



Études de la Colline

Regards approfondis sur des questions canadiennes

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

Publication n° 2015-116-F

Révisée le 23 septembre 2021

Julia Nicol

Services d'information, d'éducation et de recherche parlementaires

ATTRIBUTION

23 septembre 2021	Julia Nicol	Division des affaires juridiques et sociales
29 novembre 2019	Julia Nicol	Division des affaires juridiques et sociales
23 octobre 2015	Julia Nicol	Division des affaires juridiques et sociales
	Marlisa Tiedemann	Division des affaires juridiques et sociales

À PROPOS DE CETTE PUBLICATION

Les Études de la Colline de la Bibliothèque du Parlement sont des analyses approfondies de questions stratégiques. Elles offrent un contexte historique, des renseignements à jour et des références, et traitent souvent des questions avant même qu'elles ne deviennent d'actualité. Les Études de la Colline sont préparées par les Services d'information, d'éducation et de recherche parlementaires, qui effectuent des recherches pour les parlementaires, les comités du Sénat et de la Chambre des communes et les associations parlementaires, et leur fournissent de l'information et des analyses, de façon objective et impartiale.

La présente publication a été préparée dans le cadre du programme des publications de recherche de la Bibliothèque du Parlement, qui comprend notamment une série de publications lancées en mars 2020 sur la pandémie de COVID-19.

© Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, 2022

Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada
(Études de la Colline)

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 l'aide médicale au suicide	2
2.1.1	Maintien des lois dans les États de Washington et de New York qui interdisent l'aide au suicide.....	2
2.1.2	Défense du consentement pour les médecins du Montana	2
2.2	Oregon	3
2.2.1	Rapports annuels	4
2.3	État de Washington.....	6
2.3.1	Rapports annuels	7
2.4	Vermont	8
2.5	Californie.....	8
2.6	Colorado	9
2.7	District de Columbia.....	10
2.8	Hawaï.....	10
2.9	New Jersey	10
2.10	Maine	11
2.11	Nouveau-Mexique	11
2.12	Mesures législatives d'autres États américains.....	11
3	PAYS-BAS	11
3.1	Élaboration de la loi.....	11
3.2	État actuel du droit	12
3.2.1	Mineurs	13
3.2.2	Nourrissons.....	13
3.2.3	Directives médicales anticipées	13
3.2.4	La maladie mentale en tant que seul problème de santé.....	14
3.2.5	« Vie terminée »	15
3.3	Rapports annuels et contrôles du système	15



4	BELGIQUE.....	18
4.1	Mineurs	19
4.2	Directives médicales anticipées	19
4.3	La maladie mentale en tant que seul problème de santé.....	20
4.4	Rapports bisannuels et examen des cas	20
5	LUXEMBOURG.....	23
5.1	Rapports bisannuels	24
6	SUISSE.....	25
6.1	Affaires judiciaires	26
7	COLOMBIE	27
8	AUSTRALIE	28
8.1	Victoria	29
8.1.1	Rapports bisannuels et examen des cas	29
8.2	Australie-Occidentale	30
8.3	Tasmanie	30
8.4	Australie-Méridionale	31
8.5	Queensland.....	31
9	ALLEMAGNE	32
10	ITALIE	32
11	NOUVELLE-ZÉLANDE	32
12	PÉROU	33
13	ESPAGNE.....	33
 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 2015, sept autres législatures américaines ont légalisé la pratique, de même que cinq États de l'Australie, le Canada et d'autres pays. 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 l'aide au suicide (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, les administrations américaines, les cinq États australiens qui autorisent l'aide à mourir ainsi que la Nouvelle-Zélande ont adopté des règles plus strictes qu'en Europe en ce qui a trait à l'aide à mourir. Ainsi, au sein des 10 administrations américaines ayant adopté des lois à cet égard, la procédure exige généralement que le patient ait reçu un pronostic de six mois ou moins à vivre. Elles n'autorisent que l'aide au suicide et seuls les adultes peuvent y avoir recours. Les États de l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont adopté des critères semblables, mais prévoient tout de même quelques différences notables, comme l'autorisation à la fois de l'euthanasie et de l'aide au suicide.

Pour leur part, les pays du Benelux, et maintenant la Colombie et l'Espagne, 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 l'aide au suicide.

Les trois pays du Benelux, et maintenant la Colombie et l'Espagne, 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, la Belgique et la Colombie autorisent certaines personnes mineures à recevoir l'aide à mourir. Pour leur part, à l'instar des administrations américaines qui ont légalisé l'aide au suicide, le Luxembourg, cinq États australiens, la Nouvelle-Zélande et l'Espagne limitent l'aide à mourir aux adultes.

Le Code pénal suisse autorise l'aide au suicide, 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.

Les tribunaux de la Colombie, de l'Italie, de l'Allemagne et du Pérou ont rendu des décisions visant à légaliser l'euthanasie, mais aucun de ces pays n'a encore adopté de loi pour réglementer cette pratique.

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 l'aide au suicide, où le patient s'administre une substance pour provoquer sa mort, et l'euthanasie, où une autre personne, habituellement un médecin, administre une ou des substances au patient. Les gouvernements ont pris des décisions différentes quant au choix de la pratique qu'ils souhaitaient légaliser. De plus, ils ont tous mis en place des mesures de protection de la liberté de conscience des professionnels de la santé qui ne veulent pas prodiguer l'aide médicale à mourir, bien que l'étendue de ces mesures varie d'un gouvernement à l'autre.

La présente Étude de la Colline fait le point sur le dossier de l'aide médicale à mourir dans différents pays où les assemblées législatives ou les tribunaux ont légalisé cette pratique¹. On trouvera en annexe un tableau récapitulatif du statut juridique actuel de l'aide médicale à mourir dans ces pays, détaillant les critères d'admissibilité et les mesures de protection en place. 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 l'aide au suicide, 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, le New Jersey et le Nouveau-Mexique sont les 10 administrations américaines qui ont adopté des lois pour autoriser explicitement une forme quelconque d'aide médicale au suicide. 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 suivantes de cette Étude de la Colline énumèrent certaines des principales contestations constitutionnelles à l'égard des lois qui interdisent l'aide à mourir, et examinent par la suite les règles dans les endroits où cette pratique est autorisée.

2.1 CONTESTATIONS DES LOIS D'ÉTATS AMÉRICAINS QUI INTERDISENT L'AIDE MÉDICALE AU SUICIDE

2.1.1 Maintien des lois dans les États de Washington et de New York qui interdisent l'aide au suicide

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 l'aide médicale au suicide dans ces États étaient inconstitutionnelles. 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 l'aide au suicide⁴. Depuis, les cours d'appel d'autres États, comme l'Alaska, le Colorado et le Nouveau-Mexique⁵, ont-elles aussi maintenu des lois qui criminalisent l'aide au suicide, concluant que ces dernières ne contrevenaient pas à la constitution respective de chacun des États⁶. Bien que les tribunaux aient statué que ces lois étaient constitutionnelles, cela ne signifie pas qu'une loi qui autorise l'aide au suicide serait automatiquement déclarée inconstitutionnelle. Comme il est indiqué plus haut, 10 gouvernements américains (neuf 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 succès⁷.

2.1.2 Défense du consentement pour les médecins du Montana

En octobre 2007, dans une autre contestation des lois interdisant l'aide au suicide, 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 patients⁸.

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 suicider⁹. 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 d'âge adulte en phase terminale afin que ce patient se suicide peuvent se défendre contre les accusations d'homicide au Montana¹⁰. 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, l'aide au suicide n'est pas encadrée par une 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 l'aide au suicide dans cet État ou pour encadrer la pratique, mais aucun n'a encore été adopté¹¹.

2.2 OREGON

En novembre 1994, les électeurs de l'Oregon ont voté pour la Mesure 16¹², 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 1997¹³.

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, la législature de l'État a adopté une modification qui est entrée en vigueur en janvier 2020. Celle-ci permet 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'ordonnance¹⁴.
- 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 disponibles¹⁵.

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 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 douleur¹⁶.
- 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 rédigée¹⁷.

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'attente de 15 jours¹⁸.

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, 1998-2020**

Année	Ordonnances d'une dose mortelle de médicaments, nombre déclaré	Décès par ingestion du médicament prescrit, nombre déclaré ^a	Décès par aide médicale au suicide, nombre déclaré par tranche de 1000 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	1,20 ^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
2019	290	188	5,19
2020	370	245	6,55

- 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 décès par aide médicale au suicide par tranche de 1 000 décès en 2005 n'est qu'une estimation, mais le rapport annuel de 2005 ne précise pas pourquoi. Voir États-Unis, Département des Services sociaux de l’Oregon, Office of Disease Prevention and Epidemiology, *Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act*, 9 mars 2006.

Source : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de États-Unis, Département de la Santé de l’Oregon, Division de la santé publique, [Death with Dignity Act Annual Reports](#).

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 2020, les cas d’aide médicale au suicide représentaient environ 6,55 décès sur 1 000 dans l’Oregon.

Les rapports annuels fournissent des données agrégées sur les patients qui optent pour l'aide au suicide. En 2020 :

- 51 % étaient des hommes;
- 81 % avaient 65 ans ou plus;
- 97 % étaient blancs;
- 42 % étaient titulaires d'un baccalauréat ou d'un diplôme d'études supérieures;
- 95 % recevaient des soins palliatifs et 92 % sont décédés à leur domicile;
- 26 % bénéficiaient d'un régime d'assurance maladie privé et 74 % d'un régime public;
- 66 % étaient atteints d'un cancer, 11 % de maladies du système cardiovasculaire et 8 % d'une affection neurologique.

Les trois raisons le plus souvent mentionnées pour expliquer le choix de l'aide au suicide étaient la crainte de la perte d'autonomie (93 %), la réduction de la capacité de participer à des activités qui rendent la vie agréable (94 %) et la perte de dignité (72 %) ¹⁹. Le fait d'être un fardeau pour la famille, les amis et les aidants préoccupait 53 % 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 d'aide au suicide pour la grande majorité des patients : dans l'Oregon, 6 % de ceux qui ont opté pour l'aide au suicide ont exprimé de telles préoccupations en 2020 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 ont été déferés en 2018, et un autre l'a été en 2019 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. Le projet de loi HB 1141, déposé en janvier 2021, proposait de nombreux changements, mais il n'a pas été adopté lors de la plus récente session législative. Il pourrait être pris en considération lors de la prochaine session ²⁴.

2.3.1 Rapports annuels

Le tableau 2 présente des statistiques tirées des rapports publiés depuis l'entrée en vigueur de la loi de Washington (aucun rapport n'a été publié depuis 2018). En 2018, l'État de Washington comptait plus de 7,4 millions d'habitants, et près de 56 000 décès y ont été enregistrés²⁵.

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	65	64
2010	87	87
2011	103	102
2012	121	121
2013	173	169
2014	176	172
2015	215	211
2016	249	242
2017	212	203
2018	267	251

- 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 la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de États-Unis, Département de la Santé de l'État de Washington, Disease Control & Health Statistics, Center for Health Statistics, [2018 Death with Dignity Act Report](#), juillet 2019, p. 8.

Les rapports annuels fournissent des données agrégées sur les patients qui optent pour l'aide au suicide. 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;
- 75 % étaient atteints d'un cancer, et 10 % de maladies neurodégénératives, dont la sclérose latérale amyotrophique (SLA), et 6 % de maladies cardiaques²⁶.

Les trois raisons le plus souvent mentionnées pour expliquer le choix de l'aide au suicide 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 patients²⁷.

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 l'aide médicale au suicide 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 2019²⁸. Une modification apportée en mai 2015 a abrogé une disposition de temporisation et oblige désormais le département de la Santé du Vermont à recueillir des renseignements sur le respect de la loi et à publier des rapports tous les deux ans à compter de 2018²⁹. En février 2021, un projet de loi proposant de modifier la loi de façon à autoriser les consultations par télémédecine et à accorder l'immunité pour l'observation en toute bonne foi de la loi a été déposé au Sénat, mais n'avait pas encore été adopté au moment d'écrire ces lignes³⁰.

Deux organisations médicales ont contesté la loi du Vermont sur l'aide médicale au suicide 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 de l'aide médicale au suicide. 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 prise³¹.

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 l'aide au suicide. La loi est entrée en vigueur le 9 juin 2016³². La constitutionnalité de la loi a fait l'objet d'une contestation judiciaire, laquelle n'a pas été retenue³³.

Cette loi ressemble beaucoup à celle de l'Oregon, mais elle comporte des différences notables. Elle ne sera en vigueur que pendant 10 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 induite. 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 couverts.³⁴

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 l'aide au suicide comme une option intéressante d'un point de vue économique, comparativement aux soins coûteux nécessaires pour maintenir en vie des malades en phase terminale. Les médias ont rapporté que, par le passé, Medicaid en Oregon 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 qualité³⁵. 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 avoir recours à l'aide médicale à mourir³⁶.

La Californie a produit cinq rapports annuels à ce jour, pour les années 2016 à 2020³⁷. 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 à l'aide médicale au suicide 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 l'aide médicale au suicide), 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 l'aide médicale au suicide³⁸.

En septembre 2021, l'État a adopté un projet de loi visant notamment à éliminer la disposition de temporisation prévue dans la loi, de sorte que cette dernière devienne permanente, ainsi qu'à faire passer de 15 jours à 48 heures la période d'attente relative aux demandes formulées à l'oral³⁹.

2.6 COLORADO

En 2016, adoptée par scrutin populaire, la proposition 106 a légalisé l'aide au suicide au Colorado et la *Colorado End-of-Life Options Act* est entrée en vigueur à la fin de la même année⁴⁰. 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 modification en 2019. 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 induite. À ce jour, quatre 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 a été exécutée 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 prescrits⁴¹.

2.7 DISTRICT DE COLUMBIA

Le Conseil du District de Columbia a lui aussi légalisé l'aide au suicide 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 publiés⁴². Certains membres de la Chambre des représentants des États-Unis ont tenté d'abroger la loi, en vain jusqu'à maintenant⁴³.

2.8 HAWAÏ

La *Our Care, Our Choice Act* d'Hawaï est aussi inspirée de la loi de l'Oregon d'avant sa modification en 2019. Elle a été sanctionnée le 5 avril 2018 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019⁴⁴. 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 mourir⁴⁵. D'autres projets de loi ont aussi été proposés depuis afin de régler les problèmes liés à l'accès et de réduire les temps d'attente, entre autres, mais aucun d'entre eux n'a été adopté⁴⁶. Deux rapports ont été publiés jusqu'à présent⁴⁷.

2.9 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 fin⁴⁸. La loi a été contestée sans succès⁴⁹. 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 patient, mais ils n'ont pas été adoptés⁵⁰.

2.10 MAINE

La *Maine Death with Dignity Act* a été sanctionnée le 12 juin 2019 et est entrée en vigueur le 19 septembre 2019⁵¹. 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. Deux rapports ont été publiés depuis l'entrée en vigueur de la loi⁵².

2.11 NOUVEAU-MEXIQUE

La *Elizabeth Whitefield End-of-life Options Act* a été adoptée le 8 avril 2021 et est entrée en vigueur le 18 juin 2021. Elle s'inspire de la loi de l'Oregon, mais elle comporte des différences importantes. Par exemple, une demande écrite doit être faite au moins 48 heures avant que l'ordonnance soit remplie, à moins qu'il y ait un risque que le patient meure avant la fin de ce délai. Il ne semble pas être exigé qu'une demande soit présentée précédemment à l'oral ni y avoir de période d'attente de 15 jours. En outre, les ostéopathes, les auxiliaires médicaux et les infirmières autorisées en pratique avancée peuvent rédiger l'ordonnance, à condition que l'un des deux professionnels de la santé ayant évalué le patient soit un médecin ou un médecin-ostéopathe⁵³.

2.12 MESURES LÉGISLATIVES D'AUTRES ÉTATS AMÉRICAINS

Selon le Patients Rights Council, un organisme sans but lucratif qui s'intéresse à l'euthanasie, à l'aide au suicide et à la fin de vie, cinq propositions portant sur la légalisation de l'euthanasie ou de l'aide au suicide 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, 284 projets de loi ont été déposés sur le sujet entre janvier 1994 et février 2020 dans plus de 43 États, et dans le District de Columbia⁵⁴.

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. 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.

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 d'aide au suicide, sous réserve de certaines conditions. Il a été adopté en 2001 et est entré en vigueur le 1^{er} avril 2002⁵⁵.

Les dispositions législatives n'ont apporté aucun changement de fond aux motifs pour lesquels l'euthanasie et l'aide au suicide étaient autorisées, 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 à l'aide au suicide du patient avec toute la diligence et l'attention qu'exige la profession médicale⁵⁶.

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-Bas⁵⁷.

Contrairement à la législation des États américains où l'aide au suicide est légale, elle prévoit que, dans les cas d'aide au suicide, le médecin doit demeurer avec le patient jusqu'à la mort de celui-ci.

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 respecté⁵⁸.

3.2.1 Mineurs

Certains mineurs sont admissibles à l'euthanasie et à l'aide au suicide. 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 12 à 15 ans qui demandent qu'un médecin les aide à mettre fin à leurs jours. En principe, les jeunes de 16 et 17 ans peuvent décider eux-mêmes, mais leurs parents doivent être consultés⁵⁹. Entre 2002 et 2019, 14 mineurs ont bénéficié de l'euthanasie⁶⁰. En octobre 2020, des médias ont rapporté que le gouvernement songeait à modifier la loi afin de permettre aux enfants ayant entre un et 11 ans de présenter une demande, mais ce changement n'a pas encore été apporté⁶¹.

3.2.2 Nourrissons

En ce qui concerne les nourrissons, en 1995, les tribunaux néerlandais ont été saisis de deux cas distincts, mais semblables, où des médecins avaient mis fin à la vie de nourrissons 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 médicale⁶². En 2004, des médecins et le procureur de Groningue ont élaboré un protocole permettant de déterminer quand l'euthanasie de nourrissons 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 loi⁶³.

3.2.3 Directives médicales anticipées

Toutes les personnes âgées de 12 ans ou plus peuvent donner des directives médicales anticipées, même si les règles susmentionnées pour le consentement et la consultation des parents s'appliquent aux mineurs⁶⁴. Aux Pays-Bas, les directives médicales anticipées ne sont pas assorties d'une période de validité, mais elles doivent faire l'objet de discussions régulières entre le patient et le médecin à des fins de mise à jour⁶⁵. Les études démontrent que les directives anticipées en matière d'euthanasie dans les cas de démence sont rarement respectées aux Pays-Bas⁶⁶. Ce n'est qu'à compter de 2017 que les rapports annuels de la commission d'examen sur l'euthanasie ont commencé à analyser le recours aux directives anticipées. De 2017 à 2019, il y a eu de deux à trois cas par année de personnes atteintes de démence avancée ayant reçu l'euthanasie conformément à leurs directives médicales anticipées⁶⁷.

En 2018, pour la première fois depuis l'entrée en vigueur de la loi (en 2002), une médecin a été poursuivie en justice après avoir procédé à une euthanasie sur la base d'une directive médicale anticipée. 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 inapte).

La médecin avait procédé à l'euthanasie d'une patiente atteinte de démence qui avait préparé une déclaration anticipée; la médecin a cependant été accusée de ne pas en avoir fait assez pour savoir si la patiente voulait toujours mourir. Dans ses directives anticipées, la patiente avait indiqué qu'elle souhaitait être euthanasiée plutôt que d'être placée dans une institution, et elle avait fourni plus de détails sur le moment où elle souhaitait mourir. Après avoir perdu ses facultés mentales, elle a fait des déclarations incohérentes quant à sa volonté de mourir ou non ainsi qu'au moment de son éventuel décès. Elle a vécu dans une institution pendant sept semaines avant sa mort. Lorsque la patiente est arrivée dans cette institution, son mari a demandé à la médecin de pratiquer l'euthanasie conformément aux directives anticipées. La médecin a décidé d'attendre un mois afin d'observer la patiente pendant sa période d'adaptation après son arrivée à l'institution. Elle a conclu que la patiente était admissible à l'euthanasie après avoir consulté divers intervenants, y compris le médecin généraliste de la patiente, deux autres évaluateurs (un psychiatre et un interniste) ainsi que des membres de la famille de la patiente. Les deux autres professionnels ayant participé à l'évaluation ont aussi établi que le critère de diligence requise avait été respecté.

La médecin a donc mis un sédatif dans le verre de la patiente sans aviser cette dernière. Pendant l'intervention, les membres de la famille ont dû retenir la patiente qui essayait de se relever. La médecin a signalé le décès, comme elle est tenue de le faire, et le conseil disciplinaire a déterminé qu'elle n'avait pas respecté le critère de diligence requise.

La Cour suprême des Pays-Bas a conclu que les directives médicales anticipées pouvaient remplacer une demande volontaire et réfléchie au moment de l'euthanasie. Toutefois, il est toujours nécessaire que la personne éprouve des souffrances insupportables pour avoir droit à l'euthanasie ou à l'aide au suicide, de sorte que la personne ne peut pas sembler satisfaite de sa situation actuelle. Dans cette affaire, la médecin a été acquittée de tous les chefs d'accusation et il a été jugé qu'elle avait agi conformément aux directives anticipées⁶⁸.

3.2.4 La maladie mentale en tant que seul problème de santé

Ainsi qu'il a été mentionné précédemment, les Pays-Bas n'exigent pas que les patients soient atteints d'une maladie en phase terminale ou éprouvent des souffrances physiques pour être admissibles à l'euthanasie ou à l'aide au suicide. Le nombre de cas d'euthanasie ou d'aide au suicide en raison d'une maladie mentale a augmenté au fil du temps, mais il demeure faible par rapport à d'autres conditions, représentant 68 des 6 361 cas d'euthanasie ou d'aide au suicide en 2019 (soit

environ 1 %) ⁶⁹. Il s'agit d'une baisse par rapport au sommet de cas d'euthanasie ou d'aide au suicide pour motif de maladie mentale en 2017, alors que 83 cas ont été dénombrés sur un total de 6 585 cas d'euthanasie ou d'aide au suicide, ce qui représente tout de même une proportion similaire à celle relevée en 2019 ⁷⁰. L'association de psychiatrie des Pays-Bas a publié des directives en 2018 pour aider les médecins dont les patients ont un trouble mental ⁷¹.

3.2.5 « Vie terminée »

La question d'autoriser les personnes qui sont tout simplement « fatiguées de vivre » à recourir à l'euthanasie ou à l'aide au suicide a aussi fait l'objet d'un débat aux Pays-Bas ⁷². 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* ⁷³.

En 2014, dans le cadre d'un débat parlementaire, le ministre de la Santé s'est vu demander de mettre sur pied une commission qui étudierait la portée de l'euthanasie ou de l'aide au suicide pour les personnes qui estiment avoir terminé leur vie. Le gouvernement a donné son aval et a créé la Commission Schnabel (nommée en l'honneur de son président), laquelle a mené une étude pour déterminer s'il fallait élargir les critères d'admissibilité à l'euthanasie ou à l'aide au suicide pour inclure les personnes qui ont « terminé leur vie » ou permettre que l'on prescrive une pilule aux personnes qui souhaitent se suicider sans aide médicale. La commission aurait rejeté les deux propositions dans son rapport de 2016, 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 » qui peuvent satisfaire aux critères d'admissibilité ⁷⁴. Le gouvernement a néanmoins déclaré avoir l'intention d'aider les personnes qui estiment que leur vie est terminée à mourir, même si elles n'ont pas de motif médical de le faire ⁷⁵. Il semble toutefois qu'aucune loi à cet effet n'a été adoptée.

3.3 RAPPORTS ANNUELS ET CONTRÔLES DU SYSTÈME

Comme ailleurs, la plupart des cas signalés de décès par euthanasie ou par aide au suicide concernent des personnes atteintes d'un cancer. Le nombre des décès signalés par euthanasie ou par aide au suicide a considérablement augmenté la plupart des années aux Pays-Bas (l'augmentation de ces décès ayant même atteint 19 % annuellement entre 2009 et 2010, avec des augmentations plus faibles au cours des dernières années et une réduction en 2018). 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 de l'aide au suicide 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'indépendants⁷⁶. 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 politiques⁷⁷.

L'année 2018 a été la première où l'on a constaté une diminution du nombre de décès attribuables à l'euthanasie et à l'aide au suicide depuis 2006, ce qui pourrait être attribuable à l'épidémie d'influenza qui a eu lieu cette année-là ou à l'annonce de la poursuite mentionnée précédemment⁷⁸. Selon des recherches sur la situation aux Pays-Bas, la majorité des demandes ne conduisent pas à l'euthanasie ou à l'aide au suicide. 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 loi⁷⁹. Le non-respect des critères de diligence requise prévus par la loi est rare : entre 2013 et 2019, de quatre à douze cas parmi les milliers signalés chaque année ne respectaient pas ces critères⁸⁰.

En 2018, pour la première fois en plus de 10 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 2002 (voir l'affaire mentionnée à la section 3.2.3 de la présente Étude de la Colline)⁸¹. 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'accusations⁸².

Le contrôle du système de 2012 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'expérience⁸³. La majorité des cas d'aide au suicide ou d'euthanasie d'un patient atteint de démence au cours de la période visée (2007 à 2011) concernaient des personnes aux premiers stades de la maladie qui étaient encore en mesure de comprendre la maladie et ses symptômes⁸⁴. 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 médecin⁸⁵.

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 2018⁸⁶.

En 2019, les statistiques sur les personnes décédées par euthanasie ou par aide au suicide 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 domicile⁸⁷.

Les tableaux 3 et 4 présentent d'autres statistiques tirées des rapports annuels des commissions régionales de contrôle de l'euthanasie des dernières années. En 2019, 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 l'aide au suicide, 2003-2019

Année	Décès par euthanasie, nombre déclaré	Décès par aide au suicide, nombre déclaré	Décès par une combinaison d'euthanasie et d'aide au suicide, 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
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
2019	6 092	245	24	6 361

Source : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Annual reports](#) (sélectionner le lien pertinent pour la version française des rapports annuels).

Tableau 4 – Troubles ou maladies des patients décédés aux Pays-Bas par euthanasie ou aide au suicide en 2019

Affection ou maladie	Nombre de patients	Pourcentage des décès déclarés
Cancer	4 100	64,5
Combinaison de pathologies	846	13,3
Troubles neurologiques	408	6,4
Maladies cardiovasculaires	251	3,9
Troubles pulmonaires	187	2,9
Polypathologies gériatriques	172	2,7
Autres troubles	167	2,6
Démence	162	2,5
Troubles psychiatriques	68	1,1
Total	6 361	100,0

Note : a. Un total de 160 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 la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2019](#).

4 BELGIQUE

La Belgique a procédé à une dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie en 2002⁸⁸. Contrairement à la loi néerlandaise, la loi belge ne fait pas précisément mention de l'aide au suicide. 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 affirme que la définition du terme « euthanasie » prévue dans la loi englobe l'aide au suicide⁸⁹.

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*. Bien qu'il ne soit pas nécessaire que le patient soit un résident ou un citoyen de la Belgique au titre de la loi, les exigences sont telles qu'il est rare qu'un non-résident soit admissible⁹⁰. Comme il est précisé à la section 4.1 de la présente Étude de la Colline, la portée de la loi a été étendue en 2014 afin de viser un plus grand nombre de mineurs, mais des conditions plus restreintes s'appliquent alors.

La loi énonce les conditions que doivent remplir la personne qui demande l'euthanasie et le médecin qui la pratique. Ce dernier 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 avenir⁹¹. 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.

4.1 MINEURS

En 2014, la loi sur l'euthanasie a été modifiée de façon à ce 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'euthanasie⁹².

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 traitant⁹³.

Depuis que la loi a été modifiée afin que les mineurs puissent demander l'euthanasie, le nombre de mineurs euthanasiés en Belgique chaque année varie entre zéro et deux⁹⁴.

4.2 DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

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 de façon irréversible 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. Les directives anticipées n'étaient valides que pour cinq ans, mais en 2020, des modifications apportées à la loi ont éliminé la limite de temps, rendant ainsi les directives valides indéfiniment⁹⁵.

De 2016 à 2020, 1 % des personnes ayant reçu l'euthanasie en Belgique ont obtenu ce traitement conformément à leurs directives anticipées (de 22 à 33 personnes par année)⁹⁶.

4.3 LA MALADIE MENTALE EN TANT QUE SEUL PROBLÈME DE SANTÉ

Tout comme aux Pays-Bas, les adultes et les mineurs émancipés de la Belgique atteints d'une maladie mentale n'ont pas besoin de souffrir d'une maladie en phase terminale ou de vivre des souffrances physiques pour être admissibles à l'euthanasie. Le nombre de cas d'euthanasie pour motif de maladie mentale a augmenté au fil du temps pour atteindre, en 2015, un sommet de 63 cas. En 2020, 21 cas liés à des problèmes de santé mentale ont été recensés sur un total de 2 444 cas d'euthanasie (moins de 1 %) ⁹⁷. Comme il est mentionné à la section 4.4 de la présente Étude de la Colline, les cas qui ont généré le plus de controverse en Belgique sont principalement liés à des questions de santé mentale.

4.4 RAPPORTS BISANNUELS ET EXAMEN DES CAS

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 engagée ⁹⁸. 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'une aide au suicide. 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 (la commission ne souscrit pas à cette interprétation) ⁹⁹.

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 neuf des 16 membres de la Commission avaient voté en ce sens (la majorité des deux tiers n'ayant pas été atteinte) ¹⁰⁰.

En 2011, c'est une plainte déposée par une famille, et non un renvoi par la commission, qui a donné lieu à une poursuite pénale. Tine Nys est décédée par euthanasie en 2010, à l'âge de 38 ans. Elle était suicidaire, éprouvait des problèmes

de dépendance depuis de nombreuses années et avait récemment reçu un diagnostic d'autisme. Les trois médecins visés par la plainte ont été acquittés par un jury en 2020, mais la famille de M^{me} Nys a intenté une poursuite au civil en mai 2021 ¹⁰¹.

Tom Mortier, un homme belge dont la mère est décédée par euthanasie en 2012 pour cause de dépression chronique, a une affaire en cours devant la Cour européenne des droits de l'homme. Le médecin ayant prodigué l'euthanasie dans cette affaire serait l'un des trois médecins impliqués dans la mort de M^{me} Nys ¹⁰².

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 de l'aide au suicide. Les amendements de 2020, qui ont modifié la période de validité des directives anticipées, comportaient aussi des exigences quant au renvoi, mais aucun autre projet de loi n'a été adopté ¹⁰³.

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 ensemble ¹⁰⁴. La commission belge publie des rapports bisannuels dans lesquels elle regroupe des statistiques sur les personnes qui choisissent l'euthanasie. En 2020, les statistiques concernant les personnes décédées par euthanasie ont révélé ce qui suit :

- 50 % étaient des hommes;
- 87,7 % avaient au moins 60 ans ¹⁰⁵;
- 54,2 % sont décédées à leur domicile ¹⁰⁶.

C'est la première fois que le nombre de décès par euthanasie signalés recule (de 2 656 en 2019 à 2 444 en 2020). 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, 2002-2020

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	2 359	Aucune statistique
2019	2 656	Aucune statistique
2020	2 444	Aucune statistique

Source : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de rapports bisannuels de Belgique, Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, [Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie](#). Cliquer sur « Consultez tous les documents ». Voir aussi Belgique, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Euthanasie – Chiffres de l'année 2020](#), communiqué, 2 mars 2021.

Tableau 6 – Troubles ou maladies des patients décédés en Belgique par euthanasie ou aide au suicide en 2020

Trouble ou maladie	Nombre de patients	Pourcentage du nombre de décès déclarés
Cancers	1 569	64,2
Pathologies multiples	421	17,2
Maladies du système nerveux	187	7,7
Troubles cardiovasculaires	84	3,4
Maladies de l'appareil respiratoire	65	2,7
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	22	0,9
Troubles mentaux et du comportement	21	0,9
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	17	0,7
Maladies de l'appareil digestif	15	0,6
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	11	0,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8	0,3
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6	0,2
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	5	0,2
Maladies de l'œil et de ses annexes	4	0,2
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3	0,1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2	0,1
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2	0,1
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1	0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1	0

Source : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de Belgique, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Euthanasie – Chiffres de l'année 2020](#), communiqué, 2 mars 2021.

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 résidents¹⁰⁷. 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*¹⁰⁸. 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 l'aide au suicide. Au Luxembourg, il faut avoir au moins 18 ans, l'âge de la majorité, pour demander l'euthanasie ou l'assistance au suicide. 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 2021, la loi a été modifiée pour préciser qu'un décès par euthanasie ou aide au suicide est une mort naturelle aux fins du règlement d'une assurance¹⁰⁹.

5.1 RAPPORTS BISANNUELS

Au Luxembourg, la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide publie des rapports tous les deux ans. Selon ces rapports, aucun cas d'euthanasie ou d'aide au suicide 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 ou l'aide au suicide. En 2018, les statistiques sur les personnes décédées par euthanasie ou aide au suicide 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)¹¹⁰.

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

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

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

Source : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées 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 de l'aide au suicide, 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. L'aide au suicide est donc implicitement autorisée si la personne qui aide une autre à mourir n'est pas mue par un mobile égoïste. Il n'y a pas non plus de limite quant à l'âge, bien que les organisations qui offrent l'aide au suicide exigent de façon générale que le patient qui demande ce traitement ait atteint l'âge adulte¹¹¹.

Comme l'article 115 ne régit pas explicitement l'aide au suicide 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 l'aide au suicide est autorisée¹¹². Cependant, au moins un canton (région) a approuvé, par voie référendaire, une loi visant à exiger des hôpitaux et autres « établissements médico-sociaux » publics qu'ils autorisent l'aide au suicide, en plus de préciser les conditions à respecter, et au moins un autre a adopté une loi en la matière¹¹³.

L'aide au suicide n'est par ailleurs pas limitée 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 suicider¹¹⁴. 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 l'aide au suicide ¹¹⁵.

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 l'aide au suicide. 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 l'aide au suicide ou interdire les organisations qui proposent une aide au suicide ¹¹⁶. En fin de compte, faute de consensus, le Conseil fédéral (Cabinet de la Suisse) a décidé de ne pas modifier la loi ¹¹⁷. Lors de référendums dans le canton de Zurich, les électeurs se sont également prononcés contre l'interdiction de l'aide au suicide et l'obligation d'être résident ¹¹⁸.

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 décision ¹¹⁹.

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* ¹²⁰. 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 cours¹²¹. 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 poursuites¹²².

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 a été condamné à une peine suspendue et à une amende, et son appel a été rejeté¹²³.

7 COLOMBIE

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 réunies¹²⁴. 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 catholique¹²⁵. 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'euthanasie¹²⁶.

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 2015¹²⁷. 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 2015¹²⁸. 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 rapports, 124 personnes y avaient eu accès en date du 12 juillet 2021, sur une population de plus de 51 millions d'habitants) et que d'autres y ont accès à l'extérieur du système de santé publique (ce qui ne semble pas être légal)¹²⁹.

Dans sa décision de 2014, la Cour constitutionnelle recommandait vivement au Congrès de légiférer sur cette question. De nombreux projets de loi visant à réglementer l'euthanasie et l'aide au suicide ont été déposés, mais ils n'ont pas été adoptés¹³⁰. La dernière tentative en lice pour légiférer sur la question a eu lieu au printemps 2021, mais celle-ci a aussi échoué¹³¹. 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 ou d'un psychologue 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 mois (les règles varient quelque peu en fonction de l'âge¹³²).

Le 1^{er} juillet 2021, le gouvernement a publié la Résolution 971 afin de préciser davantage les lignes directrices relatives aux procédures d'euthanasie. Les lignes directrices permettent une demande anticipée¹³³. Le 22 juillet 2021, la Cour constitutionnelle s'est prononcée dans un dossier visant à contester l'exigence de maladie en phase terminale. Dans sa décision, la cour a autorisé l'euthanasie des personnes qui, sans être en phase terminale, vivent des souffrances intenses en raison d'une blessure ou d'une maladie grave ou incurable¹³⁴. Le jugement ne semble pas exclure la maladie mentale en tant que seul problème de santé sous-jacent motivant l'euthanasie¹³⁵.

8 AUSTRALIE

Le Territoire du Nord de l'Australie a été le premier État au monde à légaliser l'euthanasie et l'aide au suicide, en 1996, mais la loi a rapidement été invalidée par une loi fédérale. Ce n'est qu'en 2017 que l'aide au suicide a de nouveau été légale 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 2019¹³⁶. Depuis, les États de l'Australie-Occidentale, de la Tasmanie, de l'Australie-Méridionale et de Queensland ont aussi légalisé l'aide médicale à mourir pour les adultes qui ont les capacités cognitives de prendre une telle décision et qui sont atteints d'une maladie en phase terminale. Aucune de ces administrations ne permet les directives anticipées.

8.1 VICTORIA

Le régime juridique de l'État de Victoria se rapproche de celui des États américains où l'aide au suicide est légale 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 médecin) que l'aide au suicide (où le patient s'administre la substance lui-même) sont permises, bien que l'euthanasie ne soit possible que dans des circonstances très étroites, lorsqu'il n'est pas possible pour le patient de s'administrer la substance lui-même. 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 critères. 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 écoulés¹³⁷.

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 peuvent 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'admissibilité¹³⁸.

Les médecins doivent demander un permis en vue de l'aide à mourir volontaire pour chaque cas. 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 seulement si le patient n'a plus la capacité de s'administrer seul la substance ou de la digérer). Le patient doit par ailleurs désigner une personne-ressource qui sera chargée de rapporter les médicaments inutilisés¹³⁹.

8.1.1 Rapports bisannuels et examen des cas

Des statistiques sont disponibles pour la période du 19 juin 2019 à décembre 2020. En 2019, 37 personnes ont eu recours à l'aide au suicide, et neuf à l'euthanasie¹⁴⁰. En 2020, ces chiffres s'élevaient respectivement à 184 et à 40¹⁴¹. L'État comptait près de 6,7 millions d'habitants en 2020, et 41 000 décès (trois décès par euthanasie ou aide au suicide sur 1 000 décès).

Parmi les personnes ayant reçu l'aide à mourir, 77 % avaient un cancer, et 52,4 % étaient des hommes (0,2 % des patients ont décrit leur genre eux-mêmes, et les autres étaient des femmes). La moyenne d'âge était de 71 ans. Bien que quatre rapports aient été publiés, seul le plus récent comporte des renseignements démographiques. On n'y trouve que peu de détails sur l'âge, le lieu du décès et le type de maladie ou de trouble comparativement aux rapports publiés par d'autres administrations. Toutefois, on y trouve des renseignements qui ne sont pas compilés ailleurs, comme la langue parlée à la maison, le pays de naissance et le fait que le patient vivait dans une zone métropolitaine ou dans une zone régionale/rurale¹⁴².

Un cas a été signalé à l'agence australienne de réglementation des professionnels de la santé pour non-respect des exigences liées à la procédure¹⁴³. Six autres cas de non-respect de la *Voluntary Assisted Dying Act 2017* ont été identifiés par la commission d'examen de l'aide à mourir volontaire; toutefois, la commission a conclu que les problèmes relevés n'étaient pas liés à l'admissibilité, mais découlaient plutôt de malentendus. Les cas n'ont donc pas été transférés à l'autorité réglementaire ou à la police¹⁴⁴.

8.2 AUSTRALIE-OCCIDENTALE

En 2019, l'Australie-Occidentale a adopté une loi qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021 et qui présente de nombreuses similarités avec la loi de l'État de Victoria. Elle comporte cependant certaines différences, y compris les suivantes :

- Une infirmière praticienne peut administrer la substance (les évaluations doivent toutefois être menées par des médecins).
- L'infirmière praticienne peut administrer la substance dans différentes circonstances (par opposition aux situations où c'est le patient qui s'administre lui-même la substance).
- Il n'est pas nécessaire d'obtenir un permis auprès du gouvernement.
- Un médecin ou une infirmière praticienne peut évoquer l'aide médicale à mourir devant un patient, dans la mesure où de l'information sur les traitements et les soins palliatifs est également fournie, bien que les autres professionnels de la santé n'y soient pas autorisés¹⁴⁵.

Un rapport annuel doit être rédigé dans les six mois suivant la fin de l'année.

8.3 TASMANIE

En mars 2021, la Tasmanie a adopté une loi légalisant l'aide médicale à mourir, qui entrera en vigueur le 22 octobre 2022¹⁴⁶. Tout comme dans les autres États australiens ayant adopté des lois sur l'aide médicale à mourir, seuls les adultes compétents qui répondent aux exigences en matière de résidence seront admissibles.

De plus, les patients doivent obtenir l'approbation de l'État, comme c'est le cas dans l'État de Victoria. Cependant, en Tasmanie, l'autorisation doit venir de la commission de l'aide à mourir de Tasmanie, et non du ministère de la Santé. À l'instar de ce que l'Australie-Occidentale autorise, la loi de l'État de Tasmanie prévoit des circonstances plus larges dans le cadre desquelles les médecins peuvent pratiquer l'euthanasie. Les médecins de la Tasmanie pourront également évoquer la question de l'aide à mourir. Il existe également des éléments nouveaux qui distinguent la loi de l'État de Tasmanie de celles qui sont en vigueur dans les États de Victoria et d'Australie-Occidentale, y compris ceux-ci :

- La Commission peut exempter une personne de l'exigence relative à l'espérance de vie de six à 12 mois ou moins.
- Il doit s'écouler 48 heures entre la présentation des demandes, sauf si le patient risque de mourir dans moins de sept jours ou encore de perdre la capacité de prendre une telle décision dans les 48 heures suivant le dépôt de la demande.
- Le médecin qui évalue le patient ou qui administre l'aide à mourir doit satisfaire à certains critères et avoir, notamment, au moins cinq années d'expérience en tant que médecin.
- Les infirmières autorisées (en plus des infirmières praticiennes) peuvent administrer la substance (à condition que les évaluations aient été faites par un médecin)¹⁴⁷.

Un rapport annuel doit être rédigé dans les quatre mois suivant la fin de chaque exercice.

8.4 AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE

L'Australie-Méridionale a adopté sa propre loi sur l'aide médicale à mourir le 24 juin 2021. La phase de mise en œuvre de celle-ci s'échelonne sur une période de 18 à 24 mois¹⁴⁸. La loi adoptée est inspirée des mesures législatives en vigueur dans l'État de Victoria, mais on y trouve quelques différences, notamment en ce qui concerne la liberté de conscience des établissements¹⁴⁹.

8.5 QUEENSLAND

Le Parlement du Queensland a adopté le 16 septembre 2021 une loi autorisant l'aide médicale à mourir qui entrera en vigueur en janvier 2023. La législation reprend différents aspects de diverses autres lois en vigueur dans les États australiens, notamment l'exigence que la mort soit prévue dans un délai de 12 mois et qu'il y ait un délai de neuf jours entre la première demande et la demande finale¹⁵⁰.

9 ALLEMAGNE

En 2015, l'Allemagne a explicitement interdit l'aide au suicide. La loi a été contestée devant la Cour constitutionnelle fédérale d'Allemagne, laquelle a déterminé, en février 2020, que la mesure législative était inconstitutionnelle¹⁵¹. Des projets de loi visant à réglementer la pratique ont été déposés à la suite du jugement, mais il semble qu'ils n'ont pas été adoptés¹⁵².

10 ITALIE

La Cour constitutionnelle de l'Italie a conclu, en novembre 2019, que l'aide à mourir devrait être permise dans certaines circonstances très limitées. La Cour a donc établi de façon générale les circonstances dans lesquelles l'aide médicale à mourir serait autorisée. Le patient doit souffrir d'une maladie irréversible en plus de vivre des souffrances physiques ou psychologiques intolérables alors qu'il est maintenu en vie artificiellement. Le patient doit également être en mesure de prendre ses propres décisions de façon libre et éclairée. Le Parlement disposait d'une année pour légiférer sur la question, mais il ne l'a pas fait. La Cour a par la suite établi des règles d'après les procédures prévues dans la loi italienne sur les directives anticipées¹⁵³.

11 NOUVELLE-ZÉLANDE

En 2019, les législateurs de la Nouvelle-Zélande ont adopté une loi légalisant l'euthanasie et l'aide au suicide, laquelle devait être entérinée par voie de référendum¹⁵⁴. La loi a été approuvée dans une proportion de 65 % lors du vote qui a eu lieu en 2020¹⁵⁵. L'aide médicale à mourir sera donc légalisée à compter du 7 novembre 2021¹⁵⁶.

L'euthanasie et l'aide au suicide sont toutes les deux autorisées. Entre autres exigences, la personne doit avoir 18 ans ou plus, être citoyenne ou résidente permanente de la Nouvelle-Zélande et souffrir d'une maladie en phase terminale, c'est-à-dire qu'il ne doit lui rester que six mois ou moins à vivre. L'aide à mourir n'est pas offerte en raison uniquement d'un problème de santé mentale, et les directives anticipées ne sont pas permises.

Les professionnels de la santé ne peuvent parler de l'aide à mourir si le patient n'a pas soulevé la question lui-même. Deux médecins doivent procéder à l'évaluation de la personne. Si l'un des deux n'est pas certain de pouvoir évaluer la compétence du patient à prendre cette décision, un psychiatre doit également évaluer l'admissibilité. Un médecin ou une infirmière praticienne peut administrer la substance ou superviser l'aide au suicide. Des rapports annuels doivent être produits¹⁵⁷.

12 PÉROU

En février 2021, un juge a autorisé l'euthanasie d'une femme. Le système juridique péruvien exige que la décision soit examinée par la Cour suprême du pays, laquelle n'a pas encore rendu de jugement pour confirmer ou infirmer la décision. Un projet de loi a été présenté au Parlement, mais n'avait pas été adopté avant la dissolution de ce dernier à l'été 2021¹⁵⁸.

13 ESPAGNE

En mars 2021, le Parlement espagnol a adopté une loi autorisant l'euthanasie et l'aide au suicide pour les adultes qui satisfont aux conditions de résidence et qui sont atteints d'une maladie grave et incurable ou d'une affection grave, chronique et invalidante, entre autres critères. Cette définition semble inclure la maladie mentale, bien que cela ne soit pas explicitement indiqué dans la loi. Les directives anticipées sont autorisées, et la loi est entrée en vigueur en juin 2021¹⁵⁹.

Deux demandes écrites doivent être présentées à 15 jours d'intervalle, sauf s'il existe un risque de perte imminente de capacité. Après les 15 jours, le médecin doit attendre 24 heures et confirmer la volonté du patient. Ensuite, un deuxième médecin procède à une évaluation et, si la personne est admissible, le dossier est envoyé à la commission de garantie et d'évaluation où un professionnel de la santé et un avocat l'examinent. Chaque étape doit être accomplie dans les délais impartis, l'ensemble du processus pouvant prendre plus d'un mois. Des rapports annuels seront publiés¹⁶⁰.

NOTES

- * Plusieurs sections de la présente Étude de la Colline renvoient à des sources primaires ou secondaires dans une langue autre que l'anglais ou le français. Par conséquent, il n'a pas toujours été possible de confirmer les déclarations contenues dans les sources non traduites.
- 1. Dans un certain nombre de pays, la loi est muette sur l'aide au suicide, de sorte que celle-ci y est légale 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, où des projets de loi ont été proposés, mais n'ont pas encore été adoptés. 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 l'aide au suicide, 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. Julia Nicol et Marlisia 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, Bibliothèque du Parlement, 27 septembre 2018; Marlisia Tiedemann, [L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada](#), publication n° 2019-43-F, Bibliothèque du Parlement, 29 novembre 2019; et Julia Nicol et Marlisia Tiedemann, [Résumé législatif du projet de loi C-7 : Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), publication n° 43-2-C7-F, Bibliothèque du Parlement, 19 avril 2021. Pour des renseignements historiques, voir : Julia Nicol et Marlisia Tiedemann, [L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada](#), publication n° 2015-139-F, Bibliothèque du Parlement, 15 décembre 2015.
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. Il convient de noter que l'aide au suicide a depuis été légalisée au Nouveau-Mexique.
6. 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).
7. États-Unis, Oregon, [The Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.800 à 127.995. 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 référendum 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).
8. États-Unis, [Baxter v. State](#), 2009 MT 449 (Cour suprême du Montana) (Court Listener), par. 7.
9. *Ibid.*, par. 13.
10. *Ibid.*
11. Pour consulter un projet de loi qui vise à criminaliser l'aide au suicide, voir, par exemple, États-Unis, Montana, [Senate Bill No. 290](#), Assemblée législative du Montana, 2021. Pour un projet de loi qui vise à réglementer la pratique, voir États-Unis, Montana, [Senate Bill No. 202](#), Assemblée législative du Montana, 2015.
12. 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*.
13. Voir note de fin 7.
14. États-Unis, Oregon, [Enrolled Senate Bill 579](#), Assemblée législative de l'État, 80^e législature, session régulière de 2019.
15. États-Unis, Oregon, [The Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.800, par. 1.01(3).
16. *Ibid.*, O.R.S. 127.800, al. 1.01(7)e).
17. *Ibid.*, O.R.S. 127.855, art. 3.09 (« Medical record documentation requirements »); et *Ibid.*, O.R.S. 127.865, art. 3.11 (« Reporting requirements »).
18. Voir, par exemple, États-Unis, Oregon, [House Bill 2232](#), 80^e législature de l'Assemblée législative de l'État, session régulière de 2019; États-Unis, Oregon, Assemblée législative de l'État, [A-Engrossed House Bill 2217](#), 80^e législature de l'Assemblée législative de l'État, session régulière de 2019; et États-Unis, Oregon, [House Bill 2903](#), 80^e législature de l'Assemblée législative de l'État, session régulière de 2019.
19. États-Unis, Oregon, Département de la Santé, Division de la santé publique, [Oregon Death with Dignity Act: 2020 Data Summary](#), 26 février 2021, p. 12.

20. *Ibid.*
21. *Ibid.*; et « [SF Judge Upholds Law Prohibiting Physician-Assisted Suicide](#) », *NBC Bay Area*, 14 août 2015.
22. États-Unis, Oregon, Département de la Santé, Division de la santé publique, [Death with Dignity Act Annual Reports](#). Voir les rapports annuels de 2011 à 2020. Aucun autre renseignement n'a été trouvé concernant les résultats de l'assignation à comparaître de deux médecins devant le conseil médical de l'Oregon.
23. États-Unis, État de Washington, [The Washington Death With Dignity Act](#), ch. 70.245, R.C.W. Pour des renseignements sur le vote, voir États-Unis, secrétaire d'État de l'État de Washington, [Initiative Measure No. 1000: The Washington Death with Dignity Act](#).
24. États-Unis, [HB 1141 – 2021-22: Increasing access to the death with dignity act](#); et Sarah Gentzler, « [A revision to Washington state's Death with Dignity Act stalls in the Senate](#) », *The News Tribune* (Tacoma, Washington), 17 avril 2021 [SUR ABONNEMENT SEULEMENT].
25. Les données de 2020 ne sont pas disponibles sur la page Web de l'État sur les statistiques sur les décès. Voir États-Unis, Département de la Santé de l'État de Washington, [All Deaths – County and State Dashboards](#).
26. Katherine Hutchison et Zachary Smithingell « *Table 1. Characteristics of participants who died, 2016-2018* », [2018 Death with Dignity Act Report](#), Département de la Santé de l'État de Washington, Statistique sur les pathologies et la santé, Centre de statistiques en matière de santé, juillet 2019, p. 9; et *Ibid.*, « *Table 4. Circumstances and Complications Related to Ingestion of Medication Prescribed for Participants Who Died, 2016-2018* », [2018 Death with Dignity Act Report](#), Département de la Santé de l'État de Washington, Statistique sur les pathologies et la santé, Centre de statistiques en matière de santé, juillet 2019, p. 13.
27. *Ibid.*, « *Table 2. End of Life concerns of participants who died, 2016-2018* », [2018 Death with Dignity Act Report](#), Département de la Santé de l'État de Washington, Statistique sur les pathologies et la santé, Centre de statistiques en matière de santé, juillet 2019, p. 11.
28. États-Unis, Assemblée générale du Vermont, [S.77 \(Act 39\): An act relating to patient choice and control at end of life](#), 20 mai 2013.
29. États-Unis, Assemblée générale du Vermont, [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, Département de la Santé du Vermont, [Chapter 2: Hospital & Medication Rules – Subchapter 7: Rule Governing Compliance with Patient Choice at the End of Life](#). Deux rapports ont été publiés jusqu'à présent : David C. Englander, Département de la Santé du Vermont, [Report Concerning Patient Choice at the End of Life](#), rapport à la législature du Vermont, 15 janvier 2018; et David C. Englander, Département de la Santé du Vermont, [Report Concerning Patient Choice at the End of Life](#), rapport à la législature du Vermont, 15 janvier 2020.
30. États-Unis, Assemblée générale du Vermont, [S74. An act relating to modifications to Vermont's patient choice at the end of life laws](#), 9 février 2021.
31. 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.
32. États-Unis, California Legislative Information, [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.
33. États-Unis, [Sang-Hoon Ahn v. Hestrin](#), Cour d'appel de l'État de la Californie, Fourth Appellate District, Division 2, dossier n° E073530, 3 décembre 2020 [SUR ABONNEMENT SEULEMENT]; et États-Unis, [People v. Superior Court \(Ahn\)](#), Cour d'appel de l'État de la Californie, Fourth Appellate District, Division 2, dossier n° E070545, 27 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, Appellate Courts Case Information, [Supreme Court: Disposition – Becerra v. S.C. \(Ahn\)](#), Division SF, dossier n° S253424, 27 février 2019. Pour en savoir plus sur l'affaire, voir Death with Dignity, [California](#).
34. 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.
35. Medicaid est le régime de soins de santé financé par l'État pour les résidents à faible revenu.

36. Susan Harding et personnel Web de KATU, « Letter noting assisted suicide raises questions », *Katu.com* (Portland, Oregon), 30 juillet 2008; et Dan Springer, « [Oregon Offers Terminal Patients Doctor-Assisted Suicide Instead of Medical Care](#) », *Fox News*, 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](#) », *The 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.
37. États-Unis, Département de la Santé publique de la Californie, Center for Health Statistics and Informatics, [End of Life Option Act](#).
38. 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.
39. États-Unis, California Legislative Information, [An act to amend Sections 443.1, 443.3, 443.4, 443.5, 443.11, 443.14, 443.15, and 443.17 of, and to repeal and add Section 443.215 of, the Health and Safety Code, relating to end of life](#), S.B. 380, ch. 542, session législative 2021-2022.
40. États-Unis, Colorado, [Colorado End-of-Life Options Act](#), C.R.S., titre 25, art. 48.
41. États-Unis, Département de la Santé publique et de l'Environnement du Colorado, « Annual statistical report » [Medical Aid in Dying](#); et Sawyer D'Argonne, « [69 Coloradans seek assisted suicide in first year of program](#) », *Sky-Hi News*, 2 mars 2018.
42. États-Unis, District de Columbia, [Death with Dignity Act of 2016](#), loi du District de Columbia 21-182; États-Unis, District de Columbia, Département de la Santé, [District of Columbia Death with Dignity Act: 2017 Summary](#); et États-Unis, District de Columbia, Département de la Santé, [District of Columbia Death with Dignity Act: 2018 Data Summary](#). Il ne semble pas y avoir de rapports plus récents pour les dernières années.
43. Le Congrès peut examiner et abroger les lois adoptées par le Conseil du District de Columbia. Voir Compassion & Choices, [District of Columbia](#); Death with Dignity, [District of Columbia](#); et Patients Rights Council, [District of Columbia](#).
44. États-Unis, Hawaï, Chambre des représentants, [A Bill for an Act Relating to Health \(Our Care Our Choice Act\)](#), H.B. 2739, H.D. 1, 29^e législature, 5 avril 2018.
45. États-Unis, Hawaï, Sénat, [A bill for an Act relating to prescriptions](#), S.B. 536, S.D. 2, H.D. 1, C.D. 1, 30^e législature, 2019.
46. Patients Rights Council, [Hawaii](#).
47. États-Unis, Hawaï, Département de la Santé, [Report to the Thirtieth Legislature, State of Hawaii, 2020: Pursuant to Act 2, Session Laws of Hawaii 2019 \(HB2739 H.D. 1\)](#), 1^{er} juillet 2020; et États-Unis, Hawaï, Département de la Santé, [Report to the Thirty-First Legislature, State of Hawaii, 2021: Pursuant to Act 2, Session Laws of Hawaii 2019, HB2739 H.D. 1, HRS 327L – Establishes the Our Care, Our Choice Act](#), 1^{er} juillet 2021.
48. États-Unis, New Jersey, [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](#), 12 avril 2021.
49. Patients Rights Council, [New Jersey](#); États-Unis, [Glassman v. Grewal](#), Cour suprême du New Jersey, 27 août 2019; et Compassion & Choice, [Glassman v. Grewal](#).
50. Les deux projets de loi ont été renvoyés au comité de la justice de l'Assemblée générale du New Jersey, mais aucune suite n'a été donnée. Voir États-Unis, 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, 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.
51. États-Unis, Maine, [An Act to Enact the Maine Death with Dignity Act](#), H.P. 948 – L.D. 1313, droit public, ch. 271, 129^e législature, 12 juin 2019; et Death with Dignity, [Maine Death with Dignity Act Goes into Effect](#), 19 septembre 2019.

52. États-Unis, Maine, Death with Dignity, [State Reports](#).
53. États-Unis, Assemblée législative du Nouveau-Mexique, [Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act](#), HB 47, session régulière de 2021, 8 avril 2021; et Associated Press, « [New Mexico becomes latest state to legalize medically assisted suicide for terminally ill patients](#) », *KTLA 5* (Los Angeles), 8 avril 2021. Un médecin-ostéopathe est un médecin formé et agréé qui peut utiliser des thérapies médicales manuelles comme la manipulation vertébrale ou la massothérapie dans le traitement de ses patients. Voir Brent A. Bauer, « [What kind of doctor is a D.O.? Does a D.O. have the same training as an M.D.?](#) », *Mayo Clinic*.
54. Patients Rights Council, [Attempts to Legalize Euthanasia/Assisted-Suicide in the United States](#).
55. 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 non officielle fournie par l'Institut Européen de Bioéthique. Voir Pays-Bas, [Termination of Life on Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act](#).
56. *Ibid.*, art. 2.
57. Pays-Bas, « [Is euthanasia allowed?](#) », *Euthanasia*.
58. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Code d'Euthanasie 2018 : Code de déontologie en matière d'euthanasie – Éclairage de la pratique du contrôle](#), p. 56.
59. Pays-Bas, [Termination of Life on Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act](#), par. 2(3) et 2(4).
60. Le total de 14 mineurs ayant reçu l'euthanasie a été calculé par l'auteure à partir des données contenues dans les rapports annuels de 2015 à 2019 des commissions de contrôle de l'euthanasie. Voir Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Annual Reports](#) (sélectionner le lien pertinent pour la version française des rapports annuels). Au moment d'écrire ces lignes, le rapport de 2020 n'avait pas encore été traduit vers l'anglais.
61. Voir, par exemple, « [Euthanasia proposal readied for children aged 1 to 12](#) », *NL Times*, 13 octobre 2020.
62. 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.
63. *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.
64. Pays-Bas, [Termination of Life on Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act](#), par. 2(3) et 2(4).
65. Liselotte Postma, Erasmus School of Law, Erasmus University Rotterdam, [Advance directives requesting euthanasia in the Netherlands](#), p. 10.
66. Conseil des académies canadiennes, [L'état des connaissances sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir – Groupe de travail du comité d'experts sur les demandes anticipées d'AMM](#), 2018, p. 118.
67. Voir les rapports annuels de 2017 à 2019. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Annual Reports](#) (sélectionner le lien pertinent pour la version française des rapports annuels).
68. 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; David Gibbes Miller, Rebecca Dresser et Scott Y. H. Kim, « [Advance euthanasia directives: a controversial case and its ethical implications](#) », *Journal of Medical Ethics*, vol. 45, n° 2, février 2019, p. 84 à 89; et Eva C.A. Asscher et Suzanne van de Vathorst, « [Supreme Court rules on the first prosecution of a Dutch doctor since the euthanasia act](#) », *Journal of Medical Ethics Blog*, 28 avril 2020.
69. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2019](#), p. 10 et 15.
70. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2017](#), p. 12.
71. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2018](#), p. 7.
72. 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, 1^{er} décembre 2013, p. 466 à 468.
73. 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 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. 7.

74. Bioethics Research Library, Bioethics news: [Bioethics news: A Dutch report applies the brakes on euthanasia](#), Kennedy Institute of Ethics de l'Université Georgetown [TRADUCTION].
75. Pays-Bas, [Letter of the government position on 'completed life'](#), 12 octobre 2016. Pour consulter la réponse de l'association médicale des Pays-Bas, voir Royal Dutch Medical Association (KNMG), [Reflections by the Royal Dutch Medical Association \(KNMG\) on the 'Government Response and Vision on Completed Life'](#), 29 mars 2017.
76. Voir, par exemple, le résumé en anglais de Bregje Onwuteaka-Philipsen *et al.*, [Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#) (examen de la loi sur l'euthanasie et l'aide au suicide), 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 l'aide au suicide), 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.
77. 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 l'aide au suicide), 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, octobre 2017.
78. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2018](#), p. 11; et Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2019](#), p. 10.
79. 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.
80. 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 (RTE), [Annual reports](#) (sélectionner le lien pertinent pour la version française des rapports annuels). Les auteurs du deuxième examen, 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 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 l'aide au suicide), décembre 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*).
81. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2018](#), p. 5 et 6.
82. On ne peut pas déduire du [Rapport annuel 2018](#) quel a été le résultat final des deux autres cas. *Ibid.*, p. 8.
83. 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 l'aide au suicide), décembre 2012, p. 20 et 21.
84. Johan Legemaate et Ineke Bolt, « The Dutch Euthanasia Act: Recent Legal Developments », *European Journal of Health Law*, vol. 20, n° 5, 1^{er} décembre 2013, p. 455.
85. 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 l'aide au suicide), décembre 2012, p. 20 et 21.
86. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [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 (RTE), [Annual Report 2014](#), p. 6 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT]; et Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2017](#), p. 22.
87. Pays-Bas, Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (RTE), [Rapport annuel 2019](#), p. 13, 14 et 17.

88. 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](#) », *Moniteur belge*, 22 juin 2002, art. 3, §2, p. 28515.
89. Belgique, Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE), [Neuvième rapport aux Chambres législatives : 2018-2019](#), p. 25.
90. Tout comme les Pays-Bas, la Belgique n'impose aucune exigence quant au statut de résident dans la loi, mais les conditions créent une limite sur le plan pratique, puisque le médecin pratiquant l'euthanasie doit bien connaître le patient. Voir Union nationale des mutualités socialistes, *Question de droit : La loi dépenalisant l'euthanasie*, janvier 2004, p. 14.
91. Selon l'interprétation de la Commission, si l'on évalue que le décès pourrait se produire dans les jours, semaines ou mois à venir, on peut consulter un seul médecin, mais il faudra en consulter deux si l'on s'attend à ce que le décès survienne après un plus long intervalle de temps. Voir Belgique, CFCEE, [Brochure à l'intention du corps médical](#), p. 7.
92. 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.
93. Belgique, Cour constitutionnelle, [Arrêt n° 153/2015 du 29 octobre 2015](#); et Belgique, Cour constitutionnelle, [Note informative relative à l'arrêt n° 153/2015](#).
94. Voir les rapports annuels de la CFCEE de 2014 à 2019. Belgique, Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, [Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie](#). Cliquer sur « Consultez tous les documents ».
95. Belgique, Parlement fédéral de Belgique, « [28 Mai 2002. – Loi relative à l'euthanasie](#) », *Moniteur belge*, 22 juin 2002, art. 4, p. 28516 et 28517; et Belgique, Chambre des représentants de Belgique, « [15 mars 2020. – Loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie](#) », *Moniteur belge*, 23 mars 2020.
96. Belgique, CFCEE, [Huitième rapport aux Chambres législatives : années 2016-2017](#), p. 3; Belgique, CFCEE, [Neuvième rapport aux Chambres législatives : 2018-2019](#), p. 3; et Belgique, CFCEE, [EUTHANASIE – Chiffres de l'année 2020](#), communiqué, 2 mars 2021.
97. Voir les rapports annuels de la CFCEE, Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, [Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie](#). Cliquer sur « Consultez tous les documents ».
98. Belgique, CFCEE, [Sixième rapport aux Chambres législatives \(Années 2012-2013\)](#).
99. Graeme Hamilton, « [Belgian doctor facing possible murder charge for euthanizing senior seen as warning for Canada](#) », *National Post*, 29 octobre 2015; World Federation of Right to Die Societies, [Belgian physician dismissed of legal proceedings](#), 6 mai 2019; et Belgique, CFCEE, [Neuvième rapport aux Chambres législatives : 2018-2019](#), p. 29 et 30.
100. Belgique, CFCEE, [Huitième rapport aux Chambres législatives années 2016-2017](#), p. 30.
101. Christian Rioux, « [Un procès sur l'aide à mourir déchire la Belgique](#) », *Le Devoir* (Montréal), 30 janvier 2020; et Alan Hope, « [New trial for doctor who carried out euthanasia on Tine Nys](#) », *The Brussels Times*, 12 mai 2021.
102. Bruno Waterfield, « [Son challenges Belgian law after mother's 'mercy killing'](#) », *The Telegraph* (Royaume-Uni), 2 février 2015 [SUR ABONNEMENT SEULEMENT]; Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), « [Belgique](#) », *Fiche pays pour la presse*; et Maria Cheng, « [Europe's top rights court to hear Belgian euthanasia case](#) », *AP News*, 8 janvier 2019.
103. 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, 53^e législature, 4^e session, 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, 54^e législature, 2^e session, 10 avril 2015; 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, 54^e législature, 2^e session, 10 avril 2015; et Belgique, Chambre des représentants de Belgique, « [15 mars 2020. – Loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie](#) », *Moniteur belge*, 23 mars 2020.
104. 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. », *The 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.

105. 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.
106. Belgique, CFCEE, [Euthanasie – Chiffres de l'année 2020](#), communiqué, 2 mars 2021.
107. Lyn Carson et Brette Blakely, « [What Can Oregon Teach Australia about Dying?](#) », *Journal of Politics and Law*, vol. 6, n° 2, 2013, p. 38.
108. Luxembourg, « [Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#) », *Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg*, 16 mars 2009.
109. 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; et Luxembourg, « [Loi du 2 mars 2021 modifiant : 1° la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide; 2° la loi modifiée du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient](#) », *Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg*, 3 mars 2021.
110. Luxembourg, [Cinquième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide \(années 2017 et 2018\)](#), 2019. Un [rapport pour l'année 2019-2020](#) a été publié, mais les données contenues dans plusieurs des tableaux ne semblent pas correspondre au total, c'est pourquoi les données les plus récentes n'ont pas été prises en considération dans la présente publication.
111. Sarah Mroz *et al.*, « [Assisted dying around the world: a status quaestionis](#) », *Annals of Palliative Medicine*, vol. 10, n° 3, mars 2021.
112. Suisse, Conseil fédéral, [311.0 : Code pénal suisse du 21 décembre 1937 \(État le 1^{er} juillet 2022\)](#); 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, Chambre des lords, 3 février 2005.
113. « [Un canton suisse légalise le suicide assisté](#) », *Radio-Canada*, 17 juin 2012; Canton de Vaud, [Loi sur la santé publique du 29 mai 1985](#), art. 27d; et « [Le Parlement valaisan régit le suicide assisté en EMS](#) », *RTS Info* (Radio Télévision Suisse), 9 mai 2019.
114. Imogen Foulkes, « [Switzerland plans new controls on assisted suicide](#) », *BBC News Europe*, 2 juillet 2010; et 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 et 7.
115. [Carter c. Canada \(Procureur général\)](#), 2015 CSC 5.
116. Suisse, Office fédéral de la justice, [Assistance au décès](#).
117. 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.
118. « [Zurich voters reject ban on 'suicide tourism'](#) », *Reuters*, 16 mai 2011.
119. « [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.
120. CEDH, Deuxième section, [Affaire Gross c. Suisse](#), requête n° 67810/10, 14 mai 2013. Le par. 63 du jugement indique ce qui suit :
- Dans l'affaire *Haas*, la Cour a estimé que la demande du requérant d'accéder à une dose de pentobarbital sodique sans ordonnance médicale devait être examinée sous l'angle d'une obligation positive pour l'État de prendre les mesures nécessaires permettant un suicide dans la dignité. En revanche, la Cour estime que la présente affaire soulève principalement la question de savoir si l'État a émis des lignes directrices suffisantes pour définir si et – dans l'affirmative – dans quelles circonstances les médecins étaient autorisés à établir une ordonnance médicale à une personne dans la situation de la requérante.
121. 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.
122. CEDH, Deuxième section, [Affaire Gross c. Suisse](#), requête n° 67810/10, 14 mai 2013; et CEDH, Grande Chambre, [Affaire Gross c. Suisse](#), 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, mais d'un renvoi par le gouvernement. Les dossiers soumis à la CEDH peuvent être examinés par une chambre de sept juges. Une fois le jugement rendu, l'une des parties peut demander un renvoi à une chambre élargie de 17 juges qui reprendront l'examen du dossier. 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.

123. Fati Mansour, « [A Genève, le médecin d'Exit coupable d'avoir repoussé les limites du suicide assisté](#) », *Le Temps* (Suisse), 17 octobre 2019; et « [La condamnation du vice-président d'Exit Suisse romande confirmée en appel](#) », *Le Temps*, 30 avril 2020.
124. Colombie, Cour constitutionnelle, [Sentence # C-239/97](#), 20 mai 1997.
125. Michael Cook, « [Euthanasia fails again in Colombian legislature](#) », *Mercatornet*, 20 avril 2021.
126. 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.
127. 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).
128. Owen Dyer, Caroline White et Acer García Rada, « [Assisted dying: law and practice around the world](#) » (résumé), *The BMJ*, vol. 351, 19 août 2015 [SUR ABONNEMENT SEULEMENT]; 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 et de la Protection sociale, [Ministry of Health urges practicing early death process with a high humanitarian sense](#), communiqué, 30 juin 2015.
129. Stephanie Nolen, « [Colombia takes medically assisted death into the morally murky world of terminally ill children](#) », *The Globe and Mail*, 1^{er} mars 2019 [SUR ABONNEMENT SEULEMENT]; et « [Eutanasia en Colombia: estas son las reglas que estableció minalud y que generan polémica](#) », *Noticias Caracol* (Colombie), 12 juillet 2021.
130. Voir, par exemple : Colombie, Sénat de la Colombie, [Proyecto de ley de 2018 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 déposée le 30 juillet 2015).
131. Michael Cook, « [Euthanasia fails again in Colombian legislature](#) », *Mercatornet*, 20 avril 2021.
132. 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](#) », *LatinAmerican Post*, 13 mars 2018. Voir aussi les liens vers les sources primaires de l'Australian Care Alliance, [Colombia](#); et Stephanie Nolen, « [Colombia takes medically assisted death into the morally murky world of terminally ill children](#) », *The Globe and Mail*, 1^{er} mars 2019 [SUR ABONNEMENT SEULEMENT].
133. « [Colombia's Health Ministry sets out guidelines for euthanasia, sparks controversies](#) », *MercoPress*, 13 juillet 2021; et Colombie, ministère de la Santé et de la Protection sociale, [Resolution No. 971 of 2021](#), 1^{er} juillet 2021.
134. World Federation Right to Die Societies, [Colombian euthanasia activist Yolanda died](#).
135. « [Alcances del fallo que amplía la eutanasia a pacientes no terminales](#) », *El Tiempo* (Colombie), 23 juillet 2021.
136. Australie, Victoria, ministère de la Santé, « Overview », [Voluntary Assisted Dying](#).
137. Australie, Victoria, [Voluntary Assisted Dying Act 2017](#), n° 61 de 2017, art. 38, p. 35.
138. *Ibid.*, art. 18, p. 20.
139. *Ibid.*, art. 39, p. 36.
140. Australie, Victoria, Voluntary Assisted Dying Review Board, [Report of operations: January to June 2020](#), p. 3. À noter que les chiffres ont été revus depuis ceux publiés dans le [Report of operations: June to December 2019](#).
141. Australie, Victoria, Voluntary Assisted Dying Review Board, [Report of operations: July-December 2020](#), p. 5.
142. *Ibid.*, p. 10.
143. Australie, Victoria, Voluntary Assisted Dying Review Board, [Report of operations: January-June 2020](#), p. 15.
144. Australie, Victoria, Voluntary Assisted Dying Review Board, [Report of operations: July-December 2020](#), p. 14.
145. Australie, Australie-Occidentale, [Voluntary Assisted Dying Act 2019](#), n° 27 de 2019; et Ben White *et al.*, « [WA's take on assisted dying has many similarities with the Victorian law – and some important differences](#) », *The Conversation*, 8 août 2019.

146. Australie, Tasmanie, ministère de la Santé, [Voluntary assisted dying in Tasmania](#).
147. *Ibid.*; et Matt Woodley, « [New voluntary assisted dying Bill gives GPs and patients choice](#) », *NewsGP*, 30 mars 2021.
148. Australie, Australie-Méridionale, SA Health, [Voluntary Assisted Dying in South Australia](#).
149. Australie, Australie-Méridionale, [Voluntary Assisted Dying Act 2021](#).
150. Australie, Queensland, [Voluntary Assisted Dying Bill 2021](#).
151. Allemagne, Cour constitutionnelle fédérale, [Criminalisation of assisted suicide services unconstitutional](#), communiqué, 26 février 2020 [DISPONIBLE EN ANGLAIS SEULEMENT].
152. Derek Scally, « [Vote by Germany's doctors paves way for assisted suicide: Association of medics has removed a ban on the practice from its code of conduct](#) », *The Irish Times*, 6 mai 2021.
153. Italie, Cour constitutionnelle, [Judgment 242 of 2019](#) (choisir 2019 dans le menu déroulant); The World Federation of Right to Die Societies, [Italian Constitutional Court now officially rules that aid in suicide is, under certain conditions, not punishable](#), 7 décembre 2019; et Fabrizio Turoldo, « [Aiding and Abetting Suicide: The Current Debate in Italy](#) », *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 30, n° 1, janvier 2021, p. 123 à 135.
154. Législation de la Nouvelle-Zélande, [End of Life Choice Act 2019](#), Public Act 2019 No. 16, 16 novembre 2019.
155. Nouvelle-Zélande, Commission électorale, [Official referendum results released](#), 6 novembre 2020.
156. Nouvelle-Zélande, ministère de la Santé, [End of Life Choice Act implementation](#).
157. Nouvelle-Zélande, ministère de la Santé, [About the End of Life Choice Act 2019](#).
158. Pérou, Bureau de l'ombudsman, [Defensoría del Pueblo destaca decisión de no apelar sentencia que reconoce derecho de Ana Estrada a una muerte en condiciones dignas](#), communiqué, 3 mars 2021; et Pérou, Congrès de la République, [Proyecto de ley que permite el uso de la eutanasia](#), projet de loi n° 06976/2020-CR, 21 janvier 2021.
159. Espagne, « [Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia](#) », *Boletín Oficial del Estado*, n° 72, 25 mars 2021, p. 34037 à 34049; et États-Unis, Bibliothèque du Congrès, [Spain: Bill on Euthanasia and Assisted Suicide Approved by Congress of Deputies, Moves to Senate for Consideration](#), 9 février 2021.
160. *Ibid.*

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 de l'aide au suicide
dans certains États à l'extérieur du Canada**

État	Euthanasie (E)/ aide au suicide (AS) autorisées?	Maladie en phase terminale comme exigence?	Résidence comme exigence?	Directives anticipées acceptées?	Acte autorisé pour les mineurs?	Acte autorisé pour les personnes atteintes de démence/ troubles psychiatriques incapables de prendre des décisions?	Souffrances psychologiques considérées comme un critère suffisant?
Canada	E et AS autorisées	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
États-Unis (certains États seulement)	AS autorisés	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Pays-Bas	E et AS autorisées	Non	Oui, mais non prévu expressément dans la loi	Oui	Oui (12 ans et plus et nouveau-nés)	Oui, si une directive anticipée a été signée	Oui
Belgique	E et AS autorisées	Non	Oui, mais non prévu expressément dans la loi	Oui (seulement pour les personnes inconscientes)	Oui (à l'exception des nouveau-nés et des jeunes enfants)	Oui, mais la personne doit être capable au moment de la demande	Oui
Luxembourg	E et AS autorisées	Non	Oui, mais non prévu expressément dans la loi	Oui (seulement pour les personnes inconscientes)	Non	Oui, mais la personne doit être capable au moment de la demande	Oui
Colombie	E autorisée	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Australie (certains États seulement)	E et AS autorisées (mais E dans certaines circonstances précises seulement)	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Nouvelle-Zélande	E et AS autorisées	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Espagne	E et AS autorisées	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui

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. La Suisse, l'Allemagne, l'Italie et le Pérou ne figurent pas dans le tableau parce que ces pays ne disposent pas d'un régime réglementaire détaillé.

Sources : Tableau préparé par la Bibliothèque du Parlement à partir de données tirées de [Code criminel](#), L.R.C. 1985, ch. C-46; États-Unis, Oregon, [The Oregon Death with Dignity Act](#), O.R.S. 127.800 à 127.99; États-Unis, législature de l'État de Washington, [The Washington Death With Dignity Act](#), ch. 70.245, R.C.W; États-Unis, Assemblée générale du Vermont, [S.77 \(Act 39\) : An act relating to patient choice and control at](#)



[end of life](#), 20 mai 2013; États-Unis, California Legislative Information, [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; États-Unis, Colorado, [Colorado End-of-Life Options Act](#), C.R.S., titre 25, art. 48; États-Unis, District de Columbia, [Death with Dignity Act of 2016](#), loi du District de Columbia 21-182; États-Unis, Hawaï, Chambre des représentants, [A Bill for an Act Relating to Health \(Our Care Our Choice Act\)](#), H.B. N° 2739, H.D. 1, 29^e législature, 5 avril 2018; États-Unis, New Jersey, [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; États-Unis, Maine, [An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act](#), H.P. 948 – L.D. 1313, droit public, ch. 271, 129^e législature, 12 juin 2019; États-Unis, Assemblée législative du Nouveau-Mexique, [Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act](#), HB 47, session régulière de 2021, 8 avril 2021; Pays-Bas, [Termination of Life on Request and Assisted Suicide \(Review Procedures\) Act](#) [TRADUCTION]; Belgique, Parlement fédéral de Belgique, « [28 mai 2002. – Loi relative à l'euthanasie](#) », *Moniteur belge*, 22 juin 2002; Luxembourg, « [Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#) », *Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg*, 16 mars 2009; Colombie, ministère de la Santé et de la Protection sociale, [Resolution No. 971 of 2021](#), 1^{er} juillet 2021; Australie, Parlement de Victoria, [Voluntary Assisted Dying Act 2017](#), n° 61 de 2017; Australie, Australie-Occidentale, [Voluntary Assisted Dying Act 2019](#), n° 27 de 2019; Australie, Australie-Méridionale, [Voluntary Assisted Dying Act 2021](#); Australie, Queensland, [Voluntary Assisted Dying Bill 2021](#); Nouvelle-Zélande, [End of Life Choice Act 2019](#), 16 novembre 2019; et Espagne, « [Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia](#) », *Boletín Oficial del Estado*, n° 72, 25 mars 2021, p. 34037 à 34049.