

TRAVAUX DE LA FACULTÉ DE DROIT
DE L'UNIVERSITÉ DE FRIBOURG SUISSE

Édités par Jacques Dubey et Hubert Stöckli

409

BENEDETTA S. GALETTI

La mort provoquée

Les limitations de la réglementation légale,
leurs fondements et des propositions
d'alternatives

Table des matières

Avant-propos.....	VII
Sommaire	IX
Table des matières.....	XIII
Bibliographie.....	XXXI
Table des abréviations.....	LXXIX

Introduction 1

Première partie : La personne en fin de vie 5

Chapitre premier : La notion de mort d'un point de vue social, médical et juridique 7

§1 La mort sociale..... 8

- I. La mort comme un fait normal 8
- II. La mort comme ennemie..... 9
- III. La mort comme un fait à contrôler..... 10

§2 L'approche médicale de la mort 14

- I. L'identification des causes de la mort..... 15
- II. La définition médicale de la mort 15
- III. Les critères aptes à déclarer la mort..... 17

§3 L'approche juridique de la mort 18

- I. Vers une définition légale de la mort 18
- II. Le respect de la personne décédée et les droits des proches 20

Chapitre deuxième : La notion de mort provoquée 23

§4 La mort provoquée 23

- I. L'euthanasie et sa pratique..... 24

A.	L’histoire d’un mot	24
B.	L’histoire d’une pratique et de sa condamnation	25
C.	Un essai de définition.....	33
D.	Quelques catégories	36
1.	L’euthanasie volontaire.....	37
2.	L’euthanasie involontaire.....	38
3.	L’euthanasie non volontaire.....	38
4.	L’euthanasie active.....	40
5.	L’euthanasie passive	40
6.	L’euthanasie (active) directe.....	42
7.	Euthanasie (active) indirecte.....	42
8.	L’euthanasie prénatale	45
9.	L’euthanasie néonatale.....	46
10.	L’euthanasie clandestine	47
11.	L’euthanasie sociale ou économique	49
12.	L’euthanasie eugénique.....	50
II.	L’accompagnement au suicide.....	52
§5	Quelques délimitations.....	55
I.	L’obstination déraisonnable.....	54
A.	Les origines : l’acharnement thérapeutique et la distinction entre moyens ordinaires et extraordinaires.....	55
B.	La nouvelle dénomination d’obstination déraisonnable et la distinction entre moyens proportionnés et disproportionnés	57
C.	La permanence du phénomène de l’obstination déraisonnable.....	59
II.	Le refus de traitement	61
A.	Le refus par le patient.....	62
B.	Le refus par le représentant thérapeutique	64
C.	Le refus par le médecin.....	65
III.	Les soins palliatifs.....	66
A.	L’origine et le développement des soins palliatifs.....	66
B.	La pyramide des soins palliatifs.....	67
C.	Le développement insuffisant des soins palliatifs.....	73
IV.	La sédation palliative	75
A.	La définition.....	77
B.	Les conditions	78
1.	Un ou plusieurs symptômes réfractaires	78
2.	La souffrance insupportable.....	80

3. L'imminence de la mort.....	81
4. Le consentement éclairé.....	83
5. La proportionnalité.....	83
C. Le processus décisionnel.....	84
D. L'hydratation et l'alimentation artificielles pendant la sédation palliative.....	88
E. La sédation lors de l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation chez une personne en état végétatif persistant ou en état pauci-relationnel.....	90
F. Une appréciation en rapport à la délimitation entre sédation palliative et euthanasie active et passive.....	91
1. Les différences entre la sédation palliative et l'euthanasie active directe.....	92
2. Les différences entre la sédation palliative et l'euthanasie active indirecte.....	94
3. Les différences entre la sédation palliative et l'euthanasie passive.....	95
G. Une appréciation globale.....	96

Deuxième partie : Le philosophe face à la mort 103

Chapitre premier : Les trois principales approches philosophiques..... 105

§6 L'utilitarisme.....	106
I. Quelques formes d'utilitarisme.....	105
A. L'utilitarisme de l'acte.....	105
B. L'utilitarisme de la règle.....	105
II. Les critiques de l'utilitarisme.....	107
§7 Le libéralisme.....	117
I. Le primat de la liberté à l'état de nature.....	113
II. La limitation de la liberté par le pacte social.....	114
III. L'exercice de la liberté dans le contexte social.....	114
IV. Le maintien de la subjectivité en rapport avec ce qui est bon ou mauvais.....	116
V. La liberté face à ceux qui ne sont pas partie au pacte.....	116
VI. Le contenu minimum de la morale individuelle.....	116
VII. Les critiques du libéralisme.....	118

§8	Le jusnaturalisme ou la théorie de la loi naturelle	126
I.	Quelques éléments introductifs	121
II.	Les biens humains fondamentaux	123
III.	L'épanouissement humain	125
IV.	Le rôle de la raison pratique dans la connaissance des biens fondamentaux	126
V.	Le libre choix dans la réalisation des biens fondamentaux	127
VI.	Les principes permettant de guider les choix dans la réalisation des biens fondamentaux	129
	A. Le principe moral premier	129
	B. Les spécifications du principe moral premier	130
	1. La première spécification : éviter des préférences arbitraires entre les personnes	131
	2. La deuxième spécification : éviter de privilégier arbitrairement un bien parmi les autres	133
	3. La troisième spécification : éviter des sentiments hostiles comme la haine, la vengeance	135
VII.	Le double effet	136
VIII.	L'intention de l'agent et la moralité de l'acte	140
IX.	Les critiques du jusnaturalisme et les réponses	143
	A. Les critiques formulées à l'encontre du jusnaturalisme	143
	B. Les réponses aux critiques formulées à l'encontre du jusnaturalisme	144
 Chapitre deuxième : Le philosophe face aux problèmes posés par la mort provoquée		155
§9	La définition et les approches philosophiques de la mort.....	156
I.	La mort encéphalique.....	150
	A. L'avènement de la mort cérébrale et sa justification	151
	B. Une critique	153
	1. Les critiques médicales	154
	2. Les critiques des philosophes.....	156
II.	La mort du tronc cérébral.....	160
III.	La mort néocorticale	160
	A. La distinction entre être humain et personne	161
	B. La distinction entre la mort biologique et la mort personnelle	162

C. Les catégories des individus considérées non personnes.....	163
D. Le sort de l'individu mort au niveau personnel et vivant au niveau biologique.....	164
E. Une critique.....	166
F. Le glissement du plan anthropologique au plan éthique.....	168
G. Une critique.....	169
IV. La mort librement définie	170
A. La liberté de chacun de choisir le critère de mort et la définition de mort par défaut	170
B. Une critique.....	172
§10 Le rapport entre médecin et patient.....	181
I. Le rapport entre le médecin et le patient capable de discernement.....	175
A. L'approche utilitariste et libérale	175
1. Le modèle de la pleine autonomie du patient.....	175
2. Quelques critiques.....	177
B. L'approche jusnaturaliste s'agissant du rapport médecin-patient.....	181
1. Le modèle de coopération	181
1.1. Le caractère asymétrique du rapport médecin-patient.....	181
1.2. La délibération.....	183
a. La nécessité de se mettre à la place de l'autre	185
b. Le devoir de communication.....	187
2. Quelques critiques.....	190
II. Le rapport entre le médecin et le patient inconscient ou incapable de discernement	190
A. L'approche utilitariste : la règle des meilleurs intérêts	192
B. L'approche libérale : le respect des directives anticipées et le jugement de substitution	193
C. L'approche jusnaturaliste : la décision médicale de cas par cas	198
§11 L'euthanasie directe volontaire et le suicide assisté.....	210
I. Les courants qui soutiennent l'euthanasie directe et le suicide assisté	202
A. Les arguments en faveur de l'euthanasie active volontaire et du suicide assisté	202
1. Le principe d'autonomie ou d'autodétermination.....	203
2. L'argument de la propriété sur soi-même	206
3. L'argument de la qualité de vie.....	207

4.	L'argument de la dignité humaine	210
5.	L'argument de la discrimination injuste	211
B.	La question de la réglementation légale et de ses effets	212
1.	La nécessité d'une réglementation	212
1.1.	Le type de réglementation : la légalisation ou la dépenalisation ? ...	214
1.2.	La méthode de mort provoquée : euthanasie ou assistance au suicide ?	214
1.3.	Le contenu minimum de la réglementation	217
2.	Les effets de la réglementation	220
2.1.	L'alignement du cadre légal à la pratique médicale	220
2.2.	L'alignement du cadre légal à l'attitude judiciaire	221
2.3.	Une vie plus longue et d'une meilleure qualité	222
2.4.	La fin des morts indignes.....	223
2.5.	La fin du gaspillage des ressources	223
II.	L'opposition à l'euthanasie directe et le suicide assisté	225
A.	Les arguments avancés contre l'euthanasie active volontaire et le suicide assisté	225
1.	L'inviolabilité de la vie humaine	225
1.1.	L'inviolabilité de la vie.....	225
1.2.	Les critiques et les distorsions de la sacralité de la vie	228
2.	L'argument de la dignité humaine	230
2.1.	Les critiques à la conception de la dignité humaine soutenue par les partisans de la mort provoquée	230
2.2.	La dignité ontologique.....	232
2.3.	Les origines philosophiques de la dignité humaine.....	233
a.	La dignité humaine dans l'approche kantienne.....	234
b.	La dignité humaine dans l'approche aristotélicienne.....	236
3.	L'argument de l'autonomie.....	236
4.	Le principe de conscience	237
5.	L'argument de la solidarité	238
6.	L'argument du pouvoir exorbitant de juger de la valeur d'une vie humaine	239
6.1.	L'affaire <i>Perruche</i> et la réaction du législateur français	241
6.2.	Les éléments communs entre l'arrêt <i>Perruche</i> et les revendications du droit à la mort.....	243
B.	La question de la réglementation légale et de ses effets	245
1.	La nécessité de ne pas libéraliser la mort provoquée	245
2.	Les conséquences prévisibles de la réglementation	250
2.1.	Une réglementation nécessairement insatisfaisante	250

2.2. La généralisation de la pratique et le maintien de l'euthanasie clandestine.....	252
2.3. Le changement de la relation entre médecin et patient	253
2.4. La consécration du devoir de mourir	254
2.5. Le ralentissement du développement des soins palliatifs.....	256
2.6. La pente glissante	257
a. La version logique.....	257
b. La version psychologique	259
§12 L'euthanasie non volontaire et involontaire	274
I. L'euthanasie non volontaire et involontaire des patients en état végétatif persistant	265
A. Les patients en état végétatif persistant.....	265
B. L'euthanasie des patients en état végétatif persistant	271
C. Une jurisprudence utilitariste : le cas Tony Bland.....	273
II. L'euthanasie néonatale des nouveau-nés handicapés	274
A. L'euthanasie néonatale des nouveau-nés atteints d'anencéphalie	276
1. Les nouveau-nés atteints d'anencéphalie	276
2. L'euthanasie des nouveau-nés atteints d'anencéphalie.....	277
B. L'euthanasie néonatale des nouveau-nés atteints du syndrome de Down ou de spina bifida	278
1. Les nouveau-nés atteints du syndrome de Down ou de spina bifida	278
2. L'euthanasie des nouveau-nés atteints du syndrome de Down ou de spina bifida	280
C. Le caractère remplaçable de l'enfant	282
D. Le glissement de l'euthanasie prénatale à l'euthanasie post-natale	283
III. Une critique.....	284
§13 La distinction entre euthanasie active et euthanasie passive.....	301
I. Tuer et laisser mourir : une même évaluation morale.....	289
A. L'équivalence morale entre tuer et laisser mourir.....	290
B. L'évaluation morale de l'euthanasie passive et active et la préférence pour la première	293
II. Tuer et laisser mourir : le maintien de la distinction.....	294
A. Les différences entre tuer et laisser mourir	295
B. La distinction action/omission ne correspond pas à la distinction euthanasie active/euthanasie passive.....	297

C. L'intention et le devoir d'agir de l'agent	299
§14 La justification morale de l'euthanasie active indirecte	315
§15 Le refus de l'obstination déraisonnable	318
I. Le caractère disproportionné d'un traitement	306
II. Les critères de référence pour juger du caractère disproportionné d'un traitement	307
III. Le pouvoir de juger du caractère disproportionné d'un traitement.....	309
IV. La délimitation entre refus d'obstination déraisonnable et euthanasie passive.....	312
V. Une critique.....	313
§16 L'alimentation et l'hydratation artificielles.....	328
I. L'arrêt de l'alimentation et l'hydratation artificielles chez les patients en état végétatif persistant.....	315
A. L'alimentation et l'hydratation comme traitements.....	316
B. L'alimentation et l'hydratation comme gestes d'humanité.....	318
II. L'arrêt de l'alimentation et l'hydratation artificielles pour les patients en phase terminale.....	320
 Troisième partie : L'État face à la mort provoquée.....	 337
 Chapitre premier : Le cadre normatif de la mort provoquée en Suisse.....	 339
 §17 La mort provoquée en droit constitutionnel et dans la CEDH	 340
I. Les droits fondamentaux en cause	326
A. Le droit au respect de la dignité humaine	326
B. Le droit à la vie	328
C. La liberté personnelle et ses différents aspects	330
1. Une garantie générale.....	330
2. L'intégrité physique	332
3. L'intégrité psychique	332
4. L'interdiction de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants.....	333
5. La protection de la sphère privée	333

II.	La pratique jurisprudentielle	333
A.	La jurisprudence du Tribunal fédéral.....	333
1.	L'arrêt <i>Haas</i>	334
2.	L'arrêt <i>Gross</i>	335
3.	L'arrêt Armée du Salut Suisse	336
B.	La jurisprudence de la CourEDH.....	337
1.	L'arrêt <i>Pretty c. Royaume-Uni</i>	337
2.	L'affaire <i>Haas c. Suisse</i>	339
3.	L'affaire <i>Koch c. Allemagne</i>	340
4.	L'affaire <i>Gross c. Suisse</i>	341
III.	Quelques critiques.....	343
A.	L'interprétation audacieuse de l'art. 8 CEDH.....	343
B.	La reconnaissance du droit de choisir le moment et les modalités de sa propre mort viole le droit fondamental à la vie.....	344
C.	La consécration du primat de l'autonomie individuelle et sa contradiction	346
D.	La garantie étatique de l'effectivité du droit à la mort.....	348
E.	Le paradoxe de l'État Providence fondé sur l'autonomie individuelle.....	351
F.	Le rôle de contrôle la CourEDH est-il respecté ?	351
G.	Quelques considérations finales.....	353
§18	La mort provoquée en droit pénal suisse	377
I.	Le meurtre sur la demande de la victime (art. 114 CP)	362
A.	Introduction	362
B.	Les éléments de l'infraction	363
1.	Les éléments constitutifs objectifs	363
1.1.	Un homicide	363
a.	Le comportement de l'auteur	363
b.	Le résultat : la mort d'une personne.....	364
1.2.	Un rapport de causalité entre le comportement et la mort.....	366
1.3.	La demande de la victime.....	366
a.	Le caractère sérieux de la demande	368
b.	Le caractère insistant de la demande.....	369
2.	Les éléments constitutifs subjectifs.....	374
2.1.	L'intention	374
2.2.	Le mobile honorable.....	374
C.	La peine	377

II.	L'incitation et l'assistance au suicide (art. 115 CP).....	378
A.	Introduction.....	378
B.	Les éléments de l'infraction.....	380
1.	Les éléments constitutifs objectifs.....	380
1.1.	Un suicide.....	380
a.	Le caractère personnel du suicide.....	381
b.	Le caractère conscient du suicide.....	382
c.	Le caractère libre et volontaire du suicide.....	383
1.2.	Une incitation ou une assistance au suicide.....	385
a.	L'incitation au suicide.....	385
b.	L'assistance au suicide.....	387
2.	Les éléments constitutifs subjectifs.....	392
2.1.	L'intention.....	392
2.2.	Le mobile égoïste.....	392
C.	La peine.....	397
III.	La mort provoquée sous l'angle du droit pénal.....	397
A.	Remarques liminaires sur la capacité de discernement de la victime.....	397
1.	La capacité de discernement des mineurs.....	399
2.	La capacité de discernement des personnes atteintes de troubles psychiques.....	401
B.	Les formes d'euthanasie comprises dans le champ d'application de l'art. 114 CP.....	404
1.	Le fondement de l'impunité de l'euthanasie active directe volontaire.....	405
2.	Une appréciation.....	406
C.	Deux formes d'euthanasie posant des problèmes particuliers.....	412
1.	L'euthanasie passive volontaire.....	413
1.1.	L'euthanasie passive en tant qu'omission.....	414
1.2.	L'euthanasie passive en tant qu'action.....	417
a.	Le retrait thérapeutique en tant qu'omission.....	418
b.	Le retrait thérapeutique en tant qu'action.....	421
c.	Le fondement de l'impunité de l'auteur.....	422
2.	L'euthanasie active indirecte.....	424
2.1.	L'euthanasie active indirecte en rapport à l'art. 114 CP.....	424
2.2.	L'euthanasie active indirecte en rapport à l'art. 111 CP.....	425
2.3.	Le fondement de l'impunité de l'auteur.....	427

D. Les formes d'euthanasie exclues du champ d'application de l'art. 114 CP	429
1. L'euthanasie des incapables de discernement.....	429
2. L'euthanasie des personnes en état végétatif persistant.....	433
3. L'euthanasie involontaire ou non volontaire.....	434
4. L'euthanasie sociale et l'euthanasie eugénique	437
5. L'euthanasie prénatale et l'euthanasie néonatale.....	437
E. L'application de l'art. 115 CP dans le panorama de la mort provoquée	438
1. Le mobile égoïste en rapport avec les associations d'aide au suicide.....	439
1.1. L'intérêt économique.....	439
a. La rétribution des employés.....	440
b. La rétribution des accompagnants au suicide	441
c. La rétribution des membres du conseil d'administration.....	442
1.2. L'intérêt idéal	443
2. Une appréciation	443
2.1. L'intérêt économique.....	445
2.2. L'intérêt idéal	447
2.3. L'incitation au suicide à l'œuvre des associations	448
§19 La mort provoquée en droit cantonal.....	471
I. La question d'une réglementation cantonale s'agissant du suicide assisté	450
II. Les cantons avec une réglementation légale s'agissant du suicide assisté au sein des établissements sanitaires.....	452
A. La réglementation dans le canton Vaud	452
1. Quelques généralités	452
2. La procédure mise en place.....	454
2.1. La procédure d'assistance au suicide au sein des établissements sanitaires.....	454
2.2. Les sanctions.....	459
2.3. La Commission de suivi de l'application de la loi et des directives.....	460
3. Les effets de la réglementation	460
3.1. Quelques données	460
3.2. Quelques chiffres.....	461
4. Une appréciation	463

B.	La réglementation dans le canton Neuchâtel	468
1.	La procédure d'assistance au suicide au sein de l'Hôpital neuchâtelois	469
1.1.	La demande du patient et l'évaluation et la détermination du médecin-cadre responsable	470
1.2.	L'évaluation et la décision définitive du Groupe d'évaluation des demandes d'aide au suicide.....	471
1.3.	La mise en œuvre du suicide assisté.....	472
2.	Les effets de la réglementation	474
3.	Une appréciation	475
C.	La réglementation dans le canton de Genève.....	476
1.	Les débats avant la nouvelle réglementation	476
2.	La réglementation genevoise du suicide assisté dans les établissements sanitaires	480
3.	Une appréciation	482
D.	Le rapport entre les réglementations cantonales et les directives de l'ASSM.....	483
E.	La violation des droits fondamentaux des institutions sanitaires.....	486
1.	La violation de la liberté de conscience et croyance.....	487
2.	La violation de l'égalité de traitement	488
III.	Le débat dans quelques autres cantons	489
A.	Le canton du Tessin	489
B.	Le Canton du Valais.....	492
IV.	Une appréciation globale	495
§20	La mort provoquée en déontologie médicale	524
I.	La réglementation déontologique de la mort provoquée	502
A.	L'euthanasie active directe.....	502
B.	L'euthanasie passive – Une abstention ou un retrait thérapeutique.....	502
C.	L'euthanasie active indirecte	503
D.	L'assistance au suicide.....	504
1.	Les conditions d'accès au suicide dans les directives de 2004	505
2.	Les conditions d'accès au suicide dans les directives de 2018	508
E.	Quelques situations particulières en relation avec le suicide assisté.....	510
1.	Les patients mineurs.....	510
2.	Les patients atteints d'une maladie psychologique ou psychiatrique	511
3.	Les patients atteints d'une polyopathie.....	512

4.	Les personnes âgées en situation de dépendance	513
F.	Les sanctions disciplinaires pour violation des devoirs médicaux dans l'aide au suicide	516
1.	La procédure.....	516
2.	La Commission de déontologie des sociétés cantonales de médecine.....	517
3.	La Commission de déontologie de la FMH	519
4.	La prescription	519
5.	Les sanctions	519
II.	Les deux études à la base des modifications du cadre déontologique de 2018.....	519
A.	L'étude portant sur l'attitude du corps médical face à l'assistance au suicide	520
1.	L'attitude face à l'assistance médicale au suicide.....	521
2.	La disposition des médecins à participer à un suicide assisté.....	524
3.	L'expérience des médecins en matière de suicide médicalement assisté.....	525
4.	Les réglementations et les conséquences possibles d'une propagation de l'assistance au suicide	527
B.	Les résultats du programme national de recherche « Fin de vie »	530
1.	La prise en charge en fin de vie	530
2.	Les décisions en fin de vie	531
3.	Le désir de mourir	531
III.	Quelques considérations relatives aux modifications apportées par la directive de l'ASSM « Attitude face à la fin de vie et à la mort »	532
IV.	La valeur normative des directives de l'ASSM dans le cadre de la mort provoquée.....	535
V.	Le rapport entre la responsabilité déontologique et la responsabilité pénale	538
§21	L'assistance au suicide organisée	563
I.	Le tourisme de la mort	539
II.	Les craintes de la société.....	540
III.	Les sept associations d'aide au suicide	541
A.	Les associations d'aide au suicide alémaniques	542
1.	Exit Deutsche Schweiz.....	542
1.1.	L'évolution du nombre des membres entre 2007 et 2016	542
1.2.	L'évolution du nombre des suicides assistés effectués entre 2007 et 2016.....	543

1.3.	L'évolution des causes qui fondent une demande d'aide d'assistance au suicide	544
1.4.	La fondation et le développement	545
1.5.	L'organisation.....	546
1.6.	Les conditions et la mise en œuvre du suicide médicalement assisté.....	547
2.	Dignitas – Vivre dignement – Mourir dignement.....	551
2.1.	L'évolution du nombre de suicides assistés accompagnés par Dignitas	552
2.2.	La fondation et le développement	552
2.3.	L'organisation.....	555
2.4.	Les conditions et la mise en œuvre du suicide assisté.....	556
3.	Life Circle / Eternal Spirit.....	559
4.	Ex-international.....	561
B.	L'association d'aide au suicide romande	562
1.	Exit A.D.M.D. Suisse romande.....	562
1.1.	L'évolution du nombre des membres entre 2011 et 2018	562
1.2.	L'évolution du nombre des suicides assistés effectués entre 2001 et 2017.....	563
1.3.	L'évolution des causes qui fondent une demande d'aide d'assistance au suicide	564
1.4.	La fondation et le développement	565
1.5.	L'organisation.....	566
1.6.	Les conditions et la mise en œuvre du suicide assisté.....	567
C.	Les associations d'aide au suicide italophones	570
1.	LL Exit (Liberty Life)	570
1.1.	L'évolution du nombre des suicides assistés au Tessin.....	571
1.2.	La fondation et le développement	572
1.3.	L'organisation.....	574
1.4.	Les conditions et la mise en œuvre du suicide assisté.....	575
2.	Carpe Diem	576
IV.	Une appréciation en rapport aux associations d'aide au suicide.....	578
A.	L'intervention du médecin dans le processus d'aide au suicide	578
B.	Quelques autres considérations	580
§22	Les tentatives politiques en faveur d'une nouvelle réglementation légale	611
I.	Les premières tentatives politiques	585
A.	L'initiative parlementaire Allgöwer.....	585

B.	L'initiative du canton Zurich	587
C.	La motion Ruffy	588
II.	Le Rapport du Groupe de travail de 1999.....	589
A.	Le contenu du Rapport.....	589
1.	L'euthanasie active directe.....	589
2.	L'euthanasie active indirecte et euthanasie passive	590
3.	Les soins palliatifs.....	591
B.	La position du Conseil fédéral s'agissant du Rapport du Groupe de travail et du postulat Ruffy.....	591
III.	Les réactions politiques au Rapport du Groupe de travail de 1999	592
A.	L'initiative parlementaire Cavalli	592
B.	L'initiative parlementaire Vallender	594
C.	La motion Zäch	596
D.	La motion Vallender	597
E.	La motion Baumann.....	598
F.	La motion de la Commission des affaires juridiques du Conseil des États.....	598
G.	La Prise de position de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine.....	599
H.	La motion du Groupe libéral- radical.....	602
IV.	Le Rapport du DFJP de 2006 relatif à l'assistance au décès et la médecine palliative	603
A.	Le contenu du Rapport.....	603
1.	L'euthanasie active directe.....	603
2.	L'euthanasie active indirecte et euthanasie passive	603
3.	Le suicide assisté, les organisations d'aide au suicide et le tourisme de la mort.....	604
3.1.	Les possibles mesures au niveau cantonal.....	605
3.2.	Les possibles mesures au niveau fédéral	605
a.	La révision de l'art. 115 CP	606
b.	La Loi fédérale sur l'admission et la surveillance des organisations d'assistance au suicide.....	606
c.	L'instauration d'une curatelle en matière de suicide assisté.....	607
d.	La modification de la loi fédérale sur les stupéfiants.....	608
4.	La médecine palliative	608
B.	La réaction du Conseil fédéral au Rapport du DFJP et le Rapport complémentaire.....	609

V.	Les réactions politiques au Rapport du DFJP de 2006	610
	A. L'interpellation Aeschbacher	610
	B. L'initiative parlementaire Egerszegi-Obrist.....	611
	C. La motion Stadler.....	612
	D. La motion Flückiger-Bäni	613
	E. La motion Aeschbacher	613
	F. La deuxième motion Flückiger-Bäni	614
	G. L'initiative du canton d'Argovie et du canton de Bâle-Campagne.....	615
VI.	Le Rapport du DFJP de 2009 relatif à l'assistance organisée au suicide.....	615
	A. Les changements intervenus depuis le Rapport de 2006	616
	B. Les variantes analysées	618
	1. La loi sur l'assistance organisée au suicide.....	618
	2. La modification de l'art. 115 CP.....	619
	2.1. La dépenalisation de l'assistance organisée au suicide en cas de respect des devoirs de diligence	619
	2.2. La prohibition des organisations d'aide au suicide	619
	2.3. La prohibition de percevoir des prestations par la victime.....	620
	C. Les conclusions	621
VII.	Le Rapport explicatif	621
	A. Le contenu du Rapport explicatif et les deux variantes de modification de l'art. 115 CP	622
	1. La première variante de modification	622
	2. L'appréciation des avantages et des inconvénients.....	626
	3. La deuxième option de modification.....	626
	4. L'appréciation des avantages et des inconvénients.....	627
	B. Les résultats de la procédure de consultation.....	628
	C. Une appréciation en rapport aux deux variantes envisagées.....	629
	1. Remarques liminaires sur la notion de droit et de justice	629
	2. Une appréciation en rapport à la première variante	634
	3. Une appréciation en rapport à la deuxième variante	641

Chapitre deuxième : Le cadre normatif de la mort provoqué dans d'autres pays..... 677

§23 Le droit français : une réglementation conservatrice

I.	Le rapport entre la mort provoquée et le droit pénal.....	646
----	---	-----

A.	Les conséquences pénales de l'intervention d'un tiers dans le processus suicidaire	646
1.	La provocation au suicide	647
2.	La propagande ou la publicité en faveur de moyens de se donner la mort	649
3.	L'assistance au suicide	650
B.	La répression de l'euthanasie	653
1.	L'euthanasie active directe	654
2.	L'euthanasie passive	656
3.	L'euthanasie active indirecte	658
C.	La clémence de la répression pénale	659
1.	L'influence du mobile de l'auteur et du consentement de la victime	660
2.	Les constructions juridiques fondant l'irresponsabilité de l'auteur ...	660
2.1.	L'état de nécessité	661
2.2.	La contrainte	662
2.3.	La permission de la loi	666
II.	Les droits du patient en fin de vie	668
A.	Les changements législatifs en matière de droits des patients en fin de vie	668
B.	Le refus de l'obstination déraisonnable	676
C.	Le droit de demander la limitation ou l'arrêt des traitements	679
D.	Le droit aux soins palliatifs	681
E.	Le droit d'être entendu par le biais des directives anticipées	683
F.	Les modifications apportées par la loi Claeys / Leonetti	684
1.	Des directives anticipées contraignantes	684
2.	La rédaction, la durée de validité et l'encadrement facilité des directives anticipées	686
3.	Le droit à la sédation profonde et continue	688
4.	Quelques critiques à l'introduction du droit à la sédation	689
§24	Quelques pays à réglementation libérale	727
I.	Le droit néerlandais	694
A.	La réglementation antérieure	695
B.	La réglementation actuelle	698
1.	La mort provoquée des patients conscients	701
2.	La mort provoquée des mineurs	705
3.	La procédure de contrôle	707

C.	Quelques considérations relatives au régime actuel.....	709
1.	L'augmentation des cas d'euthanasie et d'aide au suicide.....	709
2.	L'accès à la mort provoquée de nouvelles catégories de patients à travers l'interprétation extensive de la loi et l'intervention judiciaire	711
3.	L'euthanasie clandestine	713
4.	L'exorbitance du pouvoir médical	715
5.	L'exode des personnes âgées	716
6.	La diminution de l'offre en soins palliatifs	717
7.	Le débat actuel	717
II.	Le droit belge	718
A.	La réglementation antérieure	718
B.	La réglementation actuelle	722
1.	La mort provoquée des patients conscients en phase terminale.....	724
2.	La mort provoquée des patients conscients en phase non terminale.....	728
3.	La mort provoquée des patients inconscients.....	729
4.	La mort provoquée des mineurs	731
5.	La procédure de contrôle.....	734
C.	Quelques considérations relatives au régime actuel.....	736
1.	L'augmentation des cas d'euthanasie et d'aide au suicide.....	737
2.	L'interprétation de la loi.....	738
2.1.	La déclaration écrite	738
2.2.	L'affection grave et incurable.....	739
2.3.	La souffrance inapaisable, constante et insupportable	739
2.4.	La souffrance psychique	740
3.	L'euthanasie clandestine	741
4.	L'exorbitance du pouvoir médical	745
5.	L'inadéquation du système de contrôle.....	746
	Conclusion	785
	Index	773