

État des lieux des législations sur l'aide active à mourir dans le monde au 31 janvier 2022

Laws Regarding Physician Assisted Dying around the World as of January 31, 2022

P. Galmiche · S. Dauchy

Reçu le 4 avril 2022 ; accepté le 11 mai 2022
© Lavoisier SAS 2022

Résumé Au 31 janvier 2022, dix pays ont légiféré en faveur de l'aide active à mourir au terme de débats politiques, éthiques et sociaux. Cet article reprend le parcours législatif de ces pays (Suisse, États-Unis, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Espagne et Autriche) et décrit les conditions prescrites par chaque loi pour encadrer et contrôler la pratique de l'euthanasie ou du suicide assisté. L'objectif est de mettre en lumière les arguments indispensables à la mise en place et à la mise en œuvre d'une loi ainsi que les critères d'éligibilité et garde-fous communs, avec une attention particulière portée aux critères relatifs à la maladie psychiatrique.

Mots clés Aide active à mourir · Législation · Panorama international · Fin de vie

Abstract As of January 31, 2022, ten countries have legislated in favor of active assistance in dying after political, ethical, and social debates. This article reviews the legislative history of these countries (Switzerland, the United States, the Netherlands, Belgium, Luxembourg, Canada, Australia, New Zealand, Spain, and Austria) and describes the framework prescribed by each law to regulate and control the practice of euthanasia or assisted suicide. The aim is to highlight the arguments that are essential for the establishment and implementation of a law, as well as the common eligibility criteria and safeguards, with particular attention paid to the criteria relating to psychiatric illness.

Keywords Physician assisted dying · Law · International overview · End of life

La perspective de la dépénalisation de l'aide active à mourir mobilise des arguments de prime abord irréconciliables, à

savoir le respect de l'autonomie du patient qui demande à mourir face au devoir médical de ne pas donner la mort ou le droit à la détermination de sa propre vie, dont la fin de sa vie, et le droit à la protection de sa vie. Néanmoins, à l'international, dix pays ont fait le choix de légiférer en faveur de l'aide active à mourir. Cela résulte de longs processus politiques, éthiques et citoyens et se traduit par des textes de loi définissant systématiquement des critères d'éligibilité ainsi que les étapes à respecter et les modalités de contrôle de la pratique. Les lois s'attachent également à définir ce qu'elles autorisent, à savoir l'euthanasie, lorsque le médecin administre la substance létale, ou le suicide assisté, que le patient s'autoadministre, ou les deux. Dans les deux cas, cet acte est réalisé à la demande de la personne ; aucun médecin n'est tenu légalement de participer s'il ne le souhaite pas pour des raisons de conscience.

Cet article, fondé sur un travail du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, mené par une philosophe spécialiste en éthique médicale et s'appuyant principalement sur les textes de loi, rapports parlementaires et analyses éthiques et juridiques lorsqu'elles existent, vise à reprendre les différents contextes et textes de loi sur l'euthanasie et le suicide assisté dans le monde au 31 janvier 2022 dans le but de comprendre ce qui mène un pays à légiférer sur ce sujet ainsi que les critères nécessaires pour qu'une demande d'aide active à mourir puisse être accompagnée par un médecin volontaire dans un pays donné [1]. Une attention particulière est portée aux conditions spécifiques en cas de maladie psychiatrique.

Suisse

En Suisse, l'aide active à mourir a été dépénalisée sous la forme du suicide assisté dès 1942 et l'entrée en vigueur du Code pénal. La particularité est que le suicide assisté n'est d'emblée pas considéré comme un acte médical, car contraire aux buts de la médecine, mais comme un acte

P. Galmiche (✉) · S. Dauchy
Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie,
35, rue du Plateau, F-75019 Paris, France
e-mail : p.galmiche@spfv.fr

citoyen admissible du point de vue juridique à la condition qu'il ne soit pas motivé par des motifs dits « égoïstes » [2]. En d'autres termes, la personne aidant au suicide n'est pénalisée que dans les cas où elle bénéficierait d'une quelconque manière, financière ou matérielle par exemple, du décès de la personne aidée. En 2004, le cas où le suicide est assisté par un médecin est envisagé sur le plan éthique par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) puis considéré comme déontologiquement acceptable à plusieurs conditions supplémentaires. Il est recommandé que le médecin qui souhaite, en son âme et conscience, prescrire une substance létale à son patient puisse le faire si ce dernier est capable de discernement et formule son désir de mourir de manière libre, réfléchie et persistante (sans précision de durée) et s'il souffre d'une maladie qui permet de considérer que la fin de vie est proche ; et deux personnes doivent attester du respect de ces conditions [3]. En cas de maladie psychiatrique seule, un psychiatre doit nécessairement être consulté en amont [4]. L'actualisation des recommandations de l'ASSM en 2018 remplace le critère de fin de vie proche par celui de souffrance physique ou psychique insupportable causée par une maladie et/ou des limitations fonctionnelles, mais celles-ci ne font pas l'unanimité auprès des médecins suisses qui jugent ce nouveau critère trop subjectif [5]. Dans tous les cas, le suicide assisté est défini comme une mort violente et non naturelle ; tout décès par suicide assisté est de ce fait soumis à un contrôle de police et à un examen d'un médecin légiste une fois la mort survenue [6]. L'euthanasie reste interdite dans le pays.

États-Unis

Alors que l'État fédéral laisse à l'appréciation des États de légiférer ou non sur la possibilité pour un médecin de prescrire des barbituriques à son patient afin qu'il se suicide, neuf États (Oregon, Washington, Vermont, Californie, Colorado, Hawaï, New Jersey, Maine, Nouveau-Mexique — le Montana le tolère par jurisprudence) et le district de Columbia se sont emparés du sujet par le biais du peuple ou du législateur et autorisent aujourd'hui la pratique du suicide assisté. La loi adoptée en 1994 en Oregon [7] et dont s'inspirent les suivantes explicite le cadre dans lequel un médecin est exempté de charges pénales s'il prescrit un médicament létal à son patient : ce dernier réside dans l'État concerné, il est majeur et a la capacité de prendre des décisions qui concernent sa santé, il a exprimé son souhait volontairement. Deux médecins ont diagnostiqué une maladie engageant son pronostic vital à moins de six mois. Il est interdit pour un médecin d'aider au suicide un patient atteint d'une maladie psychiatrique seule ; en cas de suspicion d'affection psychologique susceptible d'affecter la capacité de discernement et de rendre la demande inéligible, un professionnel de la santé

mentale doit nécessairement être consulté. Toute prescription accompagnée de sa justification doit être déclarée par le médecin au ministère de la Santé de l'État, néanmoins, le contrôle de la pratique n'est pas uniforme. L'euthanasie reste interdite dans tout le pays.

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, l'aide active à mourir trouve sa justification juridique puis déontologique par le biais de décisions successives qui reconnaissent l'aporie dans laquelle se trouve un médecin face à une demande de ce type, entre le devoir de préserver la vie et celui de soulager la souffrance. Ces décisions de justice donnent raison au médecin qui agit alors de manière raisonnée, en agissant selon ce qu'il pense être le mieux dans une situation donnée et moyennant le respect de critères précis. Ceux-ci seront consacrés dans la loi du 12 avril 2001 [8] qui dépénalise l'euthanasie et le suicide assisté : le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande est volontaire et réfléchie, que les souffrances du patient sont sans perspective d'amélioration et insupportables, qu'aucune autre solution raisonnable n'est envisageable (en accord avec le patient et après l'avoir informé des autres possibilités de prise en charge) ; il doit consulter au moins un autre médecin et pratiquer l'aide active à mourir avec toute la rigueur médicalement requise, c'est-à-dire en respectant les préconisations déontologiques relatives au choix et au dosage des produits à utiliser ainsi qu'à l'information à donner au patient et aux proches en amont sur leurs différents effets. Le contrôle est effectué a posteriori sur la base de la déclaration, et sa justification écrite et transmise par le médecin à la commission de contrôle de sa région une fois l'acte pratiqué. Dans le cas où le patient est atteint d'une maladie psychiatrique seule, un psychiatre doit nécessairement être consulté, en tant que deuxième ou troisième médecin [9]. La possibilité pour les médecins de pratiquer l'aide active à mourir pour des personnes atteintes de démence qui en auraient fait la demande par directive anticipée alors qu'elles en étaient encore capables a été arbitrée positivement, en 2021, par la jurisprudence [10].

Belgique

En Belgique, la loi sur l'euthanasie a été discutée au même moment que les lois sur les droits des patients et les soins palliatifs, ce qui a à la fois témoigné de et favorisé une approche complémentaire des différentes manières de prendre en charge la fin de vie. La loi spécifique à l'euthanasie du 28 mai 2002 [11] dispose qu'un médecin est exempté de peine si le patient est capable et conscient au moment de la demande, si celle-ci est volontaire, réfléchie et répétée, s'il

est dans une situation médicale sans issue, grave et incurable, et qu'il fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable. Le médecin doit également informer le patient des autres possibilités de prise en charge, mener plusieurs entretiens avec lui pour attester du caractère réfléchi et répété de la demande et consulter un autre médecin compétent quant à la pathologie concernée. Lorsque la mort du patient n'est pas attendue à « brève échéance », un mois au moins doit s'écouler entre la demande écrite et l'acte, et un deuxième autre médecin, psychiatre ou spécialiste de la maladie, doit être consulté. Le contrôle est effectué a posteriori sur la base de la déclaration, et sa justification écrite et transmise par le médecin à la commission de contrôle une fois l'acte pratiqué. En cas de maladie psychiatrique seule, deux psychiatres doivent nécessairement être consultés et donner leur aval [12]. Lors de l'élargissement des critères d'éligibilité aux mineurs en capacité de discernement en 2014, il est précisé dans la loi qu'un psychologue ou pédopsychiatre doit nécessairement être consulté, et que le critère de la souffrance psychique ou de la maladie psychiatrique seule ne s'applique pas dans ces situations [13]. Puisque la loi ne précise pas de quelle manière l'euthanasie doit être pratiquée, elle n'exclut pas la possibilité pour un patient de s'autoadministrer la substance létale, à condition que toutes les étapes de la procédure aient été respectées et que le médecin soit présent au moment de l'acte [14].

Luxembourg

Au Luxembourg, le débat a porté sur la compatibilité entre les soins palliatifs, englobant la sédation palliative, et l'aide active à mourir, les uns défendant leur complémentarité dans l'offre de soins en fin de vie et les autres défendant le développement des soins palliatifs comme suffisant pour répondre aux demandes d'aide active à mourir. Les législateurs ont fait le choix de voter deux lois distinctes, dont une sur l'euthanasie et l'assistance au suicide le 16 mars 2009 [15]. Cette loi est sensiblement identique à la loi belge avant l'élargissement des critères aux mineurs en capacité de discernement, sauf à dire qu'elle concerne d'emblée explicitement l'euthanasie et le suicide assisté, les deux actes étant énoncés dans son titre et définis en son sein. La loi reste néanmoins mal connue dans le pays, et l'idée de l'opposition entre soins palliatifs et aide active à mourir perdure dans les esprits de ses détracteurs [16].

Canada

Au Canada, le sujet de l'euthanasie émerge d'abord au Québec, discuté dans un projet de loi global sur les soins appro-

priés de fin de vie adopté le 5 juin 2014 [17], à la suite de la catégorisation de l'aide active à mourir comme telle, au même titre que les soins palliatifs en général et la sédation palliative, si elle résulte également d'un processus décisionnel bien mené [18]. Au niveau fédéral, l'euthanasie et le suicide assisté, désignés comme aide médicale à mourir, sont dépénalisés le 17 juin 2016 dans les suites d'une décision de justice estimant leur interdiction inconstitutionnelle, car portant atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité dans le contexte de la maladie grave et incurable causant des souffrances insupportables [19]. La loi de 2016 modifiée en 2021 [20] dispose qu'un médecin ou infirmier praticien peut pratiquer l'aide médicale à mourir si un patient majeur, capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé en fait la demande volontaire, s'il est atteint d'une maladie grave et incurable se caractérisant par un déclin avancé et irréductible de ses capacités et s'il subit des souffrances physiques ou psychologiques du fait de sa maladie, persistantes et inapaisables dans des conditions jugées acceptables par lui ; le professionnel doit informer le patient des autres possibilités de prise en charge, et un deuxième médecin ou infirmier praticien doit confirmer le respect de ces conditions. Le contrôle est effectué a posteriori sur la base de la déclaration, et sa justification écrite et transmise par le professionnel au ministère de la Santé de la province concernée une fois l'acte pratiqué. Depuis 2021, la mort du patient n'a plus à être « raisonnablement prévisible » pour qu'il soit éligible, moyennant notamment le respect d'un délai de 90 jours entre la demande et l'acte. L'aide médicale à mourir sera possible pour les personnes atteintes d'une maladie psychiatrique seule à partir du 17 mars 2023 en suivant des recommandations spécifiques en cours d'élaboration.

Australie

En Australie, l'État de Victoria a été le premier à légiférer de manière durable dans le pays, en novembre 2017, sur l'euthanasie et le suicide assisté, du fait d'une forte volonté populaire au niveau national et d'une évaluation rigoureuse de l'évolution de la situation internationale sur ces pratiques. De même que dans les quatre États ayant légiféré ensuite (Australie-Occidentale, Tasmanie, Australie-Méridionale, Queensland), une période de 18 mois dédiée à la formation des professionnels volontaires et à l'élaboration de recommandations a été prévue avant son entrée en vigueur. La loi de Victoria [21], qui a inspiré quatre autres lois similaires dans le pays, précise qu'un médecin préalablement formé peut accompagner une demande d'aide active à mourir si le patient est australien, réside dans l'État concerné et est en capacité de prendre des décisions relativement à l'acte, s'il initie la demande et s'il est atteint d'une maladie incurable qui causera sa mort dans un délai de 6 mois (ou 12 mois pour

les maladies neurodégénératives) et qui lui cause des souffrances intolérables ; le médecin doit l'informer des autres possibilités de prise en charge, et un deuxième médecin doit confirmer le respect des critères. Un permis doit être délivré par le ministère de la Santé de l'État préalablement à l'acte — l'euthanasie ne peut être permise que si la personne est incapable de s'administrer elle-même la substance létale —, et une commission de contrôle vérifie le respect de la procédure a posteriori, sur la base de la déclaration justifiée du médecin de son acte. L'aide active à mourir est interdite en cas de maladie psychiatrique seule, et en cas de suspicion de maladie psychiatrique susceptible d'altérer la capacité de discernement et de rendre la demande inéligible, un psychiatre doit nécessairement être consulté.

Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, une décision de justice à propos d'un cas particulier incitant le législateur à se prononcer sur l'aide active à mourir a suscité l'écriture d'une loi, ensuite soumise à référendum sur la recommandation des instances médicales et paramédicales officielles [22]. Les Néo-Zélandais se prononcent en faveur de la loi sur l'euthanasie et le suicide assisté en octobre 2020, et elle entre en vigueur en novembre 2021. Elle prévoit qu'un médecin puisse répondre à une demande d'aide active à mourir selon des conditions d'éligibilité et de contrôle sensiblement identiques à celle de l'État de Victoria en Australie, à la différence que le patient peut choisir le mode d'administration de la substance létale et que les médecins consultés pour un deuxième ou troisième avis (en cas de suspicion de maladie psychiatrique) sont choisis de manière aléatoire [23].

Espagne

En Espagne, l'évolution législative vers l'aide active à mourir est vivement contestée par les instances médicales et éthiques du pays [24]. Malgré leurs plaidoyers en faveur du développement des soins palliatifs à l'échelle nationale, une loi dépénalisant l'euthanasie et le suicide assisté est tout de même discutée et votée au Parlement le 24 mars 2021, confortée par une adhésion populaire majoritaire. Non seulement la loi permet à tout médecin de pratiquer l'aide active à mourir selon des critères spécifiques, mais elle consacre également le droit de toute personne éligible à la demander, ce qui induit une nécessité de moyens pour sa bonne mise en application [25]. Un patient peut bénéficier d'une aide active à mourir s'il est majeur, capable et conscient, s'il formule sa demande volontairement, s'il est atteint d'une maladie grave et incurable ou est dans un état grave, chronique et invalidant, avec un pronostic vital limité dans un contexte de fragilité progres-

sive et s'il subit des souffrances physiques ou psychiques constantes et insupportables du fait de sa situation médicale. Le médecin doit informer le patient des autres possibilités de prise en charge, et un deuxième médecin, compétent quant à la pathologie concernée, doit confirmer le respect des critères d'éligibilité. Le contrôle est réalisé à la fois a priori et a posteriori par une commission de contrôle régionale. La loi espagnole prévoit d'emblée la possibilité pour une personne de demander l'aide active à mourir sur directive anticipée, dans le cas où elle se retrouverait dans l'incapacité de le faire, sa personne de confiance devient alors l'interlocuteur privilégié. À ce jour, le Conseil général des associations médicales officielles (Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos) refuse toujours de reconnaître l'aide active à mourir comme un acte médical, ce qui entraîne des difficultés vis-à-vis de l'effectivité du droit consacré par la loi [26].

Autriche

En Autriche, une décision de justice estimant que l'interdiction au suicide assisté contrevenait au droit à l'autodétermination des personnes a donné lieu à l'élaboration et au vote d'une loi le 16 décembre 2021 afin d'encadrer la pratique dans le champ médical [27]. Depuis lors, une personne peut rédiger un document appelé « testament de fin de vie » afin de demander à être aidée au suicide par autoadministration d'une substance létale si elle réside dans le pays, si elle est majeure et capable de discernement et rédige le document volontairement. Elle doit être atteinte d'une maladie incurable entraînant la mort ou souffrir d'une maladie grave et de longue durée avec des symptômes persistants qui affectent durablement son quotidien et lui causent des souffrances inapaisables. Deux médecins doivent l'avoir informée de ses perspectives et confirmer le respect des conditions avant la signature du document devant un notaire et son enregistrement par le ministère de la Santé. Sur présentation du document original dans l'année qui suit son enregistrement, la personne peut se procurer une substance létale en pharmacie. Le contrôle est effectué a priori et a posteriori par le ministère de la Santé qui vérifie l'existence du document lorsqu'il est notifié par le pharmacien avant sa délivrance et par le médecin légiste après le décès. Un patient atteint d'une maladie psychiatrique seule ne peut rédiger ce document, et s'il existe une suspicion de maladie psychiatrique susceptible de rendre inéligible la demande, un psychiatre ou psychologue doit nécessairement être consulté.

Discussion

Bien que les contextes socioculturels diffèrent dans ces dix pays, des éléments et arguments similaires sont identifiables

dans ce qui mène un pays à légiférer sur l'aide active à mourir. Il est systématiquement retrouvé l'importance d'un contexte politique, le plus souvent libéral ou progressiste, et d'une opinion publique favorable. La place des cas particuliers faisant état d'une situation exceptionnelle vis-à-vis des lois en vigueur et portés devant la justice pour mettre en lumière un éventuel manque dans la prise en charge de la fin de vie est également centrale. D'autres arguments peuvent être mobilisés à l'échelle d'un pays, comme la nécessité de contrôler davantage une pratique déjà existante et acceptée aux Pays-Bas ou de favoriser un droit individuel à choisir sa mort comme aux États-Unis ou en Espagne.

Les textes de loi sont le plus souvent construits sur le même modèle, s'attachant d'abord à définir ce qu'ils autorisent, à énumérer les conditions dans lesquelles un médecin devient exempt de sanctions pénales dans le cas où il répond à une demande d'euthanasie ou de suicide assisté, et à indiquer les modalités de contrôle de la pratique. Sauf spécificité, le patient doit au moins être majeur, avoir la capacité de discernement vis-à-vis de l'aide active à mourir, en faire la demande volontaire et être atteint d'une maladie grave et incurable lui causant des souffrances insupportables. Le médecin doit au moins informer le patient de ses perspectives et solliciter l'avis d'un second médecin le plus souvent nommé comme spécialiste de la maladie. La procédure est tracée et le contrôle effectué a priori, a posteriori, ou les deux. En Suisse, aux Pays-Bas, en Belgique, au Luxembourg, au Canada et en Espagne, il est indiqué que les souffrances causées par la maladie peuvent être d'ordre physique, psychique ou les deux. Par ailleurs, ces six pays autorisent (ou autoriseront, en 2023 pour le Canada) l'accès à l'aide active à mourir pour maladie psychiatrique. Dans ces situations, un psychiatre nommé comme tel ou en tant qu'il est spécialiste de la maladie concernée est nécessairement consulté en tant que deuxième et/ou troisième avis. Des recommandations spécifiques sont élaborées par les sociétés savantes, notamment pour aider à la définition de l'incurabilité de la maladie dans ces situations [12]. Dans les quatre autres pays (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Autriche), la nature des souffrances n'est pas précisée ; néanmoins, un patient atteint de maladie psychiatrique seule ou atteint d'une maladie somatique combinée à une maladie ou à un trouble psychiatrique ne peut avoir accès à l'aide active à mourir puisqu'il est considéré que cela remet de facto en cause le critère de capacité de discernement, ce qui rend la demande inéligible. En cas de doute sur l'existence d'une maladie psychiatrique, un psychiatre ou un psychologue doit nécessairement être consulté, en complément du second avis médical.

Dans tous les cas, les contextes et textes de loi dans les dix pays ayant légiféré en faveur d'une aide active à mourir ont en commun de concevoir l'euthanasie et le suicide assisté comme des alternatives supplémentaires dans l'offre de soins en fin de vie lorsque le patient en fait la demande et

que le médecin est volontaire pour y répondre, et non seulement comme une consécration de l'autonomie du patient souhaitant choisir sa mort ; en témoigne notamment l'importance accordée au critère de maladie grave et incurable dans les législations et les recommandations.

En France, l'euthanasie et le suicide assisté font l'objet de nombreux débats, mais restent interdits aujourd'hui. Les lois et les politiques publiques s'attachent aujourd'hui à développer et à promouvoir les soins palliatifs et à améliorer l'offre de prise en charge en fin de vie [28]. Dans le cadre de cette offre, la dernière loi sur la fin de vie en date, la loi Claeys-Leonetti de 2016, a consacré le droit pour un patient en capacité de s'exprimer de demander une sédation profonde et continue jusqu'au décès dans deux situations :

- s'il est atteint d'une maladie grave et incurable, que son pronostic vital est engagé à court terme et qu'il présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- s'il est atteint d'une maladie grave et incurable et demande un arrêt des traitements susceptible d'engager son pronostic vital à court terme et d'entraîner une souffrance insupportable.

Cette sédation peut également être mise en œuvre par un médecin si le patient n'est plus en capacité de s'exprimer et qu'une décision d'arrêter les traitements qui le maintiennent en vie est prise au nom de l'obstination déraisonnable, interdite depuis 2005. Dans tous les cas, la mise en œuvre de cette sédation est soumise à une procédure collégiale [29]. La Société française et francophone de psycho-oncologie a, dans le contexte des pathologies cancéreuses, publié en 2020 des recommandations sur la place que peuvent prendre les professionnels de soins psychiques dans cette procédure [30], et notamment la complexité de la distinction entre le caractère existentiel d'une souffrance et sa nature psychologique, ces deux dimensions, si elles sont distinctes par essence, étant le plus souvent cliniquement associées [31]. La prévalence élevée de la souffrance psychique et des troubles psychopathologiques chez les patients atteints de cancer incite les professionnels à recommander que, dans ce contexte, une évaluation psychologique puisse être proposée au patient afin de s'assurer qu'une offre de soins adaptée est intégrée dans la prise en charge globale.

Conclusion

Ce travail rapporte l'évolution des législations sur l'aide active à mourir dans différents pays à l'international et la complexité de ce sujet. D'autres pays ont quant à eux formulé des décisions de justice : c'est le cas notamment de l'Italie et de l'Allemagne. Dans ces deux pays voisins de la France, le sujet a récemment été débattu dans les cours de justice, et cela a donné lieu à des décisions en faveur du

suicide assisté non encore reprises dans des législations. L'enjeu a porté sur la légitimité juridique de l'interdit de l'aide active à mourir dans des contextes où une loi accorde déjà à un patient le droit de refuser un traitement et où la bonne pratique médicale permet que ses souffrances soient apaisées par une ou des sédations palliatives. L'Italie, par exemple, reste attentive au fait que le suicide assisté ne soit rendu possible que si le traitement refusé par le patient est un traitement de maintien en vie. Reste aujourd'hui à savoir si ce questionnement traversera les frontières en ces termes.

Références

- Galmiche P (2022) Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde. CNSPFV, Paris
- Code pénal suisse (1937) Article 114. Homicide/Meurtre sur demande de la victime <https://www.droit-bilingue.ch/rs/lex/1937/00/19370083-a114-fr-de.html>
- Académie suisse des sciences médicales (2004) Prise en charge des patientes et patients en fin de vie https://www.samw.ch/dam/jcr:3922bde9-6842-4850-be66-d3a02d266abd/directives_assm_patientes_patients_en_fin_de_vie_2004.pdf
- Kiesewetter M (2007) Arrêt du Tribunal fédéral sur l'assistance au suicide d'une personne atteinte de troubles psychiques (prescription obligatoire de natrium-pentobarbital) : prise de position du Comité de la Société suisse de psychiatrie forensique SSPF. Bull Med Suisses 88:1195-97
- Académie suisse des sciences médicales (2018) Attitude face à la fin de vie et à la mort https://www.samw.ch/dam/jcr:c336fd1b-1751-40e1-a1b0-36a80cf487ed/directives_assm_fin_de_vie_et_mort_2018.pdf
- Berthod MA, Pillonel A, Castelli D (2020) L'assistance au suicide en Suisse : l'émergence d'un « modèle d'inconduite ». Swiss J Sociol 46:537-54
- État de l'Oregon (1994) The Oregon Death with Dignity Act <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/statute.pdf>
- Pays-Bas (2001) Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding [Loi sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide]
- Association néerlandaise de psychiatrie (2018) Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis [Interruption de vie sur demande chez les patients atteints de troubles mentaux]
- Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie (2021) Rapport annuel 2020
- Belgique (2002) Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002
- Verhofstadt M, Van Assche K, Sterckx S, et al (2019) Psychiatric patients requesting euthanasia: guidelines for sound clinical and ethical decision making. Int J Law Psychiatry 64:150-61
- Belgique (2014) Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002
- Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (2004) Premier rapport aux chambres législatives. 22 septembre 2002-31 décembre 2003
- Luxembourg, loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (2009)
- Commission nationale de contrôle et d'évaluation (2021) Sixième rapport à l'attention de la Chambre des députés (années 2019 et 2020)
- Québec (2014) Loi concernant les soins de fin de vie
- Collège des médecins du Québec (2009) Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie
- Carter c. Canada (2015) <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/14637/index.do>
- Canada (2021) Loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir)
- Australie (2017) Voluntary Assisted Dying Act 2017
- Parliamentary Library Research and Information (2019) Assisted dying in New Zealand and 2019 developments
- Nouvelle-Zélande (2019) End of Life Choice Act 2019
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2018) Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido [Position du CGCOM devant l'euthanasie et le suicide assisté]
- Espagne (2021) Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2021) Mejorar la atención al final de la vida y la protección de los profesionales, principales preocupaciones de los médicos europeos ante la regulación de la eutanasia [Améliorer la prise en charge de la fin de vie et la protection des professionnels, principales préoccupations des médecins européens face à la réglementation de l'euthanasie]
- Autriche (2021) Ministerialentwurf betreffend Bundesgesetz, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen und das Suchtmittelgesetz sowie das Strafgesetzbuch geändert werden [Projet ministériel de loi fédérale portant promulgation d'un décret-loi et modifiant la loi sur les stupéfiants et le Code pénal]
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2022) Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie. Plan national 2021-2024
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) (2016) <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253/>
- Dauchy S, Conseil d'administration de la Société française de psycho-oncologie (2019) Demande de sédation continue jusqu'au décès : la place des soins psychiques. 13:1-3
- Reich M, Bondenet X, Rambaud L, et al (2020) Refractory psycho-existential distress and continuous deep sedation until death in palliative care: the French perspective. Palliat Support Care 18:486-94