



ÉTUDE GÉNÉRALE

AIDE MÉDICALE À MOURIR : LA LÉGISLATION DANS CERTAINS ÉTATS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Publication n° 2015-116-F

Le 23 octobre 2015

Révisée le 29 novembre 2019

Julia Nicol, 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, 2019

Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada
(Étude générale)

Publication n° 2015-116-F

This publication is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	
1	INTRODUCTION.....1
2	ÉTATS-UNIS.....1
2.1	Contestations des lois d'États américains qui interdisent le suicide assisté par un médecin2
2.1.1	Maintien des lois dans les États de Washington et de New York qui interdisent le suicide assisté.....2
2.1.2	Défense du consentement pour les médecins du Montana2
2.2	Oregon3
2.2.1	Rapports annuels4
2.3	État de Washington.....6
2.3.1	Rapports annuels6
2.4	Vermont8
2.5	Californie.....8
2.6	Légalisation ailleurs aux États-Unis : Colorado, District de Columbia, Hawaï, Maine et New Jersey.....9
2.6.1	Colorado9
2.6.2	District de Columbia10
2.6.3	Hawaï.....10
2.6.4	New Jersey10
2.6.5	Maine11
2.7	Mesures législatives d'autres États américains.....11
3	PAYS-BAS11
3.1	Élaboration de la loi.....11
3.2	État actuel du droit12
3.3	Rapports annuels et contrôles du système13
4	BELGIQUE.....16
4.1	Rapports bisannuels19
5	LUXEMBOURG.....20
5.1	Rapports bisannuels21
6	SUISSE.....22



6.1	Affaires judiciaires	23
7	COLOMBIE	24
8	AUSTRALIE	25
9	ALLEMAGNE	26
10	ITALIE	26
11	ROYAUME-UNI.....	27
11.1	Angleterre et Pays de Galles	27
11.1.1	Affaires judiciaires	27
11.1.2	Propositions législatives.....	28
11.2	Irlande du Nord	29
11.3	Écosse	29
ANNEXE A – LÉGISLATION SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : COMPARAISON ENTRE CERTAINS ÉTATS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA		



RÉSUMÉ

Depuis quelques dizaines d'années, des mouvements pour la légalisation de l'aide médicale à mourir se dessinent dans plusieurs pays. Jusqu'à tout récemment, l'aide médicale à mourir n'était permise qu'à quelques endroits seulement, y compris en Oregon, dans l'État de Washington, au Vermont, dans les pays du Benelux (la Belgique, les Pays-Bas et le Luxembourg) et en Suisse. Depuis cinq ans, six législatures américaines ont légalisé la pratique, de même que l'État de Victoria, en Australie, et le Canada. Dans d'autres pays, comme l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la Nouvelle-Zélande, les projets de loi et les décisions des tribunaux sur la question se multiplient. Parallèlement, d'autres voix continuent de s'opposer à la suppression des sanctions pénales qui seraient imposées à ceux qui, à la demande d'une personne, l'aident à mettre fin à ses jours ou provoquent sa mort.

Au Canada, le terme « aide médicale à mourir » désigne à la fois le suicide assisté (quand le patient s'administre lui-même une substance) et l'euthanasie (quand une personne, habituellement un professionnel de la santé, administre la substance au patient). À certains endroits dans le monde, une seule de ces deux options est autorisée, tandis que les deux le sont ailleurs.

Selon les statistiques disponibles, dans les endroits où l'aide à mourir a été légalisée, le nombre de décès attribuables à l'aide à mourir tend généralement à croître d'année en année. Ces décès, cependant, ne représentent qu'un faible pourcentage du nombre total de décès et certaines baisses ont d'ailleurs été constatées récemment. Peu importe l'endroit, la plupart des patients qui font appel à l'aide médicale à mourir sont atteints de cancer.

En règle générale, en Australie et en Amérique du Nord, on a adopté des règles plus strictes qu'en Europe en ce qui a trait à l'aide à mourir. Ainsi, les neuf administrations américaines qui ont légalisé la procédure exigent généralement que le patient ait reçu un pronostic de six mois ou moins à vivre. Elles n'autorisent que le suicide assisté et seuls les adultes peuvent y avoir recours. En Australie, l'État de Victoria a adopté des critères semblables, mais prévoit quelques différences notables. Par exemple, il permet à la fois l'euthanasie et le suicide assisté.

Pour leur part, les pays du Benelux n'exigent pas que le patient soit atteint d'une maladie en phase terminale. Un patient atteint de troubles mentaux ou du comportement pourrait être admissible à l'aide à mourir si d'autres conditions sont réunies. En outre, ces pays autorisent l'euthanasie, une procédure qui est beaucoup plus répandue que le suicide assisté.

Les trois pays du Benelux acceptent les déclarations anticipées, c'est-à-dire que le patient n'est pas obligé d'être mentalement capable de prendre une décision au moment de son décès. Cependant, la portée des déclarations anticipées est beaucoup plus vaste aux Pays-Bas, où elles peuvent être utilisées dans les cas de démence, par exemple. En revanche, en Belgique et au Luxembourg, les déclarations anticipées ne peuvent être utilisées que si le patient est inconscient au moment de la procédure.

Bien que leurs règles en la matière ne soient pas exactement identiques, les Pays-Bas et la Belgique autorisent certaines personnes mineures à recevoir l'aide à mourir. Pour sa part, à l'instar des administrations américaines qui ont légalisé le suicide assisté, le Luxembourg limite l'aide à mourir aux adultes.

Le Code pénal suisse autorise le suicide assisté, pourvu que l'aide soit fournie pour des motifs désintéressés. Cependant, contrairement aux autres pays mentionnés précédemment, ce pays n'a pas de régime réglementaire assorti de critères précis. Cela signifie qu'un non-résident peut recevoir l'aide à mourir en Suisse et que les médecins ne sont pas les seuls à pouvoir offrir une telle aide.

En Colombie, des décisions de la Cour constitutionnelle ont légalisé l'euthanasie, mais la procédure demeure rare. La Cour a réclamé des lois en la matière, mais aucun projet de loi n'a encore été adopté à ce jour puisque la question demeure très controversée. La Cour a demandé que le gouvernement crée un régime réglementaire pour l'aide médicale à mourir afin de combler le vide juridique créé par l'absence d'une loi.

Le sujet de l'aide à mourir fait présentement l'objet de discussions au sein de nombreuses législatures, particulièrement en Amérique du Nord et en Europe. Si la tendance actuelle se maintient, d'autres gouvernements pourraient légaliser l'aide à mourir.

AIDE MÉDICALE À MOURIR : LA LÉGISLATION DANS CERTAINS ÉTATS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

1 INTRODUCTION

Depuis quelques dizaines d'années, des mouvements pour la légalisation de ce qu'on appelle maintenant au Canada « l'aide médicale à mourir » se dessinent dans plusieurs pays. Parallèlement, d'autres voix continuent de s'opposer à la suppression des sanctions pénales qui seraient imposées à ceux qui, à la demande d'une personne, aident cette dernière à mettre fin à ses jours ou provoquent sa mort.

Pendant que le débat se poursuit, des modifications législatives ont été apportées à certains endroits dans le monde afin de légaliser l'aide médicale à mourir. Ce terme désigne à la fois le suicide assisté, où le patient s'administre une substance pour provoquer sa mort, et l'euthanasie, où une autre personne, habituellement un professionnel de la santé, administre une substance au patient. Les gouvernements ont pris des décisions différentes quant au choix de la pratique qu'ils souhaitaient légaliser.

Le présent document fait le point sur le dossier de l'aide médicale à mourir aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg, en Suisse, en Colombie, en Australie, en Allemagne, en Italie et au Royaume-Uni¹. On trouvera en annexe un tableau récapitulatif du statut juridique actuel de l'aide médicale à mourir là où des lois ont été adoptées sur le sujet. Il est à noter que d'autres publications de la Bibliothèque du Parlement traitent de la situation au Canada².

2 ÉTATS-UNIS

La majorité des États américains ont des lois qui interdisent explicitement le suicide assisté, tandis que d'autres se fient à des infractions créées en common law au moyen de jugements qui interdisent cette pratique. Aux États-Unis, aucun gouvernement n'a légalisé l'euthanasie. Les personnes soupçonnées d'euthanasie sont poursuivies en vertu des lois existantes en matière d'homicide.

À ce jour, l'Oregon, l'État de Washington, le Vermont, la Californie, le Colorado, le District de Columbia, Hawaï, le Maine et le New Jersey sont les neuf administrations américaines qui ont adopté des lois pour autoriser explicitement une forme quelconque de suicide commis avec l'aide d'un médecin. 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 une personne à se suicider³.

Les sections qui suivent énumèrent certaines des principales contestations constitutionnelles à l'égard des lois qui interdisent l'aide à mourir, et décrivent par la suite les règles dans les endroits où cette pratique est autorisée.

2.1 CONTESTATIONS DES LOIS D'ÉTATS AMÉRICAINS QUI INTERDISENT LE SUICIDE ASSISTÉ PAR UN MÉDECIN

2.1.1 Maintien des lois dans les États de Washington et de New York qui interdisent le suicide assisté

Le 1^{er} octobre 1996, la Cour suprême des États-Unis a accepté d'entendre l'appel de deux jugements rendus par les cours d'appel des États de Washington et de New York, qui avaient conclu que les lois qui interdisaient le suicide assisté par un médecin dans ces États étaient inconstitutionnelles. La Cour suprême avait auparavant refusé d'entendre l'appel d'une décision d'un tribunal du Michigan qui maintenait une loi de l'État en vertu de laquelle le suicide assisté est interdit. Cette loi avait été adoptée après que le médecin et militant notoire Jack Kevorkian eût lancé sa campagne pour aider les personnes en phase terminale à mourir.

Le 26 juin 1997, la Cour suprême a infirmé les deux décisions et a maintenu les lois des États de New York et de Washington qui interdisaient le suicide assisté⁴. Depuis, les cours d'appel d'autres États, comme l'Alaska, le Colorado et le Nouveau-Mexique, ont elles aussi maintenu des lois qui criminalisent le suicide assisté, concluant que ces dernières ne contrevenaient pas à la constitution respective de chacun des États⁵. Bien que les tribunaux aient statué que ces lois étaient constitutionnelles, cela ne signifie pas qu'une loi qui autorise le suicide assisté serait automatiquement déclarée inconstitutionnelle. Comme il est indiqué plus haut, neuf gouvernements américains (huit États et le District de Columbia) ont d'ailleurs adopté de telles lois. Les lois de l'Oregon ont été contestées, mais ont été maintenues par les tribunaux. D'autres ont elles aussi été contestées sans succès⁶.

2.1.2 Défense du consentement pour les médecins du Montana

En octobre 2007, dans une autre contestation des lois interdisant le suicide assisté, deux patients en phase terminale, quatre médecins et une organisation de défense des droits des patients du Montana se sont adressés à un tribunal de district pour réclamer le « droit de mourir dans la dignité ». Ils affirmaient que l'application des lois du Montana en matière d'homicide aux médecins qui venaient en aide à des patients mentalement capables en phase terminale contrevenait à l'article 2 de la Constitution de l'État, lequel protège le droit au respect de la vie privée et à la dignité humaine. La cour de district où la poursuite a été instituée a conclu que la protection constitutionnelle de ces droits comprenait le droit des patients mentalement capables en phase terminale de mourir dans la dignité. Par extension, il a été conclu que ce droit comprenait la protection contre les poursuites pour les médecins qui aidaient de tels patients⁷.

Le gouvernement du Montana a interjeté appel de la décision auprès de la Cour suprême du Montana, qui a tranché l'affaire sans aborder la question constitutionnelle. La majorité des juges de la Cour a conclu, dans un jugement de décembre 2009, que les médecins pouvaient faire valoir la défense du consentement s'ils étaient accusés d'homicide pour avoir aidé un patient capable en phase terminale à se suicider⁸. La défense fondée sur le consentement permet à l'accusé de faire valoir que la victime avait consenti à l'acte et que, par conséquent, l'accusé ne peut pas être reconnu coupable. Ainsi, les médecins qui prescrivent des médicaments à un patient capable en phase terminale afin que ce patient se suicide peuvent se défendre contre les accusations d'homicide au Montana⁹. Les personnes autres que des médecins ne bénéficient pas de la même protection étant donné que le jugement de décembre 2009 ne concernait que les médecins.

Le jugement a fourni un moyen de défense aux médecins dans l'État, mais il n'a pas établi de procédure, de normes ou de mesure de protection. Pour cette raison, au Montana, le suicide assisté n'est pas réglementé par loi, contrairement à ce que le législateur a fait ailleurs aux États-Unis, là où des lois en la matière ont été adoptées et comprennent des mesures de protection. Des projets de loi ont été déposés devant la législature du Montana pour infirmer la décision de la Cour suprême et ainsi criminaliser le suicide assisté dans cet État ou pour encadrer la pratique, mais aucun n'a encore été adopté¹⁰.

2.2 OREGON

En novembre 1994, les électeurs de l'Oregon ont voté pour la Measure 16¹¹, une proposition législative visant à permettre à tout adulte en phase terminale qui réside dans cet État et dont l'espérance de vie est inférieure à six mois de se faire prescrire un médicament pour mettre fin à ses jours. En raison d'une contestation judiciaire, la *Death with Dignity Act* n'est entrée en vigueur qu'en novembre 1997¹².

Avant qu'un médecin puisse prescrire une telle ordonnance, certaines conditions doivent être réunies, dont les suivantes :

- Le patient doit demander le médicament deux fois de vive voix à au moins 15 jours d'intervalle et une fois par écrit. La demande faite par écrit doit être signée en présence de deux témoins. La loi prescrit les critères auxquels doivent répondre les témoins. Un total de 48 heures doivent s'écouler entre le dépôt de la demande écrite et la prescription de l'ordonnance. En juillet 2019, une modification a été adoptée par la législature de l'État; elle entrera en vigueur en janvier 2020. Elle permettra à certaines personnes dont la mort est imminente de se soustraire à la période d'attente de 15 jours entre les deux demandes et à la période d'attente de 48 heures pour obtenir l'ordonnance¹³.
- Le patient doit obtenir un deuxième avis médical.

- Le patient doit être jugé « capable ». Cela signifie que,

de l'avis d'un tribunal ou de l'avis du médecin traitant, du médecin consultant, du psychiatre ou du psychologue du patient, le patient a la capacité de prendre des décisions concernant les soins de santé et de les communiquer aux fournisseurs de soins, y compris par l'intermédiaire de personnes qui comprennent la manière de communiquer du patient, si ces personnes sont disponibles¹⁴.

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 le patient vers des services de thérapie et s'abstenir de lui prescrire un médicament pour mettre fin à ses jours jusqu'à ce qu'il ait été établi que le jugement du patient n'est pas altéré.

- Le médecin doit s'assurer que le patient prend une décision éclairée, c'est-à-dire, selon la définition de la loi, que la décision est fondée sur une évaluation des faits pertinents et a été prise après que le médecin traitant a fourni tous les renseignements suivants :
 - le diagnostic médical et le pronostic;
 - les risques potentiels associés à la prise du médicament qui sera prescrit;
 - la conséquence probable de la prise du médicament qui sera prescrit;
 - les autres solutions possibles, entre autres, les soins de confort, les soins palliatifs et le soulagement de la douleur¹⁵.
- Le médecin doit demander au patient d'informer ses proches de sa demande d'ordonnance, mais il ne peut pas l'y obliger.

Il faut consigner dans le dossier médical du patient l'information sur les demandes, le diagnostic, le pronostic, la thérapie suivie et les propositions du médecin d'annuler la demande. Les médecins sont également tenus de notifier le département des Services sociaux de l'Oregon une fois l'ordonnance rédigée¹⁶. Ils ne sont pas tenus de participer au suicide assisté¹⁷.

Plusieurs projets de loi ont été déposés dans le but de modifier la loi en Oregon, notamment un projet de loi qui visait à élargir à au-delà de six mois le critère d'admissibilité relatif à l'espérance de vie. Le seul projet de loi qui a été adopté, cependant, est celui mentionné plus haut concernant la période d'attente¹⁸.

2.2.1 Rapports annuels

En vertu de la *Death with Dignity Act*, le département des Services sociaux de l'Oregon doit, chaque année, examiner les renseignements recueillis conformément à cette loi et publier un rapport à ce sujet. Le tableau 1 présente des statistiques tirées des rapports publiés depuis l'entrée en vigueur de la loi.

**Tableau 1 – Statistiques annuelles concernant
la *Death with Dignity Act* de l'Oregon, 1998-2018**

Année	Ordonnances d'une dose mortelle de médicaments, nombre déclaré	Décès par ingestion du médicament prescrit, nombre déclaré ^a	Suicides commis avec l'aide d'un médecin, nombre déclaré par tranche de 1 000 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	116	85	2,35
2013	121	73	2,19
2014	155	105	3,10
2015	218	135	3,86
2016	204	138	3,72
2017	219	158	3,99
2018	249	168	4,59

- Notes :
- a. Les rapports du département des Services sociaux de l'Oregon citent également des cas de personnes à qui une ordonnance a été délivrée, mais dont le sort est inconnu.
 - b. Le chiffre de 1,2 suicide commis avec l'aide d'un médecin par tranche de 1 000 décès en 2005 n'est qu'une estimation, mais le rapport annuel de 2005 ne précise pas pourquoi. Voir Département des Services sociaux de l'Oregon, Office of Disease Prevention and Epidemiology, [Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act](#), Portland [Oregon], 9 mars 2006.

Source : Tableau préparé par l'auteure à partir de données tirées de États-Unis, État de l'Oregon, Département de la Santé, Division de la santé publique, « [Death with Dignity Act Annual Reports](#) », *Death with Dignity Act*.

Même si le nombre d'ordonnances prescrites et de décès consécutifs à l'ingestion des médicaments prescrits a augmenté presque tous les ans depuis l'adoption de la loi, le nombre d'ordonnances prescrites reste relativement faible pour un État qui compte plus de quatre millions d'habitants. En 2018, les suicides commis avec l'aide d'un médecin représentaient environ 4,6 décès sur 1 000 dans l'Oregon.

Les rapports annuels fournissent des données agrégées sur les patients qui optent pour le suicide assisté. En 2018 :

- 52 % étaient des hommes;
- 79 % avaient 65 ans ou plus;
- 97 % étaient blancs;
- 47 % étaient titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme d'études supérieures;
- 91 % recevaient des soins palliatifs et 88 % sont décédés à leur domicile;
- 32 % bénéficiaient d'un régime d'assurance maladie privé et 67 % d'un régime public;
- 63 % étaient atteints d'un cancer, 15 % d'une affection neurologique et 10 % de maladies du système cardiovasculaire.

Les trois raisons le plus souvent mentionnées pour expliquer le choix du suicide assisté étaient la crainte de la perte d'autonomie (92 %), la réduction de la capacité de participer à des activités qui rendent la vie agréable (91 %) et la perte de dignité (67 %) ¹⁹. Le fait d'être un fardeau pour la famille, les amis et les aidants préoccupait 54 % des patients ²⁰. Malgré les préoccupations exprimées dans les médias et dans une décision judiciaire rendue en Californie en 2015, le coût financier du traitement associé à la maladie ne semble pas être à l'origine de la demande de suicide assisté pour la grande majorité des patients : dans l'Oregon, 5 % de ceux qui ont opté pour le suicide assisté ont exprimé de telles préoccupations en 2018 ²¹.

Les rapports annuels des dernières années mentionnent le nombre de cas déferés chaque année à la Commission médicale de l'Oregon pour non-respect des exigences. De 2011 à 2017, aucun cas n'a été déferé à la Commission. Les deux premiers cas l'ont été en 2018 ²².

2.3 ÉTAT DE WASHINGTON

Le 4 novembre 2008, les électeurs de l'État de Washington ont voté pour l'adoption de la *Death with Dignity Act*, qui est entrée en vigueur le 5 mars 2009 ²³. Inspirée de la loi de l'Oregon d'avant la modification de 2019, cette loi rend la déclaration obligatoire, conférant au département de la Santé de l'État un rôle semblable à celui du département des Services sociaux de l'Oregon en matière de collecte de données et de surveillance.

2.3.1 Rapports annuels

Le tableau 2 présente des statistiques tirées des rapports publiés depuis l'entrée en vigueur de la loi. En 2017, l'État de Washington comptait plus de 7 millions d'habitants, et un peu plus de 57 000 décès y ont été enregistrés ²⁴.

Tableau 2 – Statistiques annuelles concernant la *Death with Dignity Act* de l'État de Washington, 2009-2018 ^a

Année	Ordonnances d'une dose mortelle de médicaments, nombre déclaré	Décès par ingestion du médicament prescrit, nombre déclaré
2009 ^b	63	36
2010	87	51
2011	103	70
2012	121	83
2013	173	119
2014	176	126
2015	215	166
2016	249	192
2017	212	164
2018	267	203

Notes : a. Les rapports du département de la Santé de l'État de Washington citent également des cas de personnes à qui une ordonnance a été prescrite, mais dont le sort est inconnu.
b. Les données pour 2009 correspondent à la période commençant le 5 mars 2009, date d'entrée en vigueur de la loi.

Source : Tableau préparé par l'auteure à partir de données tirées de États-Unis, État de Washington, Département de la Santé de l'État de Washington, « [Annual Reports](#) », *Death with Dignity Data*.

Les rapports annuels fournissent des données agrégées sur les patients qui optent pour le suicide assisté. En 2018 :

- 44 % étaient des hommes;
- 79 % avaient 65 ans ou plus;
- 96 % étaient blancs;
- 46 % étaient titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme d'études supérieures;
- 92 % recevaient des soins palliatifs et 86 % sont décédés à leur domicile;
- 16 % bénéficiaient d'un régime d'assurance maladie privé, 66 % d'un régime public et 9 % d'une combinaison des deux;
- plus de 75 % étaient atteints d'un cancer, et 10 % de maladies neurodégénératives, dont la sclérose latérale amyotrophique (SLA), et 6 % de maladies cardiaques.

Les trois raisons le plus souvent mentionnées pour expliquer le choix du suicide assisté étaient les mêmes que dans l'Oregon : la perte d'autonomie (85 %), la réduction de la capacité de participer à des activités qui rendent la vie agréable (84 %), et la perte de dignité (69 %). Le fait d'être un fardeau pour la famille, les amis et les aidants préoccupait également 51 % des patients. Le coût du traitement associé à la maladie préoccupait 9 % des patients²⁵.

2.4 VERMONT

Le 20 mai 2013, le gouverneur du Vermont, Peter Shumlin, a signé la loi sur le choix des patients en fin de vie (projet de loi S.77, *An act relating to patient choice and control at end of life*). Il s'agit de la première loi autorisant le suicide commis avec l'aide d'un médecin adoptée par une législature aux États-Unis; celles de l'Oregon et de l'État de Washington ayant été adoptées par scrutin populaire. La loi du Vermont s'inspire de celle de l'Oregon d'avant sa modification de 2019²⁶. Une modification apportée en mai 2015 a abrogé une disposition de temporisation et oblige désormais le département de la Santé à recueillir des renseignements sur le respect de la loi et à publier des rapports tous les deux ans à compter de 2018²⁷. Le premier rapport vise la période du 31 mai 2013 au 30 juin 2017²⁸.

Deux organisations médicales ont contesté la loi et demandé une injonction afin d'empêcher la tenue d'audiences disciplinaires ou d'une poursuite pénale ou civile si un médecin refusait d'informer un patient de l'option du suicide commis avec l'aide d'un médecin. Un jugement rendu en 2017 a conclu que les plaignants n'avaient pas qualité pour instituer ce litige étant donné qu'aucune mesure disciplinaire n'avait encore été prise²⁹.

2.5 CALIFORNIE

En septembre 2015, l'Assemblée législative de la Californie a adopté le projet de loi AB-15 (*End of Life Option Act*), qui autorise le suicide assisté. La loi est entrée en vigueur le 9 juin 2016³⁰. Le processus d'adoption du projet de loi a fait l'objet de critiques, notamment de la part du gouverneur de l'État. Un projet de loi semblable n'avait pas obtenu le nombre de votes requis pour franchir l'étape du comité plus tôt en 2015. Le projet de loi AB-15 a alors été présenté pendant une séance spéciale sur le financement des soins de santé. Selon les médias, cela signifie qu'il n'a pas fait l'objet de la même étude en comité que s'il avait été présenté pendant une séance ordinaire de la législature³¹. Une contestation constitutionnelle de la loi est en cours en raison du processus suivi pour l'adopter. À l'audience, le tribunal a conclu que la loi était inconstitutionnelle. On a interjeté appel de la décision devant la Cour d'appel du quatrième district de la Californie; celle-ci a conclu que les plaignants n'avaient pas qualité pour instituer le litige et a renvoyé l'affaire devant le tribunal de première instance. La Cour d'appel a autorisé le maintien de la loi jusqu'à ce qu'une décision soit prise quant à sa constitutionnalité³².

Cette loi ressemble beaucoup à celle de l'Oregon, mais elle comporte des différences notables. Elle ne sera en vigueur que pendant dix ans, sauf si le législateur décide de la renouveler. De plus, contrairement à celle de l'Oregon, la loi californienne exige du médecin qu'il discute en privé avec la personne qui veut mourir pour s'assurer qu'elle ne fait l'objet d'aucune coercition ou influence indue. La loi interdit également à un assureur de communiquer des renseignements sur la disponibilité d'un médicament

létal, à moins qu'on le lui demande. En outre, un assureur ne peut faire part de son refus de couvrir d'autres formes de traitement lorsqu'il communique des renseignements sur les médicaments létaux couverts³³.

La disposition relative aux communications avec les compagnies d'assurance pourrait avoir été ajoutée pour apaiser les craintes de certains observateurs, selon lesquels les assureurs pourraient considérer le suicide assisté comme une option intéressante d'un point de vue économique, comparativement aux soins coûteux nécessaires pour maintenir en vie des malades en phase terminale. D'après les médias, dans l'Oregon, Medicaid a refusé, pour des raisons de coût, de couvrir l'accès de patients atteints d'un cancer à des traitements non curatifs qui les maintiendraient en vie pour le motif que les traitements ne guériraient pas le cancer, même s'ils pouvaient prolonger la vie des patients et en améliorer la qualité³⁴. Toutefois, Medicaid aurait du même coup 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 mettre fin à leurs jours³⁵.

Trois rapports annuels ont été produits à ce jour, pour les années 2016 à 2018³⁶. Malgré sa population plus diversifiée, la Californie suit une tendance également constatée en Oregon, dans l'État de Washington et au Vermont (des États dont les populations sont majoritairement blanches), à savoir que la vaste majorité des patients qui font appel au suicide avec l'aide d'un médecin sont de race blanche. Selon un article, cette situation est attribuable à différents facteurs, notamment les disparités raciales quant à l'accès aux soins pour les patients atteints de maladies terminales (et donc à l'information sur le suicide commis avec l'aide d'un médecin), la méfiance à l'égard du milieu médical, le diagnostic de maladies terminales qui se fait à un stade plus avancé de la maladie dans certaines communautés, des différences philosophiques et la façon dont on diffuse l'information sur le suicide avec l'aide d'un médecin³⁷.

2.6 LÉGISLATION AILLEURS AUX ÉTATS-UNIS : COLORADO, DISTRICT DE COLUMBIA, HAWAÏ, MAINE ET NEW JERSEY

2.6.1 Colorado

En 2016, adoptée par scrutin populaire, la proposition 106 a légalisé le suicide assisté au Colorado et la *Colorado End-of-Life Options Act* est entrée en vigueur à la fin de la même année. À l'instar des autres lois américaines sur l'aide à mourir, la loi du Colorado est inspirée de celle de l'Oregon d'avant sa récente modification. Comme la loi californienne, elle exige que le médecin traitant rencontre en privé son patient pour s'assurer que celui-ci ne fait pas l'objet de coercition ou d'influence indue. À ce jour, deux rapports de statistiques ont été publiés. Contrairement à certains États, comme l'Oregon, le Colorado ne peut pas dire, à la lumière de l'information recueillie, combien de personnes sont mortes après avoir ingéré un médicament létal. Le gouvernement sait uniquement combien d'ordonnances de médicaments létaux ont

été prescrites, quelle proportion de ces ordonnances ont été exécutées et combien de patients sont décédés après avoir reçu une ordonnance de médicaments létaux. Il ne sait toutefois pas si les décès sont attribuables à l'ingestion des médicaments prescrits³⁸.

Un patient cancéreux du Colorado et son médecin ont institué une poursuite en août 2019 pour contester la politique de l'hôpital où il était traité, qui interdit à ses médecins de prescrire des médicaments létaux³⁹.

2.6.2 District de Columbia

Le Conseil du District de Columbia a lui aussi légalisé le suicide assisté en s'inspirant du modèle de l'Oregon d'avant la modification de 2019. La *Death with Dignity Act of 2016* du District de Columbia est en vigueur depuis le 6 juin 2017. À ce jour, deux rapports de statistiques sur l'aide à mourir dans le District de Columbia ont été publiés⁴⁰. Certains membres de la Chambre des représentants des États-Unis ont tenté d'abroger la loi, en vain jusqu'à maintenant⁴¹.

2.6.3 Hawaï

La *Our Care, Our Choice Act* d'Hawaï est aussi inspirée de la loi de l'Oregon d'avant sa modification. Elle a été sanctionnée le 5 avril 2018 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019⁴². Il existe quelques différences entre les lois d'Hawaï et de l'Oregon, comme une période d'attente de 20 jours, au lieu de 15, entre les deux demandes faites de vive voix, et l'exigence que la capacité mentale du patient soit évaluée par un conseiller, pas seulement par les deux médecins qui évaluent les autres critères. Le projet de loi 536 du Sénat d'Hawaï a modifié la loi en juillet 2019 pour préciser que les diverses dispositions de la loi qui visent à lutter contre les opioïdes ne s'appliquent pas aux personnes admissibles à l'aide médicale à mourir⁴³. Un rapport sur les cinq premiers mois d'application de la loi a été publié en juillet 2019⁴⁴.

2.6.4 New Jersey

La *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act* du New Jersey a été adoptée le 12 avril 2019 et est entrée en vigueur le 1^{er} août de la même année. Elle s'inspire de la loi de l'Oregon d'avant sa modification, mais elle comporte une exigence supplémentaire : le médecin traitant doit recommander au patient de participer à une consultation sur les possibilités de traitement et les services, comme le soulagement de la douleur et les soins palliatifs, et le référer à un professionnel de la santé qualifié à cette fin⁴⁵. La loi est contestée, mais elle demeure en vigueur entre-temps⁴⁶. Le 6 juin 2019, deux projets de loi ont été déposés devant l'Assemblée législative, l'un pour abroger la nouvelle loi et l'autre pour ériger en infraction le fait de forcer un patient à demander l'aide médicale à mourir ou de produire une demande contrefaite au nom du patient⁴⁷.

2.6.5 Maine

La *Maine Death with Dignity Act* a été sanctionnée le 12 juin 2019 et est entrée en vigueur le 19 septembre 2019⁴⁸. Elle s'inspire de la loi de l'Oregon d'avant sa modification, mais elle exige que le médecin traitant rencontre son patient seul, comme le prévoient d'autres lois plus récentes adoptées aux États-Unis en la matière.

2.7 MESURES LÉGISLATIVES D'AUTRES ÉTATS AMÉRICAINS

Selon le Patients Rights Council, un organisme sans but lucratif qui s'intéresse à l'euthanasie, au suicide assisté et à la fin de vie, cinq propositions portant sur la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté ont fait l'objet de scrutins populaires (y compris un scrutin antérieur dans l'État de Washington) depuis 1991; elles ont été rejetées chaque fois. Selon l'organisme, 269 projets de loi ont été déposés sur le sujet entre janvier 1994 et janvier 2019 dans plus de 39 États, dont plusieurs projets de loi à l'étude en 2019⁴⁹.

3 PAYS-BAS

3.1 ÉLABORATION DE LA LOI

Traditionnellement, le Code pénal néerlandais interdisait 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, les médecins qui pratiquaient l'euthanasie ne faisaient pas l'objet de poursuites s'ils s'en tenaient à certaines lignes directrices élaborées à la suite d'une série de décisions judiciaires dans lesquelles des médecins accusés d'euthanasie avaient été exonérés de responsabilité criminelle. En février 1993, les Pays-Bas ont adopté une loi sur la procédure de déclaration des cas d'euthanasie (la loi sur l'examen des procédures en matière de demande pour mettre fin à la vie et de suicide assisté). Sans légaliser l'euthanasie, cette loi offrait un moyen de défense aux médecins qui respectaient certaines lignes directrices. En fait, elle les mettait concrètement à l'abri de poursuites.

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, les médecins ont agi à la demande expresse des parents. Les tribunaux ont conclu que les médecins avaient respecté la déontologie médicale⁵⁰. 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 appropriée. Le protocole de Groningue a depuis été ratifié par l'Association des pédiatres des Pays-Bas, et les médecins qui en respectent les dispositions ne semblent pas faire l'objet de poursuites dans ce pays, bien que ce protocole n'ait pas force de loi⁵¹.

3.2 ÉTAT ACTUEL DU DROIT

En août 1999, les ministres néerlandais 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 exonérer les médecins de toute responsabilité criminelle dans les cas d'euthanasie et de suicide assisté, sous réserve de certaines conditions. Il a été adopté en 2001⁵².

Les dispositions législatives n'ont apporté aucun changement de fond aux motifs pour lesquels l'euthanasie et le suicide assisté étaient autorisés, mais elles ont précisé les critères existants entourant la diligence requise. Pour échapper à la responsabilité criminelle, 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 ou de souffrances *physiques*);
- informer le patient de son état et de son pronostic;
- discuter de la situation avec le patient et en venir conjointement à la conclusion qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable;
- consulter au moins un autre médecin étranger au cas, qui doit ensuite examiner le patient et déclarer par écrit que le médecin traitant a respecté les critères de diligence requise;
- procéder à l'interruption de la vie ou au suicide assisté du patient avec toute la diligence et l'attention qu'exige la profession médicale⁵³.

Rien n'exige que la demande du patient soit formulée par écrit et aucune mention n'est faite dans la loi quant à la nécessité de demandes répétées, bien que cela semble être la pratique générale. La loi ne prévoit pas de conditions explicites en matière de résidence, mais puisque le patient doit avoir une « relation médicale » avec un médecin, l'application de la loi se limite en pratique aux résidents des Pays-Bas⁵⁴. À l'instar de la législation d'autres pays, celle des Pays-Bas n'oblige pas les médecins à procéder à l'euthanasie ou à aider un patient à se suicider lorsque la demande leur est faite. Cependant, contrairement à la législation des États américains où le suicide assisté est légal, elle prévoit que, dans les cas de suicide assisté, le médecin doit demeurer avec le patient jusqu'à la mort de celui-ci. Les patients peuvent rédiger préalablement une déclaration anticipée expliquant les circonstances dans lesquelles ils souhaiteraient qu'ait lieu l'euthanasie. Cela signifie qu'il n'est pas nécessaire qu'ils aient la capacité de prendre la décision le moment venu.

Les médecins doivent déclarer les cas à une commission régionale de contrôle de l'euthanasie (obligation introduite en 1998, avant l'adoption de la loi), qui renvoie les cas non conformes devant le Collège des procureurs généraux (service des poursuites) et l'inspecteur régional des soins de santé lorsqu'un des critères n'est pas respecté⁵⁵.

L'élément le plus controversé de la législation 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. Cependant, dans sa version adoptée, la loi s'inspire de la loi néerlandaise sur l'accord du patient en matière de traitement médical, et le consentement des parents est obligatoire pour les patients de moins de 16 ans. En principe, ceux qui ont 16 ou 17 ans peuvent décider eux-mêmes, mais leurs parents doivent toujours prendre part à la discussion. Selon un article de juin 2019, environ 10 mineurs ont bénéficié de l'euthanasie depuis 2002⁵⁶.

La situation reste litigieuse en ce qui concerne les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies qui ne sont pas en phase terminale. La question est actuellement devant les tribunaux (voir les détails plus bas). Étant donné les difficultés que posent ces cas, l'Association médicale royale des Pays-Bas prévoit de fournir davantage de directives aux médecins qui pratiquent l'euthanasie en s'appuyant sur les déclarations anticipées de leurs patients qui ne sont plus capables de prendre une décision.

Des directives ont été publiées en 2018 pour aider les médecins dont les patients ont un trouble mental⁵⁷. La question d'autoriser les personnes qui sont tout simplement « fatiguées de vivre » à recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté a aussi fait l'objet d'un débat aux Pays-Bas⁵⁸. En 1998 (avant l'adoption de la loi actuelle), un médecin a aidé un ancien sénateur âgé de 86 ans à mourir. Ce dernier n'avait ni maladie ni troubles physiques ou psychiatriques, mais il ne voulait plus vivre. En appel, le médecin a été reconnu coupable d'avoir aidé quelqu'un à se suicider, puisqu'il n'avait pas respecté les critères établis par la jurisprudence, mais aucune sanction ne lui a cependant été imposée, car « il avait agi par profonde compassion pour son patient », comme il a été rapporté en janvier 2003 dans le *British Medical Journal*⁵⁹. La Commission Schnabel a récemment mené une étude pour déterminer s'il fallait élargir les critères d'admissibilité à l'euthanasie pour inclure les personnes qui ont « terminé leur vie » ou permettre que l'on prescrive une pilule aux personnes qui souhaitent se suicider sans l'aide d'un médecin. La Commission aurait rejeté les deux propositions, mais a conclu que la loi sur l'euthanasie s'applique déjà aux personnes qui ont « terminé leur vie » étant donné que cela est équivalent aux « symptômes de la vieillesse »⁶⁰.

3.3 RAPPORTS ANNUELS ET CONTRÔLES DU SYSTÈME

Comme ailleurs, la plupart des cas signalés de décès par euthanasie ou par suicide assisté concernent des personnes atteintes d'un cancer. Le nombre des décès signalés

par euthanasie ou par suicide assisté a considérablement augmenté ces dernières années aux Pays-Bas (l'augmentation ayant même atteint 19 % entre 2009 et 2010). Bien que les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie se soient penchées sur ce phénomène, elles ne semblent pas être parvenues à déterminer avec certitude si les statistiques au sujet de l'euthanasie et le suicide assisté traduisent une tendance ou si les médecins les signalent tout simplement plus souvent, étant donné que le signalement n'était pas universel auparavant. Depuis quelques années, le système fait l'objet de nombreux contrôles et études, tant officiels qu'indépendants⁶¹. La loi a fait l'objet d'un examen officiel à trois reprises, soit en 2007, en 2012 et en 2017. L'examen de 2017 a permis de conclure que les objectifs de la loi étaient atteints. Les auteurs de l'examen ont par ailleurs formulé plusieurs recommandations concernant la recherche et l'élaboration de politiques⁶².

L'année 2018 a été la première où l'on a constaté une diminution du nombre de décès attribuables à l'euthanasie et au suicide assisté depuis 2006⁶³. Selon des recherches sur la situation aux Pays-Bas, la majorité des demandes ne conduisent pas à l'euthanasie ou au suicide assisté. Au nombre des raisons qui expliquent cela, les plus courantes sont associées au décès du patient avant l'acte ou au fait que le patient ne répondait pas aux critères prévus par la loi⁶⁴. Le non-respect des critères de diligence requise prévus par la loi est rare : entre 2013 et 2018, de quatre à douze cas parmi les milliers signalés chaque année ne respectaient pas ces critères⁶⁵.

En 2018, pour la première fois en plus de dix ans, l'inspecteur de la santé et des soins pour les jeunes a soumis un cas d'euthanasie au conseil disciplinaire de l'ordre des médecins. La médecin concernée a également été la première à être poursuivie au pénal depuis l'entrée en vigueur de la loi, en 2002⁶⁶. Dans ce cas, la médecin a été accusée de meurtre, mais le procureur n'a pas réclamé de sanction (le procureur cherchait avant tout à obtenir des précisions sur la loi, lorsqu'un médecin s'appuie sur la déclaration anticipée d'un patient n'ayant pas la capacité). La médecin avait procédé à l'euthanasie d'un patient atteint de démence qui avait préparé une déclaration anticipée. La médecin a été accusée de ne pas avoir fait assez pour déterminer si son patient voulait réellement mourir. La médecin a été acquittée des accusations et on a estimé qu'elle avait respecté la déclaration anticipée du patient. Le procureur a interjeté appel de la décision directement devant la Cour suprême, qui n'avait pas encore rendu de décision au moment de rédiger le présent document⁶⁷. En 2018, le Collège des procureurs généraux a aussi procédé à des enquêtes pénales à l'égard de quatre autres cas datant de 2017 où l'on avait estimé que le médecin n'avait pas fait preuve de la diligence requise, mais dans au moins deux de ces cas, il a décidé de ne pas porter d'accusations⁶⁸.

Le contrôle de 2012 susmentionné fait état du fait que, avec le temps, les médecins se sentent plus à l'aise d'examiner les demandes de patients atteints de maladie mentale ou de démence. Cette constatation découle du fait que la teneur et la portée des

exigences sont devenues plus claires avec l'expérience⁶⁹. La majorité des cas de suicide assisté ou d'euthanasie d'un patient atteint de démence au cours de la période visée (2007-2011) concernaient des personnes aux premiers stades de la maladie qui étaient encore en mesure de comprendre la maladie et ses symptômes⁷⁰. Néanmoins, au moment de la rédaction du rapport, plus de la moitié des médecins ne voulaient pas s'occuper de tels cas, bien que la majorité d'entre eux aient été disposés à aiguiller le patient vers un autre médecin⁷¹.

Les rapports annuels publiés avant 2014 comportent des résumés de cas pour aider les médecins à comprendre leur obligation légale de diligence requise. En 2015, un code de pratique a été publié et résume les exigences afin d'en faciliter l'accès, comme il avait été recommandé à l'issue du contrôle de 2012 susmentionné. Ce code a été mis à jour en 2018⁷².

En 2018, les statistiques sur les personnes décédées par euthanasie ou suicide assisté ont révélé ce qui suit :

- 52 % d'entre elles étaient des hommes;
- 87 % d'entre elles étaient âgées de 60 ans ou plus;
- 80 % d'entre elles sont décédées à leur domicile⁷³.

Les tableaux 3 et 4 présentent d'autres statistiques tirées des rapports annuels des commissions de contrôle des dernières années. En 2018, les Pays-Bas comptaient plus de 17 millions d'habitants, et plus de 150 000 décès y ont été enregistrés.

Tableau 3 – Statistiques annuelles concernant la loi des Pays-Bas sur l'euthanasie et le suicide assisté, 2003-2018

Année	Décès par euthanasie, nombre déclaré	Décès par suicide assisté, nombre déclaré	Décès par une combinaison d'euthanasie et de suicide assisté, nombre déclaré	Total
2003	1 626	148	41	1 815
2004	1 714	141	31	1 886
2005	1 765	143	25	1 933
2006	1 765	132	26	1 923
2007	1 923	167	30	2 120
2008	2 146	152	33	2 331
2009	2 443	156	37	2 636
2010	2 910	182	44	3 136
2011	3 446	196	53	3 695
2012	3 965	185	38	4 188
2013	4 501	286	42	4 829
2014	5 033	242	31	5 306

Année	Décès par euthanasie, nombre déclaré	Décès par suicide assisté, nombre déclaré	Décès par une combinaison d'euthanasie et de suicide assisté, nombre déclaré	Total
2015	5 277	208	31	5 516
2016	5 856	216	19	6 091
2017	6 306	250	29	6 585
2018	5 898	212	16	6 126

Source : Tableau préparé par l'auteure à partir de données tirées de Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Annual reports](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

Tableau 4 – Troubles ou maladies des patients décédés aux Pays-Bas par euthanasie ou suicide assisté en 2018

Affection ou maladie	Nombre de patients	Pourcentage des décès déclarés
Cancer	4 013	65,5
Troubles neurologiques	382	6,2
Maladies cardiovasculaires	231	3,8
Polypathologies gériatriques	205	3,3
Troubles pulmonaires	189	3,1
Autres troubles	155	2,5
Démence	146 ^a	2,4
Troubles psychiatriques	67	1,1
Combinaison de pathologies	738	12,0
Total	6 126	100,0

Note : a. Un total de 144 patients en étaient aux premiers stades de la démence lorsqu'ils sont décédés et deux en étaient à un stade avancé de la maladie.

Source : Tableau préparé par l'auteure à partir de données tirées de Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Annual report 2018](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].

4 BELGIQUE

La Belgique a procédé à une dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie en 2002⁷⁴. Contrairement à la loi néerlandaise, la loi belge ne fait pas précisément mention du suicide assisté. La loi définit l'euthanasie comme étant le fait, pour une tierce partie, de provoquer volontairement la mort d'une autre personne à la demande de celle-ci. L'organisme belge de contrôle de l'euthanasie a déterminé que la définition du terme « euthanasie » prévue dans la loi englobe le suicide assisté. Cependant, un jugement rendu en avril 2019 (voir les détails plus bas) conteste cette interprétation. Le jugement aura une incidence pour la réglementation du suicide assisté en Belgique (par opposition à l'euthanasie)⁷⁵.

Toute personne ayant atteint la majorité (18 ans) ou étant un mineur émancipé (par mariage ou ordonnance judiciaire) qui est capable et consciente peut déposer une demande s'il est atteint d'un mal incurable qui lui cause des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables. Comme aux Pays-Bas, il n'est pas nécessaire que le patient soit en phase terminale ou qu'il ressente des souffrances *physiques*, mais il doit résider au pays⁷⁶.

En 2014, la loi a été modifiée de façon que les personnes de tous âges dotées de la « capacité de discernement » et conscientes au moment de demander l'euthanasie puissent le faire. Des conditions plus restreintes s'appliquent toutefois aux mineurs non émancipés : ceux-ci doivent éprouver une souffrance *physique* constante et intolérable, être dans une situation médicale grave et sans issue qui entraîne la mort à brève échéance et avoir l'autorisation de leurs parents ou de leurs tuteurs légaux. De plus, il faut consulter un pédopsychiatre ou un pédopsychologue pour vérifier la capacité de discernement du mineur relativement à la demande d'euthanasie⁷⁷.

Cette modification législative a fait l'objet d'une contestation devant la Cour constitutionnelle en octobre 2015. La Cour a maintenu la constitutionnalité de la loi et donné certaines précisions. Comme la loi exige la capacité de discernement, elle ne s'applique pas aux nouveau-nés ni aux jeunes enfants (ce qui veut dire que l'euthanasie ne leur est pas accessible). Par ailleurs, dans le cas de mineurs non émancipés, le point de vue du pédopsychiatre ou du pédopsychologue indépendant sur la capacité de discernement du patient doit être formulé par écrit et lie le médecin traitant⁷⁸.

La loi énonce les conditions que doivent remplir la personne qui demande l'euthanasie et le médecin qui la pratique. Le médecin doit rencontrer le patient à plusieurs reprises en espaçant ses visites d'un laps de temps raisonnable. Il doit également solliciter l'avis d'au moins un médecin indépendant, ou de deux autres médecins s'il n'est pas prévu que le patient mourra dans un proche avenir. Lorsque le décès n'est pas imminent, une période d'attente d'au moins un mois doit s'écouler entre la demande écrite et l'euthanasie. Comme c'est le cas dans d'autres pays, rien n'oblige une personne à pratiquer l'euthanasie.

Chaque fois qu'ils pratiquent l'euthanasie, les médecins doivent remplir un formulaire qui est ensuite examiné par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie de la Belgique, dont le rôle consiste à déterminer si l'euthanasie a été pratiquée conformément à la procédure et aux conditions 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 procureur du Roi est saisi de l'affaire.

En règle générale, lorsque des problèmes ont été relevés, il s'agissait de questions procédurales (p. ex. des renseignements manquants sur un formulaire) et aucune poursuite pénale n'a été engagée⁷⁹. Il semble que le premier cas a été déféré au bureau du procureur du Roi à l'automne 2015. Il s'agissait d'une femme de 85 ans dépressive à la suite de la mort récente de sa fille. La mère n'avait pas été vue par un

psychiatre pendant l'évaluation de sa situation. Le médecin a remis à sa patiente une substance qu'elle a bue, ce qui signifie qu'il s'agissait d'un suicide assisté. Les accusations contre le médecin ont été rejetées en avril 2019, car on estimait que ce dernier n'avait pas procédé à une euthanasie et qu'il ne pouvait donc pas être assujéti à la loi en la matière. Cela semble contredire l'interprétation de la Commission, selon laquelle l'euthanasie englobe le suicide assisté ce qui, en retour, pourrait faire en sorte que la pratique du suicide assisté reste non réglementée en Belgique⁸⁰.

Dans son rapport de 2016-2017, la Commission indique qu'elle a débattu pour savoir si elle devait déférer un autre cas au procureur du Roi, car il n'y avait pas eu de demande claire pour l'euthanasie. La patiente qui était décédée n'avait plus que deux ou trois jours à vivre et ressentait des douleurs extrêmes depuis 24 heures. Son comportement et sa communication non verbale avaient été interprétés comme une demande. Le cas n'avait pas été déféré au procureur du Roi étant donné que seulement 9 des 16 membres de la Commission avaient voté en ce sens (la majorité des deux tiers n'ayant pas été atteinte)⁸¹.

Selon des reportages de novembre 2018, trois médecins avaient été accusés d'infractions au titre de la *Loi sur l'euthanasie* après avoir accepté les demandes d'euthanasie de patients qui ressentaient des souffrances psychologiques. Au moment de rédiger le présent document, le procès n'avait pas encore eu lieu⁸².

Les personnes âgées d'au moins 18 ans et les mineurs émancipés peuvent exprimer à l'avance, dans une déclaration anticipée, leur volonté d'être euthanasiés, pourvu que certaines conditions soient remplies le moment venu. Contrairement à ce qui est prévu aux Pays-Bas, cette déclaration est valide uniquement si la personne est inconsciente au moment de l'euthanasie. Par conséquent, les personnes dont la condition qui a une incidence sur leur capacité de décision, par exemple la démence, ne peuvent pas utiliser une déclaration anticipée pour demander l'euthanasie à une date ultérieure où elles ne seront plus en mesure de prendre une décision. En outre, la déclaration anticipée n'est valide que cinq ans; elle peut néanmoins être renouvelée.

Les parlementaires continuent de proposer diverses modifications à la loi. Parmi les projets de loi récents, mentionnons ceux qui concernent la pratique de l'euthanasie dans le cas des personnes atteintes d'un trouble qui influe sur leur capacité, comme la démence, si une déclaration anticipée a été rédigée; l'obligation pour le médecin qui refuse de pratiquer l'euthanasie d'aiguiller le patient vers un médecin qui acquiescera à la demande; et la réglementation explicite du suicide assisté. Aucun de ces projets de loi ne semble avoir été adopté⁸³.

Quelques cas d'euthanasie en Belgique ont fait les manchettes internationales ces dernières années, notamment celui de jumeaux sourds qui allaient perdre la vue et demandaient à mourir ensemble⁸⁴. Selon les médias, Tom Mortier, un Belge dont la mère a été euthanasiée à la demande de celle-ci pour cause de dépression chronique, conteste la loi belge devant la Cour européenne des droits de l'homme⁸⁵.

4.1 RAPPORTS BISANNUELS

La commission belge sur l'euthanasie publie des rapports bisannuels dans lesquels elle regroupe des statistiques sur les personnes qui choisissent l'euthanasie. En 2018, les statistiques concernant les personnes décédées par euthanasie ont révélé ce qui suit :

- 47 % étaient des hommes;
- 86,9 % avaient au moins 60 ans⁸⁶;
- 46,9 % sont décédées à leur domicile⁸⁷.

Les tableaux 5 et 6 mettent en valeur certains chiffres extraits de rapports bisannuels récents de la Belgique.

Tableau 5 – Statistiques annuelles concernant la *Loi relative à l'euthanasie de la Belgique, 2002-2018*

Année	Décès par euthanasie, nombre déclaré	Décès par euthanasie par tranche de 1 000 décès
du 22 sept. 2002 au 31 déc. 2003 (environ 15 mois)	259	2,0
2004	349	3,6 (moyenne en 2004-2005)
2005	393	3,6 (moyenne en 2004-2005)
2006	429	4,4 (moyenne en 2006-2007)
2007	495	4,4 (moyenne en 2006-2007)
2008	704	7,0 (moyenne en 2008-2009)
2009	822	7,0 (moyenne en 2008-2009)
2010	953	10,0 (moyenne en 2010-2011)
2011	1 133	10,0 (moyenne en 2010-2011)
2012	1 432	13,0
2013	1 807	17,0
2014	1 928	18,0
2015	2 022	18,0
2016	2 028	Aucune statistique
2017	2 309	Aucune statistique
2018	2 357	Aucune statistique

Source : Tableau préparé par l'auteur à partir de données tirées de rapports bisannuels disponibles à Belgique, Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, [Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie](#). Le plus récent rapport bisannuel concerne les années 2016 et 2017. Pour les données de 2018, voir Belgique, Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, [Euthanasie – Chiffres de l'année 2018](#).

Tableau 6 – Troubles ou maladies des patients décédés en Belgique par euthanasie ou suicide assisté en 2018

Trouble ou maladie	Nombre de patients	Pourcentage du nombre de décès déclarés
Cancers	1 447	61,4
Pathologies multiples	438	18,6
Maladies du système nerveux	195	8,3
Troubles cardiovasculaires	89	3,8
Troubles mentaux et du comportement	57	2,4
Maladies de l'appareil respiratoire	57	2,4
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	22	0,9
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	12	0,5
Maladies de l'appareil digestif	12	0,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	6	0,3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4	0,2
Maladies de l'œil et de ses annexes	4	0,2
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	4	0,2
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	3	0,1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3	0,1
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	3	0,1
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1	0

Source : Tableau préparé par l'auteure à partir de données tirées de Belgique, Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie – CFCEE, [Euthanasie – Chiffres de l'année 2018](#), communiqué, 28 février 2019.

5 LUXEMBOURG

En 2008, le Luxembourg a adopté une loi dépénalisant la participation d'un médecin à l'euthanasie et au suicide lorsque certaines conditions sont réunies. Comme aux Pays-Bas et en Belgique, les patients ne sont pas tenus de résider au pays, mais puisqu'il faut qu'ils aient une relation étroite avec un médecin, ils doivent, en pratique, être résidents⁸⁸. Des conditions semblables à celles qui existent en Belgique sont exposées dans la *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*⁸⁹. Cependant, il existe des différences entre les lois des deux pays, notamment en ce qui concerne l'âge auquel une personne peut demander l'euthanasie ou le

suicide assisté. Au Luxembourg, il faut avoir au moins 18 ans, l'âge de la majorité, pour demander l'euthanasie ou l'assistance au suicide. Contrairement à ce qui est fait en Belgique, les déclarations anticipées n'ont pas de date d'expiration au Luxembourg, mais elles sont enregistrées auprès d'un organisme gouvernemental qui vérifie tous les cinq ans si elles sont toujours conformes aux volontés des intéressés.

En 2019, la loi a été modifiée pour préciser qu'un décès par euthanasie ou suicide assisté est une mort naturelle aux fins du règlement d'une assurance⁹⁰.

5.1 RAPPORTS BISANNUELS

Au Luxembourg, la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide publie des rapports tous les deux ans. Selon ces rapports, aucun cas d'euthanasie ou de suicide assisté n'a été déféré au procureur d'État pour évaluer la possibilité de déposer des accusations. Les rapports annuels regroupent des statistiques sur les personnes qui choisissent l'euthanasie (seulement deux suicides assistés ont été déclarés jusqu'ici). En 2018, les statistiques sur les personnes décédées par euthanasie ou suicide assisté ont révélé ce qui suit :

- 88 % étaient des hommes (7 personnes sur 8);
- 100 % avaient plus de 60 ans;
- 63 % sont décédées à leur domicile (5 personnes sur 8);
- 88 % avaient un cancer (7 personnes sur 8);
- 13 % avaient une maladie neurodégénérative (1 personne sur 8).

Le tableau 7 fournit de l'information sur le nombre annuel déclaré de décès par euthanasie. En 2018, le pays comptait plus de 600 000 habitants et 4 318 décès y ont été enregistrés.

Tableau 7 – Décès par euthanasie ou suicide assisté déclarés au Luxembourg, 2009-2018

Année	Décès par euthanasie, nombre déclaré	Décès avec déclaration anticipée, nombre déclaré	Décès par suicide assisté, nombre déclaré
2009-2010	5	–	–
2011-2012	13	1	–
2013	8	–	–
2014	7	–	1
2015	8	–	–
2016	9	–	1
2017	11	–	–
2018	7	–	1

Source : Tableau préparé par l'auteure à partir de données tirées de Luxembourg, Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, [Cinquième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide \(années 2017 et 2018\)](#), 2019.

6 SUISSE

L'article 114 du Code pénal suisse interdit l'euthanasie, mais ce crime est passible d'une peine moins sévère que d'autres actes considérés comme des homicides. Le meurtre 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 aide une autre à mourir n'est pas mue par un mobile égoïste.

Comme l'article 115 ne régit pas explicitement le suicide assisté pour des motifs désintéressés, le Code pénal suisse 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. Cela constitue une différence de taille avec les lois d'autres pays où le suicide assisté est autorisé⁹¹. Cependant, au moins un canton (région) a approuvé, par voie référendaire, une loi réglementant le suicide assisté en milieu hospitalier et d'autres « établissements médico-sociaux », et au moins un autre a adopté une loi en la matière⁹².

Le suicide assisté n'est par ailleurs pas limité aux malades en phase terminale ni aux résidents suisses. Comme il n'y a pas de conditions de résidence, la Suisse est devenue une destination de choix pour les étrangers, surtout des Européens, qui souhaitent qu'on les aide à se suicider⁹³. La Canadienne Kathleen (Kay) Carter s'est rendue en Suisse en 2010 avec sa fille, Lee Carter, et son gendre, Hollis Johnson,

pour mettre fin à ses jours. Elle était atteinte d'une sténose du canal rachidien lombaire, une compression de la moelle épinière ou des racines des nerfs rachidiens qui était douloureuse, mais non mortelle. Lee Carter et Hollis Johnson étaient requérants dans un litige dans lequel ils ont contesté avec succès la législation canadienne sur le suicide assisté⁹⁴.

En juillet 2008, le gouvernement suisse a demandé au Département fédéral de justice et police un rapport sur la nécessité de mettre à jour les règles qui régissent le suicide assisté. Ce rapport ainsi que les consultations menées en 2009 et en 2010 ont mis l'accent sur deux options : fournir un cadre législatif plus détaillé pour réglementer le suicide assisté ou interdire les organisations qui proposent une aide au suicide⁹⁵. En fin de compte, faute de consensus, le Conseil fédéral (Cabinet de la Suisse) a décidé de ne pas modifier la loi⁹⁶. Lors de référendums dans le canton de Zurich, les électeurs se sont également prononcés contre l'interdiction du suicide assisté et l'obligation d'être résident⁹⁷.

6.1 AFFAIRES JUDICIAIRES

En janvier 2011, dans le cas d'un ressortissant suisse qui n'avait pas pu obtenir une substance létale accessible uniquement sur ordonnance, la Cour européenne des droits de l'homme a statué 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 souffrait de troubles bipolaires, avait par deux fois tenté de se suicider, et il n'avait pas réussi à convaincre un psychiatre de lui prescrire une dose létale d'un médicament. Il a 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'est adressé à la Cour européenne des droits de l'homme. 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 européenne des droits de l'homme*, 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 décision⁹⁸.

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*⁹⁹. La Cour a conclu qu'en l'absence de

lignes directrices claires et juridiquement contraignantes en Suisse, 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 violation du droit de la requérante 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 8. Le gouvernement suisse a toutefois demandé que l'affaire soit renvoyée à la Grande Chambre de la Cour européenne des droits de l'homme parce qu'elle soulevait une question grave. Il a par la suite été découvert que M^{me} Gross était décédée en 2011 et que son décès avait été caché aux tribunaux pour que l'affaire puisse suivre son cours¹⁰⁰. En 2014, dans une décision partagée (neuf juges contre huit), la Grande Chambre a jugé irrecevable la demande de M^{me} Gross. La Suisse n'est donc pas liée par la décision antérieure selon laquelle des éclaircissements devaient être apportés à la politique relative aux poursuites¹⁰¹.

En octobre 2019, un tribunal suisse a conclu qu'un médecin n'avait pas le droit de prescrire une dose mortelle d'une substance à une femme de 86 ans en santé qui souhaitait mourir au même moment que son mari. Le médecin en question, qui pourrait porter la décision en appel, aurait été condamné à une peine suspendue et à une amende¹⁰².

7 COLOMBIE¹⁰³

En Colombie, l'euthanasie est un crime punissable d'une peine maximale moins lourde que pour 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 Cour constitutionnelle de Colombie a rejeté la contestation et statué qu'un médecin ne pouvait pas être poursuivi pour euthanasie après avoir aidé une personne à mettre fin à ses jours si cette dernière était atteinte d'une maladie en phase terminale, éprouvait de vives douleurs et souffrances, et avait donné son consentement. Néanmoins, le « meurtre par compassion » continue d'être un crime en Colombie si ces conditions ne sont pas réunies¹⁰⁴. La Cour a également recommandé que des mesures législatives soient prises 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 catholique¹⁰⁵. Compte tenu de l'incertitude créée par l'absence de mesures législatives pour donner suite à la décision de la Cour constitutionnelle, il semble que peu de médecins pratiquent ouvertement l'euthanasie¹⁰⁶.

En décembre 2014, la Cour constitutionnelle s'est de nouveau penchée sur la question de l'euthanasie et a conclu que les droits fondamentaux de la demanderesse, qui était atteinte d'un cancer en phase terminale, avaient été violés puisqu'on lui avait refusé l'euthanasie. La demanderesse est décédée de causes naturelles avant la fin des procédures, mais la Cour a tout de même ordonné au ministère de la Santé de réglementer la question de « mourir dans la dignité », ce qu'il a fait en avril 2015¹⁰⁷. La première personne à recevoir légalement de l'aide pour mourir après l'entrée en vigueur du règlement (un homme atteint d'un cancer) est décédée en juillet 2015¹⁰⁸. Cependant, des reportages font état de nombreux obstacles bureaucratiques et sociétaux qui font en sorte que peu de Colombiens ont accès à l'euthanasie (selon les chiffres officiels, 40 personnes à ce jour y ont eu accès, sur une population de plus de 49 millions d'habitants) et que d'autres y ont accès à l'extérieur du système de santé public (ce qui ne semble pas être légal)¹⁰⁹.

Dans sa décision de 2014, la Cour constitutionnelle recommandait vivement au Congrès de légiférer sur cette question. Conséquemment, au moins un projet de loi visant à réglementer la pratique de l'euthanasie et le suicide assisté a été déposé, mais il n'a pas été adopté¹¹⁰.

Dans un autre jugement rendu en 2017, la Cour constitutionnelle aurait également demandé au gouvernement de réglementer la pratique pour les personnes mineures, ce que ce dernier a fait en 2018. Comme dans le cas des adultes, un comité formé d'un médecin, d'un psychiatre et d'un avocat doit évaluer chaque dossier. Parmi les critères, le patient doit être âgé d'au moins six ou sept ans et avoir une espérance de vie de moins de six mois¹¹¹.

8 AUSTRALIE

Le Territoire du Nord de l'Australie a été le premier État à légaliser l'euthanasie et le suicide assisté, en 1996, mais la loi a rapidement été invalidée par une loi fédérale. Ce n'est qu'en 2017 que le suicide assisté a de nouveau été légal dans un État australien. Cette année-là, l'État de Victoria a légalisé l'aide à mourir, mais la loi n'est entrée en vigueur que le 19 juin 2019¹¹².

Le régime juridique de l'État de Victoria se rapproche de celui de différents États américains où le suicide assisté est légal et où l'on exige que le patient ait une espérance de vie de six mois ou moins, mais des différences existent. Tant l'euthanasie (où la substance est administrée par un professionnel de la santé) que le suicide assisté (où le patient s'administre la substance lui-même) sont permis. Les patients qui ont 12 mois ou moins à vivre et qui souffrent d'une maladie neurodégénérative sont également admissibles. Les patients doivent avoir 18 ans ou plus, avoir vécu dans l'État de Victoria pendant au moins 12 mois et être jugés capables, entre autres choses. Comme dans d'autres administrations, deux médecins doivent évaluer le

patient, lequel doit faire deux demandes de vive voix et une demande par écrit. Le patient doit faire sa demande finale au moins neuf jours après la première et au moins un jour après la deuxième évaluation, à moins que le patient risque de mourir avant que ces délais soient écoulés¹¹³.

En outre, il incombe au patient de prendre l'initiative de discuter de l'aide à mourir volontaire, comme on l'appelle dans l'État de Victoria. Les médecins doivent suivre une formation spécifique en ligne avant de pouvoir évaluer des patients qui demandent l'aide à mourir. Toutes les formations doivent être approuvées par la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux et peut comporter un volet sur les exigences prévues par la loi, l'évaluation des critères d'admissibilité ainsi que le repérage et l'évaluation des facteurs de risque qui pourraient révéler des abus ou des pressions indues. Les médecins ont aussi l'obligation d'aiguiller le patient à un spécialiste s'ils n'ont pas la certitude que le patient répond à un ou plusieurs des critères d'admissibilité¹¹⁴.

Les médecins doivent demander un permis en vue de l'aide à mourir volontaire. Ce permis doit préciser si la substance sera administrée par le médecin ou si le patient se l'administrera lui-même (un médecin peut demander un permis pour administrer lui-même la substance à son patient s'il a déjà un permis pour l'autoadministration et que le patient n'a plus la capacité de s'administrer la substance). Le patient doit par ailleurs désigner une personne-ressource qui sera chargée de rapporter les médicaments inutilisés¹¹⁵.

9 ALLEMAGNE

En 2015, l'Allemagne a explicitement interdit la prescription de médicaments dans le but de provoquer la mort d'une personne. En 2017, une cour fédérale a conclu que le suicide assisté était légal dans certaines circonstances. Ce jugement aurait cependant été en grande partie rejeté par le gouvernement, et les demandes d'ordonnance pour ces médicaments auraient apparemment toutes été rejetées. En avril 2019, la Cour constitutionnelle fédérale d'Allemagne a entendu des arguments qui contestaient la loi de 2015. Au moment de rédiger le présent document, le jugement dans cette affaire n'avait pas été rendu¹¹⁶.

10 ITALIE

La Cour constitutionnelle de l'Italie a conclu, en novembre 2019, que le suicide assisté devrait être permis dans certaines circonstances. Un débat parlementaire est attendu sur le sujet¹¹⁷.

11 ROYAUME-UNI

11.1 ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES

11.1.1 Affaires judiciaires

Les décisions concernant la fin de vie ont provoqué de vives controverses au Royaume-Uni, où l'euthanasie est illégale. Le suicide assisté l'est aussi, mais, en raison des développements dont il est question dans la présente section, une personne qui en aide une autre à se suicider ne sera pas nécessairement poursuivie¹¹⁸.

En 2002, dans une affaire portée devant la Cour européenne des droits de l'homme, Diane Pretty a contesté sans succès la loi interdisant le suicide assisté et a cherché à 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 présentée au DPP et l'interdiction du suicide assisté ne portaient atteinte à aucun des droits de M^{me} Pretty en vertu de la *Convention européenne des droits de l'homme*¹¹⁹.

Au milieu des années 2000, Debbie Purdy, qui souffrait de sclérose en plaques, a annoncé qu'elle souhaitait obtenir l'aide d'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 devrait apporter des éclaircissements à la politique à cet égard¹²⁰. La version définitive de la politique, publiée en février 2010, précise clairement que le suicide assisté constitue toujours un acte criminel. 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 s'il est dans l'intérêt public d'aller de l'avant avec une poursuite. Certains facteurs doivent aussi être pris en compte. Il faut notamment savoir si la personne qui s'est suicidée avait clairement déclaré son intention de le faire, et connaître les motifs de la personne qui l'y a aidée.

En 2014, d'autres éclaircissements ont été apportés à la politique concernant les poursuites auxquelles s'exposait le personnel médical. On voulait ainsi préciser que c'est la relation avec le patient qui importe dans l'évaluation du risque de poursuites (à savoir si la victime recevait des soins du personnel médical et si elle risquait de subir une influence indue). Il ne s'agissait pas de faire en sorte que certains membres du corps médical soient davantage exposés à des poursuites du simple fait de leur profession¹²¹. Cette précision découle de l'affaire *Nicklinson*, dans laquelle Tony Nicklinson et une autre personne appelée AM ou Martin, tous deux ayant le

syndrome de verrouillage¹²², ont contesté les dispositions législatives concernant l'euthanasie et le suicide assisté en Angleterre et au Pays de Galles. Paul Lamb, un autre demandeur atteint du même syndrome, s'est joint à eux par la suite. Aucun d'eux ne semble avoir été atteint d'une maladie en phase terminale. Au décès de M. Nicklinson, peu après qu'une cour inférieure a rendu sa décision, sa femme s'est portée demanderesse. Dans cette affaire, la Cour suprême du Royaume-Uni (auparavant la Chambre des lords) a conclu que la politique n'était pas assez claire quant aux risques de poursuites auxquels sont exposés les membres du corps médical, mais elle a laissé au DPP le soin de clarifier la politique.

Le 25 juin 2014, la Cour suprême a rendu une décision partagée dans laquelle chacun des juges a rédigé un jugement. Les appelants (M. Nicklinson et autres intéressés) ont été déboutés en appel, sept des neuf juges ayant rejeté leurs demandes. Quatre juges ont conclu que la Cour devrait, en l'espèce, s'en remettre au Parlement. Cinq juges étaient d'avis que la Cour a le pouvoir constitutionnel nécessaire pour formuler une déclaration selon laquelle l'interdiction générale prévue à l'article 2 au sujet du suicide assisté est incompatible avec l'article 8 (cet article porte sur le droit à la vie privée et à la vie familiale de la *Convention européenne des droits de l'homme*). Cependant, trois de ces juges estimaient que le Parlement devrait avoir l'occasion de se pencher sur la question d'abord. Seulement deux juges ont conclu qu'une telle déclaration devrait être prononcée au moment du jugement¹²³. Une demande adressée à la Cour européenne des droits de l'homme par M^{me} Nicklinson et M. Lamb contestant la décision a été jugée irrecevable¹²⁴.

AM a également contesté en vain les lignes directrices du General Medical Council (l'organisme de réglementation des médecins au Royaume-Uni) au sujet du suicide assisté¹²⁵.

La *Suicide Act 1961* a été contestée sans succès en 2017; on alléguait qu'elle était incompatible avec certains articles de la *Convention européenne des droits de l'homme*. La Haute Cour de justice a conclu que le Parlement avait décidé de ne pas changer la loi en 2015 et que sa volonté devait être respectée. Les appels de la décision n'ont rien donné¹²⁶.

11.1.2 Propositions législatives

Des projets de loi ont été présentés à la Chambre des communes et à la Chambre des lords en vue de légaliser le recours à l'aide à mourir en Angleterre et au Pays de Galles. Le plus récent a été déposé en juin 2015¹²⁷.

Les projets de loi présentés au Parlement du Royaume-Uni étaient semblables aux lois qui sont en vigueur aux États-Unis : pour obtenir de l'aide à mourir, les personnes devraient notamment avoir une maladie en phase terminale et un pronostic de vie de moins de six mois, avoir au moins 18 ans, avoir la capacité de prendre la décision, et

résider sur le territoire de l'administration en question (dans ce cas-ci, en Angleterre ou au Pays de Galles). L'une des principales différences est le fait que les participants auraient besoin de l'autorisation de la Haute Cour (division du droit de la famille), tandis que dans les États américains où le suicide assisté est légal, la participation judiciaire n'est pas requise. Les projets de loi auraient permis aux médecins et au personnel infirmier d'aider « la personne à ingérer le médicament ou à se l'administrer elle-même, mais il apparten[drai]t à la personne à qui le médicament [serait] prescrit de prendre la décision de se l'administrer et procéder à l'acte définitif ¹²⁸ ». Le professionnel de la santé qui aiderait la personne serait également obligé de rester au chevet de la personne jusqu'à ce qu'elle meure ou décide de ne pas s'administrer le médicament.

Le 4 juillet 2019, la Chambre des communes a débattu de l'impact des lois actuelles qui interdisent l'aide à mourir. Il ne semble toutefois pas y avoir de plan pour déposer un autre projet de loi sur l'aide à mourir ¹²⁹.

11.2 IRLANDE DU NORD

La compétence du DPP est limitée à l'Angleterre et au Pays de Galles, mais l'Irlande du Nord dispose d'une politique semblable, élaborée avec la collaboration du DPP. Cependant, contrairement à la politique appliquée en Angleterre et au Pays de Galles, la politique de l'Irlande du Nord ne semble pas avoir été révisée de manière à clarifier la situation des professionnels de la santé ¹³⁰.

11.3 ÉCOSSE

En Écosse, le suicide assisté ne constitue pas une infraction prévue par la loi, comme c'est le cas en Angleterre, au Pays de Galles et en Irlande du Nord. Selon les faits en cause, les dispositions législatives afférentes aux homicides pourraient être invoquées dans un cas de suicide assisté ¹³¹. Dans une tentative visant à éliminer ce risque, Margo MacDonald, députée indépendante du Parlement écossais qui était atteinte de la maladie de Parkinson, a présenté un projet de loi en 2010 qui aurait eu pour effet de légaliser le suicide assisté. Ce projet de loi a été rejeté plus tard la même année ¹³².

M^{me} MacDonald a déposé un projet de loi sur le même sujet en novembre 2013. Au décès de cette dernière, en 2014, un autre député du Parlement écossais a assumé la responsabilité du projet de loi. En mai 2015, le projet de loi a été rejeté à la première étape du débat au Parlement écossais et il est mort au *Feuilleton*. Il aurait permis aux personnes âgées d'au moins 16 ans et atteintes d'une maladie en phase terminale ou d'une pathologie qui abrège la vie de faire une demande de suicide assisté. Il prévoyait un nouveau rôle, celui de « facilitateur agréé », de manière à offrir une aide pratique aux patients, ainsi qu'un régime d'agrément pour ces facilitateurs. Contrairement aux lois américaines sur le suicide assisté, le projet de loi n'exigeait pas un pronostic de vie de six mois ou moins ¹³³.

Les tribunaux écossais se sont également penchés sur la question du suicide assisté récemment. Une décision rendue en première instance en septembre 2015 faisait suite à la pétition de Gordon Ross. À l'instar de la demanderesse dans la décision rendue par la Chambre des lords dans l'affaire *Purdy*, M. Ross demandait une révision judiciaire pour préciser les circonstances dans lesquelles une personne qui en aide une autre à se suicider pourrait être poursuivie. La Cour de session écossaise a rejeté la pétition. Elle a notamment conclu que l'article 8 de la *Convention européenne des droits de l'homme* s'appliquait, mais a fait une distinction avec l'affaire *Purdy* en raison de différences entre l'Écosse et l'Angleterre et le Pays de Galles quant aux lois et à l'exercice des poursuites. La Cour a conclu que la politique écossaise était conforme à la loi et que l'article 8 de la *Convention européenne des droits de l'homme* n'avait pas été enfreint¹³⁴. L'appel de la décision interjeté par M. Ross a échoué¹³⁵.

NOTES

1. Dans un certain nombre de pays, la loi est muette sur le suicide assisté, de sorte que celui-ci y est légal en théorie. Il n'est pas question de ces pays dans la présente étude, laquelle porte sur les mesures législatives et les décisions judiciaires. Il n'y est pas question non plus de certains pays, comme l'Espagne, où des projets de loi ont été proposés, mais n'ont pas encore été adoptés. La Nouvelle-Zélande a récemment adopté un projet de loi sur l'aide médicale à mourir, mais un référendum doit y être tenu avant que le projet de loi entre en vigueur. Étant donné qu'aucune loi sur le sujet n'est actuellement en vigueur, l'étude ne mentionne pas ce pays non plus. De plus, la présente étude ne s'attarde pas aux politiques des associations médicales qui régissent l'exercice de la médecine ou des soins infirmiers. Enfin, l'interruption ou l'arrêt des traitements semblent moins controversés 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 de la présente étude.
2. Martha Butler et Marlisa Tiedemann, [Carter c. Canada : l'arrêt de la Cour suprême du Canada sur le recours à l'aide d'un médecin pour mourir](#), publication n° 2015-47-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 29 décembre 2015; Julia Nicol et Marlisa Tiedemann, [Résumé législatif du projet de loi C-14 : Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois \(aide médicale à mourir\)](#), publication n° 42-1-C14-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 27 septembre 2018; et Marlisa Tiedemann, [L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada](#), publication n° 2019-43-F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 29 novembre 2019.
3. Mary 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*, vol. 31, n° 1, 2010, p. 6.
4. États-Unis, [Washington v. Glucksberg](#), 521 U.S. 702 (Cour suprême des États-Unis, 1997), (Court Listener); et États-Unis, [Vacco v. Quill](#), 521 U.S. 793 (Cour suprême des États-Unis, 1997) (Court Listener).
5. États-Unis, [Sampson v. State](#), 31 P.3d 88 (Cour suprême de l'Alaska, 2001) (Court Listener); et États-Unis, [Sanderson v. People](#), 12 P.3d 851 (Cour d'appel du Colorado, 2000) (Court Listener).

6. États-Unis, État de l'Oregon, Assemblée législative de l'État, [The Oregon Death with Dignity Act](#), Lois révisées de l'Oregon, ch. 127. Cette loi n'a pas été invalidée à la suite de la contestation judiciaire, mais l'Assemblée législative de l'Oregon a décidé de tenir un autre scrutin populaire sur la loi. Les électeurs de l'Oregon ont réaffirmé leur soutien avec une majorité de 60 %, et la loi est entrée en vigueur en novembre 1997. Les opposants de la *Death with Dignity Act* ont rapidement commencé à exercer des pressions sur le gouvernement fédéral pour qu'il intervienne contre l'initiative de l'État. Leurs efforts semblaient en vain au départ, mais, à la suite d'un changement de gouvernement à l'échelon fédéral en 2001, une règle d'interprétation a été rédigée pour préciser la situation légale en droit fédéral des médecins qui aideraient un patient à se suicider.

La règle d'interprétation précisait que les médecins qui prescriraient, distribueraient ou administreraient une substance sous contrôle fédéral afin de faciliter un suicide contreviendraient à la *Controlled Substances Act* du gouvernement fédéral. Cependant, en janvier 2006, la Cour suprême des États-Unis a décrété, dans l'affaire *Gonzales v. Oregon*, que la règle d'interprétation était invalide, car elle dépassait les pouvoirs attribués au procureur général fédéral en vertu de la *Controlled Substances Act*. États-Unis, [Gonzales v. Oregon](#), 546 U.S. 243 (Cour suprême des États-Unis, 2006) (Court Listener).
7. États-Unis, [Baxter v. State](#), 2009 MT 449 (Cour suprême du Montana), par. 7 (Court Listener).
8. *Ibid.*, par. 13.
9. *Ibid.*
10. Pour consulter un projet de loi qui vise à criminaliser le suicide assisté, voir, par exemple, États-Unis, État du Montana, Législature de l'État, « [HB 284](#) », *Montana Legislature: Detailed Bill Information*. Pour consulter un projet de loi qui vise à encadrer la pratique, voir États-Unis, État du Montana, Législature de l'État, « [SB 202](#) », *Montana Legislature: Detailed Bill Information*.
11. Il s'agit d'une forme de démocratie participative, les citoyens ayant le pouvoir de faire ajouter aux bulletins de vote des élections locales ou de celles des États des mesures qui sont habituellement étudiées par les législatures des États ou par les gouvernements locaux, afin que la population puisse se prononcer. Voir Robert Longley, « [Understanding the Ballot Initiative Process](#) », *ThoughtCo.com*.
12. Voir la note 6.
13. États-Unis, État de l'Oregon, Assemblée législative de l'État, [Senate Bill 579](#), 80^e législature de l'Oregon, session régulière de 2019.
14. *Oregon Death with Dignity Act*, 127.800, par. 1.01(3) [TRADUCTION].
15. *Ibid.*, 127.800, al. 1.01(7)(e).
16. *Ibid.*, 127.855, art. 3.09 (« Medical record documentation requirements »); 127.865, art. 3.11 (« Reporting requirements »).
17. *Ibid.*, 127.855, par. 4.01(4).
18. Voir, par exemple, États-Unis, État de l'Oregon, Assemblée législative de l'État, [House Bill 2232](#), 80^e législature de l'Oregon, session régulière de 2019; États-Unis, État de l'Oregon, Assemblée législative de l'État, [House Bill 2217](#), 80^e législature de l'Oregon, session régulière de 2019; et États-Unis, État de l'Oregon, Assemblée législative de l'État, [House Bill 2903](#), 80^e législature de l'Oregon, session régulière de 2019.
19. États-Unis, État de l'Oregon, Département de la Santé, Division de la santé publique, [Oregon Death with Dignity Act: 2018 Data Summary](#), 25 avril 2019, p. 12.
20. *Ibid.*
21. *Ibid.*; et « [SF Judge Upholds Law Prohibiting Physician-Assisted Suicide](#) », *NBC Bay Area*, 14 août 2015.
22. États-Unis, État de l'Oregon, Département de la Santé, Division de la santé publique, [Death with Dignity Act Annual Reports](#). Voir les rapports annuels de 2011 à 2018. Aucun autre renseignement n'a été trouvé concernant le renvoi de deux médecins devant le conseil médical de l'Oregon.
23. États-Unis, État de Washington, Département de la Santé, [Death with Dignity Act](#). Pour des renseignements sur le vote, voir le site Web du secrétaire d'État de l'État de Washington, « Initiative Measure No. 1000 », [Initiatives to the People](#).
24. Les données de 2018 ne sont pas disponibles sur la page Web de l'État sur les statistiques sur les décès. Voir États-Unis, État de Washington, Département de la Santé, [All Deaths – County and State Dashboards](#).

25. États-Unis, État de Washington, Département de la Santé, Statistique sur les pathologies et la santé, Centre de statistiques en matière de santé, « *Table 2. End of Life concerns of participants who died, 2016–2018* », [2018 Death with Dignity Act Report](#), ch. 70.245 RCW, juillet 2019, p. 11.
26. États-Unis, État du Vermont, Assemblée législative du Vermont, [S.77 \(Act 39\): An act relating to patient choice and control at end of life](#), 20 mai 2013.
27. États-Unis, État du Vermont, Assemblée législative de l'État, [S.108 \(Act 27\): An act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life](#), 20 mai 2015. Les règles régissant la collecte de données sont énoncées dans États-Unis, État du Vermont, Département de la Santé du Vermont, [Rule Governing Compliance with Patient Choice at the End of Life](#).
28. David C. Englander, Département de la Santé du Vermont, [Report Concerning Patient Choice at the End of Life \(January 15, 2018\)](#), rapport à la législature du Vermont.
29. États-Unis, [Vermont Alliance for Ethical Healthcare, Inc. et al. v. Hoser et al.](#), Cour de district des États-Unis pour le district du Vermont, 5 avril 2017.
30. États-Unis, État de la Californie, Renseignements sur les projets de la Californie, [Assembly Bill No. 15: An act to add and repeal Part 1.85 \(commencing with Section 443\) of Division 1 of the Health and Safety Code, relating to end of life \(AB-15 End of Life Option Act\)](#), ch. 1, 5 octobre 2015.
31. April Dembosky, « [California Approves Physician-Assisted Suicide; Bill Heads to Governor's Desk](#) », *NPR*, 12 septembre 2015; et Alexei Koseff, « [Which bills will Jerry Brown sign?](#) », *Sacramento Bee*, 17 septembre 2015.
32. États-Unis, État de la Californie, [People v. Superior Court \(Ahn\)](#), Cour d'appel de la Californie, quatrième district d'appel, division 2, dossier n° E070545, 28 novembre 2018. Le 27 février 2019, la Cour suprême de la Californie a refusé de revoir la décision de la cour d'appel. Voir Tribunaux de la Californie, « [Supreme Court: Disposition – Becerra v. S.C. \(Ahn\)](#) », [Appellate Courts Case Information](#). Pour en savoir plus sur l'affaire, voir Death with Dignity, [California](#).
33. Pour obtenir la liste des autres différences, voir Death with Dignity, [The California End of Life Option Act and Death with Dignity](#), 22 janvier 2016.
34. Medicaid est le régime de soins de santé financé par l'État pour les résidents à faible revenu.
35. Susan Harding et personnel Web de KATU, « [Letter noting assisted suicide raises questions](#) », *Katu.com* [Portland], 30 juillet 2008; et Dan Springer, « [Oregon Offers Terminal Patients Doctor-Assisted Suicide Instead of Medical Care](#) », *FoxNews*, 28 juillet 2008. Pour en savoir plus sur un cas signalé après l'entrée en vigueur de la loi, voir Bradford Richardson, « [Assisted-suicide law prompts insurance company to deny coverage to terminally ill California woman](#) », *Washington Times*, 20 octobre 2016. Des inquiétudes semblables ont été soulevées par le National Council on Disability des États-Unis dans [The Danger of Assisted Suicide Laws: Part of the Bioethics and Disability Series](#), 9 octobre 2019.
36. États-Unis, État de la Californie, Département de la Santé publique, « [End of Life Option Act](#) », [Center for Health Statistics and Informatics](#).
37. Sammy Caiola, « [California's Aid in Dying Law Is Mostly Used By White People. Here's Why](#) », *Capital Public Radio*, 12 juillet 2019. Pour lire un article de recherche sur les perceptions à l'égard de l'aide médicale à mourir chez différents groupes raciaux et ethniques, voir Cindy L. Cain et Sara McCleskey, « [Expanded definitions of the 'good death'? Race, ethnicity and medical aid in dying](#) », *Sociology of Health and Illness*, vol. 41, n° 6, 2019, p. 1175 à 1191.
38. États-Unis, État du Colorado, Département de la Santé publique et de l'Environnement, [Medical Aid in Dying](#); et Sawyer D'Argonne, « [69 Coloradans seek assisted suicide in first year of program](#) », *Sky-Hi News*, 2 mars 2018.
39. Amanda Pampuro, « [Terminally Ill Man Sues Hospital Over Aid-in-Death Medication](#) », *Courthouse News Service*, 22 août 2019. Pour lire les plaidoiries, voir [Mahoney et al. v. Centura Health Corporation](#), Cour de district des États-Unis, District du Colorado, comté d'Arapahoe, 21 août 2019.
40. États-Unis, District de Columbia, Gouvernement du district, [Death with Dignity Act of 2016](#), loi 21-182; États-Unis, District de Columbia, Département de la Santé, [District of Columbia Death with Dignity Act: 2018 Data Summary](#); et États-Unis, District de Columbia, Département de la Santé, [District of Columbia Death with Dignity Act: 2017 Summary](#).
41. Le Congrès peut examiner et abroger les lois adoptées par le Conseil. Voir Compassion & Choices, [District of Columbia](#); Death with Dignity, [District of Columbia](#); et Patients Rights Council, [District of Columbia](#).

42. États-Unis, État d'Hawaï, Chambre des représentants, [A Bill for an Act Relating to Health \(Our Care Our Choice Act\)](#), projet de loi n° 2739, 29^e législature, 5 avril 2018.
43. États-Unis, État d'Hawaï, Législature de l'État, [SB536 SD2 HD1 CD1](#), 30^e législature, 2019.
44. États-Unis, État d'Hawaï, Département de la Santé, [Hawaii Department of Health \(DOH\): 2019 Our Care Our Choice Annual Report](#), 1^{er} juillet 2019.
45. États-Unis, État du New Jersey, Législature de l'État, [An Act concerning medical aid in dying for the terminally ill, supplementing Titles 45 and 26 of the Revised Statutes, and amending P.L. 1991, c.270 and N.J.S.2C:11-6](#), P.L. 2019, ch. 59, 12 avril 2019; et États-Unis, État du New Jersey, [New Jersey Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act: Frequently Asked Questions](#).
46. Patients Rights Council, [New Jersey](#); Compassion & Choices, [New Jersey](#); États-Unis, État du New Jersey, [Glassman v. Grewal](#), Cour suprême du New Jersey, 27 août 2019; et [Glassman v. Grewal](#), Cour supérieure du New Jersey, division des appels, 27 août 2019.
47. Les deux projets de loi ont été renvoyés au comité de la justice de l'Assemblée générale du New Jersey. États-Unis, État du New Jersey, Assemblée générale, [A5469: An Act concerning medical aid in dying and amending P.L. 2019, c.59](#), 218^e législature, 6 juin 2019; et États-Unis, État du New Jersey, Assemblée générale, [A5525: An Act concerning medical aid in dying for the terminally ill, amending P.L. 1991, c.270 and N.J.S.2C:11-6, and repealing sections 1 through 26 of P.L. 2019, c.59](#), 218^e législature, 6 juin 2019.
48. États-Unis, État du Maine, Législature de l'État, [An Act to Enact the Maine Death with Dignity Act](#), droit public, ch. 271, 12 juin 2019; et Death with Dignity, [Maine Death with Dignity Act Goes into Effect](#), 19 septembre 2019.
49. Patients Rights Council, [Attempts to Legalize Euthanasia/Assisted-Suicide in the United States](#).
50. Eduard Verhagen et Pieter J.J. Sauer, « [The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns](#) », *The New England Journal of Medicine*, vol. 352, 10 mars 2005, p. 959 à 962.
51. *Ibid.*; et Hilde Lindemann et Marian Verkerk, « Ending the Life of a Newborn: The Groningen Protocol », *Hastings Center Report*, vol. 38, n° 1, 2008, p. 42 à 51.
52. La loi sur le contrôle de l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide (procédures d'examen) des Pays-Bas est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002. Il en existe une traduction anglaise : Institut Européen de Bioéthique, [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\)](#).
53. *Ibid.*, art. 2.
54. Gouvernement des Pays-Bas, « [Is euthanasia allowed?](#) », *Euthanasia*.
55. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Code d'Euthanasie 2018 : Code de déontologie en matière d'euthanasie – Éclairage de la pratique du contrôle](#), p. 56.
56. Scott Kim, « [How Dutch Law Got a Little Too Comfortable with Euthanasia](#) », *The Atlantic*, 8 juin 2019.
57. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Annual report 2018](#), p. 5 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
58. Au moins un groupe a exercé des pressions pour que les personnes plus âgées qui ont l'impression d'avoir « terminé » leur vie puissent être euthanasiées sans avoir obligatoirement une maladie sous-jacente. Folkert Jensma, NRC International, « ["Right to die" for elderly back at centre of Dutch debate](#) », *Radio Netherlands Worldwide*, 9 février 2010; et Johan Legemaate et Ineke Bolt, « The Dutch Euthanasia Act: Recent Legal Developments », *European Journal of Health Law*, vol. 20, n° 5, 2013, p. 466 à 468.
59. Tony Sheldon, « [Being "tired of life" is not grounds for euthanasia](#) », *The BMJ (British Medical Journal)*, vol. 326, n° 7380, 11 janvier 2003 [TRADUCTION]; et Shariff (2010), p. 7.
60. Bioethics Research Library, Bioethics news: [A Dutch report applies the breaks on euthanasia](#), Kennedy Institute of Ethics de l'Université Georgetown [TRADUCTION].

61. Voir, par exemple, le résumé en anglais de Bregje D. Onwuteaka-Philipsen *et al.*, [Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#) [examen de la loi sur l'euthanasie et le suicide assisté], ZonMw, La Haye, mai 2007, p. 13 à 21. Voir aussi le résumé en anglais de Agnes van der Heide *et al.*, [Tweede evaluatie: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#) [deuxième examen de la loi sur l'euthanasie et le suicide assisté], ZonMw, La Haye, décembre 2012, 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, n° 9845, 8 septembre 2012, p. 869 et 870; Bregje 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, n° 9845, 8 septembre 2012, p. 908 à 915; et Judith A.C. 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.
62. Voir le résumé en anglais de Bregje Onwuteaka-Philipsen *et al.*, [Derde evaluatie: Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#) [troisième examen de la loi sur l'euthanasie et le suicide assisté], ZonMw, La Haye, mai 2017, p. 19 à 25. Un article paru en 2017 dans *BMJ Open* a passé en revue un nombre plus restreint de cas trouvés en ligne et a constaté que les commissions de contrôle mettent l'accent sur la rigueur et le professionnalisme des médecins au moment de procéder à l'euthanasie d'un patient ou de l'aider à se suicider, plutôt que de s'intéresser à l'admissibilité du patient à l'aide à mourir. Voir David Gibbes Miller et Scott Y.H. Kim, « [Euthanasia and physician assisted suicide not meeting due care criteria in the Netherlands: a qualitative review of review committee judgments](#) », *BMJ Open*, vol. 7, n° 10.
63. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Annual report 2018*, p. 11.
64. Annette J. Berendsen *et al.*, « Physician-assisted death is less frequently performed among women with a lower education: A survey among general practitioners », *Palliative Medicine*, vol. 28, n° 9, 2014, p. 1161.
65. Pour obtenir des renseignements détaillés sur les cas où il a été conclu que les médecins n'avaient pas agi avec la diligence requise, voir chacun des rapports annuels tirés de Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Annual reports](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]. Les auteurs du deuxième examen (*Tweede evaluatie*), réalisé en 2012, ont conclu que 36 des 14 000 cas signalés de 2007 à 2011 ne respectaient pas le critère de diligence requise. Il a été décidé qu'il n'était pas nécessaire d'intenter des poursuites criminelles dans ces cas, mais il s'agissait d'une décision conditionnelle dans six cas. Voir van der Heide *et al.* (2012), p. 21. Un article universitaire mentionne qu'environ 1 cas sur 600 ne respecte pas les critères et que c'est habituellement pour des raisons de procédure, et non pas parce que le désir de mourir des patients est remis en cause. Theo A. Boer, « [Euthanasia, Ethics and Theology: A Dutch Perspective](#) », *Ecumenical Review Sibiu / Revista Ecumenica Sibiu*, vol. 6, n° 2, août 2014, p. 198 (copie gracieuseté de *De Gruter Open*).
66. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Annual report 2018*, p. 6 à 8.
67. Raf Casert et Aleksandar Furtula, Associated Press, « Dutch euthanasia case puts law on trial », *Toronto Star*, 29 août 2019; Stephanie van den Berg, « [Dutch doctor acquitted in case of euthanasia of patient with dementia](#) », *Reuters*, 11 septembre 2019; et Stephanie van den Berg, « [Dutch prosecutors seek Supreme Court ruling on euthanasia for incapacitated patients](#) », *Reuters*, 26 septembre 2019.
68. On ne peut pas déduire du rapport annuel de 2018 quel a été le résultat final des deux autres cas. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Annual report 2018*, p. 6 à 8.
69. van der Heide *et al.* (2012), p. 20 et 21.
70. Legemaate et Bolt (2013), p. 455.
71. van der Heide *et al.* (2012), p. 20 et 21.
72. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Code d'Euthanasie 2018 : Code de déontologie en matière d'euthanasie – Éclairage de la pratique du contrôle*; Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Annual report 2014](#), p. 6 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; et Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, [Annual report 2017](#), p. 22 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
73. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Annual report 2018*, p. 13, 14 et 17 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
74. Comité consultatif de bioéthique de Belgique, [Avis n° 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie](#), p. 6; et Belgique, Parlement fédéral de Belgique, [28 mai 2002. – Loi relative à l'euthanasie](#), F. 2002-2141 [C-2002/09590] (Moniteur Belge), 22 juin 2002.

75. [Carter v. Canada \(Attorney General\)](#), 2012 BCSC 886 (CanLII), par. 508; et Sigrid Sterckx, [Une faille dans la loi euthanasie : l'aide au suicide comme échappatoire au contrôle de l'euthanasie](#), Institut Européen de Bioéthique, 30 avril 2019.
76. La loi belge, comme celle des Pays-Bas, ne comporte pas d'exigence en matière de résidence, mais les conditions créent une limite pratique, car le médecin est tenu de bien connaître le patient. Union nationale des mutualités socialistes, [Question de droit : La loi dépénalisant l'euthanasie](#), Bruxelles, janvier 2004, p. 14.
77. Belgique, Chambre des représentants de Belgique, [Projet de Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en vue de l'étendre aux mineurs](#), al. 2d), 7 février 2014.
78. Belgique, Cour constitutionnelle, [Arrêt n° 153/2015 du 29 octobre 2015](#); et Belgique, Cour constitutionnelle, [Note informative relative à l'arrêt n° 153/2015](#).
79. Belgique, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Sixième rapport aux Chambres législatives \(Années 2012-2013\)](#).
80. Graeme Hamilton, « [Belgian doctor facing possible murder charge for euthanizing senior seen as warning for Canada](#) », *National Post*, 29 octobre 2015; et The World Federation of Right to Die Societies, [Belgian physician dismissed of legal proceedings](#), 6 mai 2019.
81. Belgique, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Huitième rapport aux Chambres législatives années 2016-2017](#), p. 30.
82. Institut Européen de Bioéthique, « [Trois médecins belges impliqués dans une euthanasie devront comparaître en Cour d'assises](#) », *Bulletin du 23/11/2018*, 23 novembre 2018.
83. Belgique, Chambre des représentants de Belgique, [Proposition de Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne l'auto-euthanasie assistée](#), doc. 53 2635/001, 7 février 2013; Belgique, Chambre des représentants de Belgique, [Proposition de Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne les personnes atteintes d'une affection cérébrale et devenues incapables d'exprimer leur volonté](#), doc. 54 1013/001, 10 avril 2015; et Belgique, Chambre des représentants de Belgique, [Proposition de Loi portant modification de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie en ce qui concerne l'obligation de renvoi](#), doc. 54 1015/001, 10 avril 2015.
84. Naftali Bendavid, « In Depth: Some Belgians Are Opting for the Euthanasia Escape – Twins Request Highlights Fight Over Expanding Law and Reverberates in End-of-Life Debate in U.S. », *Wall Street Journal Asia*, 17 juin 2013. Voir d'autres exemples dans Alliance VITA, [Euthanasie en Belgique : bilan de 15 ans de pratique](#), 7 juin 2017.
85. Bruno Waterfield, « [Son challenges Belgian law after mother's 'mercy killing'](#) », *The Telegraph* [Royaume-Uni], 2 février 2015; et ADF International, [Mortier v. Belgium: Belgium's liberal euthanasia laws challenged before European Court](#).
86. Il est à noter que, dans les rapports, les pays n'utilisent pas tous la même répartition des groupes d'âge (p. ex. « 60 ans ou plus », « 65 ans ou plus »), de sorte qu'il n'est pas possible de comparer directement les données.
87. Belgique, Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Euthanasie – Chiffres de l'année 2018](#).
88. Lyn Carson et Brette Blakely, « [What Can Oregon Teach Australia About Dying?](#) », *Journal of Politics and Law*, vol. 6, n° 2, 2013, p. 38.
89. Luxembourg, Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, « [Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#) », *Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg*.
90. Luxembourg, Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, [Le décès suite à un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide sera considéré à l'avenir comme une mort de cause naturelle](#), communiqué, 11 juillet 2019.
91. Suisse, Conseil fédéral, [311.0 : Code pénal suisse](#); et Christian Schwarzenegger et Sarah J. Summers, [Criminal Law and Assisted Suicide in Switzerland](#), mémoire au comité du projet de loi sur l'aide à mourir pour les malades en phase terminale, Zurich, Chambre des lords, 3 février 2005.
92. « [Un canton suisse légalise le suicide assisté](#) », *Radio-Canada*, 17 juin 2012; et « [Le Parlement valaisan réglemente le suicide assisté en EMS](#) », *Radio Télévision Suisse*, 9 mai 2019.
93. Imogen Foulkes, « [Switzerland plans new controls on assisted suicide](#) », *BBC News Europe*, 2 juillet 2010; et Shariff (2010), p. 6 et 7.

94. [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 CSC 5, 6 février 2015.
95. Suisse, Office fédéral de la justice, [Assistance au décès](#).
96. 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.
97. « [Zurich voters reject ban on 'suicide tourism'](#) », *Reuters*, 16 mai 2011.
98. « [Judgment Haas v. Switzerland \(31322/07\), refusal to deliver lethal drug without prescription: no violation of article 8](#) », *European Court of Human Rights News*, 3 juillet 2011.
99. Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), [Gross c. Suisse – 67810/10](#), Article 8, Note d'information sur la jurisprudence de la Cour n° 163, mai 2013.
100. M^{me} Gross a communiqué avec son avocat par l'entremise d'une tierce partie, un pasteur à la retraite, et a demandé à ce dernier de ne pas informer l'avocat de son décès. En tant que conseiller spirituel, le pasteur estimait qu'il avait l'obligation de ne pas divulguer l'information.
101. CEDH, *Gross c. Suisse* (2013); et CEDH, [Affaire Gross c. Suisse](#), Grande Chambre, Requête n° 67810/10, 30 septembre 2014. Il convient de souligner qu'il ne s'agissait pas d'un appel interjeté devant la Grande Chambre. Les décisions de la CEDH sont sans appel une fois que la Grande Chambre a rendu sa décision ou, pour différents motifs, a décidé de ne pas entendre l'affaire.
102. Fati Mansour, « [A Genève, le médecin d'Exit coupable d'avoir repoussé les limites du suicide assisté](#) », *Le Temps* (Suisse), 17 octobre 2019.
103. Cette section de l'étude repose sur des sources secondaires parce que les sources principales ne sont accessibles qu'en espagnol. Pour cette raison, elle n'offre peut-être pas un tableau complet de la situation en Colombie. De plus, il n'a pas été possible de vérifier les renseignements fournis dans les sources secondaires en raison des limites linguistiques.
104. Colombie, Cour constitutionnelle, [Sentence # C-239/97](#), 20 mai 1997.
105. Associated Press, « [Euthanasia regularly practiced in Colombia: Lawmaker hopes to establish guidelines for doctors, patients](#) », *NBCNews.com*, 31 juillet 2005; et Catholic News Agency, « [Bill meant to legalize euthanasia in Colombia dies mercifully](#) », 5 novembre 2007.
106. Pour plus de renseignements sur l'affaire, voir Sabine Michlowski, « Legalising active voluntary euthanasia through the courts: Some lessons from Colombia », *Medical Law Review*, vol. 17, n° 2, 2009, p. 183 à 218.
107. Colombie, Cour constitutionnelle, [Muerte Digna-Caso de persona con enfermedad terminal que solicita a su EPS realizar la eutanasia](#), Sentencia T-970/14 (décision de la Cour constitutionnelle de 2014).
108. Owen Dyer, Caroline White et Acer García Rada, « [Assisted dying: law and practice around the world](#) » (résumé), *The BMJ*, vol. 351, 2015; Javier Lafuente, « [Why Colombia's first euthanasia was stopped with 15 minutes to go](#) », *El País* [Espagne], 3 juillet 2015; et Colombie, Ministère de la Santé, [Ministry of Health urges practicing early death process with a high humanitarian sense](#), communiqué, 30 juin 2015.
109. Stephanie Nolen, « [Colombia takes medically assisted death into the morally murky world of terminally ill children](#) », *Globe and Mail* [Toronto], 1^{er} mars 2019.
110. Colombie, Sénat de la Colombie, [Proyecto de ley de Senado por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones](#) (projet de loi du Sénat déposé le 30 juillet 2015).
111. Il est à noter que, selon certaines sources, l'enfant doit être âgé d'au moins six ans, tandis que, selon d'autres, il doit être âgé de sept ans. Voir María Alejandra Triviño, « [Colombia has regulated euthanasia for children and adolescents](#) », *Latin American Post*, 13 mars 2018. Voir aussi les liens vers les sources primaires de l'Australian Care Alliance, [Colombia: Court ordered euthanasia](#); et Stephanie Nolen (2019).
112. Australie, Gouvernement de l'État de Victoria, « [Voluntary Assisted Dying: Overview](#) », *health.vic*.
113. Australie, Parlement de Victoria, [Voluntary Assisted Dying Act 2017](#), n° 61 de 2017, art. 38, p. 35.
114. *Ibid.*, art. 18, p. 20.
115. *Ibid.*, art. 39, p. 36.
116. « [Top German court to decide legality of assisted suicide](#) », *DW* [Allemagne], 15 avril 2019; et Adelheid Müller-Lissner, « [Euthanasia: "Germany has found a moderate solution"](#) », *Goethe Institute*, février 2017.

117. The World Federation of Right to Die Societies, [Italian Constitutional Court now officially rules that aid in suicide is, under certain conditions, not punishable](#), 22 novembre 2019.
118. Pour un résumé plus détaillé de l'évolution de la question au Royaume-Uni (R.-U.), voir Sally Lipscombe et Sarah Barber, [Assisted suicide](#), note SN/HA/4857, Royaume-Uni, Bibliothèque de la Chambre des communes, 20 août 2015; Sarah Barber, Joanna Dawson et Nikki Sutherland, [Functioning of the existing law relating to assisted dying](#), Debate Pack Number CDP 2019/0179, Royaume-Uni, Bibliothèque de la Chambre des communes, 3 juillet 2019.
119. CEDH, [Affaire Pretty c. Royaume-Uni](#), Requête n° 2346/02, 29 avril 2002.
120. Royaume-Uni, Chambre des lords, [R \(on the application of Purdy\) \(Appellant\) v Director of Public Prosecutions \(Respondent\)](#), [2009] UKHL 45, 30 juillet 2009.
121. Royaume-Uni, CPS (Crown Prosecution Service), [Suicide: Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide](#), octobre 2014.
122. La personne atteinte du syndrome de verrouillage est éveillée et consciente, mais elle ne peut pas parler et est presque complètement paralysée.
123. Royaume-Uni, [R \(on the application of Nicklinson and another\) \(AP\) \(Appellants\) v Ministry of Justice \(Respondent\)](#), [2014] UKSC 38, 25 juin 2014.
124. CEDH, [Nicklinson & Lamb v United Kingdom](#), 2478/15 [2015] ECHR 709, 16 juillet 2015 (BAILII).
125. Royaume-Uni, [AM, R \(on the application of\) v The General Medical Council](#), [2015] EWHC 2096 (Admin), 20 juillet 2015 (BAILII). Pour consulter les lignes directrices, voir General Medical Council, [When a patient seeks advice or information about assistance to die](#), 18 juin 2015.
126. Sarah Barber, Joanna Dawson et Nikki Sutherland (2019); [Conway, R \(On the Application Of\) v Secretary of State for Justice](#), [2017] EWHC 640 (Admin), 30 mars 2017 (BAILII); [Conway, R \(on the application of\) v The Secretary of State for Justice & Ors](#), [2018] EWCA Civ 1431, 27 juin 2018 (BAILII); et [R \(on the application of Conway\) \(Appellant\) v Secretary of State for Justice \(Respondent\)](#), Cour suprême du Royaume-Uni, 27 novembre 2018.
127. Royaume-Uni, Chambre des communes, [Assisted Dying \(No. 2 Bill\) 2015-16](#); et Royaume-Uni, Chambre des lords, [Assisted Dying Bill \[HL\] 2015-16](#).
128. Royaume-Uni, Chambre des communes, [Assisted Dying \(No. 2 Bill\) 2015-16](#), al. 4(5)c); et Royaume-Uni, Chambre des lords, [Assisted Dying Bill \[HL\] 2015-16](#), al. 4(4)c) [TRADUCTION].
129. Royaume-Uni, Chambre des communes, « [Assisted Dying](#) », *Hansard*, vol. 662, 4 juillet 2019.
130. Royaume-Uni, Service des poursuites pénales d'Irlande du Nord, [Policy on Prosecuting the Offence of Assisted Suicide](#), février 2010.
131. Réponses du Crown Office en Écosse, envoyées par courriel à l'auteure les 6 et 8 septembre 2013.
132. Royaume-Uni, Parlement écossais, [End of Life Assistance \(Scotland\) Bill](#); et Severin Carrell, « [Scotland to consider legalising assisted suicide](#) », *The Guardian* [Londres], 30 juillet 2009.
133. Royaume-Uni, Parlement écossais, [Assisted Suicide \(Scotland\) Bill](#).
134. Royaume-Uni, Cours et tribunaux écossais, [Petition of Gordon Ross \(AP\) for Judicial Review](#), 2015 CSOH 123.
135. Royaume-Uni, Cours et tribunaux écossais, [Gordon Ross v. Lord Advocate](#), [2016] CSIH 12.

ANNEXE A – LÉGISLATION SUR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR : COMPARAISON ENTRE CERTAINS ÉTATS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

**Tableau A.1 – Statut juridique actuel de l'euthanasie et du suicide assisté
dans certains États à l'extérieur du Canada**

Critères	États-Unis	Pays-Bas	Belgique	Luxembourg	Australie
Euthanasie (E)/suicide assisté (SA) autorisés?	SA autorisé (Oregon, État de Washington, Vermont, Californie, Colorado, District de Columbia, Hawaï, Maine, New Jersey et Montana seulement)	E et SA autorisés	E et SA autorisés	E et SA autorisés	E et SA autorisés dans l'État de Victoria
Maladie en phase terminale comme exigence?	Oui	Non	Non	Non	Oui
Résidence comme exigence?	Oui	Oui, mais ce n'est pas prévu expressément dans la loi	Oui, mais ce n'est pas prévu expressément dans la loi	Oui, mais ce n'est pas prévu expressément dans la loi	Oui
Déclarations anticipées acceptées?	Non	Oui	Oui (seulement pour les personnes inconscientes)	Oui (seulement pour les personnes inconscientes)	Non
Acte autorisé pour les mineurs?	Non	Oui (12 ans ou plus ou nouveau-nés)	Oui	Non	Non
Acte autorisé pour les personnes atteintes de démence/troubles psychiatriques incapables de prendre des décisions?	Non	Oui, si une déclaration anticipée a été signée	Oui, mais la personne doit être capable au moment de la demande	Oui, mais la personne doit être capable au moment de la demande	Non
Souffrances psychiques considérées comme un critère suffisant?	Non	Oui	Oui	Oui	Non

Note : Ce tableau comporte un certain nombre d'éléments qui mettent en lumière les différences entre les pays, mais il ne comprend pas tous les critères à remplir pour respecter les conditions dans chacun des pays. Faute de renseignements suffisants en anglais ou en français, la Colombie en est exclue. Le Royaume-Uni en est également exclu puisqu'il ne dispose pas de loi en matière d'euthanasie ou de suicide assisté. La Suisse, l'Italie et l'Allemagne ne figurent pas non plus dans le tableau parce que ces pays ne disposent pas d'un régime réglementaire détaillé.

Sources : Tableau préparé par l'auteure à partir de données tirées de États-Unis, État de l'Oregon, Oregon Health Authority, [Oregon Revised Statute: Oregon's Death with Dignity Act](#); États-Unis, État de Washington, Département de Santé de l'État de Washington, [Death with Dignity Act](#); États-Unis, État du Vermont, Assemblée générale de l'État, [S.77 \(Act 39\): An act relating to patient choice and control at end of life](#), 20 mai 2013; États-Unis, État de la Californie, Renseignement sur les projets de la Californie, [Assembly Bill No. 15: An act to add and repeal Part 1.85 \(commencing with Section 443\) of Division 1 of the Health and Safety Code, relating to end of life](#), (AB-15 End of Life Option Act), c. 1, 5 October 2015; Institut Européen de Bioéthique, [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\)](#) [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; Belgique, Parlement fédéral de Belgique, [28 mai 2002 – Loi relative à l'euthanasie](#), F. 2002-2141 [C-2002/09590], (Moniteur Belge), 22 juin 2002; Luxembourg, Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg,

AIDE MÉDICALE À MOURIR : LA LÉGISLATION DANS CERTAINS ÉTATS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

« [Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#) », *Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg*; et Australie, Parlement de Victoria, [Voluntary Assisted Dying Act 2017](#), n° 61 de 2017.

