hollande était de présenter un projet de loi sur l'aide à mourir. Une fois élu, il a demandé un rapport sur la question. Le rapport, publié en décembre 2012, souligne que la loi française est muette en ce qui concerne le suicide assisté, de sorte que la pratique ne constitue pas une infraction et ne fait l'objet d'aucune réglementation⁷⁹. En juillet 2013, également à la demande du président, le Comité consultatif national d'éthique a publié son avis sur la question. Il n'est pas parvenu à s'entendre à l'unanimité sur des recommandations en matière d'euthanasie ou de suicide assisté, la majorité de ses membres recommandant toutefois le statu quo⁸⁰. Les médias affirment néanmoins que le président Hollande compte présenter, d'ici la fin de 2013, un projet de loi, dont la teneur reste cependant inconnue.

9 LUXEMBOURG

Le Luxembourg est le dernier pays à avoir adopté une loi légalisant l'euthanasie et le suicide assisté (en 2008). La *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*⁸¹ énonce des critères semblables à ceux de la loi néerlandaise, mais en diffère sur certains points, dont l'âge auquel une personne peut demander l'euthanasie. Au Luxembourg, il faut avoir au moins 18 ans, l'âge de la majorité.

Adoptée en décembre 2008, la *Loi* est entrée en vigueur en mars 2009, non sans controverse⁸². Le Luxembourg est une monarchie constitutionnelle, et le grand-duc Henri, monarque catholique, comptait y opposer son veto pour des raisons de

conscience. Le Parlement a donc modifié la Constitution afin de réduire les pouvoirs du grand-duc en matière législative à la simple signature des lois⁸³.

Un cas d'euthanasie a été déclaré en 2009, quatre en 2010, cinq en 2011 et neuf en 2012⁸⁴.

10 COLOMBIE

En Colombie, l'euthanasie est un crime, cependant punissable d'une peine maximale moins lourde que l'homicide. En 1997, un particulier a contesté la validité de cette distinction en invoquant les droits à la vie et à l'égalité. Il soutenait notamment que les personnes jugées coupables d'euthanasie ne devraient pas bénéficier d'une peine maximale inférieure. La plus haute instance de Colombie, la Cour constitutionnelle, a rejeté la contestation et statué qu'un médecin ne pouvait pas être poursuivi pour euthanasie pour avoir aidé quelqu'un à mettre fin à ses jours si cette personne était atteinte d'une maladie en phase terminale et avait donné son consentement. Néanmoins, le « meurtre par compassion » reste un crime en Colombie si ces conditions ne sont pas réunies⁸⁵. La Cour a recommandé qu'on légifère en la matière, mais les efforts en ce sens ne semblent pas avoir porté leurs fruits, car la question est très litigieuse dans ce pays majoritairement catholique⁸⁶.

NOTES

1. Martha Butler *et al.*, [L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada](#), publication n° 2010-68-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 15 février 2013; et Canada, Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, [De la vie et de la mort – Rapport final](#), juin 1995. Les définitions utilisées dans cette étude sont les mêmes que celles que l'on trouve dans ces deux sources. À noter également que la terminologie employée pour parler du suicide assisté peut prêter à controverse; certains partisans de la pratique préfèrent des expressions comme « mourir dans la dignité » et « l'aide à mourir ».
2. Dans un certain nombre de pays, la loi est muette en ce qui concerne le suicide assisté, de sorte que celui-ci y est légal en théorie (p. ex. en Allemagne). Il n'est pas question de ces pays dans la présente étude, qui porte sur les mesures législatives et les décisions judiciaires. Il n'y est pas question non plus de certains pays, comme la Nouvelle-Zélande, où des projets de loi ont été proposés mais n'ont pas encore été adoptés. De plus, on n'y examine pas les politiques des associations médicales qui régissent l'exercice de la médecine ou les soins infirmiers. Enfin, l'interruption ou l'arrêt des traitements semblent moins prêter à controverse au Canada que l'euthanasie ou le suicide assisté, bien que l'application de la loi en la matière y fasse l'objet de contestations. La question de l'interruption ou de l'arrêt des traitements est également litigieuse dans d'autres pays. Elle sort cependant du cadre du présent document.
3. Butler *et al.* (2013). La loi canadienne en matière de suicide assisté est actuellement contestée devant les tribunaux. Le 13 juillet 2012, le gouvernement du Canada a fait appel d'un arrêt de la Cour suprême de la Colombie-Britannique déclarant la loi actuelle inconstitutionnelle. Aucune décision n'avait été rendue au moment de la rédaction de la présente étude.

4. Marie J. Shariff, « Immortal Beloved and Beleaguered: Towards the Integration of the Law on Assisted Death and the Scientific Pursuit of Life Extension », *Health Law in Canada*, août 2010, vol. 31, p. 6.
5. Nightingale Alliance, [Legal Status of Assisted Suicide/Euthanasia in the United States](#).
6. [Sampson v. Alaska](#), [2001] 31 P.3d 88, Alaska; [Sanderson v. People](#), [2000] n° 99CA0203, 8 juin 2000.
7. *Baxter v. Montana*, [2009] MT 449, par. 7.
8. *Ibid.*, par. 13.
9. [Code criminel](#), L.R.C. (1985), ch. C-46. L'art. 14 interdit d'invoquer comme défense au Canada que quelqu'un a consenti à ce que la mort lui soit infligée.
10. Nightingale Alliance, *Legal Status of Assisted Suicide/Euthanasia in the United States*.
11. États-Unis, Montana Legislature, « [Detailed Bill Information \(HB 505\)](#) ».
12. États-Unis, Montana Legislature, « [Detailed Bill Information \(SB 220\)](#) ».
13. Valerie Vollmar, [Georgia's Assisted Suicide Ban Lacks Patient Safeguards](#), *JURIST – Forum*, 18 avril 2012. Le procureur général de la Géorgie a reconnu que la loi avait été rédigée en 1994 pour empêcher des personnes qui, comme le D^r Jack Kevorkian, voudraient promouvoir leur cause sur la place publique d'aider quelqu'un à se suicider, tout en permettant aux médecins, aux familles et aux malades de prendre en privé des décisions de fin de vie.
14. États-Unis, Supreme Court of Georgia, [S11A1960. Final Exit Network, Inc. et al. v. State of Georgia](#), 290 Ga. 508, 6 février 2012; Vollmar (2012); États-Unis, Assemblée générale de Géorgie, [Projet de loi 1114 de la Chambre](#) – ce projet de loi modifie l'article 16-5-5 de l'*Official Code of Georgia*, et contient d'autres modifications corrélatives.
15. James C. Backstrom, procureur du comté de Dakota, [Public Comments Concerning the Prosecution of Final Exit Network, Inc., et al.](#), communiqué, 14 mai 2012.
16. *State of Minnesota v. Final Exit Network, Inc. et al.*, Cour d'appel de l'État du Minnesota, A13-0563, A13-0564 & A13-0565, 30 septembre 2013; Rochelle Olson, « [Minnesota's ban on suicide talk goes too far, court rules](#) », *Star Tribune*, 30 septembre 2013.
17. *State of Minnesota v. Melchert-Dinkel*, Cour d'appel de l'État du Minnesota, A11-0987, 17 juillet 2012.
18. Final Exit Network, [Final Exit Network Volunteers Found Innocent in Right-to-Die Case](#), communiqué, Phoenix, 22 avril 2011.
19. Shariff (2010), p. 6; *Blick v. Connecticut*, [2009] HHD-CV-09-5033392-S (Conn. Sup. Ct.).
20. « Cancer patient joins NM "right-to-die" law fight », NCEN.com, 9 mai 2012; [First Amended Complaint for Declaratory and Injunctive Relief, Morris et al. v. Brandenburg \(D.A.\) et King \(A.G.\)](#), n° D-202-CV-2012-02909, 9 mai 2012.
21. États-Unis, Oregon State Legislature, *The Oregon Death with Dignity Act*, Oregon Revised Statutes, ch. 127, 127.800, par. 1.01(3) [TRADUCTION].
22. *Ibid.*, par. 1.01(7).
23. *Ibid.*, 127.855, art. 3.09, « Medical record documentation requirements »; 127.865, art. 3.11, « Reporting requirements ».
24. États-Unis, Oregon, Public Health Division, [Death with Dignity Act History](#).

25. États-Unis, département de la Justice, [John Ashcroft, Attorney General, et al., Petitioners v. Oregon, et al.](#), sur requête en bref de certiorari adressée à la Cour d'appel des États-Unis (neuvième circuit), n° 04-623. On trouvera la règle interprétative à l'annexe D, p. 100a.
26. [Gonzales, Attorney General v. Oregon](#), [2006] (04-623) 368 F.3d 1118, 17 janvier 2006.
27. États-Unis, Oregon, Public Health Division, [Oregon's Death with Dignity Act – 2012](#), 16 janvier 2013, p. 4 à 6. Les chiffres fournis dans ce rapport annuel sont des moyennes pour la période allant de 1998 à 2012.
28. États-Unis, État de Washington, Department of Health, [Centre for Health Statistics: Death with Dignity Act](#). Pour en savoir plus sur le référendum, voir le site Internet du secrétaire d'État de l'État de Washington, Sam Reed, [Initiative Measure No. 1000](#), Elections & Voting.
29. Carol M. Ostrom, « [Initiative 1000 would let patients get help ending their lives](#) », *The Seattle Times*, 21 septembre 2008.
30. Susan Harding et personnel Web de KATU, « [Letter noting assisted suicide raises questions](#) », *Katu.com* [Portland], 30 juillet 2008; Dan Springer, « [Oregon Offers Terminal Patients Doctor-Assisted Suicide Instead of Medical Care](#) », *FoxNews.com*, 28 juillet 2008.
31. États-Unis, Oregon, Public Health Division (2013), p. 5.
32. États-Unis, État de Washington, Department of Health, [Washington State Department of Health 2012 Death with Dignity Act Report](#), 2012, p. 7.
33. États-Unis, Oregon, Public Health Division (2013), p. 5.
34. États-Unis, État de Washington, Department of Health (2012), p. 7.
35. Marilyn Golden, « [Too Many Flaws in the Law](#) », *New York Times*, 10 avril 2012; Wesley Smith, « ["Right to die" can become a "duty to die": Vulnerable people can be bullied into assisted suicide, believes Wesley Smith](#) », *The Telegraph*, 20 février 2009; Vermont Alliance for Ethical Healthcare, [Oregon's Assisted Suicide Law – Abused and Exploited \(Case in Point: Barbara Wagner and Randy Stroup\)](#).
36. États-Unis, Vermont, Legislature, [No. 39, An act relating to patient choice and control at end of life](#) (projet de loi S-77), 14 mai 2013. Les exigences avant le 1^{er} juillet 2016 sont énoncées à l'art. 5283, 18 V.S.A., tandis que celles qui s'appliqueront après cette date se trouvent aux art. 5289 et 5290, 18 V.S.A.
37. Patients Rights Council, [Attempts to Legalize Euthanasia/Assisted Suicide in the United States](#), 2013.
38. William Galvin, [Return of Votes for Massachusetts State Election, November 6, 2012](#), 28 novembre 2012, p. 57. En tout, 46 % des électeurs se sont prononcés en faveur de la légalisation du suicide médicalement assisté, 48 % ont voté contre, et 6 % ont déposé des bulletins blancs.
39. *Pretty c. Royaume-Uni*, [2002] 2002-III CEDH 155.
40. Royaume-Uni, Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, Chambre des lords, [Assisted Dying for the Terminally Ill Bill – First Report](#), 3 mars 2005, session 2004-2005.
41. *R (on the application of Purdy) v. Director of Public Prosecutions*, [2009] UKHL 45, 30 juillet 2009.
42. Crown Prosecution Service, [Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide](#), février 2010.
43. Commission on Assisted Dying, [About the Commission on Assisted Dying](#).

44. Commission on Assisted Dying, [The current legal status of assisted dying is inadequate and incoherent...](#), Demos, Londres, 2011.
45. Porte-parole de Care not Killing, organisation britannique opposée à l'euthanasie, citée dans Martin Beckford, « Lord Falconer: assisted suicide law fails to protect or punish », *The Telegraph* [Londres], 1^{er} janvier 2012.
46. Royaume-Uni, [Assisted Dying Bill](#) (projet de loi 24 de la Chambre des lords), 2013-2014.
47. [Nicklinson, R \(on the application of\) v. A Primary Care Trust](#), [2013] EWCA Civ 961, 31 juillet 2013.
48. Public Prosecution Service for Northern Ireland, [Policy on Prosecuting the Offence of Assisted Suicide](#), février 2010.
49. Réponses par courriel du bureau du procureur de la Couronne en Écosse, 6 et 8 septembre 2013.
50. Royaume-Uni, Parlement écossais, [End of Life Assistance \(Scotland\) Bill \(SP Bill 38\)](#); Severin Carrell, « [Scotland to consider legalising assisted suicide: Margo MacDonald, an MSP who has Parkinson's disease, wins cross-party backing to present bill at Holyrood parliament](#) », *The Guardian*, 30 juillet 2009 [TRADUCTION].
51. Royaume-Uni, Parlement écossais, [Proposed Assisted Suicide \(Scotland\) Bill](#).
52. Eduard Verhagen et Pieter J.J. Sauer, « [The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns](#) », *New England Journal of Medicine*, vol. 352, 10 mars 2005.
53. *Ibid.*; Hilde Lindemann et Marian Verkerk, « [Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol](#) », *The Hastings Center Report*, vol. 38, n^o 1, 2008.
54. Michael Cook, « Put disabled babies out of our misery, say Dutch doctors », *BioEdge: Bioethics news from around the world*, 14 juin 2013. Le document auquel fait référence l'article n'existe qu'en néerlandais, de sorte que ces affirmations n'ont pu être vérifiées.
55. La *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* (loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide) est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002. On en trouve une traduction en anglais à [Act of 12 April 2001, containing review procedures for the termination of life on request and assisted suicide and amendment of the Criminal Code and the Burial and Cremation Act \(Termination of Life on Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act\)](#).
56. Pays-Bas, Regionale toetsingscommissies euthanasie, « Due Care Criteria », 31 mai 2006.
57. Folkert Jensma, « [Citizens group argues "right to die"](#) », *NRC Handelsblad*, 8 février 2010.
58. Tony Sheldon, « [Being "tired of life" is not grounds for euthanasia](#) », *BMJ: British Medical Journal*, vol. 326, 11 janvier 2003; Shariff (2010), p. 7 [TRADUCTION].
59. Voir, par exemple, B.D. Onwuteaka-Philipsen *et al.*, [Evaluation of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act: Summary](#), 2007; Agnes van der Heide *et al.*, [Tweede evaluatie – Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#), 18 décembre 2012 (voir le sommaire en anglais aux p. 19 à 25). Parmi les autres comptes rendus de l'expérience néerlandaise disponibles en anglais figurent Bernard Lo, « Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere? », *The Lancet*, vol. 380, 8 septembre 2012, p. 869 et 870; B.D. Onwuteaka-Philipsen *et al.*, « Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey », *The Lancet*, vol. 380, 8 septembre 2012, p. 908 à 915; Judith Rietjens *et al.*, « [Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?](#) », *Bioethical Inquiry*, vol. 6, 2009, p. 271 à 283.

60. Australie, Parlement de l'Australie, [Restoring Territory Rights \(Voluntary Euthanasia Legislation\) Bill, 2012](#) (projet de loi de rétablissement des droits territoriaux [loi sur l'euthanasie volontaire]).
61. Australie, Parlement de la Nouvelle-Galles-du-Sud, [Rights of the Terminally Ill Bill 2013](#).
62. Lara Giddings et Nick McKim, [Voluntary Assisted Dying: A Proposal for Tasmania](#), février 2013; Lara Giddings et Nick McKim, [Consultation Paper on Voluntary Assisted Dying](#), communiqué, 3 février 2013.
63. Belgique, Parlement fédéral, [Loi relative à l'euthanasie](#), F. 2002-2141 [C-2002/09590], 28 mai 2002.
64. Herman Nys, « [Euthanasia in the Low Countries](#) », *Ethical Perspectives*, juin-septembre 2002, vol. 9, p. 73 à 85.
65. Belgique, Parlement fédéral (2002), art. 3.
66. Belgique, Sénat, [Recherche dans les documents](#); on y trouve une liste des projets de loi des deux Chambres. Voir aussi Connor Sheets, « Belgian Parliament Posed To Approve Child Euthanasia Law », *International Business Times*, 11 juin 2013.
67. Confédération suisse, [Code pénal suisse](#), RS 331.0; Christian Schwarzenegger et Sarah J. Summers, [Criminal Law and Assisted Suicide in Switzerland](#), mémoire présenté au comité spécial de la Chambre des lords chargé d'étudier le Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, Zurich, 3 février 2005.
68. Imogen Foulkes, [Switzerland plans new controls on assisted suicide](#), *BBC News Europe*, 1^{er} juillet 2010; Shariff (2010), p. 6 et 7.
69. Foulkes (2010).
70. *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2013 BCCA 435, 10 octobre 2013..
71. Confédération suisse, Office fédéral de la justice, [Assistance au décès](#).
72. Confédération suisse, Conseil fédéral, « [Assistance au suicide : renforcer le droit à l'autodétermination; Le Conseil fédéral veut promouvoir la prévention du suicide et la médecine palliative](#) », communiqué, 29 juin 2011; Cour européenne des droits de l'homme, [Gross v. Switzerland](#), requête n° 67810/10, 14 mai 2013, par. 29.
73. « Swiss voters reject ban on assisted suicide for foreigners: Early projections in Zurich referendums show 80% are against proposals to outlaw "suicide tourism" », *The Guardian* [Londres], 15 mai 2011.
74. European Court of Human Rights News, [Judgment Haas v. Switzerland \(31322/07\), refusal to deliver lethal drug without prescription: no violation of article 8](#), 3 juillet 2011.
75. Cour européenne des droits de l'homme (2013).
76. France, Assemblée nationale, [Code de la santé publique](#), Loi n° 2005-370, J.O., 23 avril 2005.
77. « [Euthanasie : Le dossier Chantal Sébire définitivement clos](#) », *Le Post*, 24 mars 2009.
78. Laetitia Clavreul, « [Le Sénat fait un premier pas vers l'adoption d'une loi légalisant l'euthanasie](#) », *Le Monde* [Paris], 20 janvier 2011; France, Sénat, « [Proposition de loi relative à l'aide active à mourir](#) », *Assistance médicalisée pour mourir*.
79. Didier Sicard et al., [Penser solidairement la fin de vie : Rapport à François Hollande, Président de la République française](#), Commission de réflexion sur la fin de vie en France, 18 décembre 2012.
80. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, [Avis n° 121 : Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir](#), 1^{er} juillet 2013.

81. Luxembourg, Chambre des députés, [Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#).
82. *Ibid.*
83. Vanessa Mock, « Luxembourg monarch muzzled over euthanasia », *The Independent* [Londres], 11 décembre 2008.
84. Luxembourg, Commission nationale de contrôle et d'évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, [Premier rapport à l'attention de la Chambre des Députés \(Années 2009 et 2010\)](#), mars 2011; Luxembourg, Commission nationale de contrôle et d'évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, [Deuxième rapport à l'attention de la Chambre des Députés \(Années 2011 et 2012\)](#), 13 mars 2013.
85. Colombie, Cour constitutionnelle, [Constitutional Claim Decision C-239/97](#), 20 mai 1997.
86. Associated Press, [Euthanasia regularly practiced in Colombia: Lawmaker hopes to establish guidelines for doctors, patients](#), 31 juillet 2005; Catholic News Agency, [Bill meant to legalize euthanasia in Colombia dies mercifully](#), 5 novembre 2007.

ANNEXE A – STATUT JURIDIQUE ACTUEL DE L’EUTHANASIE ET DU SUICIDE ASSISTÉ DANS DIVERS PAYS

**Tableau A.1 – Statut juridique actuel de l’euthanasie et
du suicide assisté dans divers pays**

Pays	Euthanasie	Suicide assisté
Canada	Illégale	Illégal
États-Unis	Illégale dans tous les États	Légal dans l’Oregon, le Vermont et l’État de Washington, si certaines conditions sont réunies. Lorsque le patient est apte et atteint d’une maladie en phase terminale, les médecins du Montana peuvent invoquer le consentement comme moyen de défense s’ils sont accusés d’avoir aidé quelqu’un à se suicider.
Royaume-Uni	Illégale	Illégal, mais la personne qui aide quelqu’un à se suicider n’est pas poursuivie en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, si certaines conditions sont réunies. Il ne semble pas y avoir de politique semblable en Écosse.
Pays-Bas	Légale si certaines conditions sont réunies	Légal si certaines conditions sont réunies
Australie	Illégale dans tous les États et territoires	Illégal dans tous les États et territoires
Belgique	Légale si certaines conditions sont réunies	Non réglementé (n’est pas un crime, mais la loi ne l’autorise pas explicitement non plus).
Suisse	Illégale	Non réglementé si l’aide est fournie pour des « mobiles non égoïstes » (n’est pas un crime, mais la loi ne l’autorise pas explicitement non plus). L’intervention d’un médecin n’est pas requise et il n’est pas nécessaire d’être résident suisse pour recevoir l’aide.
France	Illégale	Illégal
Luxembourg	Légale si certaines conditions sont réunies	Légal si certaines conditions sont réunies
Colombie	La Cour constitutionnelle a statué qu’un médecin ne peut pas être poursuivi pour euthanasie si le malade était en phase terminale et qu’il avait donné son consentement. Il n’y a pas de loi à ce sujet et, si ces deux conditions ne sont pas réunies, l’euthanasie reste un crime.	Le statut juridique actuel n’est pas connu.