



LES DOSSIERS DU CNSPFV

Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde

Au 31 janvier 2022

Rédigé par Perrine Galmiche



**Fin de vie
Soins Palliatifs**
CENTRE NATIONAL

Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde

Au 31 janvier 2022

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

Élaboré et rédigé par **Perrine Galmiche**

Mis en page par Isabelle Pamart

| | |
|--------------------------------------------------|------------|
| Préambule | 7 |
| I. Aide active à mourir : euthanasie | |
| ou suicide assisté ? | 9 |
| II. Les législations en vigueur | 13 |
| A. La Suisse | 15 |
| B. Les États-Unis | 35 |
| C. Les Pays-Bas | 55 |
| D. La Belgique | 73 |
| E. Le Luxembourg | 91 |
| F. Le Canada | 105 |
| G. L'Australie | 127 |
| H. La Nouvelle-Zélande | 147 |
| I. L'Espagne | 159 |
| J. L'Autriche | 175 |
| III. Les législations en discussion | 185 |
| A. Le Portugal | 187 |
| IV. Les décisions de justice | 193 |
| A. La Colombie | 195 |
| B. L'Afrique du Sud | 203 |
| C. L'Italie | 205 |
| D. L'Allemagne | 209 |
| V. Frise chronologique | 213 |
| VI. Synthèse conclusive | 217 |
| VII. Glossaire | 223 |

Préambule

Dans le monde contemporain, plusieurs pays se sont positionnés sur les possibilités d'accès à une aide active à mourir, sous la forme de l'euthanasie, du suicide assisté, ou bien des deux. Le choix de légiférer ou non sur ces pratiques est le fruit de longs processus qui mêlent très fréquemment des discussions parlementaires à des situations concrètes, et qui mobilisent aussi bien les législateurs que les professionnels de santé et les citoyens, malades ou non.*

Les débats suscités par ces questionnements reflètent des divisions éthiques au sein de la société, les uns percevant ces pratiques comme un moyen de respecter l'autonomie des personnes qui demandent à ce qu'on les aide à mourir, et les autres mettant en avant le principe inviolable du respect de la vie humaine ou la mal-faisance de l'acte médical visant à mettre fin à la vie du patient. Autrement dit, certains les perçoivent comme un acte visant à respecter la dignité humaine du patient singulier et d'autres les considèrent comme délétères sur le plan humain en général. Notons d'ores et déjà que ces débats ne prennent pas fin avec la législation lorsqu'il y en a une ; ils perdurent à la fois dans les discussions parlementaires visant à élargir les possibilités d'accès à ces pratiques et dans des discussions quotidiennes à propos de cas particuliers.

Malgré des positions de prime abord irréconciliables, certains États ont choisi d'encadrer l'euthanasie et le suicide assisté par la loi et des recommandations précises. D'autres tentent aujourd'hui de le faire.

Ce dossier a pour objectif d'inventorier et d'explicitier les législations existantes sur l'aide active à mourir et de préciser les questions qu'elles ont suscitées et suscitent encore. Notre propos n'est pas d'effectuer une comparaison des différentes modalités, ni de juger de l'opportunité de ce type d'accompagnement de la fin de vie.

Il s'agira tout d'abord de définir les termes d'euthanasie et de suicide assisté ; puis de passer en revue les différentes législations existantes sur l'euthanasie et le suicide assisté, et pour chacune, de comprendre sur quels fondements juridiques et historiques elles se constituent, de détailler leur contenu, et de mettre en lumière les questions qui demeurent au-delà de leur entrée en vigueur ; et enfin d'éclairer les évolutions législatives et juridiques dans les pays qui se sont récemment positionnés sur la question.

*Les termes suivis d'un * sont définis dans le glossaire en fin d'ouvrage.*

*Retrouvez ce dossier au format électronique
et les liens actifs sur le site*

www.parlons-fin-de-vie.fr

**I. Aide active à mourir :
euthanasie ou suicide assisté ?**

Aide active à mourir

Dans ce dossier, le terme d'aide active à mourir est utilisé pour parler à la fois de l'euthanasie et du suicide assisté. Selon les législations, il peut désigner soit les deux, soit l'un ou l'autre.

Il est toujours nécessaire de se référer au contexte national pour savoir de quel(s) acte(s) il est question.

Euthanasie

Le terme « euthanasie », issu du grec *eû*, « bonne » / *thánatos* « mort », désigne à l'origine « la mort douce, de laquelle la souffrance est absente, soit naturellement, soit par l'effet d'une thérapeutique dans un sommeil provoqué¹ ». On lui attribue aujourd'hui une définition plus spécifique, à savoir l'« acte d'un médecin qui provoque la mort d'un malade incurable pour abrégé ses souffrances ou son agonie² » ou encore le « fait de donner délibérément la mort à un malade (généralement incurable ou qui souffre atrocement)³ ».

Dans ce cas, la substance létale est administrée à la personne par un tiers ; **l'acte est pratiqué par un tiers.**

1. *Euthanasie*, *Le Trésor de la Langue Française informatisé*, sur atilf.atilf.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

2. *Euthanasie*, *Larousse*, sur larousse.fr, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

3. Définition « usitée » dans *Le Trésor de la Langue Française informatisé*, *op. cit.*

Suicide assisté

Le suicide assisté, aussi appelé assistance au suicide ou suicide médicalement assisté, est communément entendu comme le fait de prodiguer à une personne les moyens nécessaires pour qu'elle mette fin à sa vie.

Dans ce cas, la personne s'auto-administre la substance létale ; **l'acte est rendu possible par un tiers mais pratiqué par la personne elle-même.**

Les pays qui ont dépénalisé l'euthanasie ou le suicide assisté en donnent le plus souvent une définition avant d'en définir le cadre. Il est précisé que ce sont des actes réalisés à la demande de la personne.

Les pays font variablement le choix de dépénaliser l'aide active à mourir en autorisant le médecin volontaire à répondre à la demande d'un patient dans des conditions définies, ou en l'érigeant d'emblée comme un droit du patient auquel le médecin doit répondre, sauf si cela va à l'encontre de ses convictions personnelles.

II. Les législations en vigueur

A. La Suisse

> Historique du débat

En Suisse, le débat sur la dépénalisation de l'assistance au suicide remonte à la fin du XIX^e siècle et aux discussions précédant la rédaction du Code pénal. Jusqu'alors, le suicide et l'assistance au suicide étaient considérés comme des actes criminels, punissables par la loi. Avec le développement des sciences humaines et de la psychiatrie, l'appréciation collective de ces actes évolue, et ils sont de plus en plus envisagés comme le symptôme d'une maladie dont il faut prendre soin⁴. Alors que la dépénalisation du suicide est incontestée, la personne souhaitant mettre fin à ses jours étant dès lors considérée comme malade et méritant la compassion plutôt que la punition si sa tentative échoue, il en va différemment pour l'assistance au suicide nécessitant par définition l'intervention d'un tiers⁵. En effet, si les législateurs sont d'accord pour dire que l'acte de se suicider seul n'est pas punissable, ils s'entendent aussi sur le fait qu'il ne doit pas en aller de même pour l'acte d'inciter ou d'aider au suicide. Puisque la conséquence directe de la dépénalisation de l'acte de suicide est que celui qui aide au suicide n'est plus considéré aux yeux de la loi comme complice d'un crime, de nouvelles conditions de punissabilité du tiers doivent être établies. Une première proposition est formulée comme suit : « Celui qui détermine une personne à se suicider ou lui prête assistance en vue du suicide, sera puni de l'emprisonnement pour trois mois à un

4. J. Wacker, [Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse](#), *Études sur la mort*, 2016, Vol. 150, n° 2, p. 80. DOI: [10.3917/eslm.150.0079](#).

5. Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine, « [L'assistance au suicide](#) », *Prise de position n°9/2005*, juillet 2005, p. 31, sur [nek-cne.admin.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

an⁶. » La question se pose d'ajouter ou non à cette proposition la condition que l'aide au suicide soit punissable seulement si le tiers a agi pour des raisons « égoïstes », comme celle de chercher à toucher un héritage par exemple. Les avis divergent, et finalement, la distinction entre l'aide au suicide pour des raisons altruistes et l'aide au suicide pour des raisons égoïstes est retenue pour que la deuxième seulement soit punissable par la loi. L'argument repris, émis par Ernst Hafter, pénaliste, est celui-ci : « Il serait contraire au sentiment d'humanité de punir la personne qui aide à mourir un ami humilié et déshonoré par les propres fautes commises dans le passé, et ceci indépendamment du fait qu'il s'agisse, dans le cas concret, de l'assistance ou de l'incitation au suicide. Il serait contraire à la justice de punir celui qui prête assistance, par son encouragement ou la remise d'instruments, au suicide d'une personne décidée à mettre fin à sa vie, lorsque celle-ci est en phase terminale⁷. » Il est intéressant de noter que, dans cet argument, la personne assistant le suicide ne soit pas nommée comme médecin, mais que la personne souhaitant se suicider puisse être en « phase terminale ». L'assistance au suicide, en Suisse, n'est pas considérée comme un acte médical, mais comme un acte admissible du point de vue juridique dans certaines conditions, notamment si la personne déterminée à mettre fin à ses jours est en fin de vie du fait d'une maladie incurable.

En ce qui concerne l'euthanasie, et non plus l'assistance au suicide, le débat est lancé un siècle plus tard, en 1994. Les parlementaires déposent une motion cette année-là, appelée « motion Ruffy », qui vise à autoriser l'euthanasie pour les personnes atteintes d'une maladie incurable avec un pronostic vital engagé et faisant état d'une souffrance physique ou psychique intolé-

6. *Ibid.*, p. 32.

7. *Id.*, p. 32.

nable⁸. Le groupe de travail mis en place pour examiner cette proposition rend ses conclusions au printemps 1999, et le gouvernement en tire les conclusions suivantes⁹ : les soins palliatifs doivent être davantage développés ; une réglementation explicite de la limitation et de l'arrêt des traitements ainsi que de l'administration de substances pour soulager des souffrances et dont les effets secondaires sont susceptibles de réduire la durée de la survie doit être établie ; et l'euthanasie doit rester interdite notamment sur l'argument que sa légalisation, même sous couvert de conditions très restrictives, « équivaldrait à un assouplissement de l'interdiction de l'homicide et constituerait la rupture d'un tabou profondément ancré dans [leur] culture chrétienne¹⁰ ». L'euthanasie est toujours interdite aujourd'hui dans ce pays¹¹.

> Que dit la loi ?

L'article 115 du Code pénal suisse entré en vigueur en 1942 dispose que : « Celui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une

8. [Suisse](#), in *L'euthanasie, Les documents de travail du Sénat*, série Législation comparée, n° LC 49, janvier 1999, sur [senat.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

9. Conseil fédéral suisse, *Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffly. Assistance au décès. Adjonction au Code pénal suisse*, 2006, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 2 février 2021].

Notons ici que le Conseil fédéral suisse fait le choix d'utiliser les termes d'« euthanasie active directe » pour parler d'euthanasie, d'« euthanasie passive » pour parler des limitations et arrêts de traitements, et d'« euthanasie active indirecte » pour parler de l'administration de substances pour soulager la douleur qui peuvent avoir pour effet secondaire de réduire la durée de survie. Ces définitions sont toujours aujourd'hui utilisées en Suisse ; elles sont considérées comme inopérantes en France.

10. *Ibid.*, p. 15.

11. « Celui qui, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, aura donné la mort à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire. » Source : Code pénal suisse, [Article 114 Homicide / Meurtre sur demande de la victime](#), sur [droit-bilingue.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire¹². » En précisant que l'assistance au suicide n'est condamnable que lorsque qu'elle est motivée par des raisons égoïstes, le Code pénal n'interdit pas l'assistance au suicide pour des raisons désintéressées ou altruistes. En d'autres termes, sans motif égoïste, il n'y a pas de sanction. Cet article ne pose pas non plus de limitations liées à la résidence ou à la nationalité ; il ne fait référence ni à un médecin, ni à un quelconque cadre médical¹³.

> Que disent les recommandations médico-éthiques ?

Cet article du Code pénal est le seul article de loi mentionnant l'assistance au suicide. Il faut se tourner vers l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) pour connaître les conditions d'application de l'assistance au suicide dans le domaine médical ou, plus précisément, les conditions de l'assistance au suicide par la prise de barbituriques* prescrits sur ordonnance d'un médecin. L'ASSM est une instance qui dépend du Sénat et dont les membres appartiennent aussi bien au milieu médical qu'à celui des sciences humaines. Elle a entre autres pour mission de clarifier les questions éthiques en relation avec le progrès médical. Bien qu'elle ne produise pas de normes légales, elle émet des directives médico-éthiques qui sont presque considérées comme des lois supplétives¹⁴.

Dans ses *Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes* publiées en 1995, l'ASSM note que l'assistance au suicide doit faire l'objet de réserves du point de vue médi-

12. Code pénal suisse, [Article 115 Homicide / Incitation et assistance au suicide](https://www.droit-bilingue.ch), sur [droit-bilingue.ch](https://www.droit-bilingue.ch), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

13. J. Wacker, *Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse*, op. cit., p. 81.

14. L'euthanasie, *Les documents de travail du Sénat*, janvier 1999, op. cit.

cal, et cela même si elle n'est pas punie par le Code pénal si elle ne repose pas sur des motifs égoïstes. Elle stipule que les soins palliatifs peuvent être suffisants pour, en règle générale, « éviter les souffrances et atténuer l'angoisse », et « les risques d'abus qui pourraient résulter d'une acception trop générale de l'aide au suicide par le médecin sont évidents¹⁵ ».

En 2004, dans ses directives intitulées *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*¹⁶ qui remplacent celles de 1995, l'ASSM précise sa position, et l'assistance au suicide est considérée dans un paragraphe traitant des limites de l'activité médicale. Alors que le principe de l'autodétermination* du patient guide la pratique lorsqu'il s'agit de prendre la décision de mettre en place une sédation palliative* ou de limiter et d'arrêter des traitements, ce même principe entre en contradiction avec la déontologie* et, éventuellement, avec les valeurs morales et personnelles du médecin dans le cas de l'assistance au suicide. Le médecin, conformément au serment qu'il prête lorsqu'il prend ses fonctions, ne doit pas faire de mal à son patient. Il a en ce sens le devoir de le soulager et de l'accompagner, ce qui se traduit par le soulagement de la souffrance à l'origine de son désir de suicide, mais il n'a pas le devoir de lui proposer une assistance au suicide. Celle-ci est contraire aux buts de la médecine, elle n'est pas un acte médical. Si le patient persiste dans sa demande et que le médecin accepte d'y accéder, l'aide apportée relève alors d'un choix personnel de respecter la volonté du patient au sein de la relation soignant-soigné, mais elle ne relève pas du devoir médical. Il tombe alors sous sa responsabilité individuelle de vérifier

15. ASSM, *L'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes*, 1995, p. 5, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

16. ASSM, *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*, 2004, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

que quatre conditions sont réunies avant qu'il n'accepte : ❶ « la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche », ❷ « des alternatives ont été proposées et, si souhaitées par le patient, mises en œuvre », ❸ « le patient est capable de discernement* ; son désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant ; cela doit avoir été vérifié par une tierce personne, qui ne doit pas nécessairement être médecin » ; ❹ « le dernier geste du processus conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même¹⁷ ». L'ASSM reconnaît la difficulté de définir ce qu'est la fin de vie, et recommande de s'appuyer sur des signes cliniques tels que la dégradation des fonctions vitales ou des résultats objectivement défavorables pour l'approcher. L'ASSM s'appuie sur le Code civil pour définir la capacité de discernement : elle correspond à la capacité de comprendre et d'évaluer rationnellement les informations relatives aux décisions à prendre dans un contexte donné, d'évaluer correctement une situation et ses conséquences possibles, et de faire librement ses propres choix. De plus, le discernement s'apprécie par rapport à un acte déterminé ; la personne demandeuse d'un suicide assisté doit donc au moins être considérée comme en capacité de prendre une décision vis-à-vis de cet acte. Il est finalement précisé que les dirigeants locaux peuvent interdire l'assistance au suicide à leurs collaborateurs, mais qu'ils ne peuvent en aucun cas les y contraindre¹⁸. Puisque l'acte engage la responsabilité personnelle et non pas professionnelle du médecin, chacun est libre de refuser la demande. Ces directives sont intégrées dans le Code de déontologie de la Fédération des médecins suisses

17. *Ibid.*, p. 6.

18. *Id.*, p. 8.

(FMH)¹⁹, et sont réitérées par l'ASSM en 2013²⁰. La possibilité pour un médecin d'évaluer une demande d'aide au suicide et de délivrer une ordonnance de barbituriques au patient afin qu'il les ingère lui-même hors de l'hôpital est donc ouverte par l'ASSM. Cependant, en l'absence d'une position législative fédérale sur l'assistance au suicide dans le domaine médical, l'autorisation ou l'interdiction de l'assistance au suicide au sein des murs des hôpitaux ou des établissements médicaux-sociaux (EMS) est laissée à l'appréciation des cantons qui, en Suisse, choisissent leurs politiques de santé²¹.

> Que disent les lois cantonales ?

À ce jour, trois cantons ont adopté une loi imposant aux hôpitaux et aux EMS de respecter le choix d'un patient de bénéficier d'une assistance au suicide au sein de leurs murs : le canton de Vaud en 2012²², le canton de Neuchâtel en 2014²³ et le canton de Genève en 2018²⁴⁻²⁵, érigeant ainsi le suicide assisté par un médecin

19. Fédération des médecins suisses, [Code de déontologie de la FMH](#), 2020 [1996], sur [fmh.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 18 novembre 2021].

20. ASSM, *Prise en charge des patientes et patients en fin de vie*, 2013, [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 2 février 2021].

21. [Suicide assisté dans les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance](#), sur [curaviva.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

22. Canton de Vaud, [Loi sur la santé publique](#), adoptée le 29 mai 1985, entrée en vigueur le 01 janvier 1986, état au 01 février 2018 (en vigueur), article 27d, sur [svmed.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

23. Canton de Neuchâtel, [Loi portant modification à la loi de santé \(assistance au suicide\)](#), 21 novembre 2014, sur [ne.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

24. Canton de Genève, [Loi modifiant la loi sur la santé \(LS\) \(Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS\)](#), 24 mai 2018, sur [ge.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

25. Le 30 juin 2006, le Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) s'était déjà prononcé en faveur de l'autorisation de l'assistance au suicide au sein des HUG pour les patients qui n'ont plus de lieu de résidence alternatif à l'hôpital ou pour les patients qui ne peuvent être transportés à domicile du fait de leur maladie sous certaines conditions. Source : Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève, [Autorisation / interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG](#), 30 juin 2006, p. 15, sur [hug.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

volontaire comme un droit du patient, toujours soumis à conditions. Dans ces trois cantons, la pratique d'une assistance au suicide au sein des institutions par une association ou un médecin volontaire ne peut être refusée au patient qui le souhaite si : ❶ le patient ou résident qui demande l'aide au suicide est capable de discernement en ce qui concerne sa décision, ❷ il souffre d'une maladie ou de séquelles d'accident graves et incurables, ❸ des alternatives, en particulier celles liées aux soins palliatifs, ont été discutées avec lui, et ❹ il n'a plus de domicile alternatif à l'institution ou le retour à domicile n'est raisonnablement pas exigible. Des particularités locales existent : dans les cantons de Vaud et de Neuchâtel, cette obligation ne concerne que les établissements publics et non aussi les établissements privés comme cela est le cas dans le canton de Genève. Dans le canton de Vaud, la loi stipule que la vérification des critères doit se faire en concertation avec l'équipe soignante, le médecin traitant et les proches désignés par le patient ou le résident. Il est précisé que la demande doit être persistante dans les cantons de Vaud et de Genève.

Précisons que l'obligation d'autoriser le suicide assisté au sein des murs des institutions médicales et médico-sociales dans ces trois cantons ne contraint pas le personnel des établissements concernés à participer à la mise en œuvre de l'assistance au suicide, mais les empêche de s'opposer à ce que l'aide au suicide soit réalisée à l'intérieur de ces établissements, avec le concours d'une association par exemple. Le canton de Genève prévoit dans la loi une Commission de surveillance en matière d'assistance au suicide qui peut être saisie par toute personne ayant des doutes sur la capacité de discernement d'une personne demandant l'aide au suicide²⁶.

26. La Commission est à ce jour suspendue, du fait de la remise en question de son opérationnalité.

D'autres cantons (Bâle-Ville, Berne, Valais, Tessin, Zurich, Saint-Gall) se sont exprimés par voie référendaire ou parlementaire contre l'autorisation systématique de l'assistance au suicide au sein de tous leurs établissements pour laisser à la discrétion de chacun le choix de l'autoriser ou non et le choix de leurs conditions.

> Et après l'entrée en vigueur des recommandations ?

En Suisse, des questions portent et ont porté sur les conditions d'application et les modalités de l'assistance au suicide :

• **Le cas des personnes atteintes de troubles psychiatriques.**

En 2006 débute un procès à l'encontre d'un psychiatre, alors aussi président d'une association d'aide au suicide, qui a aidé un homme souffrant de troubles mentaux (ci-après, « le patient ») à se suicider en avril 2001. Outre les modalités du suicide, les principales questions soulevées pendant ce procès ont été celles de la possibilité pour ce patient d'être considéré comme en capacité de discernement vis-à-vis de sa demande de mort du fait de ses troubles mentaux et de l'évaluation de cette capacité par le psychiatre accusé. Ce dernier dénonçait une position de principe de la profession psychiatrique à ne pas reconnaître la capacité de discernement d'une personne dès l'instant où elle est soupçonnée de dépression, et que dans ce cas précis, les entretiens privés entre lui et le patient avaient permis d'attester que le souhait du patient d'être accompagné à mourir ne résultait pas de son trouble mental mais d'une demande constante et raisonnable au vu de sa situation médicale sans issue (il est à noter que le patient avait refusé tout traitement après une hospitalisation quelque 14 ans avant son suicide assisté). L'autre partie accusait le médecin, alors même qu'il était psychiatre, de ne pas avoir reconnu l'incapacité de discernement du patient du fait de sa mala-

die (comportant un syndrome dépressif), et de ne pas avoir joué son rôle de psychiatre en lui proposant de nouvelles thérapies susceptibles d'être efficaces. La condamnation du médecin en première instance et en appel, puis le pardon qui lui a été accordé ont finalement eu pour conséquence d'inscrire dans les mœurs comme nécessaire de recourir à l'avis d'un psychiatre indépendant dans le cas des demandes de suicide assisté de personnes atteintes de troubles psychiatriques, sans pour autant aller jusqu'à une institutionnalisation de la pratique²⁷. Cette conclusion est reprise par la Société suisse de psychiatrie forensique en 2007²⁸.

• **La modification des critères d'éligibilité au suicide assisté par l'ASSM.** En 2018, l'ASSM publie de nouvelles directives, *Attitudes face à la fin de vie et à la mort*²⁹, afin de remplacer celles de 2004 et 2013. Ce changement est motivé par des résultats émanant de la recherche sur le terrain : le PNR 67³⁰ met en évidence le manque de prise en compte de la parole du patient, même capable de discernement, dans la décision médicale, l'augmentation des demandes de mort et la difficulté pour les médecins traitants de ne pas se sentir dépassés par ces demandes³¹ ; et une étude commanditée par l'ASSM

27. A. Stavrianakis, « [Le suicide assisté au tribunal. Le modèle suisse face à la demande des personnes atteintes de troubles psychiatriques](#) », *Sciences sociales et santé*, 2018, Vol. 36, n° 4, p. 93-117. DOI: [10.3917/sss.364.0093](#).

28. 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, *Bulletin des médecins suisses*, 2007, Vol. 88, n° 27-28, p. 1195-1197. [Notice](#) sur *bdsp-ehesp.inist.fr*, [en ligne, dernière consultation le 22 février 2022].

29. ASSM, *Attitude face à la fin de vie et à la mort*, 2018, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 2 février 2021].

30. Programme National de Recherche « fin de vie » qui regroupe 33 projets de recherche menés à partir de 2012 en Suisse sur la fin de vie.

31. [Rapport de synthèse PNR 67 Fin de vie](#), 2017, p. 20-22, sur [pnr67.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

auprès de médecins montre entre autres qu'il arrive que la situation concrète et singulière légitime la demande d'aide au suicide même si le patient n'est pas en fin de vie³². Les nouvelles directives de l'ASSM prennent en compte ces constats, et concluent que les critères médicaux objectifs³³ pour légitimer l'assistance au suicide posent un problème sur le terrain, les médecins comme les patients pouvant se sentir obligés de justifier ce pourquoi ils choisissent de ne pas y avoir recours si les critères sont réunis³⁴. Cela mène l'ASSM à estimer que le désir autodéterminé de suicide d'un patient n'est finalement pas motivé par son état médical objectif, mais plutôt par sa souffrance ressentie comme insupportable et dont les causes sont liées à la fois à la maladie et aux « limitations dans le quotidien et dans les relations sociales », aux « pertes » ainsi qu'aux « sensations de désespoir et d'inutilité³⁵ ». En d'autres termes, la souffrance, qui légitime la demande d'aide au suicide du patient, peut avoir pour cause des symptômes physiques ou psychiques objectivables, mais également des aspects subjectifs, non objectivables. Ce changement motive de nouvelles conditions minimales à respecter pour légitimer une demande d'aide au suicide : ❶ le patient doit être capable de discernement par rapport à sa demande ; ❷ le désir de mourir est mûrement réfléchi, il ne résulte pas d'une pression extérieure et il est persistant ; ❸ les

32. (en) S. Brauer et al., [*Swiss physicians' attitudes to assisted suicide: A qualitative and quantitative empirical study*](#), *Swiss medical weekly*, 21 mai 2015, Vol. 145 w14142. DOI: [10.4414/smww.2015.14142](#).

33. Cela fait référence au premier critère d'acceptabilité des demandes d'aide au suicide dans les directives de l'ASSM publiées en 2004 : « La maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de la vie est proche. »

34. ASSM, 2018, *op. cit.*, p. 24-25.

35. ASSM, 2018, *op. cit.*, p. 11 : « Au-delà des symptômes physiques et psychiques, les aspects tels que les limitations dans le quotidien et dans les relations sociales, les pertes ainsi que les sensations de désespoir et d'inutilité peuvent être sources de souffrance, qu'ils soient isolés ou combinés entre eux. ».

symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient lui causent une souffrance qu'il juge insupportable ; ④ des alternatives lui ont été proposées ; ⑤ le médecin doit mener des entretiens répétés et considérer compréhensible le souhait du patient au vu de sa souffrance. Ces critères impliquent que ces directives ne concernent plus seulement les personnes en fin de vie proche comme en 2004 et 2013, mais également celles à qui on ne peut plus proposer de traitement curatif, ou encore celles qui ne sont pas en fin de vie ni, à proprement parler, malades, mais souhaitent mettre fin à leur vie au nom d'une souffrance ressentie comme insupportable.

Ces directives posent question puisque pour la première fois depuis la création de l'ASSM en 1943, la Fédération des médecins suisses (FMH) refuse en octobre 2018 de les inscrire dans son Code de déontologie³⁶. Le fait que seule la souffrance insupportable du point de vue du patient légitime la demande d'aide au suicide n'est pas acceptable pour le corps médical, selon la FMH, puisque cela détourne l'acte de son objectif d'aider les patients en fin de vie à la suite d'une maladie. Ce critère, subjectif et non plus suffisamment objectif comme l'était celui de la fin de vie proche, est indéterminé et indéterminable par les médecins, et de ce fait impossible à évaluer avec certitude et de manière commune³⁷.

• **La place des associations d'aide au suicide.** Ni la loi ni les directives de l'ASSM ne donnent précisément de cadre d'application de ce qu'elles énoncent. En pratique, des associations dites d'autodétermination proposent, entre autres, d'accom-

36 Fédération des médecins suisses (FMH), [Communiqué de presse du 25 octobre 2018](#), sur fmh.ch, [en ligne, dernière consultation le 3 mars 2021].

37. M. Barnikol, [Prise de position de la Fédération des médecins suisses](#), 2018, sur fmh.ch, [en ligne, dernière consultation le 19 novembre 2021].

pagner des demandes de suicide assisté, sous couvert que celles-ci soient conformes au cadre légal en vigueur. Il arrive néanmoins que le fonctionnement ou le coût de ces associations pour les étrangers soit critiqués, le plus souvent par des médias internationaux³⁸. Le manque de contrôle de la pratique de ces associations est également parfois pointé du doigt à l'international³⁹. En réponse à cela, les associations fournissent des détails sur leurs actions⁴⁰ et des chercheurs s'y intéressent⁴¹. Les associations sont toutes financées uniquement par les cotisations de leurs membres, et si elles ont des particularités de fonctionnement, le processus est plus ou moins identique. La personne demandeuse doit d'abord être adhérente de l'association et constituer un dossier contenant au moins une demande écrite ainsi qu'une déclaration de capacité de discernement et un rapport de sa situation médicale délivrés par un médecin. Ensuite, au moins un accompagnateur bénévole, volontaire et non nécessairement issu du monde médical, est désigné pour accompagner la demande, c'est-à-dire rencontrer la personne et si possible ses proches, le plus souvent à plusieurs reprises, pour approcher sa situation, réexpliquer les modalités de l'assistance au suicide et aborder ses volontés, pour les obsèques notamment. Lorsque la date est fixée par la personne demandeuse, son médecin de préférence, si celui-ci est en accord avec la démarche, lui prescrit une ordonnance de barbituriques.

38. Dignitas, [Le fonctionnement de Dignitas](#), mai 2014, p. 2, sur [dignitas.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

39. D. Grouille, [Fin de vie : les options belge, suisse et orégonaise](#), *La revue du praticien*, Vol. 69, janvier 2019, p. 28, sur [sfap.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

40. Par exemple, l'association Dignitas fournit une description détaillée de son fonctionnement : Dignitas, *Le fonctionnement de Dignitas*, op. cit.

41. Pour l'association Exit ADMD Suisse Romande, des chercheurs en sciences humaines et sociales renseignent son fonctionnement de manière détaillée dans le récit de leurs résultats : A. Pilonel, M.-A. Berthod, D. A. Castelli Dransart, A. Stavrianakis, [La mort appréciée](#), 2021, Antipodes. DOI: [10.33056/ANTIPODES.11971](#)

Le jour donné, l'accompagnateur est présent auprès de la personne et éventuellement des proches, s'assure à nouveau de la volonté de mourir de la personne et assiste à l'administration de la substance par la personne elle-même ; puis il appelle la police. En effet, le suicide assisté étant considéré comme une mort « violente » en Suisse, tout décès des suites d'une auto-administration d'une substance létale doit faire l'objet d'une interrogation par la police des personnes présentes au moment de l'acte et d'un examen du corps du défunt sur place par un médecin légiste, qui vérifient respectivement que le Code pénal n'a pas été enfreint et que l'assistance au suicide a été menée selon les recommandations et les bonnes pratiques en vigueur⁴².

Selon les associations, des personnes résidant à l'étranger peuvent être accompagnées au suicide en Suisse. Ces associations ont alors le rôle de mettre en relation la personne demandeuse avec un médecin suisse susceptible de le rencontrer, de l'examiner et de prescrire le barbiturique le moment choisi, si la demande est en conformité avec la loi et les recommandations. Le barbiturique devant être ingéré sur le sol suisse, l'association peut également aider la personne, et éventuellement ses proches, à trouver un endroit où réaliser le suicide assisté.

• **Le contrôle de la pratique du suicide assisté.** Au sein du pays, la question se pose davantage autour du contrôle de la pratique de l'assistance au suicide en général. En 2018, le PNR 67 fait état d'une insuffisance des contrôles de la pratique et d'un manque de visibilité sur les profils des patients demandant l'aide au suicide et y ayant eu accès⁴³. Il est à noter que les associations d'auto-

42. M.-A. Berthod, A. Pillonel, D. A. Castelli, *L'assistance au suicide en Suisse : l'émergence d'un « modèle d'inconduite »*, *Swiss Journal of Sociology*, 2020, Vol. 46, p. 6. DOI: [10.2478/sjs-2021-0001](https://doi.org/10.2478/sjs-2021-0001).

43. Rapport de synthèse PNR 67 Fin de vie, *op. cit.*, p. 33.

détermination principales en Suisse se sont unies pour exprimer leurs réserves quant à la partialité de ce PNR, et regrettent de ne pas y avoir été intégrées. Elles rappellent notamment que chaque cas d'assistance au suicide doit être contrôlé par les autorités puisqu'elle n'est pas considérée comme mort naturelle⁴⁴.

• **La possibilité pour les détenus de demander le suicide assisté aux mêmes conditions que pour les personnes en liberté.** En 2018, à la suite d'un cas de demande d'aide au suicide dans un établissement pénitentiaire suisse, le Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP) s'est penché sur la question d'autoriser l'accès à l'aide au suicide pour les détenus, aux mêmes conditions que pour les personnes en liberté⁴⁵. Un document cadre de référence a été établi en juillet 2019⁴⁶. Une consultation inter-cantonale est ensuite menée par la Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP). Celle-ci révèle que les cantons approuvent cette initiative, mais que les avis divergent sur les conditions de procédure et d'accès au suicide assisté en général comme cela est le cas pour les personnes en liberté. À la lumière de cette consultation, le CSCSP publie un guide succinct en septembre 2020 afin d'exposer les principes s'appliquant à toute la Suisse sur cette question, dont le premier est que le droit à l'autodétermination s'applique aux personnes détenues en capacité de discernement, celles-ci peuvent donc choisir librement la façon

44. Conférence de presse des associations suisses d'autodétermination, [Les associations suisses d'autodétermination critiquent le Programme National de Recherche PNR 67 « Fin de vie »](#), 25 avril 2013, sur [nfp67-check.info](#), [en ligne, dernière consultation le 22 novembre 2021].

45. [Suicide assisté](#), sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

46. Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP), [Le suicide assisté en exécution des peines et mesures. Document-cadre](#), juillet 2019, sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

dont elles souhaitent mourir et le moment de leur décès. Les conditions d'accès au suicide assisté restent à l'appréciation des cantons⁴⁷.

> Les derniers chiffres

Notamment parce que la pratique du suicide assisté n'est pas encadrée par une loi fédérale, il n'existe pas de système de recueil des demandes ou des déclarations de suicide assisté dans le pays. En revanche, le nombre de décès pour lequel le suicide assisté a été indiqué comme cause de la mort peut être comptabilisé⁴⁸. L'Office fédéral de la statistique indique ainsi qu'en 2019, 1 196 personnes résidant en Suisse sont décédées par suicide assisté, ce qui représente 2 % des décès des citoyens du pays cette année-là. Une majorité était des femmes (59,6 %), et avait plus de 65 ans (87,7 %). Par ailleurs, certaines associations communiquent les données sur les accompagnements effectués l'année précédente, par exemple l'association EXIT Suisse alémanique ou l'association Dignitas. La première rapporte 973 accompagnements en 2021, la seconde 212. Dans la première association, le diagnostic de base le plus fréquent est le cancer en phase terminale (340 accompagnements, soit 35 %). Dans la seconde association, qui n'accompagne pas seulement des résidents suisses, 45 Français ont été accompagnés dans leur démarche (21,2 % de leurs accompagnements).

Depuis 2016, deux médecins ont dû comparaître devant la jus-

47. CSCSP, [Le suicide assisté en détention. Guide succinct](#), septembre 2020, sur [skjv.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

48. Puisque le décès par suicide assisté en Suisse n'est pas considéré comme une mort naturelle (la pathologie principale étant alors indiquée comme cause du décès sur le certificat), l'acte est considéré comme la cause de la mort et est indiqué comme tel sur le certificat de décès de la personne.


tice pour répondre de leur acte d'assistance au suicide : dans la première situation, la médecin a été condamnée pour ne pas avoir fait appel à un psychiatre (et non seulement à un médecin généraliste avec une compétence en psychiatrie) avant d'accompagner une patiente demandeuse atteinte de troubles psychiatriques⁴⁹ ; dans la deuxième situation, un médecin est accusé d'avoir donné la mort à une patiente octogénaire, bien portante, qui demandait à mourir en même temps que son mari éligible à l'assistance au suicide (le procès n'est pas terminé)⁵⁰.


Les quelques données chiffrées sur la mortalité par suicide assisté en Suisse sont accessibles sur une [page dédiée](#) aux causes de décès sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique. Il existe également des données plus complètes, mais plus anciennes (2014) sur ce même site. Les chiffres plus complets des associations sont accessibles sur leurs sites internet : [Exit Suisse alémanique](#) et [Dignitas](#).


49. C. Zünd, [Aide au suicide: cinq ans de prison requis contre le médecin Erika Preisig](#), *Le Temps*, 4 juillet 2019, sur [letemps.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 22 février 2022].

50. F. Mansour, [Assistance au suicide : le cas du médecin d'Exit divise le Tribunal fédéral](#), *Le Temps*, 10 décembre 2021, sur [letemps.ch](#), [en ligne, dernière consultation le 22 février 2022].


EN SUISSE, EN BREF

 **Quel contexte ?** La dépénalisation de l'aide au suicide, lorsqu'elle n'est pas motivée par des motifs égoïstes, est discutée en Suisse dès la fin du XIX^e siècle, alors que les législateurs se penchent sur la rédaction du Code Pénal du pays et que le suicide n'est plus considéré comme un crime. **Le suicide assisté n'est pas discuté en tant qu'acte médical, mais en tant qu'acte citoyen soumis à certaines conditions pour être admissible du point de vue juridique.**

 **Quelle loi ? Article 115 du Code pénal du 1^{er} juillet 1942** (entrée en vigueur). En supplément du Code pénal, **l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) dicte en 2004 des recommandations**, intégrées dans le code de déontologie des médecins suisses, pour encadrer la pratique dans le domaine médical.

 **Quelle aide active à mourir ?** Le **suicide assisté**, défini comme le fait de fournir une assistance à une personne pour qu'elle mette elle-même fin à ses jours.

 **Quels critères d'éligibilité (recommandations de 2004/2013) ?**

- > Être capable de discernement, et, en pratique, être âgé de plus de 18 ans,
 - > Formuler son désir de mourir de manière libre, mûrement réfléchi et persistante,
 - > Souffrir d'une maladie qui permet de considérer que sa fin de vie est proche,
 - > Accomplir le dernier geste du processus conduisant à la mort soi-même.
-  Les recommandations ne précisent pas davantage à quel terme le pronostic vital doit être engagé.

 **Quels principaux garde-fous (recommandations de 2004/2013) ?**

- > La personne qui aide au suicide ne doit pas le faire au nom de motifs égoïstes,
- > Deux personnes, dont un médecin, doivent attester du respect des critères d'éligibilité.


 **Quelles recommandations spécifiques pour la pratique ?**


- > En cas de maladie psychiatrique seule, un psychiatre doit être consulté.

Quel contrôle ?

> Les autorités policières et un médecin légiste contrôlent le respect de la loi lors d'un constat de décès par suicide assisté, en procédant à un examen du corps, à une interrogation de toutes les personnes présentes lors de la réalisation de l'acte et à une revue du dossier contenant les pièces attestant du bon respect de la procédure (notamment la demande écrite et les attestations de capacité de discernement et de la situation médicale),

> Lorsque la demande de suicide assisté a été accompagnée par une association, le bénévole en charge doit remettre le dossier aux autorités.

 **Concrètement, qui fait quoi (recommandations de 2004/2013) ?** La personne atteinte d'une maladie et dont la fin de vie est proche fait une demande d'aide au suicide à un médecin, ou à une association dite d'autodétermination. Le médecin, s'il l'accepte, ou un bénévole désigné de l'association, s'il l'accepte, accompagne la demande et mène plusieurs entretiens avec la personne. Un médecin doit attester de la capacité de discernement, et un autre, de préférence, prescrire le barbiturique. Dans le cas d'une demande accompagnée par une association, la personne s'administre la substance létale apportée par le bénévole en sa présence, ainsi qu'en présence des proches qu'il souhaite et qui l'acceptent, puis le bénévole prévient la police lorsque la personne est décédée. Dans tous les cas, un contrôle du respect de la loi et des recommandations est effectué par les autorités.

 **Et aujourd'hui ?** L'une des problématiques en Suisse concerne la réception et l'application des nouvelles recommandations de l'ASSM publiées en 2018, qui visent à établir qu'une personne dont les souffrances ne sont pas causées par une maladie pourrait être éligible à demander le suicide assisté. Ces recommandations ne sont pas reconnues par tous les médecins suisses.

B. Les États-Unis

> Historique du débat

L'euthanasie et le suicide assisté sont tous deux interdits par la législation fédérale aux États-Unis⁵¹. Toutefois, plusieurs contestations sociales et juridiques émergent contre cette législation.

Dans les années 1990, le docteur Jack Kevorkian défraye la chronique et anime le débat national sur la question du suicide assisté. Selon ses propres dires, il aurait aidé plus de 130 personnes atteintes de diverses maladies à se suicider entre 1990 et 1998⁵². Il dit agir dans le meilleur intérêt des personnes, et espère par ses actions faire évoluer la loi sur le suicide assisté⁵³. Après avoir été brièvement emprisonné à deux reprises en 1993⁵⁴, il est condamné de 10 à 25 ans de prison pour avoir diffusé une vidéo dans laquelle il se filme injecter une substance létale à un patient atteint de la maladie de Charcot, aussi appelée sclérose latérale amyotrophique⁵⁵. Si le débat national se souvient longtemps de lui et que certains lui prêtent un rôle dans l'évolution de l'opinion publique sur ces questions⁵⁶, la loi fédérale ne bouge pas.

Le 1^{er} octobre 1996, la Cour suprême des États-Unis accepte d'examiner l'appel de deux arrêts rendus par les cours d'appel des États de New York et de Washington soutenant l'inconstitu-

51. (en) Code des États-Unis, [Titre 42, Chapitre 138, Section 14401](#), 2, sur [law.cornell.edu](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

52. (en) K. Vloet, [The life of Dr. Death](#), sur [bentley.umich.edu](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

53. (en) E. Bernstein, [Jack Kevorkian](#), *Encyclopædia Britannica*, 30 mai 2020, sur [britannica.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

54. *Ibid.*

55. [Kevorkian Jack – \(1928-2011\)](#), *Encyclopædia Universalis*, sur [universalis.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

56. (en) K. Vloet, *The life of Dr. Death*, *op. cit.*

tionnalité de la loi interdisant le suicide assisté par un médecin⁵⁷. Le 26 juin 1997, la Cour suprême infirme à l'unanimité les deux arrêts, estimant que le droit d'accès au suicide assisté n'est pas un droit constitutionnel et que cette pratique doit rester interdite au niveau fédéral. Cependant, la Cour souligne l'importance du débat démocratique sur cette question, elle ne ferme pas la porte à des recours futurs, et deux juges sous-entendent que les États restent libres de légiférer localement sur le suicide assisté⁵⁸. En effet, le fait que les lois interdisant le suicide assisté soient jugées constitutionnelles ne veut pas dire que les lois l'autorisant sont de fait inconstitutionnelles⁵⁹.

Aujourd'hui, neuf États américains – Oregon, Washington, Vermont, Californie, Colorado, Hawaï, Maine, New Jersey, Nouveau-Mexique – et le district de Columbia autorisent légalement ce que l'on nomme le suicide assisté ; et l'État du Montana le tolère par jurisprudence*.

Quatorze autres États sont actuellement en train de discuter de lois sur ce que l'on nomme le suicide assisté⁶⁰.

Dans un souci de cohérence et de clarté, nous utiliserons dans cette section le terme de suicide assisté pour désigner le processus autorisé dans les régions concernées, bien que cela ne soit pas le terme retenu dans les différentes lois. Nous reviendrons

57. (en) L. Greenhouse, High Court to Decide if the Dying Have a Right to Assisted Suicide, *The New York Times*, 2 octobre 1996, sur [nytimes.com](https://www.nytimes.com), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

58. (en) L. Greenhouse, [*Court, 9-0, upholds state laws prohibiting assisted suicide: Protects speech on internet*](#), *The New York Times*, 27 juin 1996, sur [nytimes.com](https://www.nytimes.com), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

59. J. Nicol, [*Aide médicale à mourir : la législation dans certains États à l'extérieur du Canada*](#), Bibliothèque du Parlement, [2015] 2019, p. 2, sur lop.parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

60. (en) [*In Your State*](#), sur deathwithdignity.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

sur cette distinction dans les questions traitées dans le pays.

En Oregon, la légalisation du suicide assisté par un médecin s'ancre dans un climat de défiance envers le corps médical et de prise d'ampleur d'un mouvement pour le « droit à mourir ». Certains voient en la possibilité d'avoir accès au suicide assisté une réponse à la distance qu'ils sentent s'être installée entre les patients et les médecins du fait de la modernisation et de la technicisation de la médecine, et une manière de reprendre le contrôle sur leur corps et leur santé⁶¹. Il faut également souligner que l'Oregon est connu pour être un État progressiste et rejetant toute pression religieuse⁶².

En 1994, une proposition de loi d'initiative citoyenne est soumise au vote par référendum. Cette proposition, appelée *Measure 16* [Mesure 16] ou *Death with Dignity Act* [Loi pour mourir dans la dignité] émane d'un groupe militant pour le droit à mourir et prévoit d'autoriser les médecins à prescrire des barbituriques* aux patients atteints d'une maladie en phase terminale sous certaines conditions qui seront détaillées ci-dessous. Cette loi fait l'objet d'une campagne massive opposant ses militants et l'église catholique. Les premiers défendent le droit des malades à choisir la façon dont ils souhaitent mourir, et les seconds mettent l'accent sur les risques de potentiels mauvais diagnostics médicaux en fin de vie et le risque de choisir le suicide assisté du fait d'une dépression et non d'un choix éclairé⁶³. En novembre 1994, l'**Oregon**

61. (en) T. E. Purvis, *Debating Death: Religion, Politics, and the Oregon Death With Dignity Act*, *Yale Journal of Biology and Medicine*, 2012, Vol. 85, n° 2, p. 272-284. PMID: [22737056](#).

62. (en) D. Hillyard, J. Dombink, E. Corporation, *Dying Right: The Death with Dignity Movement*, Routledge, 2001, p. 71. ISBN : 978-0415927994.

63. (en) T. E. Purvis, *Debating Death: Religion, Politics, and the Oregon Death With Dignity Act*, *op. cit.*

Death With Dignity Act⁶⁴ est adoptée à 51 % contre 49 %⁶⁵. Cette loi fait l'objet de nombreux recours administratifs et juridiques les années suivantes qui repoussent sa mise en application⁶⁶, et elle entre finalement en vigueur le 27 octobre 1997. Un deuxième vote par référendum s'est tenu quelques jours plus tard, en novembre 1997, pour demander aux électeurs s'ils souhaitent révoquer la loi, ce qui est refusé à 60 %⁶⁷, faisant de l'Oregon le premier État à appliquer une loi sur le suicide assisté par un médecin.

En 2004, la possibilité pour les médecins de prescrire des médicaments à des doses létales dans le but d'aider leurs patients à se suicider est contestée par le procureur général* de l'époque auprès de la Cour suprême des États-Unis. La Cour rend sa décision en janvier 2006 : elle estime en majorité que le procureur général n'a pas l'autorité nécessaire pour bloquer une pratique médicale dans les États fédérés⁶⁸. Cette décision reconferme la possibilité pour les États de légiférer sur le suicide assisté localement.

Dans l'État de Washington, une première loi autorisant le suicide assisté et ne condamnant pas explicitement l'euthanasie est refusée par référendum à 54 % en 1991⁶⁹. Une nouvelle loi d'initiative populaire, initiée par un ancien gouverneur de

64. (en) [The Oregon Death With Dignity Act. Oregon Revised Statutes. 127.800 – 127.995](#), sur [oregon.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

65. (en) [Oregon Measure 16. Physician-Assisted Death Initiative \(1994\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

66. (en) [Oregon Death with Dignity Act: A History](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

67. (en) [Oregon Repeal of "Death with Dignity". Measure 51 \(1997\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

68. (en) L. Greenhouse, [Justices reject U.S. bid to block assisted suicide](#), *The New York Times*, 18 janvier 2006, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

69. (en) [Washington Physician-Assisted Death. Initiative 119 \(1991\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

l'État de Washington atteint de la maladie de Parkinson⁷⁰, est portée au référendum en 2008. La campagne menée en faveur de la loi s'appuie principalement sur le même argument que celle douze ans plus tôt en Oregon, à savoir l'importance du droit pour une personne en fin de vie de pouvoir choisir la façon dont elle souhaite mourir, ainsi que sur l'expérience orégonaise⁷¹. Les opposants à la loi insistent notamment sur la dangerosité de la mesure pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer pour leurs soins, s'inquiétant qu'ils se résolvent à choisir le suicide assisté par défaut⁷². La loi intitulée **Washington Death With Dignity Act**⁷³ est adoptée par référendum le 4 novembre 2008 à 58 %.

Dans le Vermont⁷⁴, les lois d'initiative populaire n'existent pas, la loi sur le suicide assisté se discute au niveau du Parlement*. Des propositions sont faites à partir du milieu des années 1990 ; une loi est refusée en 2007 malgré le soutien populaire. Au sein du Parlement, le débat oppose ceux qui souhaitent favoriser le choix individuel sur ces questions, et ceux qui ne veulent pas voir le gouvernement s'impliquer trop loin dans les affaires médicales. Un compromis est trouvé, et la loi appelée **Patient Choice and Control at End of Life Act**⁷⁵ [loi relative au choix et au contrôle du patient à la fin de sa vie] est votée et signée par le

70. (en) R. Steinbrook, *Physician-Assisted Death – From Oregon to Washington State*, *The New England Journal of Medicine*, 2008, Vol. 359, n° 24, p. 2513-2515. DOI: [10.1056/NEJMp0809394](https://doi.org/10.1056/NEJMp0809394).

71. *Ibid.*, p. 2514.

72. (en) *Washington Initiative 1000, Physician-Assisted Death Initiative (2008)*, sur ballotpedia.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

73. (en) *The Washington Death With Dignity Act*, Chapitre 70.245 du *Revised Code of Washington*, sur app.leg.wa.gov, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

74. (en) P. Span, *Vermont Passes 'Aid in Dying' Measure*, *The New York Times*, 14 mai 2013, sur newoldage.blogs.nytimes.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

75. (en) *An Act relating to patient choice and control at end of life*, sur leg.state.vt.us, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

gouverneur de l'État en mai 2013. Le compromis est le suivant : la loi entre en vigueur avec un certain nombre de garde-fous procéduraux visant à contrôler le suicide assisté, et ceux-ci seront révisés et allégés trois ans plus tard, une fois les médecins et le grand public plus accoutumés à la pratique. Cette disposition particulière sera finalement abrogée le 20 mai 2015⁷⁶, rendant les garde-fous permanents⁷⁷.

En Californie, la loi se discute également au Parlement. Alors que plusieurs propositions avaient déjà été discutées et refusées, le débat est relancé en 2014 à l'occasion de la médiatisation du cas Brittany Maynard, une femme californienne de 29 ans atteinte d'une tumeur au cerveau en phase terminale qui déménage en Oregon pour avoir accès à un suicide assisté⁷⁸. Peu après, en mai 2015, la *California Medical Association* [Association des médecins de Californie] fait savoir qu'elle ne s'oppose plus au suicide assisté, mais choisit d'adopter un point de vue neutre, arguant que la décision d'y avoir recours ou de le pratiquer revient aux patients et aux médecins individuellement⁷⁹. Le projet de loi est présenté et adopté au Parlement en séance spéciale, impliquant des débats plus courts et une décision rapide, ce qui est regretté par le gouverneur de Californie⁸⁰. Celui-ci, longtemps partagé dans sa décision de ratifier

76. (en) [An act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life](#), sur [legislature.vermont.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

77. (en) E. Mansfield, [Senate approves extension of physician-assisted suicide provisions](#), *VT Digger*, 12 mars 2015 sur [vtdigger.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

78. (en) B. Maynard, [My right to death with dignity at 29](#), 2 novembre 2014, sur [edition.cnn.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

79. (en) California Medical Association, [California Medical Association removes opposition to physician aid in dying bill](#), 20 mai 2015, sur [cmadocs.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

80. (en) I. Lovett, [California Legislature Approves Assisted Suicide](#), *The New York Times*, 11 septembre 2015, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

cette **End of Life Option Act**⁸¹ pour des raisons personnelles, accepte finalement de le faire en octobre 2015⁸².

Dans le **Colorado**, une proposition de loi d'initiative populaire est soumise au vote par référendum en 2016. La campagne oppose notamment l'argument de l'importance pour la personne malade en phase terminale de pouvoir choisir le lieu et le moment de sa mort et celui du risque qu'une loi comme celle-là renvoie aux personnes malades et vulnérables l'idée que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue jusqu'au bout. La population vote en faveur de la **Colorado End-of-life Options Act**⁸³ à 65 % en novembre 2016⁸⁴.

Dans le **district de Columbia**, la **Death with Dignity Act of 2016**⁸⁵ autorisant le suicide assisté est adoptée au Parlement en novembre 2016 après plus d'un an de débats. Pour les législateurs, l'argument de l'importance du choix individuel en fin de vie l'a emporté sur leurs convictions personnelles ou religieuses⁸⁶.

À **Hawaï**, après plusieurs échecs depuis 2002⁸⁷, la **Our Care Our Choice Act**⁸⁸ [loi « Notre Soin, Notre Choix »] autorisant le

81. (en) [End of Life Option Act](#), sur [leginfo.legislature.ca.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

82. (en) I. Lovett, R. Pérez-Peña, [California Governor Signs Assisted Suicide Bill Into Law](#), *The New York Times*, 5 octobre 2015, sur [nytimes.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

83. (en) [End-of-life Options Act](#), sur [sos.state.co.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

84. (en) [Colorado Proposition 106, Physician-Assisted Death Initiative \(2016\)](#), sur [ballotpedia.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

85. (en) [Death with Dignity Act of 2016](#), sur [dchealth.dc.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

86. (en) F. Nirappil, [D.C. Council gives initial approval to a bill to let terminally ill patients end their lives](#), *The Washington Post*, 1^{er} novembre 2016, sur [washingtonpost.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

87. (en) [Death with Dignity in Hawai'i: A History](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

88. (en) [Our Care Our Choice Act](#), sur [health.hawaii.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

suicide assisté est adoptée en mars 2018 par le Parlement, et ratifiée le 5 avril de la même année par le gouverneur⁸⁹.

Dans le New Jersey, la *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act*⁹⁰ [loi sur l'aide médicale à mourir pour les personnes malades en phase terminale] autorisant le suicide assisté est votée en mars 2019 au Parlement et ratifiée par le gouverneur le 12 avril 2019, après avoir été introduite pour la première fois en 2012⁹¹. Cette loi est contestée une semaine après sa mise en vigueur⁹², mais cette remise en cause est rejetée par les tribunaux en avril 2020⁹³.

Dans le Maine, la *Maine Death with Dignity Act*⁹⁴ autorisant le suicide assisté est adoptée en juin 2019 par le Parlement, avec un vote d'écart à la *Maine House of Representatives* [Assemblée du Maine] et trois votes d'écart au *Maine Senate* [Sénat du Maine]⁹⁵. La loi avait été refusée par référendum en 2000 à 51 %, une loi légalisant le suicide assisté et l'euthanasie a été refusée par le Parlement en 2013, et deux autres propositions de lois sur le suicide assisté avaient été refusées par le Parlement en 2015 et 2017. Suite à l'adoption de la loi, la *Christian Civic League of Maine* [Ligue civique chrétienne du Maine] lance une pétition pour obtenir un référendum visant à révoquer

89. (en) S. Yan, [Medically assisted suicide becomes legal in Hawaii](#), *The Associated Press*, 6 avril 2018, sur [apnews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

90. (en) [Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act](#), sur [njleg.state.nj.us](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

91. (en) N. Pugliese, [NJ legalizes assisted suicide as Gov. Phil Murphy signs contentious bill into law](#), 12 avril 2019, sur [northjersey.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

92. (en) [Glassman vs. Gerwal](#), 8 août 2019, sur [compassionandchoices.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

93. (en) S. Barchenger, [NJ aid-in-dying law upheld, judge dismisses legal challenge](#), 2 avril 2020, sur [northjersey.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

94. (en) [An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act](#), sur [mainelegislature.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

95. (en) M. Villeneuve, [Maine becomes 8th state to legalize assisted suicide](#), *The Associated Press*, 13 juin 2019, sur [apnews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

la loi, mais annonce en septembre 2019 n'avoir pas réussi à réunir assez de signatures pour ce faire⁹⁶.

Au Nouveau-Mexique, et après plusieurs tentatives parlementaires dont la plus récente en 2019, le ***Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act***⁹⁷ [loi Elizabeth Whitefield sur les choix de fin de vie] est adoptée par le Parlement en mars 2021 et ratifiée par le gouverneur de l'État le 8 avril 2021. La loi porte le nom d'une juge originaire de l'État décédée en 2018, qui, atteinte de plusieurs cancers successifs elle-même, s'est vivement engagée dans le débat public pour défendre une loi sur la possibilité pour les personnes malades, en phase terminale, de bénéficier d'un suicide assisté lorsqu'ils le souhaitent⁹⁸. Les principaux défenseurs de la loi s'appuient sur des histoires personnelles ou professionnelles pour appuyer la nécessité, selon eux, d'ouvrir cette option aux personnes en fin de vie qui le veulent au nom de leur autodétermination⁹⁹.

Dans le Montana, aucune loi autorisant le suicide assisté n'est adoptée. Cependant, en octobre 2007, un patient atteint d'une leucémie en phase terminale, quatre médecins et une association de défense des droits des patients appelée *Compassion & Choices* [Compassion et choix] saisissent la justice, affirmant qu'il est inconstitutionnel d'appliquer les lois régissant l'homicide aux médecins qui veulent aider leurs patients en phase terminale à se

96. (en) [Maine](#), sur [deathwithdignity.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

97. (en) [Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act](#), sur [endoflifeoptionsnm.org](#), [en ligne, dernière consultation le 24 novembre 2021].

98. (en) Office of the Governor, [Gov. Lujan Grisham signs End-of-Life Options Act](#), 8 avril 2021, sur [governor.state.nm.us](#), [en ligne, dernière consultation le 24 novembre 2021].

99. Compassion and Choices New Mexico, [Elizabeth Whitefield End of Life Options Act. 2021 Storybook](#), 23 décembre 2020, sur [endoflifeoptionsnm.org](#), [en ligne, dernière consultation le 24 novembre 2021].

suicider lorsqu'ils le souhaitent¹⁰⁰. Le tribunal arrive à la conclusion que le suicide assisté par un médecin n'est pas contraire à la politique publique, et donc à la loi. Le droit à l'autodétermination* du patient « mentalement capable* » en phase terminale est mis en avant, d'autant plus que c'est à lui qu'il revient d'ingérer la substance létale le moment venu¹⁰¹. Le gouvernement fait appel de cette décision auprès de la Cour suprême du Montana, mais celle-ci valide en décembre 2009 la position prise en première instance par le tribunal. La Cour juge que le consentement du patient peut être invoqué comme argument de défense par un médecin accusé de pratiquer le suicide assisté. Plus précisément, le médecin accusé ne peut pas être reconnu coupable d'homicide si le patient en phase terminale et capable de discernement a consenti à l'acte¹⁰². Cette décision assure la protection des médecins qui pratiquent le suicide assisté à plusieurs conditions : que le patient soit capable de discernement, en phase terminale, et demande l'aide au suicide, et que ce soit un médecin qui lui délivre l'ordonnance. Le suicide assisté est ainsi autorisé par jurisprudence.

> Que dit la loi ?

OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT

Seul l'*Oregon Death With Dignity Act* sera dans un premier temps détaillé dans son entièreté, la raison étant que les lois passées ensuite dans les sept autres États et le district de Columbia s'en inspirent grandement. Les quelques différences par État seront soulignées dans un deuxième temps.

100. (en) [Baxter v. Montana](#), 31 décembre 2009, sur [law.justia.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

101. (en) A. Youderian, [Montana Justices Allow Doctor-Assisted Suicide](#), 4 janvier 2020, sur [courthousenews.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

102. *Baxter v. Montana*, *op. cit.*, §13.

L'**Oregon Death With Dignity Act** (ODWDA), ou la « loi sur la mort dans la dignité en Oregon », définitivement adoptée en 1997, définit le cadre dans lequel un médecin peut être exempté de charges pénales s'il répond à une demande de suicide assisté d'un patient ¹⁰³.

DÉFINITIONS

La première section s'attache à définir les termes qui seront utilisés par la suite, par exemple : par « **adulte** » [*adult*] on entend « individu de 18 ans ou plus » ; par « **capable** » [*capable*] on entend « avoir la capacité de prendre et de communiquer ses décisions concernant sa santé aux professionnels, ou de communiquer ses décisions par le biais d'un proche habitué à la manière de s'exprimer d'une personne si celle-ci ne peut se faire comprendre par les professionnels » ; par « **décision éclairée** » [*informed decision*] on entend « décision par un patient éligible à demander et obtenir une ordonnance pour mettre fin à ses jours d'une manière humaine et digne, basée sur la considération de sa situation et après avoir été informé par le médecin responsable de son diagnostic, de son pronostic vital, des risques associés au fait de prendre le médicament létal, le résultat de la prise du médicament létal et des alternatives existantes dont les soins palliatifs » ; par « **patient éligible** » [*qualified patient*] on entend « adulte capable résidant en Oregon qui remplit les critères détaillés dans la loi » ; par « **maladie en phase terminale** » [*terminal disease*] on entend « maladie incurable et irréversible, confirmée par un médecin et qui induira la mort dans un délai de six mois » (Section 1.01).

103. (en) *The Oregon Death With Dignity Act. Oregon Revised Statutes*. 127.800 – 127.995, *op. cit.*

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

La deuxième section concerne la demande de suicide assisté du patient. Cette demande doit être formalisée par écrit. Le patient adulte doit ❶ être capable, ❷ habiter l'Oregon, ❸ avoir été diagnostiqué par le médecin responsable et un médecin consultant d'une maladie en phase terminale, et ❹ avoir exprimé volontairement son souhait de mourir. Il est précisé que les seuls critères d'âge ou de handicap ne suffisent pas à rendre un patient éligible à demander l'aide au suicide (Section 2.01). La forme que doit prendre la demande écrite est détaillée plus bas (Section 6.01). Elle doit être signée en présence de deux personnes témoignant de la capacité de discernement du patient et de l'aspect volontaire, non contraint, de sa demande. L'un des témoins au moins ne doit pas être lié juridiquement au patient, et aucun ne peut être son médecin (Section 2.02).

La troisième section décrit les garde-fous [*safeguards*] mis en place. Douze responsabilités incombent au médecin responsable, dont les principales sont : vérifier les critères d'éligibilité du patient à demander l'aide au suicide au moment de la demande et juste avant de délivrer l'ordonnance, informer le patient pour qu'il puisse prendre une décision éclairée, référer le patient à un médecin compétent quant à la maladie concernée qui doit confirmer le diagnostic et le respect des autres critères d'éligibilité, référer le patient à un psychiatre ou un psychologue s'il y a une suspicion de maladie psychique ou de dépression (si cela se confirme, le patient n'est plus éligible à demander l'aide au suicide), et informer le patient de son droit de révoquer sa demande à tout moment. Le médecin responsable doit également recommander au patient d'informer ses proches de sa décision et lui conseiller qu'une personne soit présente lorsqu'il prendra le médicament létal et de ne pas le prendre dans un lieu public.

Le médecin responsable doit soit donner le médicament létal en personne au patient, soit le faire par le biais d'un pharmacien sous réserve du consentement écrit du patient (Section 3.01). En plus de la demande écrite, le patient doit formuler sa demande par oral à son médecin responsable, et la réitérer par oral au moins 15 jours plus tard (Section 3.06). Aucune prescription ne peut être délivrée moins de 15 jours avant la réitération de la demande par oral, ni moins de 48 heures après la formulation de la demande par écrit (Section 3.08). Tous les éléments légitimant la procédure doivent être inscrits au dossier médical du patient (Section 3.09).

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Chaque ordonnance délivrée et les éléments la motivant doivent être rapportés au ministère de la Santé de l'État, et celui-ci doit produire un rapport annuel sur la pratique de l'aide au suicide (Section 3.11). La loi interdit explicitement l'euthanasie (Section 3.14).

CLAUSE DE CONSCIENCE

La quatrième section précise que le médecin qui agit conformément aux conditions établies jusqu'ici n'est pas sujet à des mesures disciplinaires et ne peut être accusé de négligence. Il est également souligné qu'aucun médecin ne peut être obligé à pratiquer l'aide au suicide s'il ne le veut ou ne le peut pas. Le cas échéant, il peut, sur demande, transférer le dossier médical du patient à un autre médecin choisi par le patient. Aucun délai pour le transfert n'est précisé (Section 4.01).

MODIFICATIONS ET AJOUTS

En 2019, la loi est modifiée afin de supprimer les périodes d'attente de 15 jours entre les deux demandes orales et de 48

heures après la demande écrite avant la rédaction de l'ordonnance, dans le cas où il a été médicalement confirmé que le pronostic vital du patient éligible est inférieur à 15 jours ou 48 heures (Section 3.08).

DANS LES AUTRES ÉTATS

Les lois adoptées dans les huit autres États et le district de Columbia s'inspirent toutes de l'ODWDA avant la modification apportée en 2019 et l'abolition des périodes d'attente en cas de mort imminente du patient (sauf au Nouveau-Mexique, et depuis octobre 2021 en Californie). Elles ne sont pas nécessairement structurées de la même manière, mais sur le fond, elles établissent toutes les mêmes définitions (Section 1), les mêmes conditions d'éligibilité d'une personne au suicide assisté (Section 2) et les mêmes garde-fous (Section 3). Aucun médecin, dans aucun État, n'est obligé de pratiquer l'aide au suicide s'il ne le veut pas.

Quelques ajouts sont parfois apportés par les États, par exemple :

- Les lois de l'État de Washington (70.245.150)¹⁰⁴, de Californie (443.9)¹⁰⁵, du district de Columbia (Section 6.e)¹⁰⁶, de Hawaï (§14)¹⁰⁷, du New Jersey (13.a.1)¹⁰⁸ et du Maine (17.B.1)¹⁰⁹ obligent le médecin responsable à déclarer la demande auprès du ministère de la Santé local dans les 30 jours qui suivent la rédaction de l'ordonnance.

104. *The Washington Death With Dignity Act, op. cit.*

105. *End of Life Option Act, op. cit.*

106. *Death with Dignity Act of 2016, op. cit.*

107. *Our Care Our Choice Act, op. cit.*

108. *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act, op. cit.*

109. *An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act, op. cit.*

- Dans le Vermont, le ministère de la Santé est chargé d'établir un rapport d'activité tous les deux ans depuis 2015 (§5296)¹¹⁰. Au Nouveau Mexique, le rapport doit être publié tous les ans (Section 9)¹¹¹.
- La loi californienne précise que les assurances privées ne peuvent pas à la fois refuser de couvrir un traitement encore disponible et accepter de couvrir l'assistance au suicide (443.13.2c). En outre, cette loi est en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2026, sauf modification du législateur (443.215)¹¹².
- Au Nouveau-Mexique, les infirmiers praticiens* sont autorisés à pratiquer le suicide assisté au même titre que les médecins. De plus, un médecin ne doit pas nécessairement attester du caractère terminal de la maladie si le patient est hospitalisé en soins palliatifs.

> Et après l'entrée en vigueur des différentes lois ?

Sans mentionner les recours juridiques visant à abroger les lois dans les différents États, quelques interrogations autour du suicide assisté traversent les frontières aux États-Unis :

- **Le contrôle de la pratique.** Puisque les lois sont spécifiques à un État, le suivi de la pratique l'est aussi. Ce sont les ministères de la Santé locaux qui recueillent les données et établissent des rapports de statistiques propres à chaque État. Une question récurrente concerne les États qui ne demandent pas spécifiquement si les personnes sont décédées après avoir ingéré un médicament létal, ces États sont capables de dire combien

110. *An act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life*, op. cit.

111. *Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act*, op. cit.

112. *End of Life Option Act*, op. cit.

d'ordonnances ont été délivrées, à qui et dans quelles conditions, mais ils ne peuvent pas précisément affirmer que les personnes à qui l'on a délivré le médicament létal l'ont effectivement pris ensuite. Cela est par exemple le cas dans le Colorado¹¹³.

• **Les termes utilisés pour parler du suicide assisté.** On aura remarqué qu'aux États-Unis les termes divergent pour désigner le suicide assisté : les lois parlent le plus souvent de *death with dignity* [mort dans la dignité] ou d'*end-of-life option* [choix pour sa fin de vie], alors que les termes d'*aid in dying* [aide à mourir], de *physician assisted death* [mort assistée par un médecin] ou encore d'*assisted suicide* [suicide assisté] ou de *physician assisted suicide* [suicide assisté par un médecin] sont repris dans les publications scientifiques, dans la presse et dans le langage commun. Cela peut provoquer des confusions bien qu'ils désignent le même acte en pratique. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les législateurs ne retiennent pas de terme précis pour désigner l'acte, mais s'attachent plutôt à décrire le processus autorisé pour permettre à une personne atteinte d'une maladie en phase terminale de choisir, voire contrôler, la façon dont elle souhaite mourir. En outre, le terme de suicide n'est pas retenu dans les différentes lois car il fait débat aux États-Unis : les défenseurs du droit à choisir sa fin de vie le différencient du suicide en cela que les personnes qui souhaitent mobiliser ce droit sont malades, en capacité de discernement et avec un pronostic vital estimé à 6 mois, c'est-à-dire qu'ils vont mourir de façon certaine, alors que les personnes qui se suicident ne sont pas nécessairement malades, mourantes,

113. (en) K. Simpson, J. Brown, [69 Coloradans got aid-in-dying prescriptions during law's first year, report says](#), *The Denver Post*, 1^{er} février 2018, sur [denverpost.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

ou considérées comme en capacité de discernement¹¹⁴. Les termes de suicide assisté ou suicide médicalement assisté sont davantage utilisés par les détracteurs de la pratique puisque la population générale a moins tendance à davantage adhérer à la pratique présentée comme un projet de suicide que comme un projet d'une personne qui dit vouloir terminer sa vie dans les conditions qu'elle aura choisies¹¹⁵. À l'inverse, le terme *death with dignity* est aussi le nom de l'association militante pour le suicide assisté aux États-Unis¹¹⁶, qui a notamment participé financièrement aux campagnes en faveur des lois autorisant le suicide assisté¹¹⁷. De ce fait, les lois étatiques s'attachent à distinguer ce qu'elles autorisent, à savoir les conditions dans lesquelles un patient peut demander à son médecin de lui prescrire un barbiturique, du « suicide assisté¹¹⁸ ».

> Les derniers chiffres

En Oregon, en 2020, 370 personnes ont reçu une prescription d'une substance létale de la part d'un médecin, et au 22 janvier 2021, 223 personnes sont décédées des suites de l'ingestion de cette substance, auxquelles s'ajoutent 22 décès de personnes qui avaient reçu une prescription dans des années antérieures, ce qui représente environ 0,7 % des décès dans cet État (basé sur le nombre de décès en 2019). Des

114. (en) K. L. Tucker and F. B. Steele, Patient Choice at the End of Life: Getting the Language Right, *Journal of Legal Medicine*, 2007, Vol. 28, n° 3, p. 305-325. DOI: [10.1080/01947640701554427](https://doi.org/10.1080/01947640701554427)

115. *Ibid.*

116. (en) [About Us](https://www.aboutus.org/), sur [deathwithdignity.org](https://www.deathwithdignity.org/), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

117. (en) [Financials](https://www.financials.org/), sur [deathwithdignity.org](https://www.deathwithdignity.org/), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].


118. J. Downie, M. Gupta, S. Cavalli, S. Blouin, Assistance in dying: A comparative look at legal definitions, *Death Studies*, published online 28 May 2021. DOI: [10.1080/07481187.2021.1926631](https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926631)


147 personnes qui ont reçu une prescription en 2020 et qui ne sont pas décédées des suites de l'ingestion selon les données disponibles, 67 sont décédées d'une autre cause, 36 sont décédées sans que l'on sache si elles ont ingéré la substance ou non, et le devenir des 44 personnes restantes est inconnu à ce jour. Les personnes décédées par ingestion du produit létal étaient majoritairement âgées de 65 ans ou plus (81 %) et caucasiennes (97 %). Une personne sur 3 était atteinte de cancer (66 %) ; et pour la première fois depuis l'entrée en vigueur de la loi, les patients atteints de maladies cardiaques (11 %) ont été plus nombreuses que les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (8 %). La plupart des personnes sont décédées chez elles (92 %) et bénéficiaient de soins palliatifs (95 %). Dans 58 % des cas, un médecin (12 %), un professionnel de santé (22 %) ou un bénévole (24 %) était présent au moment de la mort du patient.


Aucune déclaration n'a été transmise par le ministère de la Santé à l'Ordre des médecins pour non-respect des critères en vigueur.

L'intégralité des chiffres de 2020 en Oregon est détaillée dans le [Rapport annuel 23](#) établi par le ministère de la Santé de l'État. Les chiffres antérieurs sont accessibles dans les rapports précédents, sur une [page dédiée](#) du site internet du ministère.

AUX ÉTATS-UNIS, EN BREF

 **Quel contexte ?** La loi fédérale américaine n'autorise ni l'euthanasie ni le suicide assisté, mais elle n'interdit pas le débat démocratique sur le sujet au niveau des États. **Portés par des volontés populaires ou des législateurs volontaires pour ouvrir la discussion sur la question**, dix États et le district de Columbia ne punissent pas le fait pour un médecin de prescrire une dose létale de médicaments à un patient sous certaines conditions.

 **Quelles lois ?** *Oregon Death With Dignity Act* de 1994 (révisée en 2019) ; *Washington Death With Dignity Act* de 2008 ; *Patient Choice and Control at End of Life Act (Vermont)* de 2013 ; *End of Life Option Act (California)* de 2015 ; *Colorado End-of-life Options Act* de 2016 ; *Death with Dignity Act (DC)* de 2016 ; *Our Care Our Choice Act (Hawaii)* de 2018 ; *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act (New Jersey)* de 2020 ; *Maine Death with Dignity Act* de 2019 ; *Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act (Nouveau-Mexique)* de 2021. **Le Montana** l'autorise par jurisprudence depuis 2009. **Les différentes lois s'inspirent de la loi orégonaise**, et définissent peu ou prou les mêmes définitions, critères d'éligibilité, garde-fous, et modalités de contrôle.

 **Quelle aide active à mourir ?** Le **suicide assisté**, entendu comme la possibilité pour les médecins de prescrire des médicaments à des doses létales dans le but d'aider leurs patients à se suicider.

 **Quels critères d'éligibilité ?**

- > Résider dans l'État concerné,
- > Être âgé de 18 ans ou plus et être capable de discernement [« avoir la capacité de prendre et de communiquer ses décisions concernant sa santé aux professionnels » dans le texte],
- > Avoir exprimé son souhait de mourir de manière volontaire, et par écrit,
- > Avoir été diagnostiqué par deux médecins différents d'une maladie en phase terminale, c'est-à-dire susceptible d'entraîner la mort dans un délai de 6 mois.


 **Quels principaux garde-fous ?**


- > Le médecin doit informer le patient de sa situation,
- > Le médecin doit attester du respect des critères d'éligibilité, au moment de la demande et à nouveau au moment de délivrer l'ordonnance,
- > Un deuxième médecin doit attester du respect des critères d'éligibilité.

✚ En cas de suspicion de maladie psychiatrique ou d'affection psychologique comme la dépression, susceptible d'altérer la capacité de discernement et de rendre la demande inéligible, un psychiatre ou un psychologue doit nécessairement être consulté.

Quel contrôle ?

> Chaque ordonnance délivrée et les éléments la motivant doivent être rapportés auprès du ministère de la Santé de l'État concerné par le médecin.

 **Concrètement, qui fait quoi ?** La personne atteinte d'une maladie grave et incurable avec un pronostic vital inférieur à 6 mois fait une demande d'aide active à mourir à un médecin. Ce médecin, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité, en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de faire confirmer le respect des critères d'éligibilité par un deuxième médecin compétent quant à la maladie concernée) puis en rédigeant une prescription pour une solution létale au patient. Il peut, s'il le souhaite, être présent aux côtés du patient lorsqu'il décide de l'ingérer. Le médecin doit déclarer sa prescription et fournir la preuve du respect des critères au ministère de la Santé de l'État.

 **Et aujourd'hui ?** Les questions portent principalement sur les modalités de contrôle de la pratique.

C. Les Pays-Bas

> Historique du débat

Les Pays-Bas ouvrent le débat sur l'euthanasie dès 1973, à la suite d'un jugement rendu à l'encontre d'un médecin ayant administré une substance létale à sa mère alors que cette dernière, atteinte d'une maladie lui causant des souffrances intolérables, le lui demandait de manière répétée. À cette date, l'article 293 du Code pénal néerlandais punit de douze ans d'incarcération le fait de donner la mort à une personne quand bien même elle le demanderait. Le médecin est reconnu coupable par le tribunal de Leeuwarden, mais n'est puni que d'une peine symbolique : une semaine de prison avec sursis et un an de mise à l'épreuve. La Cour estime dans ses délibérations que ce type d'acte peut être considéré comme acceptable dans le cas où le patient demande expressément qu'on mette fin à sa vie, qu'il est atteint d'une maladie incurable, que ses souffrances sont insupportables et que le geste est réalisé par le médecin qui le prend habituellement en charge¹¹⁹.

Huit ans plus tard, en 1981, le tribunal de Rotterdam rend une décision similaire, concernant cette fois-ci une situation d'assistance au suicide. Malgré l'article 294 du Code pénal néerlandais qui condamne le fait d'inciter une personne au suicide ou de lui procurer les moyens de le faire, la Cour donne des conditions supplémentaires dans lesquelles ce type d'acte peut être acceptable. En plus des critères de Leeuwarden, la Cour ajoute

119. (en) H.J.J. Leenen, Euthanasia, assistance to suicide and the law: developments in the Netherlands, *Health Policy*, 1987, Vol. 8, p. 197-206. DOI: [10.1016/0168-8510\(87\)90062-5](https://doi.org/10.1016/0168-8510(87)90062-5)

notamment que la personne doit avoir compris sa situation et envisagé les alternatives, qu'elle estime qu'il n'y a pas d'autre solution raisonnable pour elle, que la décision de l'accompagner ne doit pas avoir été prise seulement par une personne et qu'un médecin doit être impliqué dans le processus¹²⁰.

À la suite de cela, une commission relative à l'euthanasie est créée par le gouvernement pour examiner la possibilité et les conditions d'une éventuelle dépénalisation de l'euthanasie. Avant qu'elle ne rende son rapport, un cas est porté devant le *Hoge Raad*, la Cour suprême du pays, en 1984 lorsqu'un médecin fait appel de sa condamnation pour avoir accédé à la demande d'euthanasie de l'une de ses patientes. Celle-ci avait 95 ans, elle était atteinte d'une maladie chronique sans perspective d'amélioration, et, alors qu'elle avait déjà exprimé sa demande à plusieurs reprises auparavant, un épisode majeur de détérioration où elle perd conscience et ne peut plus boire ni manger conduit la patiente à réitérer sa demande auprès du médecin. Le 27 novembre 1984¹²¹, les juges acquittent le médecin en question en invoquant la notion de force majeure car ils estiment qu'il s'est retrouvé dans un conflit de devoirs médicaux, entre préserver la vie et soulager la souffrance, et qu'il a agi selon une évaluation raisonnable de la situation. Autrement dit, la décision trouve le médecin en état de nécessité quand il a répondu à la demande de sa patiente dans cette situation-là, c'est-à-dire que l'action effectuée, bien que pénalement répréhensible, se trouve justifiée par le fait qu'il servait un intérêt qu'il a objectivement et déontologiquement jugé comme supérieur, à savoir l'allègement de la souffrance insupportable de

120. *Ibid.*

121. (nl) Hoge Raad, [NJ 1985/106](#), 27 novembre 1984, sur [navigator.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

vivre dans cette situation et de la peur de se retrouver dans une situation aggravée du fait de l'évolution de la maladie¹²².

La même année, en 1984, la Société royale néerlandaise pour la promotion de la médecine (KNMG) déclare que l'euthanasie et l'assistance au suicide peuvent être acceptables pour la profession médicale sous certaines conditions, reprises de la jurisprudence* et qui viendront à être connues comme les critères de minutie : une demande qui vient du patient, qui est volontaire et répétée ; une situation médicale sans issue causant une souffrance insupportable sans perspective d'amélioration ; l'implication d'un médecin dans le processus et la consultation d'un autre médecin expérimenté sur la fin de vie. L'année suivante, en 1985, la commission relative à l'euthanasie créée par le gouvernement publie son rapport et recommande en majorité que l'euthanasie et l'assistance au suicide soient exemptées de peines sous certaines conditions, qui sont les mêmes que celles établies par la jurisprudence et reconnues par la KNMG¹²³. La commission propose un amendement détaillé de l'article 293 du Code pénal reprenant ces critères¹²⁴. Celui-ci ne sera pas tout de suite repris dans la législation du fait du refus du Parti chrétien-démocrate, alors au pouvoir, de porter le projet de loi.

Au début des années 1990, une réforme sur la procédure de déclaration des interruptions de vie est discutée, notamment entre le gouvernement et la KNMG afin que tout médecin soit dès

122. (en) S. Gevers, *Euthanasia: law and practice in The Netherlands*, *British Medical Bulletin*, 1996, Vol. 22, n° 2, p. 326-333. DOI: [10.1093/oxfordjournals.bmb.a011547](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011547)

(en) U. de Vries, *A Dutch perspective: the limits of lawful euthanasia*, *Annals of Health Law*, été 2004, Vol. 13, n° 2, p. 365-392. PMID: 15281482

123. (en) M. A. M. de Wachter, *Euthanasia in the Netherlands*, *Hastings Center Report*, mars-avril 1992, Vol. 22, n° 2, p. 23-30. DOI: [10.2307/3562561](https://doi.org/10.2307/3562561)

124. (en) Final report of the Netherlands state commission on euthanasia: an English summary, *Bioethics*, 1987, Vol. 1, n° 2, p. 163-174. DOI: [10.1111/j.1467-8519.1987.tb00025.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1987.tb00025.x)

lors systématiquement obligé de signaler aux autorités les demandes d'euthanasies ou d'assistance au suicide auxquelles il accède, et cela sans qu'il ne soit poursuivi si les critères établis par la jurisprudence et justifiant le recours à l'excuse de force majeure sont réunis. Cette réforme entre en vigueur en 1994¹²⁵.

Les débats parlementaires qui ont suivi et mené à la loi du 12 avril 2001 sont empreints de cet historique et de la jurisprudence puisqu'ils ont davantage porté sur la méthode de contrôle à adopter que sur les conditions de fond, les critères de minutie ayant déjà été discutés, acceptés et appliqués depuis de nombreuses années.

> Que dit la loi ?

La loi néerlandaise du 12 avril 2001 sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide¹²⁶ [*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*] autorise le fait de donner la mort à une personne qui le demande de manière dérogatoire. Elle supprime le caractère illicite de l'euthanasie et du suicide assisté en inscrivant une exception aux articles 293 et 294 du Code pénal néerlandais qui punissent respectivement l'homicide sur demande de la personne et l'incitation au suicide, à la condition que ces actes soient pratiqués par un médecin et que les conditions prévues par la loi soient dûment respectées. Les mêmes conditions sont données pour l'euthanasie et le suicide assisté.

125. S. Gevers, *op. cit.*

126. (nl) [Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding](#), sur *wetten.overheid.nl*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

DÉFINITION

L'article 1 de la loi de 2001 ne revient pas sur la définition de l'euthanasie, nommée dans son titre comme l'interruption de la vie sur demande de la personne, mais elle définit néanmoins l'assistance au suicide comme le fait d'« assister délibérément une autre personne au suicide ou lui fournir les moyens de le faire ».

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

L'article 2 de cette loi vient confirmer les acquis de la jurisprudence en précisant que l'exonération de la responsabilité criminelle d'un médecin qui pratique l'euthanasie ou le suicide assisté se fonde sur le **respect de 6 critères de minutie** : le médecin doit ❶ avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie, ❷ avoir acquis la conviction que les souffrances du patient sont sans perspective d'amélioration et insupportables, ❸ avoir informé le patient de sa situation et de ses perspectives, ❹ être parvenu, en concertation avec le patient et compte tenu de la situation de ce dernier, à la conviction qu'aucune autre solution raisonnable n'était envisageable, ❺ avoir consulté au moins un autre médecin indépendant qui a examiné le patient et donné son avis sur les critères de minutie précédents, ❻ avoir pratiqué l'interruption de la vie avec toute la rigueur médicalement requise.

Dès 2001, le médecin peut accéder à une demande d'aide active à mourir d'un mineur à partir de 12 ans, dont l'on peut penser qu'il est capable* d'évaluer raisonnablement ses intérêts vis-à-vis de l'acte [*tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat kan worden geacht*]. Pour les mineurs de 12 à 16 ans, le consentement des représentants légaux est

requis, et de 16 à 18 ans, les parents ou représentants légaux doivent être associés à la prise de décision.

Le même article précise que si une personne âgée de 16 ans ou plus n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté, mais qu'elle avait rédigé une déclaration contenant une demande d'euthanasie lorsqu'elle était encore considérée comme capable de faire une évaluation raisonnable de ses intérêts vis-à-vis de l'aide active à mourir, le médecin peut accéder à la demande (moyennant le respect des autres conditions prévues par la loi).

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Les articles 3 à 19 de la loi de 2001 détaillent les conditions de contrôle de l'euthanasie et du suicide assisté. Il est prévu que toute euthanasie ou tout suicide assisté soit rapporté par le médecin à la commission régionale de contrôle des euthanasies dont il dépend. Ces commissions régionales sont composées d'un nombre de membres impair et d'au moins un juriste, d'un médecin et d'un spécialiste des questions éthiques (Article 3). La commission est chargée de vérifier le respect de la procédure *a posteriori*, à savoir le respect des critères de minutie sur la base du rapport rédigé par le médecin¹²⁷. La commission peut demander au médecin de compléter son rapport par écrit ou par oral si besoin (Article 8). Le contrôle doit être réalisé dans un délai de six semaines suivant la mort du patient (Article 9). La

127. La loi néerlandaise sur les services funéraires prévoit que dans le cas d'une euthanasie ou d'un suicide assisté, le médecin traitant ne délivre pas de certificat de décès, mais qu'il remplisse un formulaire auquel il joint un rapport motivé sur le respect des critères de minutie (article 7, paragraphe 2 de la loi sur les services funéraires ; modification apportée à la suite de l'adoption de la loi du 12 avril 2001 sur l'interruption de la vie sur demande et de l'aide au suicide).

commission doit alerter les autorités publiques lorsqu'elle estime que le médecin n'a pas respecté l'ensemble des critères de minutie, et celles-ci peuvent ensuite faire le choix de poursuivre le médecin en question (Articles 9 et 10). Les présidents des commissions se réunissent deux fois par an pour discuter de leur méthode et de leur fonctionnement (Article 13). Un rapport conjoint à toutes les commissions doit être rédigé tous les ans, et doit comporter le nombre de cas signalés, leur nature et les jugements rendus (Article 17).

CE QUE LA LOI NE DIT PAS

La loi n'évoque pas la possibilité pour le médecin de refuser la demande. Néanmoins la pratique est dépénalisée pour autoriser un médecin à répondre à la demande de son patient s'il l'estime nécessaire et non pour octroyer un droit au patient : dans cette logique, aucun médecin n'est considéré en principe comme contraint de répondre à la demande. Cela se confirme dans le *Code de déontologie en matière d'euthanasie*¹²⁸, qui indique qu'un médecin peut refuser de pratiquer une aide active à mourir, même si tous les critères de minutie sont remplis. En 2012, une décision de justice indique que si tel est le cas, le médecin doit en informer son patient à un « stade précoce », et cela fait jurisprudence depuis lors. En pratique, le médecin peut ensuite, s'il le souhaite, orienter le patient vers un collègue ou le Centre d'expertise sur l'euthanasie qui peut aider à la mise en relation entre un patient et un médecin.

128. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie. Éclairage de la pratique du contrôle, 2018, p. 9 [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 28 janvier 2021].

> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

Depuis cette loi, le cadre juridique de l'euthanasie n'a pas été modifié. Cependant, plusieurs questions se sont posées et se posent encore sur d'éventuels élargissements de l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté :

• **Le cas des personnes souffrant de troubles psychiatriques.**

La question de l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté pour les personnes dans ce cas s'était déjà posée en 1994 aux Pays-Bas, alors qu'un médecin avait fait appel de sa condamnation auprès de la Cour suprême. Ce médecin avait aidé au suicide l'un de ses patients atteint d'une maladie psychiatrique lui causant des souffrances psychiques insupportables qui demandait à mourir de manière répétée depuis plusieurs années. Tout en rappelant à la plus grande prudence dans ces situations, la Cour suprême a estimé dans sa décision¹²⁹ qu'il serait restrictif de ne considérer que la maladie physique comme critère d'accès à l'aide active à mourir car la cause de la souffrance (physique ou psychique) n'est pas liée à son caractère insupportable. Si le critère de maladie reste essentiel, c'est l'expérience de la souffrance qui fonde la demande d'euthanasie et celle-ci n'est pas déterminée par sa cause. La Cour suprême a également rejeté l'idée qu'un patient atteint d'une maladie psychiatrique ne puisse pas demander volontairement et raisonnablement à mourir, de la même façon que les personnes atteintes de maladie somatique, à moins que son incapacité à décider pour lui-même ait été prouvée cliniquement. Enfin, la Cour Suprême note la nécessité pour le médecin, dans ce cas, de consulter au moins un confrère spécialiste de la maladie afin qu'il rende un

129. (nl) Hoge Raad, [NJ 1994/656](#), 21 juin 1994, sur [navigator.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

avis sur la situation¹³⁰. Dans cette lignée, les critères établis par la loi de 2001 ne restreignent pas l'accès à l'euthanasie et au suicide assisté à la maladie et aux souffrances physiques, ni à la maladie en phase terminale.

Les demandes d'euthanasie de patients souffrant de troubles psychiatriques continuent néanmoins à faire l'objet d'une vigilance particulière. Le *Code de déontologie* en matière d'euthanasie*¹³¹ rappelle, en accord avec les recommandations de l'Association néerlandaise de psychiatrie de 2009 et révisées en 2018¹³², qu'une expertise spécifique est nécessaire dans ces situations. La capacité du patient à exprimer sa volonté quant à sa demande, l'absence de perspective d'amélioration des souffrances et l'absence d'autre solution raisonnable doivent systématiquement être évaluées par le médecin responsable, un consultant et un psychiatre (ou un consultant qui soit aussi psychiatre). Si et seulement si les avis sont concordants, la demande est considérée comme légale. Ajoutons que selon le même *Code de déontologie*, une solution raisonnable est définie comme entraînant une diminution substantielle des souffrances dans un délai court, et que le rapport entre ses avantages et ses inconvénients est acceptable pour le patient. Le refus d'une solution dite raisonnable par le patient peut entraîner le rejet de sa demande d'euthanasie¹³³.

130. U. de Vries, *op. cit.*

131. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Code de déontologie en matière d'euthanasie. Éclairage de la pratique du contrôle, op. cit.*, p. 38-40.

132. (nl) Association néerlandaise de psychiatrie, [*Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*](#) [Interruption de vie sur demande chez les patients atteints de troubles mentaux], 1^{er} septembre 2018, sur [richtlijnendatabase.nl](#), [en ligne, dernière consultation le 16 novembre 2021].

133. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Code de déontologie en matière d'euthanasie. Éclairage de la pratique du contrôle, op. cit.*, p. 22-24.

• **Le critère de *voltooid leven*, ou « vie accomplie* ».** Depuis l'adoption de la loi, la question de l'ouverture de l'euthanasie aux personnes qui estiment leur vie « accomplie », ou « terminée » scinde la société néerlandaise. Il s'agit de personnes en capacité d'exprimer leur volonté, qui, bien qu'elles ne soient pas atteintes de maladies incurables et que leurs souffrances ne soient pas causées par une maladie somatique ou psychique, considèrent avoir terminé leur vie et demandent à mourir. En 2002, la Cour suprême refuse d'accorder l'excuse de force majeure à un médecin ayant aidé l'un de ses patients qui estimait sa vie « accomplie » à se suicider, car l'euthanasie et le suicide assisté ne sont dépénalisés que si les souffrances ont une cause classifiée médicalement. En effet, l'excuse de force majeure sur laquelle sont fondées les exceptions au Code pénal repose dans ces situations sur un conflit de devoirs d'ordre médical, pour un médecin : si la souffrance du patient n'est pas causée par une affection médicale, le médecin n'a pas le devoir de la soulager et ne se trouve pas, de ce fait, confronté à un conflit de devoirs¹³⁴.

En 2014, le débat est relancé et les pouvoirs publics mandatent une Commission consultative, dite « Schnabel » d'après le nom de son président, d'examiner la possibilité d'inclure la « vie accomplie » comme critère d'accès à l'euthanasie et au suicide assisté. Celle-ci rend ses conclusions en 2016¹³⁵ et estime qu'il n'est pas opportun d'ajouter le critère de « vie accomplie » dans la loi au motif d'abord que celle-ci recouvre déjà un grand nombre de ces demandes, les personnes estimant leur vie

134. U. de Vries, *op. cit.*

135. (nl) Commission consultative « *vie accomplie* », *Vie terminée - À propos du suicide assisté des personnes qui considèrent leur vie comme terminée* [Voltooid leven - Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten], 4 février 2016, sur rijksoverheid.nl, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

« accomplie » étant en grande majorité confrontées à la maladie, et ensuite qu'il serait le cas échéant donné une trop grande place à l'autodétermination* des personnes au détriment de la protection que la médecine et la société leur doivent. Un projet de loi séparé de la loi du 12 avril 2001 est tout de même déposé à la fin de l'année 2016 afin d'autoriser un suicide assisté au motif de souffrances insupportables sans fondement médical sous-jacent, mais celui-ci est désavoué en mars 2017 par la Société royale néerlandaise de médecine, « qui rejoint la position de la Commission Schnabel »¹³⁶.

• **Le cas des personnes atteintes de démence***. Deux cas de figure doivent être distingués : les personnes atteintes de démence qui sont encore capables d'exprimer leur volonté concernant l'euthanasie et celles devenues inaptes à l'exprimer. Le premier cas est moins sujet à débat dans le sens où le patient est encore capable d'évaluer ses intérêts et a une compréhension de sa pathologie. Ainsi, les souffrances liées à la perte de ses fonctions physiques et/ou psychiques et à la peur éventuelle de la poursuite de ces dégradations peuvent être reconnues comme insupportables si ressenties et exprimées comme telles, et légitimer la demande d'euthanasie. Le deuxième cas est également prévu par la loi puisque celle-ci permet l'accès à l'euthanasie à une personne qui n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté mais qui en aurait fait la demande par écrit alors qu'elle en était encore capable, en précisant les situations dans lesquelles elle pourrait se retrouver et qui seraient inacceptables pour elle¹³⁷. Cette demande écrite

136. (en) Société royale néerlandaise de médecine (KNMG), *Reflections by the Royal Dutch Medical Association (KNMG) on the 'Government Response and Vision on Completed Life'*, 29 mars 2017, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 3 mars 2021].

137. La demande écrite d'euthanasie d'une personne pour anticiper le cas où elle se retrouverait dans une situation où elle ne pourrait plus exprimer sa volonté est envisagée aux Pays-Bas depuis 1985, la commission relative à l'euthanasie créée par le gouvernement en faisant déjà la proposition dans son rapport.

d'euthanasie, appelée testament de vie, a alors le même statut qu'une demande orale, et le médecin se doit de la respecter une fois que la personne se retrouve dans la situation décrite, ainsi que de respecter l'ensemble des critères de minutie. Cependant, le rapport conjoint des commissions de contrôle en 2019 souligne que ce cas de figure, bien que rare, pose trois questions majeures : est-il possible de préciser le sens d'un testament de vie en interrogeant les proches ou les soignants s'il n'est pas assez clair ? est-il possible pour le médecin d'administrer une prémédication* si nécessaire pour éviter des réactions empêchant la bonne mise en œuvre de l'euthanasie ? et finalement, le médecin doit-il redemander le consentement du patient à l'acte juste avant de le pratiquer ?¹³⁸ Les commissions formulent ces questions alors que pour la première fois, un cas d'euthanasie a été porté devant la Cour suprême : le cas d'un médecin qui avait pratiqué une euthanasie sur une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer qui avait rédigé un testament de vie un an auparavant affirmant sa demande si elle se retrouvait dans cette situation particulière, mais qui, au moment de l'acte, n'était plus en capacité de comprendre ce que signifiait l'euthanasie. La Cour rend sa décision le 21 avril 2020¹³⁹, et les trois questions ci-dessus y trouvent des éléments de réponse. Il est d'abord jugé que le médecin ne peut pas seulement se baser sur les mots écrits mais doit aussi considérer toutes les autres circonstances qui peuvent l'éclairer sur la volonté du patient, ce qui vient notamment aider à s'assurer du respect du premier critère de minutie, la demande volontaire et réfléchie du patient. Le médecin doit ensuite, dans ces situations,

138. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Rapport annuel 2019, 2020, sur euthanasiecommissie.nl*, [[à télécharger en PDF](#), dernier téléchargement le 17 novembre 2021].

139. (nl) Hoge Raad, *NJ 2020/712*, 21 avril 2020, sur *uitspraken.rechtspraak.nl*, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

anticiper un éventuel comportement irrationnel ou imprévisible du patient, ce qui pourrait justifier l'administration d'une prémédication avant l'euthanasie, ce qui participe au respect du sixième critère de minutie, la mise en œuvre de l'euthanasie avec toute la rigueur médicalement requise. Enfin, la Cour juge qu'un entretien préalable au geste pour réinterroger le consentement du patient n'est pas nécessaire si celui-ci n'en comprend pas le sens, dans la mesure où il serait potentiellement davantage source d'inquiétude et d'anxiété. Cela serait alors contraire au sixième critère de minutie. La Cour rappelle aussi la nécessité du respect de l'ensemble des critères de minutie, en accentuant sur celui de la souffrance insupportable causée par la maladie, et que ce sont deux (et non un) autres médecins qui doivent être consultés dans ces situations de démence.

Les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie prennent acte de cette décision dans leur rapport de 2020¹⁴⁰, et adaptent leur *Code de déontologie en matière d'euthanasie* en conséquence. Celui-ci se veut beaucoup plus précis sur la déclinaison du respect des critères de minutie dans le cas des demandes des personnes qui, du fait d'une maladie, ne sont plus en état de faire savoir quelles sont leurs volontés et qui ont rédigé un testament de vie en reprenant et développant les décisions de la Cour suprême¹⁴¹. Les mentions à la nécessité d'un consentement final et d'absence de signes de refus au geste dans ces situations très particulières sont retirées, à la condition intangible que tous les critères de minutie soient dûment respectés. En décembre 2021, dans un document consacré à l'ensemble des décisions en fin

140. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Rapport annuel 2020, 2021*, sur euthanasiacommissie.nl, [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 17 novembre 2021].

141. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, *Code de déontologie en matière d'euthanasie. Nouvelle Version*, 2020 [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 17 novembre 2021].

de vie, la Société royale néerlandaise de médecine ne s'oppose pas à cette évolution à condition que tous les critères de minutie soient réunis et que la situation corresponde scrupuleusement à celle inscrite dans le testament de vie de la personne. L'instance souligne cependant que la retenue des médecins choisissant de ne pas pratiquer l'euthanasie dans ces situations doit être comprise et respectée, et que cela ne doit pas entraver l'accès à des soins de fin de vie pour le patient¹⁴².

• **Les nouveau-nés.** En 2005, l'Association néerlandaise de pédiatrie autorise le protocole de Groningen¹⁴³, qui propose des critères et étapes à suivre pour encadrer l'aide active à mourir des enfants jusqu'à 12 mois. Ce protocole concerne trois catégories de nouveau-nés : ceux qui n'ont aucune chance de survie, ceux qui ont un mauvais pronostic de survie et qui ne peuvent continuer à vivre qu'à l'aide de soins intensifs, et ceux qui sont dans une situation sans issue et qui présentent des souffrances insupportables aux yeux des parents et du corps médical. Dans tous les cas, le diagnostic et le pronostic doivent être certains, il doit être fait état de souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration, les parents doivent consentir à l'aide active à mourir, un autre médecin doit avoir été consulté et l'acte doit être mis en œuvre de manière rigoureuse. Le médecin doit déclarer son acte à un médecin légiste, qui le rapporte à la fois à la commission régionale de contrôle concernée et au procureur du Roi pour vérification du respect des critères. Ceux-ci ne sont pas inscrits dans la loi, mais un médecin n'est pas poursuivi pénalement s'il agit en les respectant.

142. (nl) Société royale néerlandaise de médecine (KNMG), [Beslissingen rond het levenseinde](#), 1^{er} décembre 2021, [en ligne, dernière consultation le 3 janvier 2021].

143. (en) E. Verhagen & P.-J. J. Sauer, The Groningen protocol - Euthanasia in severely ill newborns, *New England Journal of Medicine*, 2005, Vol. 352, n° 10, p. 959-962. DOI: [10.1056/NEJMp058026](#).

• **Les mineurs de 1 à 12 ans.** En 2016, l'Association néerlandaise de pédiatrie s'est positionnée comme favorable au fait que les enfants de 1 à 12 ans puissent demander l'euthanasie dans les mêmes conditions que les mineurs de plus de 16 ans, s'ils sont capables de prendre des décisions pour eux-mêmes. Elle souligne notamment comme problématique le fait qu'un enfant de moins de 12 ans puisse être considéré comme capable de participer à toutes les décisions de santé qui le concernent, mais incapable de demander l'euthanasie du fait de souffrances insupportables causées par une maladie, pour lesquelles aucune autre solution n'est raisonnablement possible. En octobre 2020, le ministre de la Santé néerlandais annonce que va être examinée la possibilité d'autoriser l'euthanasie et le suicide assisté pour ces mineurs, mais le Parlement se dit divisé sur cette question¹⁴⁴.

> Les derniers chiffres

En 2020, 6 938 aides actives à mourir ont été déclarées (ou signalées, selon le vocabulaire utilisé dans le pays) auprès des commissions régionales de contrôle, ce qui représente 4,1 % du nombre total de décès aux Pays-Bas. Une grande majorité a eu lieu par euthanasie (96,6 %). Les personnes étaient principalement atteintes de cancer (64,6 %) et âgées de 60 à 90 ans (79,1 %), conformément à la première cause et à l'âge moyen de décès dans le pays. La majorité des cas ont été suivis et déclarés par des médecins généralistes (82,4 %). L'acte a le plus souvent été réalisé à domicile (81,8 %).

En 2020, 623 déclarations (4,5%) ont été considérées par un ou plusieurs membres des commissions régionales de


144. (en) *Euthanasia proposal readied for children aged 1 to 12*, NL Times, 13 octobre 2020, sur nltimes.nl, [en ligne, dernière consultation le 17 novembre 2021].

contrôle comme génératrices de questionnement, soit parce qu'elles concernaient une maladie de fait considérée comme nécessitant une attention particulière par ces commissions (par exemple les 88 déclarations pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques¹⁴⁵), soit parce que la mise en œuvre de l'aide active à mourir suscitait un questionnement, soit parce que la déclaration fournie par le médecin était trop succincte. Après un examen plus approfondi par la commission régionale concernée, 42 signalements (0,6 %) ont été confirmés comme générateurs de questionnement et il a dû être fait appel à un comité de réflexion plus large ou au médecin ayant déclaré la situation ou au médecin consultant afin d'obtenir des éclaircissements. Au final, 2 situations ont été considérées comme n'ayant pas respecté l'un des critères en vigueur : dans la première, c'est le critère d'indépendance du médecin consultant qui n'a pas été respecté ; dans la deuxième, c'est le critère de la mise en œuvre de l'aide active à mourir avec toute la rigueur médicalement requise qui ne l'a pas été.


L'intégralité des chiffres de 2020 est détaillée dans le [Rapport annuel 2020](#) établi par les Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie. Les chiffres antérieurs sont accessibles dans les rapports précédents, sur la [page dédiée du site internet](#) des commissions. Le détail des jugements détaillés rendus par les commissions est également disponible sur une [page dédiée](#).

145. Ces demandes répondent à des critères et garde-fous spécifiques, comme détaillé dans le paragraphe précédent, « Le cas des personnes souffrant de troubles psychiatriques ».



AUX PAYS-BAS, EN BREF

 **Quel contexte ?** La justice néerlandaise reconnaît le dilemme d'un médecin face à une demande d'euthanasie de la part d'un de ses patients, entre préserver sa vie et soulager sa souffrance insupportable. **Il est estimé que le médecin ne peut être puni s'il répond à la demande car il agit selon ce qu'il pense le mieux pour son patient.** Des critères de minutie minimaux à respecter sont tout de même établis par le juge, qui seront ensuite repris et complétés dans la loi.

 **Quelle loi ?** Loi du 12 avril 2001 sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide. [[*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*](#)]

 **Quelle aide active à mourir ?** L'euthanasie, nommée « interruption de la vie sur demande », et le **suicide assisté**, défini comme le fait « d'assister délibérément une autre personne au suicide ou lui fournir les moyens de le faire ».

 **Quels critères d'éligibilité ?**

- > Être âgé de 12 ans ou plus et être capable de discernement [« considéré comme capable d'évaluer raisonnablement ses intérêts vis-à-vis de l'acte » dans le texte],
 - > Exprimer sa demande de manière volontaire et mûrement réfléchie,
 - > Être atteint d'une maladie incurable,
 - > Subir une souffrance physique ou psychique insupportable et sans perspective d'amélioration du fait de la maladie.
-  La loi ne précise pas à quel terme le pronostic vital doit être engagé.
-  Si la personne n'est plus en capacité d'évaluer raisonnablement ses intérêts et a plus de 16 ans, des critères (et garde-fous) s'ajoutent : avoir rédigé des directives anticipées contenant la demande et une description des circonstances dans lesquelles les directives doivent s'appliquer.

 **Quels principaux garde-fous ?**

- > Le médecin doit informer le patient de sa situation et de ses perspectives, dont les soins palliatifs,
- > Le médecin doit attester du respect des critères d'éligibilité et parvenir à la conviction qu'aucune autre solution n'est envisageable,
- > Un deuxième médecin indépendant doit donner son avis sur le respect des critères d'éligibilité,
- > L'acte doit être pratiqué avec toute la rigueur médicalement requise.

👉 Si la personne a entre 12 et 16 ans : le consentement des représentants légaux est requis ; entre 16 et 18 ans : ils doivent être associés à la prise de décision.

👤 **Quelles recommandations spécifiques pour la pratique ?**

- > Le deuxième médecin indépendant consulté est de préférence choisi sur une liste de médecins de garde pour garantir son indépendance. Si ce n'est pas le cas, le médecin responsable doit s'en expliquer dans son rapport à la commission de contrôle,
- > En cas de maladie psychiatrique seule, doivent être consultés un deuxième médecin et un psychiatre, ou un psychiatre en tant que deuxième médecin.

👤 **Quel contrôle ?**

- > Une commission de contrôle de la pratique est créée dans chaque région, composée chacune d'au moins 1 juriste, 1 médecin et 1 éthicien,
- > Le médecin qui accompagne la demande fournit à la commission concernée un rapport détaillé de la procédure en motivant le respect des critères et garde-fous après avoir pratiqué l'acte,
- > La commission régionale contrôle le respect des critères et garde-fous *a posteriori*.

👤 **Concrètement, qui fait quoi ?** La personne atteinte d'une maladie grave et incurable fait une demande d'aide active à mourir à un médecin. Ce médecin, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité, en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de consulter un deuxième médecin spécialiste de la maladie, de préférence choisi de manière aléatoire sur une liste de garde) puis en administrant ou en prescrivant la substance létale à la personne. Il déclare ensuite son acte en rédigeant un rapport motivé auprès de la commission concernée, qui contrôle le bon respect de la procédure *a posteriori*.

👤 **Et aujourd'hui ?** Les débats concernent le périmètre des critères d'éligibilité – la discussion a notamment porté l'an dernier sur le cas des personnes atteintes de démence et qui auraient exprimé leur demande de manière anticipée – ainsi que leur éventuel élargissement, aux mineurs de 1 à 12 ans par exemple.

D. La Belgique

> Historique du débat

Le débat autour de la légalisation de l'euthanasie en Belgique prend de l'ampleur avec la publication du premier avis du Comité consultatif de Bioéthique national le 12 mai 1997¹⁴⁶. L'euthanasie était alors condamnée à la fois par le Code pénal, qui ne fait pas de différence entre l'homicide volontaire et l'acte de mettre fin à la vie d'une personne à sa demande (Article 392), et par le Code de déontologie médicale*, qui interdit au médecin de provoquer délibérément la mort d'un malade (Article 95) et lui impose de porter assistance morale et médicale au malade se trouvant en phase terminale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité (Article 96)¹⁴⁷.

L'avis du Comité consultatif de Bioéthique portant sur l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie fait la distinction entre la question éthique de la légitimité de l'euthanasie et la question juridique de l'opportunité d'une modification législative. Le constat effectué dans un premier temps de positions et de conceptions éthiques divergentes, voire irréconciliables, au sein du Comité mène celui-ci à établir ensuite quatre propositions différentes de règlement légal de l'euthanasie¹⁴⁸. La première est « une modification législative dépénalisant l'euthanasie » qui se fonde sur l'argument selon lequel la loi doit garantir à tout individu de disposer lui-même de sa vie et de vivre selon ses convictions propres dans le respect

146. Comité consultatif de Bioéthique, *Avis n°1 du 12 mai 1997 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie*, 12 mai 1997, sur health.belgium.be, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

147. J. Herremans, Mourir dans la dignité. La loi belge relative à l'euthanasie, une réponse légale, *Frontières*, Automne 2011/Printemps 2012, Vol. 24, n°s 1-2, p. 73. DOI: [10.7202/1013087ar](https://doi.org/10.7202/1013087ar).

148. Le Comité consultatif de Bioéthique belge ne cherche pas à rendre un avis consensuel sur la question qui lui est posée, mais plutôt à rendre compte des divergences existantes sur le sujet traité.

de celle des autres. Les deuxième et troisième sont « une régulation " procédurale " *a posteriori* de l'euthanasie décidée en colloque singulier » ou « une régulation " procédurale " *a priori* des décisions médicales les plus importantes concernant la fin de vie, y compris l'euthanasie, après consultation collégiale ». Ces deux propositions reposent sur l'idée que, sans légaliser l'euthanasie, le médecin peut être considéré *a priori* ou *a posteriori* par le droit en état de nécessité* lorsqu'il décide de répondre à la demande du malade de mettre fin à ses jours au nom de sa souffrance éprouvée comme insupportable dans le respect de critères précis. La quatrième proposition est « le maintien pur et simple de l'interdit légal contre l'euthanasie », qui repose sur l'argument de la valeur intangible et éminente de la vie d'autrui, et celui de la nécessité de faire toujours primer le droit de vivre en cherchant à soulager la souffrance par d'autres moyens.

Cet avis sert de base pour un débat sur l'euthanasie organisé au Sénat les 9 et 10 décembre 1997, qui révèle entre autres l'intérêt des parlementaires pour les questions de fin de vie¹⁴⁹. Contrairement au Comité consultatif de Bioéthique, les sénateurs doivent viser le compromis, et ces débats se sont soldés par un large consensus en faveur d'une modification de la loi pour autoriser l'euthanasie sous certaines conditions : le cadre de l'euthanasie doit être rigoureusement défini, le patient doit être informé de manière exhaustive par le médecin, et la dépénalisation de l'euthanasie ne doit pas entraver le développement des soins palliatifs et l'accompagnement des mourants¹⁵⁰.

149. Sénat de Belgique, [Séances du mardi 9 et du mercredi 10 décembre 1997](#), *Annales parlementaires* n°s 1-146, 1-147, 1-148, 1-149, sur [senate.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

150. [Euthanasie. Un dialogue au-delà des clivages politiques](#), mars 1998, sur [senate.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

À la suite de ce débat, plusieurs propositions de loi aussi bien sur l'euthanasie que sur les droits du patient et sur les soins palliatifs sont déposées au Parlement. Ces propositions sont le reflet de la volonté du Parlement belge alors en place et de nombre des acteurs de soins palliatifs comme des défenseurs de l'euthanasie de développer conjointement les soins palliatifs et l'euthanasie comme deux manières de prendre en charge la fin de vie¹⁵¹. Les propositions aboutissent en 2002 à trois lois successives : la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Ces trois lois, souvent présentées comme indissociables, affirment notamment le droit d'accès pour tous aux soins palliatifs et ouvrent la possibilité pour ceux qui le demandent d'avoir accès à l'euthanasie sous certaines conditions strictement définies¹⁵².

> Que dit la loi ?

La **loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie**¹⁵³ dépénalise l'euthanasie et donne le cadre dans laquelle le médecin peut la pratiquer et le contrôle dont elle doit faire l'objet. Le Code pénal n'est quant à lui pas modifié.

DÉFINITIONS

La loi définit l'euthanasie comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la de-

151. (en) J. Bernheim, Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?, *BMJ*, 18 avril 2008, Vol. 336. DOI: [10.1136/bmj.39497.397257.AD](https://doi.org/10.1136/bmj.39497.397257.AD)

(en) J. Bernheim, W. Distelmans, A. Mullie, Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?, *Journal of Bioethical Inquiry*, 2014, Vol. 11, p. 507-529. DOI: [10.1007/s11673-014-9554-z](https://doi.org/10.1007/s11673-014-9554-z)

152. J. Herremans, *op. cit.*, p. 73.

153. [Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002](#), sur ejustice.just.fgov.be, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

mande de celle-ci » (Article 2). Cette définition de l'euthanasie est directement reprise de l'avis du Comité consultatif de Bioéthique de 1997. La loi n'est relative qu'à l'euthanasie, le suicide assisté n'est pas traité en tant que tel dans la loi.

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

La loi de 2002 autorise le médecin à pratiquer une euthanasie s'il s'est assuré de **trois conditions essentielles** : ❶ que le patient est « majeur ou mineur émancipé, capable de discernement* et conscient au moment de sa demande », ❷ que « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure », et ❸ que « le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » (Article 3, §1).

De plus, le médecin est dans l'obligation systématique d'informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, d'évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables et les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, et de mener avec lui plusieurs entretiens raisonnablement espacés afin de s'assurer de la persistance de sa souffrance physique ou psychique et de sa volonté réitérée. Ce médecin doit aussi rencontrer l'équipe soignante s'il y en a une, ainsi que les proches si le patient le souhaite. Le médecin doit consulter un deuxième médecin, indépendant et compétent quant à la pathologie concernée, qui doit examiner le patient, évaluer sa demande et rédiger un rapport (Article 3, §2).

Si le médecin est d'avis que le décès du patient n'interviendra pas « à brève échéance¹⁵⁴ », il doit faire appel à un troisième médecin, psychiatre ou spécialiste de la maladie qui doit également rencontrer le patient et évaluer sa demande, puis laisser s'écouler un mois entre la demande et l'euthanasie (Article 3, §3).

La demande doit nécessairement être rédigée par écrit, par le patient lui-même s'il est en état de le faire, ou, s'il ne l'est pas, par une personne de son choix non-héritière. Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical (Article 3, §4).

L'ensemble des conditions décrites à l'article 3 se veulent garantes de la certitude à laquelle doit arriver le médecin que les trois conditions essentielles à la légitimité de la demande du patient sont remplies. Toutes les démarches relatives à la demande sont consignées régulièrement dans le dossier médical du patient.

La loi prévoit également que le majeur ou mineur émancipé puisse consigner par écrit qu'il souhaite qu'un médecin pratique une euthanasie dans le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté et si le médecin constate ❶ « qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable », ❷ « qu'il est inconscient », et ❸ « que cette situation est irré-

154. La loi ne définit pas le terme de « brève échéance ». La Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie considère que le décès n'est pas attendu à brève échéance lorsque que la mort n'est pas attendue dans les semaines ou mois qui viennent, et précise que cela concerne les affections non évolutives ou lentement évolutives. Elle souligne que déterminer la prévisibilité du décès n'est pas chose aisée, et que le médecin en charge du patient est le mieux à même de pouvoir le faire. Les éléments qui ont mené à juger l'échéance plus ou moins proche du décès doivent être retranscrits dans la déclaration transmise à la Commission. Source : Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018 – 2019*, 30 juin 2020, p. 30, sur organes-deconcertation.sante.belgique.be, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

versible selon l'état actuel de la science » (Article 4, §1). Cette déclaration anticipée* doit être signée par deux témoins majeurs, dont au moins un non-héritier. Elle peut être révoquée à tout moment. En 2002, cette déclaration n'est prise en compte que si elle a été rédigée dans les 5 ans précédant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

Le médecin qui pratique l'euthanasie dans ce cas doit consulter un autre médecin afin qu'il constate l'irréversibilité de la situation, ainsi que l'équipe médicale s'il y en a une, la personne de confiance* si la déclaration en désigne une, et les proches désignés par la personne de confiance (Article 4, §2).

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Les articles 5 à 13 de la loi de 2002 concernent la procédure de contrôle de la pratique. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE) (Article 6, §1). Elle est composée de 16 membres, dont 8 docteurs en médecine (et au moins 4 professeurs de médecine) et 8 professeurs de droit ou avocats. Quatre membres doivent être spécialistes de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable, et les membres ne peuvent pas être impliqués dans le gouvernement ou le Parlement (Article 6, §2).

La CFCEE établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie : le premier volet est scellé par le médecin et comporte les données identifiantes du patient et des personnes consultées, et précise s'il existait une déclaration anticipée ; le deuxième volet précise le sexe et l'âge du patient, les date et lieu du décès, la pathologie dont il souffrait, la nature de la souffrance, les raisons pour lesquelles la souffrance a été qualifiée d'inaffable, les

éléments d'évaluation de la demande (caractère volontaire, réfléchi, répété, sans pression extérieure), si le décès aurait eu lieu à brève échéance, l'existence d'une déclaration écrite de volonté, la qualification et l'avis des médecins et autres personnes consultées, et la manière dont l'euthanasie a été effectuée (Article 7).

Dans un délai de deux mois, la CFCEE vérifie le respect des conditions prévues par la loi sur la base du deuxième volet. En cas de doute, elle peut lever l'anonymat et consulter le premier volet. Si elle estime que les conditions n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient (Article 8).

Tous les deux ans, la CFCEE doit effectuer un rapport qui doit contenir à la fois des statistiques basées sur les seconds volets des documents d'enregistrement, ainsi qu'une description et une évaluation de la loi en vigueur. La CFCEE peut également émettre dans son rapport des recommandations concernant l'exécution de la loi (Article 9).

CLAUSE DE CONSCIENCE

L'article 14 précise que la demande d'euthanasie ou la déclaration anticipée n'ont pas de valeur contraignante ni pour le médecin ni pour toute autre personne : « aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie » et « aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie ». Dans ce cas, le médecin est tenu d'en informer le patient en temps utile.

MODIFICATIONS ET AJOUTS

La loi évolue une première fois en 2005 pour préciser que le pharmacien ne commet aucune infraction s'il délivre une substance euthanasiante sur la base d'une prescription dans laquelle

le médecin mentionne explicitement qu'il agit conformément à la loi (Article 3bis).

Le 28 février 2014, la loi a été étendue aux « mineurs dotés de la capacité de discernement » et se trouvant « dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » (Article 3, §1). La souffrance psychique n'est pas reconnue comme critère par la loi pour les mineurs, et cette étendue ne s'applique pas aux jeunes enfants ni aux nouveau-nés puisqu'ils ne sont pas en capacité de discernement.

Dans ces situations, un pédopsychiatre ou un psychologue doit être consulté en supplément afin de s'assurer de la capacité de discernement du mineur et de l'attester par écrit. Les résultats de cette consultation doivent être communiqués aux représentants légaux du mineur. Le médecin doit également s'assurer que les représentants légaux du mineur marquent leur accord sur la demande du patient après avoir été informés de son état de santé, de son espérance de vie et des autres possibilités thérapeutiques et de soins palliatifs (Article 3, §7).

La demande du mineur et l'accord des représentants légaux sont actés par écrit (Article 3, §4).

Le 15 mars 2020, deux points de la loi sont modifiés. Il est premièrement donné à la déclaration anticipée rédigée par le patient une validité à durée indéterminée et non plus de 5 ans (Article 4, §1).

Les modalités d'acceptation et de refus du médecin de pratiquer une euthanasie sont deuxièmement modifiées et précisées. La loi stipule désormais qu'« aucune clause écrite ou non écrite ne

peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales », ce qui vise à empêcher une structure de refuser que l'euthanasie soit pratiquée en son sein par principe, si le patient la demande, qu'il rentre dans les critères fixés par la loi, et que le médecin accepte d'accompagner la demande. Le législateur ajoute que, dans tous les cas, si un médecin refuse sur la base de sa liberté de conscience de pratiquer une euthanasie, il doit en informer le patient ou la personne de confiance au maximum dans les sept jours qui suivent sa demande, puis dans tous les cas lui transmettre les coordonnées d'une association ou d'un centre spécialisé en matière d'euthanasie ou envoyer son dossier médical dans les quatre jours à un médecin désigné par le patient ou la personne de confiance (Article 14).

> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, plusieurs discussions menées par exemple par la Commission de contrôle ou par le Comité consultatif de Bioéthique ont animé et animent encore le débat autour de la pratique de l'aide active à mourir en Belgique :

- **La place du suicide assisté.** La loi belge ne traite pas spécifiquement du suicide assisté. Cependant, comme le souligne la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (CFCEE) dès son premier rapport, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée¹⁵⁵. Si toutes les conditions prévues par la loi sont respectées, l'acte peut être exécuté par injection ou par ingurgitation par le patient de la solution létale

155. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Premier rapport aux Chambres législatives. 22 septembre 2002 – 31 décembre 2003](#), 22 juin 2004, p. 16, sur organesdeconcertation.sante.belgique.be, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

en présence du médecin selon le choix du patient et du médecin. Bien que le deuxième cas puisse être assimilé à un suicide assisté, la CFCEE n'estime pas nécessaire de modifier le texte légal puisque cela créerait plus de confusion que de clarification. Même dans le cas où le patient ingurgite lui-même le produit ou actionne le robinet de la perfusion en présence du médecin, c'est ce dernier qui garde le contrôle du processus de décès jusqu'à son terme¹⁵⁶. Cette précision reprise dans tous les rapports suivants, dont le dernier¹⁵⁷, fait écho à la position du Conseil national de l'Ordre des médecins prise en 2003, au lendemain de l'entrée en vigueur de la loi¹⁵⁸. L'instance affirme alors que sur le plan déontologique, l'aide au suicide peut « être assimilée à l'euthanasie pour autant que soient réunies toutes les conditions prévues par la loi pour pratiquer une euthanasie ». Si les critères sont réunis et que le médecin se procure la substance létale lui-même, qu'elle est absorbée par le patient en sa présence, qu'il reste à ses côtés et qu'il déclare son acte à la CFCEE, l'acte est considéré comme déontologiquement acceptable. L'euthanasie ne se limite pas ici à l'acte mais à ses conditions d'application, de la demande du patient à l'évaluation de la déclaration du médecin.

• Le cas des personnes atteintes de maladies psychiatriques.

Le législateur belge s'est gardé d'établir une liste des maladies qui rentreraient dans le cadre de l'euthanasie, ce faisant, toute maladie grave et incurable entre dans le champ d'application de la loi, y compris les maladies psychiatriques. Cependant, cet accès possible ne va pas sans questionner, comme cela a pu

156. *Ibid.*, p. 24.

157. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [*Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018 – 2019*](#), 30 juin 2020, p. 30, sur [organesdeconcertation.sante.belgique.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

158. Conseil national de l'Ordre des médecins, [*Avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie*](#), 22 mars 2003, sur [ordomedic.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 octobre 2021].

être observé lors de la médiatisation de cas de demandes d'euthanasie de personnes dans ce cas¹⁵⁹. Il est notamment considéré par certains difficile d'attribuer le caractère incurable à une maladie psychiatrique du fait de la multiplicité des traitements possibles, de la diversité des approches thérapeutiques existantes ou du caractère transitoire de certaines affections psychiatriques¹⁶⁰. Saisi à ce sujet, le Comité consultatif de Bioéthique s'appuie notamment sur des recommandations de l'Association néerlandaise de psychiatrie¹⁶¹ pour apporter des éléments de réponse, en retenant le principe selon lequel une maladie psychiatrique peut être considérée comme incurable par un médecin si tous les traitements biologiques indiqués, tous les traitements psychothérapeutiques indiqués et toutes les interventions sociales possibles ont été tentés, sans succès. Le Comité consultatif de Bioéthique note qu'un dissensus persiste néanmoins sur la définition d'un traitement « tenté » : doit-il avoir été mis en œuvre ou avoir été proposé pour être considéré comme tel, et que se passe-t-il en cas de refus du patient de certains traitements ?¹⁶². Pour sa part, l'Association flamande de psychiatrie, entre autres¹⁶³, propose des critères de vigilance supplémentaires lorsque la demande d'euthanasie concerne une maladie psychiatrique, qui sont l'évaluation positive de la demande d'au moins

159. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014 – 2015](#), 9 août 2016, sur [organesdeconcertation.sante.belgique.be](#), [en ligne, dernière consultation le 29 octobre 2021].

160. (en) Claes S. et al, "Euthanasia for psychiatric patients: ethical and legal concerns about the Belgian practice", Conference: Letter to the Editor of BMJ, novembre 2015.

161. (nl) Association néerlandaise de psychiatrie, *op. cit.*

162. Comité consultatif de Bioéthique, [Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques](#), 11 septembre 2017, sur [health.belgium.be](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

163. (en) Monica Verhofstadt, Kristof Van Assche, Sigrid Sterckx, Kurt Audenaert, Kenneth Chambaere, Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2019, Vol. 64, p. 150-161. DOI: [10.1016/j.ijlp.2019.04.004](#)

deux psychiatres, l'évaluation de l'historique des traitements et de la demande, et s'assurer que le patient soit toujours suivi et sous traitement au moment de l'évaluation de sa demande¹⁶⁴. Le Comité consultatif de Bioéthique s'attache également à repréciser la différence entre maladie psychiatrique diagnosticable et souffrance psychique, la deuxième étant la conséquence de la première (tout comme elle peut être une conséquence d'une maladie somatique), tout en regrettant que ces deux termes soient encore trop souvent confondus dans les débats¹⁶⁵.

• **La détermination du délai de réflexion.** Outre la définition du caractère incurable de la maladie psychiatrique, d'autres ont exprimé des craintes à l'idée que l'aide active à mourir puisse être accordée de manière trop laxiste ou rapide aux personnes dans ce cas la demandant¹⁶⁶. La CFCEE s'est emparée de cette question à partir de son septième rapport publié en 2016, en l'étendant à l'ensemble des demandes des personnes atteintes de maladies graves et incurables dont le décès n'est pas prévisible à brève échéance, comme cela est le cas pour les maladies psychiatriques, sauf exceptions. La CFCEE distingue le délai d'attente d'un mois prévu par la loi dans ce cas de figure et le temps de réflexion durant lequel la demande d'euthanasie est formulée et pensée par la personne. Le mois d'attente minimum entre la demande écrite et l'acte d'euthanasie ne correspond pas au temps de la réflexion, qui en pratique commence bien avant la rédaction de la demande. La demande écrite est en cela comme l'aboutissement du processus décisionnel et du cheminement de

164. (nl) Association flamande de psychiatrie, [Zorgvuldige euthanasie?](#), décembre 2017.

165. Comité consultatif de Bioéthique, *Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques*, op. cit., p. 13.

166. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, [Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014 – 2015](#), op. cit., p. 53.

la personne et du médecin pour s'assurer que la demande est réfléchie, rationnelle, réitérée, causée par la maladie, et pour arriver à la conviction que l'euthanasie est la seule et ultime solution pour le malade qui la demande, dans sa situation¹⁶⁷. Ce temps ne peut être exhaustivement mesuré car il n'est pas soumis à des critères quantitatifs. Une étude détaillée du délai d'attente par pathologie sur la base des déclarations des médecins par la CFCEE montre par ailleurs que, pour les maladies psychiatriques (hors démence*), ce délai dure majoritairement entre 2 et 12 mois¹⁶⁸.

• **Les problèmes de santé chroniques comme critère.** En Belgique, le critère de la maladie grave et incurable comme condition nécessaire d'accès à l'euthanasie n'est pas actuellement remis en cause. Le Comité consultatif de Bioéthique est unanime pour dire que l'extension des critères d'éligibilité à l'euthanasie pour répondre à des souffrances sans fondement médical, c'est-à-dire qui ne résulteraient pas directement d'une affection diagnosticable, reviendrait à impliquer la médecine et le médecin au-delà de leur rôle¹⁶⁹. Cependant, le Comité fait part d'un dissensus au sein de ses membres sur le critère de la polypathologie* lorsqu'elle ne concerne pas la combinaison de maladies graves et incurables mais qu'elle renvoie à la combinaison de maux chroniques, notamment les symptômes liés à l'avancée en âge comme des incapacités physiques. Pour les uns, une combinaison de maux pourrait remplir le critère de maladie grave et incurable, bien qu'aucun pris séparément ne constituerait un

167. *Ibid.*, p. 54.

168. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, *Huitième rapport aux Chambres législatives, années 2016 – 2017*, 12 juin 2018, sur organesdeconcertation.sante.belgique.be, p. 49 [en ligne, dernière consultation le 29 octobre 2021].

169. Comité consultatif de Bioéthique, *Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques*, op. cit., p. 65.

fondement médical suffisant, à condition que la polypathologie cause une souffrance physique ou psychique insupportable et inapaisable. Pour les autres, la seule addition de problèmes médicaux n'est pas suffisante pour justifier une demande d'euthanasie, au risque que la vieillesse, du fait des problèmes médicaux entraînant de la souffrance qu'elle peut causer, en vienne à être considérée comme un motif légitime d'accès à l'euthanasie¹⁷⁰.

> Les derniers chiffres

En 2019, 2 656 euthanasies ont été déclarées (ou pratiquées, selon le vocabulaire utilisé dans le pays) auprès de la CFCEE, ce qui représente 2,4 % du nombre total de décès en Belgique cette année-là. Une majorité des déclarations ont été rédigées en néerlandais (77,3 %)¹⁷¹. Tous critères confondus, les personnes étaient, pour une majorité, atteintes de cancer (62,5 %) et âgées de 60 à 90 ans (76,3 %). Les euthanasies ont quasi généralement résulté d'une demande actuelle du patient conscient (99 %), les autres demandes concernant des patients inconscients ayant rédigé une demande anticipée et correspondant aux autres critères en vigueur. Le décès de la personne était attendu à brève échéance dans la plupart des situations (83,1 %). Lorsque le décès n'était pas attendu à brève échéance, un peu moins d'une personne sur deux souffrait de polypathologie, dans le sens où la personne souffrait d'au moins deux affections graves et incurables (47,2 % de ces euthanasies ; 8 % de l'ensemble

170. Comité consultatif de Bioéthique, *Avis n° 73 du 11 septembre 2017 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques*, op. cit., p. 69.


171. La Commission est soumise au principe de confidentialité, et à ce titre, ne peut communiquer sur la nationalité des personnes ayant eu accès à l'euthanasie dans le pays ; elle ne peut que reporter la langue dans laquelle a été écrite la déclaration. Par ailleurs, la Commission ne dispose pas d'éléments ou de moyens pour expliquer la grande disparité entre déclarations en néerlandais et celles en français.

des euthanasies). L'acte a le plus souvent été réalisé à domicile (43,8 %) ou à l'hôpital (38,3 %).


En 2019, 261 déclarations (9,8 %) ont nécessité l'ouverture du volet avec des données identifiantes pour raisons administratives (lieu du décès ou produit utilisé non renseigné par exemple), 215 (8,1 %) pour effectuer de « simples remarques » (non-respect de l'anonymat dans le deuxième volet par exemple), 226 (8,5 %) pour obtenir des précisions sur la procédure suivie ou sur le respect des conditions (le médecin déclarant peut alors être appelé pour apporter des clarifications sur le diagnostic ou le caractère réfléchi de la demande par exemple). Les déclarations faisant état d'une situation particulière telle que l'euthanasie d'une personne née à l'étranger, l'euthanasie suivie d'un don d'organes ou l'euthanasie qui s'est heurtée à des obstacles au sein d'une institution de soin sont systématiquement examinées en profondeur (le détail des chiffres pour ces situations n'est pas donné). Aucune déclaration n'a été considérée comme ne répondant pas aux critères en vigueur et transmises aux autorités.

L'intégralité des chiffres de 2019 est détaillée dans le [Rapport Euthanasie 2020](#) établi par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Les chiffres antérieurs sont accessibles dans les rapports précédents, sur la [page dédiée du site internet](#) de la commission.

EN BELGIQUE, EN BREF

 **Quel contexte ?** Les législateurs belges discutent dans le même temps les sujets de l'euthanasie, des soins palliatifs et des droits des patients, ce qui peut témoigner et favoriser une **approche complémentaire de ces pratiques pour la prise en charge de la fin de vie**.

 **Quelle loi ?** Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie ; révisée en 2005, 2014 et 2020.

 **Quelle aide active à mourir ?** L'**euthanasie**, définie comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ». Non dépénalisé explicitement dans la loi, le **suicide assisté** est dans la pratique également toléré du moment que les critères prévus par la loi sont respectés et que le médecin est présent au moment de l'auto-administration de la substance par la personne.

 **Quels critères d'éligibilité ?**

- > Être capable de discernement [« capable et conscient au moment de la demande » dans le texte],
- > Exprimer sa demande de manière volontaire, réfléchie et répétée, et par écrit,
- > Être dans une situation médicale sans issue, grave et incurable,
- > Faire état d'une souffrance physique ou psychique constante, insupportable et qui ne peut être apaisée du fait de la situation médicale.
- 👉 La loi ne précise pas à quel terme le pronostic vital doit être engagé.
- 👉 Si la personne est mineure et en capacité de discernement, des critères (et garde-fous) spécifiques s'ajoutent : le trouble mental seul ne permet pas l'accès, un pédopsychiatre ou psychologue doit nécessairement être consulté.
- 👉 Si une personne n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté, des critères (et garde-fous) spécifiques s'appliquent : avoir rédigé une déclaration anticipée contenant la demande ; être atteint d'une maladie grave et incurable, être inconscient et être dans une situation irréversible.

 **Quels principaux garde-fous ?**

- > Le médecin doit informer le patient de sa situation et de ses perspectives, dont les soins palliatifs,

> Le médecin doit mener plusieurs entretiens avec la personne pour s'assurer de son éligibilité,

> Un deuxième médecin indépendant et compétent quant à la pathologie concernée doit donner son avis sur le respect des critères d'éligibilité.

👉 Si le décès n'est pas attendu à brève échéance, des garde-fous s'ajoutent : un troisième médecin, psychiatre ou spécialiste de la maladie, doit évaluer la demande, et au moins un mois doit s'écouler entre la demande et l'acte.

Quelles recommandations spécifiques pour la pratique ?


> En cas de maladie psychiatrique seule, deux psychiatres doivent nécessairement être consultés et donner leur aval.


Quel contrôle ?

> Une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie est créée dans le pays, composée de 16 membres, dont 8 docteurs en médecine et 8 professeurs de droit ou avocats,

> Le médecin qui accompagne la demande envoie un formulaire d'enregistrement en deux volets à la CFCEE qui reprend toutes les étapes de la procédure pour attester du respect des critères en vigueur après avoir pratiqué l'acte ([*exemple de formulaire officiel établi par la CFCEE*](#)),

> Elle contrôle du respect des critères et garde-fous *a posteriori*.

 **Concrètement, qui fait quoi ?** La personne atteinte d'une maladie grave et incurable fait une demande d'euthanasie à un médecin. Ce médecin, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité, en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de consulter un deuxième médecin spécialiste de la maladie, ainsi qu'un troisième, psychiatre ou spécialiste, si le décès n'est pas attendu à brève échéance) puis en administrant la substance létale à la personne. Il déclare ensuite son acte en complétant un formulaire d'enregistrement à la CFCEE qui contrôle le bon respect de la procédure *a posteriori*.

 **Et aujourd'hui ?** Les débats concernent d'éventuels élargissements des critères d'éligibilité, notamment aux personnes polypathologiques.

E. Le Luxembourg

> Historique du débat

Au Luxembourg, la question de la dépénalisation de l'euthanasie divise politiques, scientifiques et citoyens, non seulement entre partisans d'un droit à choisir sa mort et défenseurs de la valeur inviolable de la vie, mais également entre ceux concevant les soins palliatifs et l'euthanasie compatibles et les autres arguant nécessaire de faire un choix entre les deux¹⁷²⁻¹⁷³. De fait, le débat luxembourgeois sur l'euthanasie est intrinsèquement lié à celui sur le développement des soins palliatifs, les deux étant systématiquement discutés en même temps aussi bien dans les sphères éthiques que politiques.

Le 25 février 1998, la Commission Nationale d'Éthique (CNE) du Grand-Duché de Luxembourg rend un avis intitulé « L'aide au suicide et l'euthanasie¹⁷⁴ » et note que ce sujet ne peut être examiné sans une réflexion préliminaire sur les soins palliatifs car « un document consacré, en toute première ligne, à la souffrance physique, à l'angoisse et au désespoir des personnes en fin de vie – ou craignant voir, dans certains cas, se prolonger leur souffrance et leur angoisse pendant de longues années – ne peut pas ignorer les perspectives ouvertes par le développement des soins palliatifs¹⁷⁵ ». La CNE justifie ce choix en posant deux hypothèses différentes : les

172. *Deux visions de la dignité humaine*, *Luxemburger Wort*, 17 mars 2019, sur wort.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

173. *Soins palliatifs et euthanasie*, *Actes du colloque du 28 avril 2008, Actes de la Section des Sciences morales et politiques de l'Institut grand-ducal*, vol. XII, 2009, p. 131-222. ISBN : 978-2959979415.

174. Commission Nationale d'Éthique, *L'aide au suicide et l'euthanasie*, *Les Avis de la CNE*, Avis 1/1998, 25 février 1998, sur cne.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

175. *Ibid.*, p. 19.

actes et l'intention de soulager ou d'abrégier une souffrance et ceux de donner la mort peuvent être difficiles à distinguer dans certains cas rares par les médecins pratiquant des soins palliatifs ; ou les questions de l'aide au suicide et de l'euthanasie pourraient perdre de leur importance si des soins palliatifs de haute qualité étaient un jour accessibles à tous¹⁷⁶. En d'autres termes, la position favorable ou non à l'ouverture d'un droit à l'aide au suicide ou à l'euthanasie semble dépendre du fait de considérer ces actes compatibles ou non avec les soins palliatifs. La CNE tranche en 1998 sur la nécessité de développer les soins palliatifs et recommande de ne pas ouvrir de droit légal à la mort¹⁷⁷. Elle admet cependant que du point de vue seulement éthique (et non déontologique ni juridique), le médecin qui, dans des situations extrêmes et dans des conditions restrictives et sérieuses, donne la mort à un patient en stade terminal n'a « rien à se reprocher moralement¹⁷⁸ ».

Le débat politique et législatif est également marqué par l'opposition entre ceux défendant la compatibilité d'une législation sur les soins palliatifs et d'une autre sur l'euthanasie, et ceux affirmant qu'une seule, en l'occurrence sur les soins palliatifs, suffit. C'est en 2002 que sera déposée une proposition de loi sur l'euthanasie et l'aide au suicide¹⁷⁹, puis en 2004 et 2006 que sera successivement déposé et actualisé un projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée* et à l'accompagnement de fin de vie¹⁸⁰⁻¹⁸¹ (qui fait notamment

176. *Id.*, p. 19.

177. *Id.*, p. 84.

178. *Id.*, p. 85.

179. M. Pierrat, *Soins et respect de la personne en fin de vie. Rapport luxembourgeois, Annales droit luxembourgeois*, 2009, p. 190. ISBN : 978-2802728740.

180. *Ibid.*, p. 191.

181. Deux visions de la dignité humaine, *Luxemburger Wort*, *op. cit.*

référence à la sédation palliative^{*182}). En juillet 2007, le Conseil d'État¹⁸³ examine ces textes en même temps et rend son premier avis sur la question. À la lecture des deux textes, le Conseil d'État estime « que l'introduction du principe de sédation palliative* par le projet de loi sous avis retire à la proposition de loi [sur l'euthanasie et l'aide au suicide] sa principale motivation, étant donné que la condition d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration sur laquelle est basée la dépénalisation de l'euthanasie peut être efficacement contrée par la mise en route d'une sédation palliative »¹⁸⁴. Pour le Conseil d'État, le projet de loi relatif aux soins palliatifs rend caduque la proposition de loi sur l'euthanasie.

Le Conseil d'État réitère son avis prônant une incompatibilité entre la proposition de loi sur l'euthanasie et le projet de loi sur les soins palliatifs dans un avis complémentaire en décembre 2007 à la suite d'amendements votés par les députés. Il s'interroge sur la définition d'une situation médicale sans issue comme condition d'accès à l'euthanasie si les possibilités thérapeutiques de la sédation palliative sont encore possibles¹⁸⁵,

182. « Si le médecin constate qu'il ne peut efficacement soulager la souffrance d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'avancer sa fin de vie, il doit l'en informer et recueillir son consentement. » Source : [Projet de loi relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement de fin de vie](#), Article 3, 11 décembre 2008, sur [gouvernement.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

183. « La Constitution luxembourgeoise prévoit que le Conseil d'État ait notamment pour rôle de " délibérer sur tous les projets de loi ou amendements qui pourraient y être proposés ". Le Conseil d'État doit également rendre un avis sur toutes les lois votées par la Chambre des députés dans un délai fixé par la loi, cette procédure agissant comme un second vote, à moins que le Conseil d'État lui-même, en accord avec les députés, accorde une dispense. » Source : [Constitution du Grand-Duché de Luxembourg](#), Article 83bis, sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

184. Conseil d'État, [Deuxième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 7 octobre 2008 sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité et le projet de loi relatif aux soins palliatifs](#), 7 octobre 2008, sur [stradalex.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

185. *Ibid.*, p. 2.

et il souligne l'interférence possible entre le testament de vie*, prévu par la proposition de loi sur l'euthanasie, et la directive anticipée, prévue par le projet de loi sur les soins palliatifs puisque « la coexistence de ces documents ne s'exclut pas mutuellement et peut donc comporter des indications différentes pour une même situation clinique »¹⁸⁶.

Les textes sont néanmoins adoptés par la Chambre des députés le 19 février 2008, à l'unanimité pour les soins palliatifs et à 30 voix contre 26 pour l'euthanasie (3 abstentions et 1 absent)¹⁸⁷. Contrairement aux 30 députés en faveur de la loi sur l'euthanasie, le Conseil d'État ne donne son accord, ni à un texte ni à l'autre puisqu'il les considère toujours incompatibles et estime qu'il ne lui revient pas de choisir entre les deux¹⁸⁸. Trois allers-retours sont encore nécessaires entre la Chambre et le Conseil d'État¹⁸⁹ avant que les députés puissent adopter pour la seconde fois les deux textes le 18 décembre 2008, une nouvelle fois à l'unanimité pour les soins palliatifs et à 31 voix contre 26 (3 abstentions) pour l'euthanasie, et que le Conseil d'État accorde sa dispense de second vote¹⁹⁰⁻¹⁹¹.

186. *Id.*, p. 3.

187. [Le Luxembourg, troisième pays européen à légaliser l'euthanasie](#), *L'essentiel*, 19 février 2008, sur [lessentiel.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

188. M. Pierrat, *Soins et respect de la personne en fin de vie. Rapport luxembourgeois*, op. cit., p. 192.

189. Conseil d'État, *Deuxième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 7 octobre 2008 sur la proposition de loi sur le droit de mourir en dignité et le projet de loi relatif aux soins palliatifs*, op.cit. Conseil d'État, [Troisième avis complémentaire 45.786 du 25 novembre 2008 sur la proposition de loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide](#), 25 novembre 2008, sur [stradalex.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021]. Conseil d'État, [Quatrième avis complémentaire 45.786 et 47.259 du 9 décembre 2008 sur la proposition de loi concernant le droit de mourir en dignité et le projet de loi relatif aux soins palliatifs](#), 9 décembre 2008, sur [conseil-etat.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

190. M. Pierrat, *Soins et respect de la personne en fin de vie. Rapport luxembourgeois*, op. cit., p. 192-193.

191. [Euthanasie : un débat politique qui avait crispé au Luxembourg](#), *Le Quotidien Indépendant Luxembourgeois*, 24 novembre 2019, sur [lequotidien.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

À cette date, l'article 34 de la Constitution du Grand-Duché prévoit que toute loi adoptée par les députés doit être « sanctionnée », ici au sens d'approuvée, et « promulguée » par le Grand-Duc, chef de l'État luxembourgeois, dans les trois mois suivant le vote. Cependant, le Grand-Duc Henri avait fait savoir quelques jours avant le vote qu'il s'opposerait à une loi sur l'euthanasie pour des raisons de conscience¹⁹². Le gouvernement et les députés, en accord avec le Grand-Duc, ont alors entrepris de réviser la Constitution en urgence, afin que le chef de l'État n'ait plus à approuver mais seulement à promulguer les lois votées par la Chambre des députés¹⁹³. La révision de l'article 34 de la Constitution est actée le 12 mars 2009¹⁹⁴, et les lois sur les soins palliatifs et l'euthanasie promulguées le 16 mars 2009, deux jours avant l'expiration du délai de trois mois suivant le vote des deux textes de loi.

> Que dit la loi ?

La **loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide**¹⁹⁵ dépénalise les deux actes et précise le cadre dans lequel ils peuvent être pratiqués. La loi prévoit une modification de l'article du Code pénal relatif au meurtre par empoisonnement, en stipulant que le médecin qui répond à une demande d'euthanasie ou de suicide assisté dans le respect des conditions prévues est exempt de sanctions pénales.

192. *Ibid.*

193. [Projet de révision de l'article 34 de la Constitution déposé à la Chambre des députés, Actualités du gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg](#), 8 décembre 2012, sur [gouvernement.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

194. [Loi du 12 mars 2009 portant révision de l'article 34 de la Constitution](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

195. *Ibid.* Du fait des objectifs de ce dossier, seule la loi relative à l'euthanasie et à l'aide au suicide est ici développée. Pour aller plus loin : [Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie](#), sur [legilux.public.lu](#), [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

DÉFINITIONS

L'euthanasie est entendue comme « l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci », et l'assistance au suicide est entendue comme « le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens de cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci » (Article 1).

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

À l'article 2 sont d'abord listées les **4 « conditions de fond »** nécessaires à l'exonération des charges pénales contre un médecin répondant à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide : ❶ « le patient est majeur, capable* et conscient au moment de sa demande » ; ❷ « la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure » ; ❸ « le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique » ; ❹ « la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit ». Si la personne est dans l'incapacité d'écrire, sa demande peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix en présence du médecin traitant. Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, et, le cas échéant, le document est retiré du dossier médical et restitué au patient (Article 2, §1).

À ces 4 conditions de fond s'ajoutent **7 « conditions de forme »** que le médecin doit respecter avant de procéder à une eutha-

nasie ou à une aide au suicide : ❶ informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, discuter avec lui de sa demande, des possibilités thérapeutiques encore envisageables et des possibilités qu'offrent les soins palliatifs pour arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'à ses yeux, il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation ; ❷ s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient en menant plusieurs entretiens avec lui ; ❸ consulter un autre médecin impartial et compétant quant à la pathologie concernée qui examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et sans perspective d'amélioration de sa souffrance physique ou psychique ; ❹ s'entretenir avec l'équipe soignante, sauf si le patient s'y oppose ; ❺ s'entretenir avec la personne de confiance*, sauf si le patient s'y oppose ; ❻ s'assurer que le patient a eu l'occasion de discuter de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer ; ❼ s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation afin de savoir si des dispositions de fin de vie* au nom du patient y sont enregistrées (Article 2, §2). Toutes les démarches relatives à la demande doivent être inscrites au dossier médical du patient.

L'article 4 est consacré aux « dispositions de fin de vie ». Celles-ci permettent à toute personne majeure et capable de consigner par écrit les circonstances et conditions dans lesquelles elle désire accéder à une euthanasie, dans le cas où elle ne peut plus manifester sa volonté, et si le médecin constate : ❶ « qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » ; ❷ « qu'elle est inconsciente » ; ❸ « et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science ». Ces déclarations peuvent être faites à tout moment (Article 4, §1).

Les dispositions de fin de vie sont envoyées à et enregistrées par la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Elles

peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La Commission est chargée de confirmer la volonté du déclarant auprès de lui directement une fois tous les cinq ans. Si la situation décrite dans les dispositions de fin de vie d'un patient se présente, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si le médecin a connaissance d'une volonté ultérieure à la déclaration écrite révoquant sa volonté de subir une euthanasie (Article 4, §2).

Une euthanasie peut être pratiquée à la suite de dispositions de fin de vie si le médecin constate les trois points énumérés au §1 de l'article 4, et après avoir consulté un autre médecin qui examine le patient et évalue sa situation, ainsi qu'après avoir rencontré l'équipe soignante s'il y en a une, la personne de confiance désignée par les dispositions de fin de vie s'il y en a une, et les proches désignés par la personne de confiance (Article 4, §3).

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Les articles 5 à 13 détaillent le dispositif de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie et de l'aide au suicide. Le médecin qui pratique une euthanasie ou une aide au suicide doit remettre dans les huit jours qui suivent un document d'enregistrement à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (Article 5). Celle-ci est composée de neuf membres, dont trois docteurs en médecine, trois juristes (un avocat, un magistrat et un professeur en droit), un professionnel de santé et deux représentants issus d'une organisation pour la défense des droits du patient (Article 6).

La déclaration à remplir par le médecin est établie par la Commission et comporte deux volets : le premier est scellé par le médecin et comporte les données identifiantes du patient et des personnes consultées, et si le patient avait rédigé des dispositions de fin de vie ; le deuxième détaille s'il existe des dispositions

de fin de vie ou une demande d'euthanasie ou de suicide assisté, l'âge et le sexe du patient, la pathologie dont il souffrait, la nature de la souffrance, les raisons pour lesquelles la souffrance a été qualifiée sans perspective d'amélioration, les éléments d'évaluation de la demande (caractère volontaire, réfléchi, répété, sans pression extérieure), la procédure suivie par le médecin, la qualification et l'avis des médecins et autres personnes consultées, et les circonstances dans lesquelles l'euthanasie ou l'aide au suicide a été effectuée et par quels moyens (Article 7).

La Commission vérifie dans un délai de deux mois si les conditions ont été respectées par le médecin sur la base du deuxième volet de la déclaration. Elle peut choisir de lever l'anonymat et de consulter le premier volet en cas de doute. Si elle estime que les « conditions de forme » n'ont pas été respectées, elle communique sa décision motivée au Collège médical qui doit se prononcer dans un délai d'un mois s'il décide d'engager des poursuites disciplinaires, et si elle estime que l'une des « conditions de fond » n'a pas été respectée, le dossier est transmis au Ministère public luxembourgeois (Article 8).

Tous les deux ans, la Commission doit effectuer un rapport apportant des statistiques basées sur les seconds volets des déclarations, une description et une évaluation de l'application de la loi et le cas échéant, des recommandations sur l'exécution de la loi (Article 9).

CLAUSE DE CONSCIENCE

L'article 15 précise que nul médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, et que nulle personne ne peut être tenue d'y participer. Le médecin doit informer le patient (ou la personne de confiance) de son refus dans les

24 heures qui suivent la demande, et communiquer le dossier médical à un autre médecin désigné par le patient (ou la personne de confiance). La loi ne précise pas sous quel délai cela doit être fait.

MODIFICATIONS ET AJOUTS

Une modification est apportée à la loi en 2019 pour préciser que le décès par euthanasie ou assistance au suicide sera dès lors considéré comme une mort naturelle. Cette clarification est essentiellement faite pour des raisons d'assurance et pour éviter que le corps du défunt n'ait à subir d'autopsie¹⁹⁶.

> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

Depuis la mise en application de la loi, la problématique aujourd'hui au Luxembourg porte sur le manque de connaissance de cette loi¹⁹⁷ :

- **La méconnaissance de l'existence de la loi.** À la demande de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi sur l'euthanasie, un sondage est réalisé en novembre 2019 par l'institut TNS Ilres afin de dresser un bilan après 10 ans d'existence de la loi¹⁹⁸. Ce sondage est mené auprès de 1 006 Luxembourgeois, et il révèle que seulement 4 personnes sur 10 savent que la loi existe au Luxembourg¹⁹⁹, et 36 % se

196. Le décès suite à un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide sera considéré à l'avenir comme une mort de cause naturelle, Actualités du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 11 juillet 2019, sur sante.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

197. P. Jacquemot, L'euthanasie reste une solution méconnue, Luxemburger Wort, 21 janvier 2020, sur wort.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

198. 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, Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018), p. 14, sur sante.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

199. TNS Ilres, Loi sur l'euthanasie – Bilan, novembre 2019, p. 9, sur sante.public.lu, [en ligne, dernière consultation le 28 janvier 2021].

disent bien informés au sujet de l'euthanasie²⁰⁰. Par contraste, le sondage montre notamment qu'une majorité (85 %) est d'avis qu'une loi sur l'euthanasie est une bonne chose²⁰¹, et que 78 % sont favorables à ce qu'il existe une consultation spéciale pour parler des questions de fin de vie²⁰², c'est-à-dire aussi bien de l'euthanasie que des soins palliatifs. La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi note dans son dernier rapport en date que ce sondage, rendu public par voie de presse, a pu participer à une meilleure connaissance de l'existence de la loi sur l'euthanasie et de ses modalités dans le pays²⁰³. Elle souligne également que les membres de la Commission s'impliquent dans des activités de communication pour pallier le manque de connaissance. Par ailleurs, il est noté la nécessité d'inclure dans la formation initiale et continue des professionnels de santé un module sur la gestion de la fin de vie²⁰⁴.

• L'opposition résiduelle entre soins palliatifs et euthanasie.

La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation regrette que certains continuent à opposer les deux démarches, qu'elle rappelle être « complémentaires et utiles ». Elle rappelle notamment que l'euthanasie, au Luxembourg, est envisagée comme un autre moyen de prendre en charge la fin de vie pour des patients qui ne souhaitent pas avoir recours aux soins palliatifs par exemple²⁰⁵.

200. *Ibid.*, p. 11-12.

201. *Id.*, p. 11-13.

202. *Id.*, p. 25.

203. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation, *Sixième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2019 et 2020)*, 29 mars 2021, p. 14, sur sante.public.lu [en ligne, dernière consultation le 17 novembre 2021].

204. *Ibid.*, p. 19-21.

205. *Ibid.*, p. 24.


• **Le cas des personnes atteintes de maladies psychiatriques.** La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation rappelle dans son dernier rapport qu'alors qu'aucune euthanasie n'a été pratiquée à la demande de personnes atteintes de maladie psychiatrique, ces malades bénéficient des mêmes droits que les autres. Leur demande pourrait donc être recevable, à la condition toujours que tous les critères de la loi soient remplis. Aucune recommandation n'est émise en ce sens à ce jour.

> Les derniers chiffres


En 2020, 25 aides actives à mourir ont été déclarées auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation, ce qui représente 0,5 % du nombre total de décès au Luxembourg cette année-là. En 2019, ce sont 16 aides à mourir qui ont été pratiquées. Sur ces deux années, et 41 situations : 39 étaient des euthanasies et 2 des assistances au suicide ; 16 se sont déroulées au domicile et 15 à l'hôpital. Les patients étaient âgés de 38 à 96 ans, et atteints de cancer pour 31 d'entre eux. En 2019 et 2020, le médecin responsable a dû apporter des éclaircissements concernant des imprécisions et des détails administratifs dans 2 situations. Aucune déclaration n'a été considérée comme ne répondant pas aux critères en vigueur et transmises aux autorités.

L'intégralité des chiffres de 2019-2020 est détaillée dans le [Rapport 2019-2020](#) établi par la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Les chiffres antérieurs sont accessibles dans les rapports précédents, sur des [pages internet dédiées](#).



AU LUXEMBOURG, EN BREF

 **Quel contexte ?** Au Luxembourg, le débat s'est rapidement polarisé entre les uns concevant **les soins palliatifs et l'aide active à mourir comme compatibles et complémentaires pour prendre en charge la fin de vie**, et les autres défendant le développement des soins palliatifs comme réponse aux demandes d'aide active à mourir. Les législateurs tranchent en faveur de la première position, en votant à la fois une loi sur les soins palliatifs et une autre sur l'aide active à mourir.

 **Quelle loi ?** Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide ; révisée en 2019.

 **Quelle aide active à mourir ?** L'**euthanasie**, définie comme « l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci », et le **suicide assisté**, défini comme « le fait qu'un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens de cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci ».

 **Quels critères d'éligibilité ?**

- > Être âgé de 18 ans ou plus et être capable de discernement [« capable et conscient au moment de sa demande » dans le texte],
 - > Formuler sa demande de manière volontaire, réfléchie, répétée, et par écrit,
 - > Être dans une situation médicale sans issue, grave et incurable,
 - > Faire état d'une souffrance physique ou psychique constante, insupportable, sans perspective d'amélioration du fait de la situation médicale.
-  La loi ne précise pas à quel terme le pronostic vital doit être engagé.
-  Si une personne n'est plus en capacité d'exprimer sa volonté, des critères (et garde-fous) spécifiques s'appliquent : avoir rédigé une déclaration anticipée contenant la demande ; être atteint d'une maladie grave et incurable, être inconscient et être dans une situation irréversible.


 **Quels garde-fous ?**


- > Le médecin doit informer le patient de sa situation et de ses perspectives, dont les soins palliatifs,
- > Le médecin doit mener plusieurs entretiens avec la personne pour s'assurer de son éligibilité,

- > Un deuxième médecin impartial et compétent quant à la pathologie concernée doit donner son avis sur le respect des critères d'éligibilité,
- > Le médecin doit s'entretenir avec l'équipe soignante et/ou la personne de confiance, sauf si le patient s'y oppose.

Quel contrôle ?

- > Une Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est créée dans le pays, composée de 3 docteurs en médecine, 3 juristes (1 avocat, 1 magistrat et 1 professeur de droit), 1 professionnel de santé et 2 représentants issus d'une organisation pour la défense des droits du patient,
- > Le médecin qui accompagne la demande envoie une déclaration en deux volets à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation qui reprend toutes les étapes de la procédure pour attester du respect des critères en vigueur après avoir pratiqué l'acte,
- > Elle contrôle du respect des critères et garde-fous *a posteriori*.

 **Concrètement, qui fait quoi ?** La personne atteinte d'une maladie grave et incurable fait une demande d'aide active à mourir à un médecin. Ce médecin, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité, en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de consulter un deuxième médecin spécialiste de la maladie) puis en administrant ou en prescrivant la substance létale à la personne. Il déclare ensuite son acte en envoyant un formulaire à la commission de contrôle qui vérifie le bon respect de la procédure *a posteriori*.

 **Et aujourd'hui ?** La problématique concerne l'information au grand public de l'existence de cette loi, et la persistance de l'opposition défendue par certains entre aide active à mourir et soins palliatifs.

F. Le Canada

> Historique du débat

Historiquement, au niveau fédéral, l'euthanasie et le suicide assisté étaient interdits par le Code criminel du Canada, la première à l'article 14²⁰⁶ et le deuxième à l'article 241b²⁰⁷. Le suicide a été décriminalisé en 1972.

L'article interdisant le suicide assisté est contesté une première fois en 1992 auprès de la Cour suprême de Colombie-Britannique par une patiente, Sue Rodriguez, atteinte de sclérose latérale amyotrophique* (SLA). Celle-ci souhaite obtenir le droit d'avoir l'aide d'un médecin pour mettre fin à ses jours au moment de son choix²⁰⁸ et argue que l'article 241b est en contradiction avec son droit « à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne » stipulé à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et des libertés²⁰⁹. Sa requête est rejetée par la Cour suprême et la Cour d'appel de Colombie-Britannique, puis par la Cour suprême du Canada en décembre 1993 à cinq juges contre quatre. Les raisons principales invoquées par les juges majoritaires sont que le respect de la vie est un principe fondamental et consensuel au Canada et qu'autoriser l'aide au

206. « Nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement. » Source : Code criminel, [Article 14](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

207. « Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, que le suicide s'ensuive ou non, selon le cas : [...] aide quelqu'un à se donner la mort. » Source : Code criminel, [Article 241b](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

208. T. Marshall, [Suicide assisté au Canada](#), *L'Encyclopédie canadienne*, 14 novembre 2016, sur [thecanadianencyclopedia.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

209. Charte canadienne des droits et des libertés, [Article 7](#), sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

suicide par un médecin pourrait entraîner des abus, notamment vis-à-vis des personnes vulnérables. Les quatre juges avec une opinion dissidente justifient leur position en avançant notamment l'argument que le Code criminel crée une inégalité puisque les personnes capables de se suicider seules ne sont pas pénalisées, alors que les personnes incapables de le faire par elles-mêmes le sont lorsqu'elles demandent de l'aide²¹⁰.

L'interdiction d'euthanasie est vivement discutée dans l'opinion et par les législateurs à l'occasion de la médiatisation de l'affaire appelée « Robert Latimer ». Celui-ci est accusé en 1993 d'avoir assassiné sa fille lourdement handicapée par exposition au monoxyde de carbone, au prétexte qu'elle souffrait de manière insupportable de sa maladie et de ses comorbidités*. Lui se défend en affirmant avoir agi par compassion pour sa fille, mais il est condamné à la prison à perpétuité pour meurtre au deuxième degré en 1994, la loi ne reconnaissant pas le meurtre par compassion. Plusieurs procédures d'appel sont menées ; il obtient la liberté conditionnelle totale en 2010²¹¹. Notons ici que même dans le cas où l'euthanasie aurait été légale à ce moment-là, la fille de Robert Latimer n'aurait pu y avoir recours avec ce que l'on sait des circonstances dans lesquelles elle est décédée, à savoir qu'elle n'avait pas donné et n'était pas capable de donner son consentement à l'acte²¹².

Le 15 juin 2012, le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté est relancé par une décision du tribunal de Colombie-Britannique qui tranche que l'article 241b (relatif à l'aide au suicide) du Code criminel viole deux articles de la Charte canadienne

210. J. Nicol, M. Tiedemann, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, Bibliothèque du Parlement, p. 5-6, sur lop.parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

211. E. Butts, *Affaire Robert Latimer*, L'Encyclopédie canadienne, 9 septembre 2016 sur the-canadianencyclopedia.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

212. *Ibid.*

des droits et des libertés : l'article 7 qui garantit le « droit à la vie, à la liberté et à la sécurité²¹³ » de chacun, et l'article 15 qui garantit l'égalité des personnes « indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur [...] les déficiences mentales ou physiques²¹⁴ ». Cela fait suite à la saisie du tribunal par les familles de Kay Carter, atteinte d'une sténose rachidienne dégénérative, et de Gloria Taylor, atteinte de SLA²¹⁵. La juge prend une décision différente de celle rendue dans le cas de Sue Rodriguez en 1993 en prenant le même argument que les juges avec une opinion dissidente de l'époque, à savoir que l'interdiction de l'aide au suicide perpétue un désavantage pour les personnes handicapées physiques²¹⁶.

Le 10 octobre 2013, la Cour d'appel de Colombie-Britannique, sur sollicitation du gouvernement local, infirme la décision prise par la juge. Les juges majoritaires affirment que c'est à la Cour suprême du Canada qu'il revient de donner une décision différente de celle rendue dans le cas de Sue Rodriguez, c'est-à-dire de décider qu'il y a violation de l'article 241b du Code criminel dans les cas de Kay Carter et de Gloria Taylor²¹⁷.

L'affaire arrive devant la Cour suprême du Canada un an plus tard, le 15 octobre 2014. Les discussions à la Cour ont lieu dans un contexte marqué par l'évolution du contexte national et international : depuis 1992 et l'affaire Sue Rodriguez, le Québec a adopté une loi sur les soins de fin de vie (*cf.* ci-dessous,) « le cas particulier du Québec ») et les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg et trois États des États-Unis ont adopté des lois autorisant l'eutha-

213. Charte canadienne des droits et des libertés, *Article 7*, *op. cit.*

214. Charte canadienne des droits et des libertés, *Article 15*, sur laws-lois.justice.gc.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

215. T. Marshall, *Suicide assisté au Canada*, *op. cit.*

216. J. Nicol, M. Tiedemann, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, *op. cit.*, p. 7.

217. *Ibid.*

nasie et/ou le suicide assisté. La Cour suprême du Canada rend sa décision le 6 février 2015, et juge que les articles 241b (relatif à l'aide au suicide) et 14 (relatif à l'euthanasie) portent atteinte au « droit à la vie, à la liberté et à la sécurité » : la prohibition de l'euthanasie et du suicide assisté prive certaines personnes de la vie car elle a « pour effet de forcer certaines personnes à s'enlever prématurément la vie, par crainte d'être incapables de le faire lorsque leurs souffrances deviendraient insupportables²¹⁸ » ; la prohibition prive les personnes atteintes de « problèmes de santé graves et irrémédiables » d'une « possibilité de prendre des décisions relatives à leur intégrité corporelle et aux soins médicaux et elle empiète ainsi sur leur liberté »²¹⁹ ; et la prohibition, « en laissant des personnes comme Mme Taylor subir des souffrances intolérables, empiète sur la sécurité de leur personne²²⁰ ». Cette décision est essentiellement basée sur les principes de la protection de l'autonomie* et de la dignité de la personne²²¹. La demande d'aide médicale à mourir*, qui englobe ici les demandes d'euthanasie et de suicide assisté, est envisagée comme une décision que peut prendre la personne atteinte de problèmes de santé graves et irrémédiables au nom de son autonomie et de sa dignité au même titre que la demande de sédation palliative*, la demande de retrait d'un équipement médical de maintien en vie, ou le refus d'une alimentation et une hydratation artificielles²²².

À la suite de sa décision, appelée « arrêt Carter » ou « arrêt Carter c. Canada », la Cour suprême du Canada accorde un an au Parlement pour préparer un projet de loi sur l'aide médicale

218. *Carter c. Canada*, § 57-63, citation §57, 6 février 2015, sur scc-csc.lexum.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

219. *Ibid.*, § 64-69, citation §66.

220. *Id.*, §66.

221. *Id.*, §64.

222. *Id.*, §66.

à mourir. Le comité émanant du Parlement pour étudier cette question rend son rapport comportant ses recommandations en février 2016²²³. En juin 2016, le Parlement adopte une loi fédérale sur l'aide médicale à mourir sous certaines conditions, qui reprend la plupart de ces recommandations.

> Que dit la loi ?

La **loi canadienne modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)** est adoptée le 17 juin 2016²²⁴. La loi « crée des exemptions à l'égard des infractions d'homicide coupable, d'aide au suicide et d'administration d'une substance délétère, dans le but de permettre aux médecins et aux infirmiers praticiens* de fournir l'aide médicale à mourir et aux pharmaciens ainsi qu'à d'autres personnes de leur porter assistance à cette occasion », elle précise les critères d'éligibilité et les modalités de contrôle (Sommaire).

Des exemptions sont apportées aux articles 14 et 241b du Code criminel : un article 227 est inséré au Code criminel pour instruire que le médecin, l'infirmier praticien* ou toute personne aidant le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir à une personne conformément à la loi ne participe pas à un homicide ; un alinéa est ajouté à l'article 241b pour exempter de peine le médecin ou l'infirmier praticien qui fournit l'aide médicale à mourir, le pharmacien qui délivre une substance sur ordonnance, la personne aidant le patient à s'administrer la substance prescrite et toute personne fournissant des renseignements au patient s'ils agissent conformément aux conditions prévues par la loi.

223. Parlement du Canada, *L'aide médicale à mourir : une approche centrée sur le patient*, février 2016, sur parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

224. *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, sur laws-lois.justice.gc.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

DÉFINITIONS

L'article 241.1 énonce les définitions des termes utilisés dans la loi et particulièrement celui d'« aide médicale à mourir ». Le législateur l'entend ici comme « selon le cas, le fait pour un médecin ou un infirmier praticien : a) d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort ; b) de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort » (241.1). En d'autres termes, cette loi dépénalise au niveau fédéral à la fois l'euthanasie et le suicide assisté.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

La loi de 2016 dispose qu'une personne est éligible à recevoir l'aide médicale à mourir si elle : ❶ a droit à des soins de santé financés par le Canada, ❷ est âgée de 18 ans ou plus et capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé, ❸ est affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables, ❹ a fait une demande volontaire d'aide médicale à mourir, et ❺ consent de manière éclairée à recevoir l'aide médicale à mourir après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs (241.2 §1).

Le texte de 2016 précise qu'une personne est atteinte de problèmes de santé graves et irrémédiables si : ❶ elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable, ❷ sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités, ❸ ce dont elle est atteinte ou sa situation médicale lui cause des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables, et ❹ sa mort naturelle est devenue raisonnablement

prévisible compte tenu de sa situation, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie (241.2 §2).

Le médecin ou l'infirmier praticien est soumis à des obligations avant de fournir l'aide médicale à mourir. Il doit être d'avis que la personne est éligible à recevoir l'aide médicale à mourir, s'assurer que sa demande a été rédigée par écrit et signée par et en présence de deux témoins indépendants, et s'assurer que la personne a été informée qu'elle pouvait révoquer sa demande à tout moment. Il doit s'assurer de l'obtention d'un avis écrit d'un autre médecin ou d'un autre infirmier praticien indépendant confirmant le respect des critères d'éligibilité, et s'assurer qu'au moins dix jours se sont écoulés entre le jour de la demande écrite et le jour où l'aide médicale à mourir est fournie – ce délai pouvant être écourté si la mort ou la perte de capacité à donner son consentement du patient est jugée comme imminente. Il doit enfin donner la possibilité à la personne de retirer sa demande et s'assurer qu'elle donne un consentement final, c'est-à-dire son consentement immédiatement avant la réalisation de l'acte ; et si la personne éprouve de la difficulté à communiquer, prendre les mesures nécessaires afin qu'elle puisse comprendre les renseignements fournis et faire connaître sa décision (241.2 §3).

Si la personne qui demande l'aide médicale à mourir est dans l'incapacité de signer la demande écrite, un tiers de plus de 18 ans non-héritier peut le faire à sa place, en sa présence et selon ses directives (241.2 §4). Les témoins indépendants ne doivent notamment pas être héritiers de la personne ou membres du personnel hospitalier (241.2 §5). L'indépendance des médecins ou des infirmiers praticiens qui donnent leur avis sur la demande se traduit par le fait de ne pas être héritiers de la personne et de ne pas être liés à elle par le travail ou d'une autre façon qui porterait atteinte à leur objectivité (241.2 §6).

CLAUSE DE CONSCIENCE

Aucun médecin ou infirmier praticien n'est obligé à fournir ou à aider à fournir l'aide médicale à mourir (241.2 §9). Aucune indication sur le transfert du dossier ou un délai sous lequel le patient devrait être réorienté n'est donnée.

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Les articles 241.3 et 241.4 énoncent les peines encourues si toutes les conditions ne sont pas respectées.

Le médecin ou l'infirmier praticien qui reçoit une demande écrite d'aide médicale à mourir doit fournir à la personne les renseignements exigés (241.31 §1). Le ministère de la Santé est chargé d'établir les règles sur la fourniture, la collecte et l'utilisation de renseignements relatifs aux demandes ou aux prestations de l'aide médicale à mourir qu'il estime nécessaires pour surveiller la pratique (241.31 §3).

La loi de 2016 prévoit qu'un examen soit lancé six mois après son adoption sur les questions portant sur les demandes d'aide médicale à mourir faites par les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes où la maladie mentale est la seule condition médicale invoquée ; et qu'un rapport soit fourni au Parlement au plus tard deux ans après le début de l'examen (Examen indépendant, 9.1 §1 et §2). La loi de 2016 prévoit également que les dispositions qu'elle énonce soient soumises à l'examen d'un comité parlementaire cinq ans après son adoption (Examen de la loi, 10 §1).

Jusqu'en 2018 et l'entrée en vigueur du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*, les gouvernements provinciaux communiquaient les données locales sur l'aide médicale à mourir sur la base du volontariat. Le Règlement

établi par le ministère de la Santé le 27 juillet 2018 régit la fourniture, la collecte et la publication des renseignements sur l'aide médicale à mourir²²⁵. Il précise qui doit fournir les renseignements, à qui, lesquels et sous quelle forme ; il précise également qui les contrôle (Articles 3 à 11 et Annexes 1 à 7). Le ministre fédéral de la Santé doit publier un rapport sur ces renseignements au moins une fois par an (Article 13).

MODIFICATIONS ET AJOUTS

La loi de 2016 est modifiée 5 ans plus tard, dans les suites d'une décision de la Cour supérieure du Québec qui tranche en faveur de deux Québécois, Jean Truchon et Nicole Gladu, atteints de maladies dégénératives incurables et qui se voyaient refuser l'aide médicale à mourir alors qu'ils la demandaient, du fait que leur mort n'était pas « raisonnablement prévisible » (critère fédéral) ou qu'ils n'étaient pas considérés comme « en fin de vie » (critère québécois, cf. ci-dessous, « le cas particulier du Québec »). Le 11 septembre 2019, la Cour juge que ces critères sont inconstitutionnels et inopérants²²⁶. Dans cette décision, la Cour réfute notamment l'argument selon lequel le retrait du critère de « mort raisonnablement prévisible » entraînerait une augmentation déraisonnable du nombre de demandes d'aide médicale à mourir, principalement de la part des plus vulnérables car cela les inciterait à mettre fin à leur vie. Elle s'appuie pour cela sur l'expérience des Pays-Bas²²⁷ ainsi que sur le caractère démontré comme suffisant des autres critères et mesures de sauvegarde pour préserver

225. *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*, sur laws-lois.justice.gc.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

226. *Truchon c. Procureur général du Canada*, sur citoyens.soquij.qc.ca, [en ligne, dernière consultation le 10 décembre 2021].

227. *Ibid.*, §371.

de ce risque²²⁸. Elle ajoute que le retrait de ce critère spécifique reviendrait à ouvrir un droit à des personnes alors discriminées, tandis que la décision de le laisser ou de le retirer n'affecterait pas les personnes considérées comme vulnérables. La décision n'est pas contestée en appel ; la loi fédérale doit être modifiée. Le gouvernement fédéral mène une consultation nationale sur le sujet en janvier et février 2020²²⁹, aboutissant au dépôt d'un projet de loi proposant des modifications à la loi du 17 juin 2016 le 24 février 2020²³⁰. Après révision et amendements par les deux chambres du Parlement (et un délai rallongé du fait entre autres de la crise sanitaire liée à la Covid-19), les modifications sont adoptées et entrent en vigueur immédiatement, soit le 17 mars 2021²³¹.

MODIFICATIONS DES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Le critère selon lequel la mort naturelle de la personne demandeuse doit être « raisonnablement prévisible, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie » est abrogé ; tous les autres critères d'éligibilité restent inchangés (241.2 §1, §2).

Une précision selon laquelle la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap grave et incurable est ajoutée (241.2 §2.1). Il est prévu dans la loi que cette précision soit abrogée deux ans plus tard, afin de donner du temps au gouvernement et aux professionnels d'établir des

228. *Ibid.*, §618-622.

229. [Rapport de ce que nous avons entendu : Une consultation publique sur l'aide médicale à mourir](#), mars 2020, sur [justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 13 décembre 2021].

230. Chambre des communes du Canada, [Projet de loi C-7. Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), première lecture le 24 février 2020, sur [parl.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

231. [Loi modifiant le Code criminel \(aide médicale à mourir\)](#), 17 mars 2021, sur [laws-lois.justice.gc.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 10 décembre 2021]

recommandations et des mesures de sauvegarde spécifiques pour prendre en charge ces demandes (par exemple le recours systématique à un psychiatre dans ces situations) (Examen indépendant 3.1). En d'autres termes, les personnes atteintes de maladie mentale pourront avoir accès à l'aide médicale à mourir à partir du 17 mars 2023, sous réserve que tous les autres critères d'éligibilité et mesures de sauvegarde soient respectés.

MODIFICATIONS DES GARDE-FOUS

Les mesures de sauvegarde sont différenciées selon les situations. Les obligations pour le médecin ou l'infirmier praticien restent les mêmes dans les cas où la mort naturelle de la personne éligible est « raisonnablement prévisible », à l'exception du fait que ce n'est plus qu'un seul témoin qui est requis pour la demande écrite, et que le délai de dix jours entre la demande écrite et l'acte est abrogé (241.2 §3). Des mesures sont ajoutées dans le cas où la mort naturelle n'est pas prévisible : elles sont les mêmes que pour la précédente situation, et il est ajouté qu'un médecin ou infirmier praticien possédant une expertise sur la condition à l'origine des souffrances de la personne doit être consulté (soit le responsable, soit le deuxième médecin ou infirmier praticien, soit un troisième) ; le médecin ou l'infirmier praticien doit s'assurer que la personne a été informée des moyens et des autres professionnels existants pour soulager ses souffrances, qu'ils en ont discuté ensemble, qu'on lui a proposé de les rencontrer et qu'elle les a sérieusement envisagés ; il doit être assuré qu'au moins 90 jours se sont écoulés entre le jour de la première évaluation de la demande et celui où l'aide médicale à mourir sera fournie (ce délai pouvant être écourté si la perte de capacité de la personne à consentir est jugée comme imminente) (241.2 §3.1).

Dans les cas où la mort naturelle de la personne est raisonnablement prévisible, la loi ouvre une possibilité de renonciation au consentement final, c'est-à-dire la nécessité pour la personne de donner son consentement immédiatement avant la réalisation de l'acte. Pour cela, des conditions spécifiques doivent être réunies (outre la mort naturelle raisonnablement prévisible) : avant la perte de la capacité de la personne à donner son consentement final, ❶ les mesures de sauvegarde correspondantes et les critères d'éligibilité doivent avoir été respectés, ❷ la personne avait conclu avec le médecin ou l'infirmier praticien qui pratiquera l'acte une entente par écrit « selon laquelle il lui administrerait à une date déterminée une substance pour causer sa mort », et qu'elle « avait consenti dans l'entente à ce que, advenant le cas où elle perdait, avant cette date, la capacité à consentir [au sens de consentement final] à recevoir l'aide médicale à mourir, il lui administre une substance à cette date ou à une date antérieure pour causer sa mort », ❸ que la personne ait effectivement perdu la capacité à donner son consentement final à l'aide médicale à mourir, ❹ qu'elle ne manifeste pas de signe (paroles, sons, gestes) de refus à l'acte sauf si celui-ci est involontaire en réponse à un contact, ❺ que l'aide médicale à mourir est administrée selon les conditions de l'entente écrite (241.2 §3.2, 3.3).

La nécessité du consentement préalable et de l'absence de signe de refus manifeste est réaffirmée (241.2 §3.4), et il est précisé, dans le cas de l'auto-administration, que le médecin peut administrer une autre substance si la personne n'est pas déçédée des suites de l'ingestion de la première, qu'elle a perdu sa capacité à donner son consentement final et s'il y avait une entente écrite préalable entre eux (241.2 §3.5).

MODIFICATIONS DES MODALITÉS DE CONTRÔLE

Les modalités de contrôle de la pratique sont enrichies (241.31) : des renseignements complémentaires sont demandés notamment sur les évaluations préliminaires d'une demande, ce qui devra entraîner une actualisation du *Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir*.

Outre l'examen prévu à propos des recommandations à établir pour les demandes d'aide médicale à mourir de personnes atteintes de maladie mentale, un examen approfondi doit être mené à propos de plusieurs questions, dont les mineurs matures et les demandes anticipées comme en 2016, mais aussi la situation des soins palliatifs dans le pays et la protection des citoyens handicapés. Le comité composé de parlementaires doit commencer le travail dans le mois suivant l'entrée en vigueur de la loi et rendre son rapport sous un an (Examen, 5).

> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

Plusieurs questions sur les conditions d'éligibilité à l'aide médicale à mourir restent en suspens aujourd'hui au Canada. La loi de 2016 prévoyait que la question de l'ouverture du droit à l'aide médicale à mourir dans trois cas soit examinée six mois après sa mise en vigueur : le cas des mineurs matures, celui des demandes anticipées et celui des demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Le Conseil des académies canadiennes (CAC), sur demande du gouvernement fédéral, a mis en place trois groupes de travail en décembre 2016²³². En attendant les conclusions du nouveau comité dédié à l'examen de la loi et des situations particulières, rappelons les

232. M. Tiedemann, *L'aide médicale à mourir au Canada après l'arrêt Carter c. Canada*, Bibliothèque du Parlement, 2019, p. 6, sur lop.parl.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

conclusions du CAC sur la question des mineurs matures, non abordée dans la loi de 2021 :

- **Le cas des mineurs matures**²³³⁻²³⁴. Il est entendu par ce terme « tous les mineurs capables de prendre des décisions en matière de soins de santé », et aucun critère d'âge n'est défini. Le premier groupe de travail estime que le manque de données sur ce sujet dans le monde ne permet pas de trancher sur la question à ce stade²³⁵. Il met néanmoins en avant la nécessité d'établir des garde-fous spécifiques (évaluation de la demande par une équipe pluridisciplinaire ou critère de la fin de vie par exemple) dans le cas éventuel où cette ouverture serait rediscutée²³⁶.

Le deuxième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada publié en 2020 insiste sur l'importance de l'examen continu par les parlementaires des évolutions législatives prévues par la loi afin de garantir que tous les moyens ont été mis à disposition des professionnels pour qu'ils puissent répondre sereinement et de manière uniforme aux nouvelles demandes²³⁷.

> Les derniers chiffres

En 2020, 7 595 aides actives à mourir ont été déclarées auprès des ministères concernés, ce qui représente 2,5 % du nombre

233. Groupe de travail du comité d'experts sur l'AMM pour les mineurs matures, *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures*, Conseil des académies canadiennes, 2018, sur rapports-cac.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

234. *L'état des connaissances sur l'aide médicale à mourir pour les mineurs matures, les demandes anticipées et les demandes lorsqu'un trouble mental est le seul problème médical invoqué. Sommaire des rapports*, Conseil des académies canadiennes, 2018, p. 5-17, sur rapports-cac.ca, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

235. *Ibid.*, p. 15-16.

236. *Id.*, p. 14-15.

237. Santé Canada, *Deuxième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada. 2020*, juin 2021, sur canada.ca, [en ligne, dernière consultation le 13 décembre 2021].

total de décès au Canada. Les personnes étaient principalement atteintes de cancer (69,1 %) et âgées de 65 ans et plus (80,3 %). Dans la majorité des cas, l'aide médicale à mourir a été administrée par un médecin de famille (68,1 %), et réalisée à domicile (47,6 %) ou à l'hôpital (28 %). De ces 7 595 personnes, 6 115 (82,8 %) ont bénéficié de soins palliatifs, dont plus de la moitié (55 %) pendant plus d'un mois ; et parmi les 1 099 (14,9 %) qui n'en ont pas bénéficié, 973 (88,5 %) y aurait eu accès si elles l'avaient souhaité ; pour 170 (2,3 %), la donnée selon laquelle elles ont reçu ou non des soins palliatifs n'est pas connue.

Plus largement, ce sont 9 375 demandes écrites d'aide à mourir qui ont été recensées en 2020. En ce qui concerne les demandes qui n'ont pas abouti au décès par aide médicale à mourir, dans 12,7 % des cas la personne est décédée avant de la recevoir, dans 6 % des cas la demande a été jugée inadmissible (incapacité de la personne à prendre des décisions concernant sa santé par exemple) et dans 2,5 % des cas la personne a retiré sa demande.

Le ministère ne fait mention d'aucun cas porté devant la justice pour non-respect des critères en vigueur.

L'intégralité des chiffres de 2020 est détaillée dans le [Rapport annuel 2020](#) établi par le ministère de la Santé fédéral Santé Canada, qui s'appuie sur l'ensemble des chiffres rapportés par les ministères provinciaux et territoriaux. Les chiffres antérieurs sont accessibles dans les rapports précédents, sur la [page dédiée](#) du site de Santé Canada.

> Le cas particulier de la province du Québec

Dans la mise en œuvre de l'aide médicale à mourir au niveau fédéral, une place prépondérante est laissée aux autorités provinciales qui ont la tâche d'adapter au mieux la loi pour qu'elle réponde aux exigences de leur population. La province du Québec n'a néanmoins pas attendu la loi fédérale pour autoriser l'euthanasie en son sein.

En 2009, le Collège des médecins du Québec a publié une réflexion visant à replacer le débat sur l'euthanasie dans le débat plus général des « soins appropriés en fin de vie »²³⁸, les soins étant considérés comme appropriés lorsqu'ils résultent d'un processus décisionnel bien mené : le médecin propose, le patient accepte, refuse ou propose autre chose, le médecin accepte d'accéder à la demande, refuse ou propose autre chose, et ainsi de suite. Par cette réflexion, l'idée est de considérer l'euthanasie comme un soin de fin de vie soumis au même processus décisionnel que les décisions d'arrêt des soins par exemple.

Plusieurs rapports commandés par le gouvernement du Québec s'ensuivent²³⁹, et l'euthanasie, alors considérée comme faisant partie du continuum de soins dans certaines circonstances, est intégrée au projet de loi sur les soins de fin de vie présenté à l'Assemblée nationale du Québec le 12 juin 2013²⁴⁰.

238. Collège des médecins du Québec, [Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie](#), 16 octobre 2009, p. 1, sur [cmq.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

239. (en) The Royal Society of Canada Expert Panel, [End-of-Life Decision Making](#), novembre 2011, sur [eoldev.law.dal.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 13 décembre 2021].

(en) Select Committee on Dying with Dignity, [Report](#), mars 2012, sur [eoldev.law.dal.ca](#), [en ligne, dernière consultation le 13 décembre 2021].

240. J. Nicol, M. Tiedemann, *L'euthanasie et l'aide au suicide au Canada*, op. cit., p. 9.

La loi concernant les soins de fin de vie²⁴¹ est adoptée le 5 juin 2014. Elle régit les droits des personnes de même que l'organisation et l'encadrement des soins de fin de vie (Article 1) tels que le droit d'accès aux soins palliatifs (Article 4) et le droit au refus de soin (Article 5). Elle consacre un chapitre aux « exigences particulières relatives à certains soins de fin de vie » (Chapitre IV) dont font partie la sédation palliative* (Articles 24 et 25) et l'aide médicale à mourir (Articles 26 à 32).

Concernant l'aide active à mourir, les différences avec la loi fédérale qui sera adoptée deux ans plus tard sont qu'elle utilise le critère de « fin de vie » (et non de « mort naturelle raisonnablement prévisible ») (Article 26), que la personne demandeuse doit être atteinte d'une « maladie grave et incurable » (et non d'une « maladie, d'une affection ou d'un handicap grave et incurable ») (Article 26), qu'elle n'autorise que l'euthanasie (et non pas aussi le suicide assisté) (Article 30), et que seuls les médecins sont autorisés à pratiquer l'aide médicale à mourir (et non aussi les infirmiers praticiens).

Depuis le jugement rendu par la Cour supérieure du Québec à propos des affaires Truchon et Gladu le 11 septembre 2019²⁴² et la décision du gouvernement du Québec de ne pas faire appel, le critère selon lequel la personne demandeuse doit être en « fin de vie » est devenu inopérant car inconstitutionnel. En d'autres termes, l'aide médicale à mourir peut dès lors être demandée par des personnes dont la maladie n'entraîne pas leur mort à courte échéance, et à la condition que tous les autres critères soient respectés.

241. *Loi concernant les soins de fin de vie*, legisquebec.gouv.qc.ca, [en ligne, dernière consultation le 3 février 2021].

242. *Truchon c. Procureur général du Canada*, *op. cit.*

Cependant, lorsque les autres modifications à la loi fédérale sont votées, elles n'entraînent pas de changements immédiats dans la loi québécoise. Il en résulte une situation d'inégalité d'accès entre les Canadiens hors de la Province du Québec et les Québécois (le cas où la personne perd la capacité à donner son consentement final n'est pas prévu par la loi québécoise par exemple). Le 28 mai 2021, le Collège des médecins du Québec publie un mémoire en soulignant l'urgence d'harmoniser les deux lois²⁴³. Un amendement à la loi est voté le 10 juin 2021 pour permettre l'administration de l'aide médicale à mourir aux personnes en fin de vie qui perdent leur aptitude à consentir aux soins, aux mêmes conditions que celles prévues par la loi fédérale²⁴⁴.

Demeurent la différence des professionnels habilités à administrer ce soin, puisque les médecins restent les seuls à pouvoir le faire au Québec, ainsi que celle concernant la nature des maladies donnant accès à l'aide médicale à mourir, dont le handicap lourd et les maladies mentales. Alors que l'accès sera permis aux personnes atteintes de maladies mentales seules en mars 2023 au niveau fédéral, cette situation n'est pas précisée dans la loi québécoise. Alors que le Collège des médecins serait favorable à cette ouverture au nom de la non-discrimination²⁴⁵, la Commission spéciale sur l'évolution de la loi québécoise émanant de l'Assemblée nationale du Québec recommande à l'inverse qu'il soit précisé explicitement dans la loi que les personnes dont le seul problème médical

243. Collège des médecins du Québec, *Mémoire. Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, 28 mai 2021, sur cmq.org, [en ligne, dernière consultation le 13 décembre 2021].


244. *Loi concernant les soins de fin de vie – Amendement pour permettre l'administration de l'aide médicale à mourir aux personnes en fin de vie qui perdent leur aptitude à consentir aux soins*, 10 juin 2021, sur msss.gouv.qc.ca, [en ligne, dernière consultation le 13 décembre 2021].

245. Collège des médecins du Québec, *Mémoire. Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie*, *op. cit.*, p. 10.

est un trouble mental ne peuvent pas avoir accès à l'aide médicale à mourir au nom du principe de précaution. Les arguments avancés en faveur de cette exclusion sont notamment l'absence de consensus sur la possibilité de définir un trouble mental comme incurable et les dissensus sociétaux et au sein des professionnels de la psychiatrie sur la question²⁴⁶.

246. Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, *Rapport*, décembre 2021, sur assnat.qc.ca, [[à télécharger au format PDF](#), dernier téléchargement le 13 décembre 2021].

AU CANADA, EN BREF

 **Quel contexte ?** Au Québec, l'autorisation de l'aide active à mourir est discutée à l'occasion d'un projet plus général portant sur les soins en fin de vie, qui traite notamment de l'accès aux soins palliatifs, du droit au refus de soins et de l'encadrement de la sédation palliative. La loi fédérale canadienne dépénalisant l'aide active à mourir est établie à la suite d'une décision de justice de la Cour suprême du pays jugeant l'interdiction de ces pratiques comme inconstitutionnelle.

 **Quelles lois ?**

Loi fédérale : Loi du 17 juin 2016 modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir) : révisée en 2021


Loi québécoise : Loi concernant les soins de fin de vie


 **Au niveau fédéral, quelle aide active à mourir ?**

L'**euthanasie**, définie comme « le fait pour un médecin ou un infirmier praticien d'administrer à une personne, à la demande de celle-ci, une substance qui cause sa mort », et le **suicide assisté**, défini comme « le fait pour un médecin ou un infirmier praticien de prescrire ou de fournir une substance à une personne, à la demande de celle-ci, afin qu'elle se l'administre et cause ainsi sa mort ». Les deux actes sont regroupés sous le terme d'**aide médicale à mourir**. (Au Québec, l'aide médicale à mourir ne désigne que l'euthanasie.)

 **Au niveau fédéral, quels critères d'éligibilité ?**

- > Avoir des soins de santé financés par le Canada,
- > Être âgé de 18 ans ou plus et capable de discernement [« capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé » dans le texte],
- > Faire une demande volontaire, et par écrit,
- > Être atteint d'une maladie grave et incurable se caractérisant par un déclin avancé et irréversible de ses capacités,
- > Subir des souffrances physiques ou psychologiques persistantes, intolérables, inapaisables dans des conditions jugées acceptables par la personne du fait des problèmes de santé.

 Depuis 2021, la mort naturelle de la personne demandeuse ne doit plus nécessairement être « raisonnablement prévisible ». La loi ne précise pas davantage à quel terme le pronostic vital doit être engagé.


 À partir de 2023, les personnes atteintes de maladie psychiatrique seule deviendront éligibles à demander l'aide active à mourir. Les critères et garde-fous spécifiques sont en cours d'élaboration.


Au niveau fédéral, quels principaux garde-fous ?

- > Le médecin ou l'infirmier praticien doit informer le patient de sa situation et de ses perspectives, dont les soins palliatifs,
 - > Le médecin ou l'infirmier praticien doit être d'avis que les critères d'éligibilité sont respectés,
 - > Un deuxième médecin ou infirmier praticien doit confirmer le respect des critères d'éligibilité.
- 👉 Si la mort de la personne demandeuse n'est pas raisonnablement prévisible, des garde-fous s'ajoutent : un médecin spécialiste de la maladie doit évaluer la demande et 90 jours au moins doivent s'écouler entre la demande et l'acte.

Au niveau fédéral, quel contrôle ?

- > Le gouvernement fédéral a établi un règlement afin de créer un système de surveillance de la pratique et encadrer la collecte des données.
- > Le médecin ou l'infirmier praticien qui accompagne la demande remplit le formulaire dédié, reprenant les étapes de la procédure et motivant le respect des critères et garde-fous après avoir pratiqué l'acte. Le médecin ou l'infirmier praticien doit déclarer toute demande écrite d'aide médicale à mourir qui lui est faite, même si celle-ci n'a pas abouti au décès de la personne (et le cas échéant, indiquer pourquoi).
- > Les ministères de la Santé de chaque Province sont chargés du contrôle du respect des critères et garde-fous *a posteriori*.

 **Concrètement, qui fait quoi ?** Depuis 2021, la personne atteinte d'une maladie grave et incurable fait une demande d'euthanasie à un médecin ou à un infirmier praticien. Ce professionnel, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité, en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de consulter un deuxième médecin ou infirmier praticien qui doit confirmer le respect des critères d'éligibilité) puis en administrant ou en prescrivant la substance létale à la personne. Il doit déclarer son acte en remplissant un formulaire dédié au ministère de la Santé concerné, qui contrôle le bon respect de la procédure *a posteriori*.

 **Et aujourd'hui ?** Les modifications apportées en 2021 et les problématiques qu'elles pourront poser sont suivies de près par les parlementaires et les médecins chargés d'établir de nouvelles recommandations.

G. L'Australie

> Historique du débat

En Australie, l'euthanasie et le suicide assisté ne se discutent pas au niveau fédéral, mais au niveau des États et Territoires dont elle est composée. Afin de mieux comprendre ce qui suit, notons qu'en Australie, le gouvernement fédéral a le pouvoir d'annuler les lois votées dans les Territoires, mais il n'a pas ce pouvoir sur les lois adoptées dans les États²⁴⁷.

En 1991, le comité chargé de revoir les lois dans l'État d'Australie-Occidentale pointe du doigt un manquement juridique dans les cas où un médecin prescrit des médicaments contre la douleur susceptibles d'accélérer la mort du patient, sans pour autant avoir l'intention de tuer le patient²⁴⁸. Cette remarque entraîne des discussions et éventuellement des modifications législatives dans les différents États et Territoires rencontrant le même problème²⁴⁹.

Alors que l'intention de mort reste passible de réclusion criminelle en général²⁵⁰, le Territoire du Nord se distingue en faisant état d'une volonté d'autoriser légalement les médecins à agir avec l'intention directe d'accélérer la mort du patient²⁵¹. Un projet de loi intitulé *Rights of the Terminally Ill Bill* [loi sur les

247. [États et territoires de l'Australie](#), dernière modification le 25 décembre 2020, sur fr.wikipedia.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

248. (en) Département de la bibliothèque parlementaire, [Euthanasia- the Australian Law in an International Context](#), *Research Paper 4 1996-97*, 20 septembre 1996, sur aph.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

249. *Ibid.*

250. *Id.*

251. (en) A. L. Plattner, [Australia's Northern Territory: The First Jurisdiction to Legislate Voluntary Euthanasia, and the First to Repeal It](#), *DePaul Journal of Health Care Law*, Vol. 1, n° 3, printemps 1997, p. 646. URL : <https://via.library.depaul.edu/jhcl/vol1/iss3/8>

droits des patients atteints d'une maladie en phase terminale] est déposé le 22 février 1995 et vise à autoriser l'euthanasie et le suicide assisté dans le Territoire du Nord. Après 50 amendements, la loi est adoptée le 25 mai 1995 au Parlement du Territoire du Nord pour une entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1996. Cette loi²⁵² prévoit qu'un médecin peut répondre à la demande d'euthanasie ou de suicide assisté d'un patient sous certaines conditions (Article 7).

Le Territoire du Nord devient dès lors la première juridiction au monde à légiférer sur l'euthanasie et le suicide assisté. La loi est très rapidement sujette à de nombreuses oppositions, à la fois locales et internationales, provenant notamment du corps médical et de dirigeants religieux²⁵³. Cette opposition massive mène le gouvernement fédéral d'Australie à annuler cette loi sur les droits des patients atteints d'une maladie en phase terminale le 24 mars 1997²⁵⁴, sur les arguments que les lois doivent plutôt refléter le soutien de la vie et favoriser l'amoindrissement de la douleur²⁵⁵.

L'annulation de la loi du Territoire du Nord par le gouvernement fédéral est très mal reçue par l'opinion publique nationale, en grande majorité favorable à l'euthanasie et au suicide assisté²⁵⁶. L'inadéquation entre les souhaits d'une partie de la population et ceux des dirigeants mène à penser que d'autres lois, cette fois-ci dans les États australiens, seraient amenées à être dis-

252. [Rights of the Terminally Ill Act 1995](#), sur [parliament.nt.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

253. A. L. Plattner, *Australia's Northern Territory: The First Jurisdiction to Legislate Voluntary Euthanasia, and the First to Repeal It*, op. cit., p. 650.

254. (en) [Euthanasia Laws Act 1997](#), sur [legislation.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

255. A. L. Plattner, *Australia's Northern Territory: The First Jurisdiction to Legislate Voluntary Euthanasia, and the First to Repeal It*, op. cit., p. 651.

256. *Ibid.*, p. 652.

cutées peu après²⁵⁷. Cette situation dure néanmoins, puisque les sondages montrent que la position favorable de la majorité de la population australienne sur la question de l'euthanasie ne baisse pas²⁵⁸, mais ce sont près de 60 projets de loi pour autoriser et encadrer la pratique qui sont rejetés par les différents gouvernements jusqu'en 2017²⁵⁹.

Aujourd'hui, cinq des six États australiens ont adopté une législation (le sixième est actuellement en train d'en débattre) sur le *voluntary assisted dying* [aide à mourir choisie volontairement], terme retenu par le pays pour parler de l'aide active à mourir, notamment pour accentuer le fait que ce sont des actes réalisés à la demande de la personne. Ce terme renvoie à l'auto-administration d'une substance létale prescrite par un médecin (suicide assisté) et à l'administration par un médecin de la substance létale (euthanasie). Les lois sont introduites par les législateurs et évaluées par des comités parlementaires chargés de rendre compte de la diversité des opinions d'experts et publics concernés par le biais d'enquêtes, d'auditions et de recueils de témoignages ouverts à tous.

Dans l'État de Victoria, l'une des deux chambres du Parlement, le Conseil législatif de l'État, accepte en mai 2015 que le Comité en charge des problématiques juridiques et sociales investigate les besoins en termes de législation pour que les personnes puissent faire des choix en ce qui concerne leur fin

257. (en) G. Alcorn, [*Crossing the threshold: how Victoria's assisted dying law finally made history*](#), *The Guardian*, 23 novembre 2017, sur [theguardian.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

258. (en) C. Douglas, [*FactCheck Q&A: do 80% of Australians and up to 70% of Catholics and Anglicans support euthanasia laws?*](#), 1^{er} mai 2017, sur [theconversation.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

259. (en) B. White, L. Willmott, [*Future of assisted dying in Australia*](#), *Australian Health Review*, 2018, Vol. 42, n° 6, p. 617. DOI: [10.1071/AH18199](#).

de vie²⁶⁰. Le Comité rend son rapport en juin 2016, et la dernière de ses 49 recommandations est de légiférer pour autoriser et encadrer l'*assisted dying* [l'aide à mourir]²⁶¹ – les 29 premières concernent le développement des soins palliatifs, et les 19 suivantes l'*Advance Care Planning** [la planification en avance des soins] en fin de vie. Cette recommandation est faite sur l'argument que la loi existante n'est pas suffisante pour assurer de bonnes conditions de fin de vie pour tous les habitants de l'État et pour leurs proches car il y a certaines situations pour lesquelles les soins palliatifs ne suffisent pas ou ne sont pas la réponse recherchée par les personnes pour apaiser leurs souffrances²⁶², et elle se base sur des observations dans les pays ayant légiféré ou en train de discuter une éventuelle législation²⁶³. Ce rapport commence à détailler les conditions qui devraient être remplies pour qu'une personne puisse demander l'aide à mourir, toujours sur la base de ces autres législations.

À la suite de ce rapport, un panel ministériel est chargé de fixer le cadre dans lequel pourrait être légalisé le *voluntary assisted dying* en imaginant comment cette aide s'organiserait en pratique. Le panel établit 66 garde-fous à partir des législations internationales et pose les bases de la future loi dans son rapport rendu public en juillet 2017²⁶⁴. L'élaboration anticipée de nombreux garde-fous et du cadre précis relatif à l'aide consentie à mourir dans l'État de Victoria est partie prenante de la stratégie employée par les défenseurs de cette pratique pour

260. (en) Parlement de Victoria, *Voluntary Assisted Dying Bill 2017*, *Research Note 1*, octobre 2017, sur parliament.vic.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

261. (en) Parlement de Victoria, Comité en charge des problématiques juridiques et sociales, *Inquiry into end of life choices. Final Report*, juin 2016, p. XXXIV, sur parliament.vic.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

262. *Ibid.*, p. 206-207.

263. *Id.*, p. 211-213.

264. *Id.*, p. 181-183.

assurer son adoption au Parlement, ce qui sera chose faite en novembre 2017²⁶⁵. Comme l'ont recommandé le comité parlementaire et le panel ministériel, il est prévu que la loi n'entre en vigueur que 18 mois plus tard afin qu'il y ait un temps important dédié à l'information du grand public et des médecins, ainsi qu'à la formation de ces derniers et la constitution de la commission de contrôle avant sa mise en application.

Dans l'État d'Australie-Occidentale, le processus aboutissant au ***Voluntary Assisted Dying Act 2019***²⁶⁶ est similaire à celui décrit pour l'État précédent. En août 2017, un comité parlementaire sur les choix de fin de vie est chargé d'explorer le besoin éventuel de lois dans l'État pour permettre à ses ressortissants de prendre des décisions concernant leur fin de vie. Le Comité rend son rapport en août 2018²⁶⁷. Il commence par émettre des recommandations sur l'***Advance Care Planning*** ainsi que sur les soins palliatifs, en rappelant l'importance de développer le premier et de renforcer les seconds afin qu'ils soient égaux sur l'ensemble du territoire. Enfin, le Comité recommande qu'une loi sur le ***voluntary assisted dying*** soit introduite au Parlement et soutenue par le gouvernement, car il y a des situations de souffrances telles que même les soins experts ne peuvent pas apaiser. Pour ces situations, le Comité estime que les possibilités légales à ce moment-là – du refus de s'alimenter et de boire à la sédation palliative* – ne sont pas satisfaisantes²⁶⁸. Un panel ministériel est ensuite chargé d'éta-

265. B. White, L. Willmott, *Future of assisted dying in Australia*, op. cit., p. 618.

266. *Voluntary Assisted Dying Act 2019*, sur legislation.wa.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

267. (en) The Report of the Joint Select Committee on End-of-Life Choices, *Report 1. My Life. My Choice*, août 2018, sur parliament.wa.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 14 décembre 2021].

268. *Ibid.*, p. 147-148.

blir des recommandations pour la rédaction d'un projet de loi²⁶⁹, qui sera établi et déposé en août 2019, puis adopté après de vifs débats et de nombreux amendements le 10 décembre 2019. La loi entre en vigueur 1^{er} juillet 2021 ; la même période d'attente de 18 mois avant son entrée en vigueur avait été prévue, et rallongée du fait de la crise sanitaire liée à la Covid-19.

Dans l'État de Tasmanie, la End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021²⁷⁰ est adoptée le 22 avril 2021. Le projet de loi avait été déposé par un député, Michael Gaffney, après qu'il a rencontré de nombreux patients et acteurs de la fin de vie dans l'État et dans les pays ayant déjà légiféré sur l'aide active à mourir. Après un vote unanimement favorable à la loi dans la première chambre du Parlement, une évaluation du projet de loi est demandée par le Premier ministre avant d'éventuels amendements par la seconde chambre. Un premier rapport extensif effectué par des universitaires et rendu fin février 2021 ne rend pas compte de limites dans le projet de loi, il s'inscrit dans la lignée des autres projets australiens sur le même sujet et prévoit, comme ces derniers, de nombreux garde-fous²⁷¹. Un rapport gouvernemental est rendu au même moment, rendant compte du coût estimé de la loi et proposant des amendements pour préciser certains articles du projet de loi²⁷². Le projet tasmanien est alors remis à l'ordre du jour, redis-

269. (en) Ministerial Expert Panel on Voluntary Assisted Dying, *Final Report*, juin 2019, sur health.wa.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 14 décembre 2021].

270. *End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021*, sur legislation.tas.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

271. (en) The Tasmanian Policy Exchange at the University of Tasmania, *Independent Review of the End of Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Bill 2020*, 25 février 2021, sur utas.edu.au, [en ligne, dernière consultation le 14 décembre 2021].

272. (en) *Tasmanian Government Agency Advice on the End of Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Bill 2020*, février 2021, sur dpac.tas.gov.au, [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

cuté et définitivement adopté deux mois plus tard. La loi entrera en vigueur le 23 octobre 2022, après une période d'attente de 18 mois comme dans les autres États australiens.

Dans l'État d'Australie-Méridionale, le rapport du comité parlementaire rendu en octobre 2020 sur la question du *voluntary assisted dying* invite les législateurs à la prudence sur la question et recommande plutôt de mettre l'accent sur le renforcement des soins palliatifs et l'information autour des directives anticipées*, ainsi que de tirer des leçons de l'application des lois de Victoria et d'Australie-Occidentale avant de légiférer dans cet État²⁷³. Malgré cela, et considérant l'évolution de la question dans le pays et le pays voisin (la Nouvelle-Zélande), les deux chambres du Parlement, en grande majorité favorables à cette ouverture à un nouveau choix en fin de vie, discutent, amendent et votent le projet redéposé en décembre 2020, et la **Voluntary Assisted Dying Act 2021**²⁷⁴ est adoptée en juin 2021. Son entrée en vigueur est prévue dans une période de 18 à 24 mois.

Dans l'État du Queensland, la réflexion sur les choix existants pour les personnes malades en fin de vie et la nécessité d'une éventuelle ouverture vers le *voluntary assisted dying* est lancée en novembre 2018, avec la création d'un comité parlementaire chargé d'aller à la rencontre des experts et du grand public pour rendre compte de la réalité du terrain sur ces questions. À l'issue de cette première étape et de la recommandation de ce comité d'envisager un projet de loi sur le *voluntary assisted dying* sur le

273. The Joint Committee on End-of-Life Choices, [Report](#), 13 octobre 2020, sur [committees.parliament.sa.gov.au](#), [[à télécharger au format PDF](#), dernier téléchargement le 15 décembre 2021].

274. [Voluntary Assisted Dying Act 2021](#), sur [legislation.sa.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

même modèle que l'État de Victoria²⁷⁵, le ministre de la Justice de l'État crée une deuxième commission parlementaire chargée de construire « le meilleur projet de loi possible » : il n'est plus question de débattre de la légitimité de légiférer mais de la façon dont la loi doit être écrite pour garantir le respect de l'autonomie* des uns et la protection des autres plus vulnérables²⁷⁶. De cette commission émane un projet de loi en mai 2021, déposé le 25 mai devant le Parlement. Après une évaluation favorable par un troisième comité parlementaire en août 2021²⁷⁷, la ***Voluntary Assisted Dying Act 2021***²⁷⁸ est adoptée le 16 septembre 2021. Elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

Dans l'État de Nouvelle-Galles du Sud, un projet de loi a été déposé au Parlement le 14 octobre 2021. Celui-ci fait actuellement l'objet d'une évaluation par un comité parlementaire, qui rendra son rapport au cours de l'année 2022²⁷⁹.

> Que dit la loi ?

VOLUNTARY ASSISTED DYING ACT 2017

Seule la *Voluntary Assisted Dying Act 2017* de l'État de Victoria sera dans un premier temps détaillée dans son entièreté, et les différences par État seront soulignées dans un deuxième temps.

275. (en) Queensland Law Reform Commission, [Report n° 79. A legal framework for voluntary assisted dying](#), p. 685, sur [documents.parliament.qld.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

276. *Ibid.*, p. 2-3.

277. (en) 57th Parliament Health and Environment Committee, [Report n° 10. Voluntary Assisted Dying Bill 2021](#), août 2021, sur [documents.parliament.qld.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

278. [Voluntary Assisted Dying Act 2021](#), sur [legislation.qld.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

279. (en) NSW Parliamentary Research Service, [Voluntary Assisted Dying Bill 2021 \(NSW\): a comparison with legislation in other States](#), octobre 2021, sur [parliament.nsw.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021]

La ***Voluntary Assisted Dying Act 2017***²⁸⁰ [loi sur l'aide à mourir choisie volontairement 2017] entre en vigueur le 19 juin 2019. Le Code pénal [*Crimes Act 1958*] n'est pas modifié, mais la loi stipule que toute personne ne peut être accusée de n'avoir pas respecté l'article relatif à la prévention du suicide si elle est convaincue que la personne demandeuse est aidée au suicide dans les conditions prévues par cette loi. En outre, le médecin (comme les autres personnes impliquées) est exempté de sanctions pénales s'il répond à une demande d'aide active à mourir, à condition qu'il agisse selon les critères prévus par cette loi.

DÉFINITIONS

La loi définit dans un premier temps l'intégralité des termes spécifiques utilisés en son sein (Article 3). *Voluntary assisted dying* est entendu comme « l'administration volontaire d'une substance d'aide à mourir et comprend des étapes raisonnablement liées à cette administration ». Un article est réservé à la définition de la capacité à prendre des décisions [*decision-making capacity*] : la personne est notamment considérée comme capable de prendre des décisions si elle peut comprendre l'information relative à l'aide à mourir et les effets de cette pratique, retenir cette information, l'utiliser pour prendre sa décision et si elle peut communiquer sa décision par quelque manière que ce soit (Article 4). Il est ensuite stipulé que toute personne qui agit selon cette loi le fait sur la base de dix principes, dont les deux premiers sont que toutes les vies humaines ont la même valeur et que l'autonomie* d'une personne doit être respectée (Article 5).

280. (en) [Voluntary Assisted Dying Act 2017](#), sur [content.legislation.vic.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

Le processus est une première fois défini : une personne peut avoir accès à l'aide à mourir une fois ❶ qu'elle a initié la demande, ❷ qu'elle a été considérée comme éligible par son médecin responsable et un autre médecin, ❸ qu'elle a écrit sa demande, ❹ qu'elle a réitéré sa demande une dernière fois avant l'acte, ❺ qu'elle a désigné une personne contact [*contact person*]²⁸¹, ❻ que le médecin responsable a certifié la légitimité de la procédure dans un rapport final et ❼ qu'elle fait l'objet d'un permis d'aide à mourir [*voluntary assisted dying permit*] (Article 6).

CLAUSE DE CONSCIENCE

L'article 7 précise que tout médecin peut refuser de prendre part à cette pratique, de la communication d'informations sur l'aide à mourir (une fois qu'une personne la demande) à sa mise en œuvre. L'article 8 précise que nul professionnel de santé ne doit de toute façon initier la discussion sur l'aide à mourir ou suggérer cette pratique à son patient.

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

Les critères d'éligibilité à l'aide à mourir dans l'État de Victoria sont les suivants : la personne doit ❶ avoir plus de 18 ans, ❷ être citoyenne australienne et résider dans l'État de Victoria, ❸ être en capacité de prendre des décisions relativement à l'aide à mourir, ❹ être atteinte d'une maladie incurable, progressive, lui causant des souffrances intolérables et qui causera sa mort dans un délai maximal de six mois, ou de douze mois s'il s'agit d'une pathologie neurodégénérative. La seule maladie

281. *Voluntary Assisted Dying Act 2017*, *op. cit.*, article 39 : « La personne contact doit avoir plus de 18 ans et doit notamment retourner en pharmacie toute substance létale résiduelle sous 15 jours après la mort de la personne, ou si la personne décide finalement de ne pas la prendre. » (notre traduction)

mentale ou le seul handicap ne permettent pas d'être éligible à l'aide à mourir (Article 9).

Les articles suivants détaillent chaque étape de la procédure à respecter pour affirmer qu'une personne est éligible à recevoir une aide à mourir et sous quelle forme ; toutes les étapes doivent être tracées dans le dossier médical du patient.

Les articles 11 à 15 précisent le cadre de la première demande [*first request*]. La demande doit émaner de la personne elle-même (Article 11), la demande n'engage pas la personne à aller au bout de la procédure (Article 12), le médecin doit accepter d'engager la procédure ou refuser la demande dans les sept jours suivant la demande (Article 13). S'il accepte, il devient médecin responsable [*co-ordinating medical practitioner*] (Article 15).

Les articles 16 à 22 définissent le cadre du premier examen de la personne demandeuse [*first assessment*]. Pour évaluer la demande, le médecin responsable doit avoir été formé à l'exercice²⁸² (Article 17), il doit référer la personne à un psychiatre s'il n'est pas certain de sa capacité à décider, et il doit référer la personne à un spécialiste de la maladie dont elle est atteinte afin que celui-ci évalue le pronostic vital (Article 18). À la suite de cela, si le médecin responsable est convaincu que la personne est éligible à recevoir l'aide à mourir, il doit notamment l'informer de sa situation, des alternatives possibles et des conséquences de l'aide à mourir, informer l'un des membres de la famille de la personne avec son consentement (Article 19), et référer la personne à un autre médecin pour une deuxième évaluation de la demande (Article 22).

282. *Voluntary Assisted Dying Act 2017, op. cit., article 114* : « Le ministère de la Santé doit approuver la formation des médecins afin qu'ils soient considérés comme compétents pour assumer les fonctions de médecin responsable et de consultant et les responsabilités que cela induit, pour affirmer ou non qu'une personne remplit les critères d'éligibilité et pour identifier ou repérer les risques d'abus ou coercition. » (notre traduction)

Les articles 23 à 33 concernent l'examen et l'avis rendu par le deuxième médecin [*consulting assessment*]. Ce médecin doit accepter ou refuser la demande qui lui est faite dans les sept jours (Article 23), et s'il accepte, il devient médecin consultant [*consulting medical practitioner*] (Article 24). Il doit lui aussi être formé à l'exercice (Article 26), et a les mêmes obligations que le premier médecin (Articles 27 et 28).

Les articles 34 à 36 concernent la déclaration écrite qui doit être faite par la personne demandeuse [*written declaration*]. Si les deux médecins estiment la demande recevable selon les critères de la loi, la personne doit formuler sa demande par écrit. Si elle n'en est pas capable physiquement, une autre personne peut le faire pour elle en sa présence (Article 34). La déclaration doit être signée en présence du médecin responsable et de deux témoins non-héritiers de plus de 18 ans (Articles 35 et 36).

Les articles 37 à 44 précisent le cadre de la demande finalisée [*final request*] et de l'avis finalisé rendu par le médecin responsable [*final review*]. La demande finalisée doit être faite par la personne après qu'elle l'a rédigée (Article 37), et au moins neuf jours après la première et au moins un jour après l'évaluation du médecin consultant – le délai de neuf jours ne s'appliquant pas si le médecin responsable estime que la personne est susceptible de mourir avant (Article 38). La personne doit désigner une personne contact (Articles 39 et 40). Le médecin responsable doit récapituler toutes les étapes de la demande dans un formulaire et le transmettre à la Commission de contrôle dans les sept jours après l'avoir rempli (Article 41), et il peut ensuite demander un permis d'aide à mourir pour la personne (Article 43).

Les deux permis d'aide à mourir existants sont ensuite définis (Articles 45 et 46), ainsi que les conditions dans lesquelles ils peuvent être demandés (Articles 47 à 56). Un permis d'auto-

administration [*self-administration permit*] autorise le médecin à prescrire une substance létale, la personne à l'obtenir et à l'ingérer elle-même, et la personne contact à ramener en pharmacie toute substance résiduelle dans les 15 jours suivant la mort de la personne ou si la personne ne peut plus l'ingérer elle-même ou qu'elle ne souhaite plus le faire (Article 45). Un permis d'administration par un médecin [*practitioner administration permit*] autorise un médecin à administrer une substance létale à la personne demandeuse en présence d'un témoin si elle ne peut pas l'ingérer elle-même (Article 46). Le médecin responsable ne peut demander un permis d'administration par un médecin que si la personne est incapable physiquement de s'auto-administrer ou d'ingérer la substance létale (Article 48). Ces permis sont délivrés par le ministère de la Santé de l'État, qui doit notifier la Commission de contrôle de ses décisions dans les sept jours après évaluation *a priori* de la demande (Article 49).

Sont ensuite détaillées les informations qui doivent être données à la personne par le médecin au moment où il prescrit la substance létale (Article 57) et par le pharmacien au moment où il la délivre, ainsi que les autres obligations du pharmacien (Articles 58 à 63), et les conditions pratiques du cas particulier où le médecin administre lui-même la substance au patient (Articles 64 à 66).

Les articles 75 à 91 concernent les recours potentiels et la protection des personnes participant à l'aide active à mourir s'ils agissent conformément à la loi.

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Le contrôle de la pratique par la Commission de contrôle de l'aide à mourir [*Voluntary Assisted Dying Review Board*] fait l'objet des articles 92 à 112. La Commission est notamment chargée de s'assurer du bon respect de la loi, de faire le lien entre les mé-

decins responsables et le ministère de la Santé, et de rédiger un rapport d'activité de la pratique tous les ans (Article 93). Deux rapports d'activité doivent être rédigés la première année de l'entrée en vigueur de la loi (Article 110). La Commission est composée de dix membres nommés par le ministre de la Santé pour six ans²⁸³.

DANS LES AUTRES ÉTATS

Les lois des quatre autres États – Australie-Occidentale, Tasmanie, Australie-Méridionale, Queensland – se présentent sous la même forme que celle de l'État de Victoria, et établissent peu ou prou les mêmes critères d'éligibilité, étapes de procédure, modes d'administration et conditions de contrôle²⁸⁴. Quelques différences sont néanmoins notables, par exemple :

- Les qualificatifs de la maladie dont doit être atteint le patient et qui causera sa mort ne sont pas toujours les mêmes : en Tasmanie, le terme « progressive » n'est pas utilisé, dans le Queensland, celui d'« incurable » n'est pas repris.
- Dans le Queensland, le pronostic vital doit être inférieur à douze mois pour toutes les maladies confondues (contre 12 mois pour les maladies neurodégénératives et six mois pour toutes les autres maladies dans les autres États).
- Alors qu'à Victoria et en Australie-Méridionale, les professionnels de santé ne peuvent aborder le sujet de l'aide active à mourir ou communiquer des informations seulement si le patient aborde le sujet en premier, en Australie-Occidentale et dans le Queensland, ils peuvent initier la discussion à condition d'informer également

283. (en) [Voluntary Assisted Dying Review Board members](https://www.bettersafecare.vic.gov.au), sur [bettersafecare.vic.gov.au](https://www.bettersafecare.vic.gov.au), [en ligne, dernière consultation le 25 février 2021].

284. (en) [Voluntary Assisted Dying Factsheet](https://www.cms.qut.edu.au), décembre 2021, sur [cms.qut.edu.au](https://www.cms.qut.edu.au), [en ligne, dernière consultation le 14 décembre 2021].

sur les traitements possibles et les soins palliatifs. En Tasmanie, tous les professionnels peuvent initier la discussion mais doivent informer que ce sont les médecins les mieux placés pour en parler.

- Le processus administratif avant de délivrer la substance létale à la personne (soit pour auto-administration, soit pour injection) diffère dans trois États : en Australie-Occidentale et dans le Queensland, le médecin responsable ne doit pas faire de demande préalable mais notifier son acte dans les deux jours qui suivent avec un formulaire spécifique. En Tasmanie, le médecin responsable signe un certificat qu'il doit transmettre sous deux jours à la personne demandeuse, au médecin consultant et à la commission de contrôle.
- En Tasmanie, le même permis est délivré pour l'administration par un médecin ou pour une auto-administration : la personne peut choisir entre les deux modes d'administration, qu'elle soit capable ou non d'ingérer ou de s'administrer la substance elle-même.
- En Australie-Méridionale et dans le Queensland, la loi précise que les institutions peuvent faire valoir une objection de conscience, c'est-à-dire refuser que l'aide active à mourir soit pratiquée en leur sein ; mais qu'elles doivent en informer un patient qui demanderait l'aide active à mourir, et faciliter son transfert s'il le souhaite.

> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

Les questions actuellement posées dans le pays diffèrent selon les Territoires et États :

- **Dans les Territoires.** L'*Euthanasia Laws Act 1997* [Loi sur les lois sur l'euthanasie] interdit depuis 1997 aux Territoires austra-

liens de légiférer sur l'aide à mourir²⁸⁵. L'annulation de cette loi continue d'être discutée, les défenseurs de la pratique invoquant l'argument d'une inégalité entre les États et les Territoires et l'adhésion de la population sur cette question²⁸⁶, mais cela n'a encore jamais abouti.

• **Dans l'État de Victoria**, la qualité de détail de la loi a pu être source de controverses, certains pouvant reprocher au législateur d'avoir été très conservateur dans l'autorisation de l'aide à mourir dans cet État²⁸⁷. L'un des critères débattus dans l'opinion est par exemple celui selon lequel il revient à la personne d'effectuer la première demande d'aide à mourir. Un groupe de bioéthiciens souligne par exemple que l'interdiction pour les médecins d'amorcer la discussion sur la possibilité de l'aide à mourir est un obstacle à la relation soignant-soigné et à la bonne communication entre les deux parties²⁸⁸. Le principal argument avancé par ceux défendant la position contraire est de dire qu'il est nécessaire de protéger le patient d'une éventuelle pression du corps médical envers les personnes vulnérables, celles-ci pouvant se sentir obligées de recourir à l'aide à mourir si le médecin la propose comme une alternative²⁸⁹.

La Commission de contrôle de la pratique de l'État fait également remonter le regret de personnes demandeuses ou de leur médecin de la lourdeur administrative, entraînant des délais qu'ils

285. *Euthanasia Laws Act 1997*, op. cit.

286. (en) The Australia Institute, Polling – [Voluntary assisted dying and the territories](#), avril 2021, sur [australiainstitute.org.au](#), [en ligne, dernière consultation le 15 décembre 2021].

287. B. White, L. Willmott, *Future of assisted dying in Australia*, op. cit., p. 618.

288. (en) M. Cunningham, [Law restricting doctors from initiating euthanasia talk is 'gag clause'](#), *academ-ics say*, *The Age*, 20 janvier 2020, sur [theage.com.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

289. (en) The Age's View, [Now is not the time to alter Victoria's assisted dying laws](#), *The Age*, 21 janvier 2020, sur [theage.com.au](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

ressentent comme trop longs relativement à leur situation. La commission rappelle l'importance de l'anticipation car c'est un processus qui doit prendre du temps pour être rigoureux, et l'importance pour le médecin de remplir méticuleusement les différents documents demandés afin de ne pas retarder l'envoi du permis d'aide à mourir²⁹⁰.

- **Dans l'État d'Australie-Occidentale**, le premier rapport de la commission de contrôle est attendu au début de l'année 2022.
- **Dans les autres États**, l'heure est à l'information du grand public et des professionnels, à la formation des médecins volontaires pour pratiquer l'aide active à mourir, ainsi qu'à la constitution des différentes commissions de contrôle de la pratique, afin que tous les acteurs concernés soient prêts et opérationnels au moment de l'entrée en vigueur des lois.

> Les derniers chiffres

Dans l'État de Victoria, de juin 2019 à juin 2021 (2 ans), 900 premières demandes d'aide à mourir ont été enregistrées : 836 demandes ont été examinées, 674 permis ont été demandés, 597 ont été acceptés (524 permis pour auto-administration et 73 pour administration par un médecin), et 331 personnes sont décédées du fait d'avoir reçu la substance létale (282 par auto-administration et 42 par administration par un médecin), ce qui représente 0,4 % des décès dans l'État sur cette période. Dans 342 cas, la personne demandeuse est décédée avant de recevoir l'aide active à mourir. Aucune demande n'a été retirée pour changement d'avis de la personne. Les personnes ayant déposé une demande étaient principalement atteintes de cancer (83 %) et âgées de plus de 65 ans


290. Voluntary Assisted Dying Review Board, [Report of Operations. January to June 2021](#), août 2021, sur [better.safe.care.vic.gov.au](#), [en ligne, dernière consultation le 16 décembre 2021].


(74 %). Depuis l'entrée en vigueur de la loi en juin 2019, 137 médecins généralistes sont enregistrés comme pratiquant l'aide active à mourir (54,2 % des médecins enregistrés), suivis de 41 oncologues (16,2 %). Sur les 900 premières demandes, 740 personnes bénéficiaient alors de soins palliatifs (82,2 %), et 14 en avaient bénéficié auparavant (1,6 %).


Les refus de permis sur la période de janvier à juin 2021 (17 sur 209 demandes, soit 8,1% des permis demandés sur cette période) sont, pour 15 d'entre eux, dus à une erreur administrative relative aux dosages ou formulations ; les demandes ont été réitérées et finalement acceptées. Pour les 2 autres demandes, elles ont été refusées pour non-respect des critères : une a été resoumise et acceptée, et la deuxième retirée. En ce qui concerne l'évaluation *a posteriori* par la commission de contrôle, une demande a été considérée comme n'étant pas en accord avec la loi, car le médecin consultant n'avait pas au moins 5 ans d'expérience (ce que le médecin responsable ignorait) ; aucune sanction pénale ne s'est en suivie car la commission a reconnu que le patient remplissait tous les critères d'éligibilité.

L'intégralité des chiffres de la période pour l'État de Victoria est détaillée dans le [Quatrième compte rendu](#) établi par la Commission de contrôle de l'aide active à mourir de l'État. Les chiffres antérieurs sont accessibles dans les rapports précédents, sur une [page internet](#) dédiée.

EN AUSTRALIE, EN BREF

 **Quel contexte ?** L'annulation d'une législation autorisant l'aide active à mourir dans le Territoire du Nord en 1997 par le gouvernement fédéral est très mal reçue par l'opinion publique australienne, qui continue par la suite de montrer son soutien à la dépénalisation de la pratique. **L'expérience internationale et ce soutien populaire** mènent en 2017 l'État de Victoria à légiférer sur la question, non sans de très nombreuses mesures de sauvegarde. Aujourd'hui, ce sont cinq des six États australiens qui ont voté une loi.

 **Quelles lois ?** **Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Victoria)** ; **Voluntary Assisted Dying Act 2019 (Australie-Occidentale)** ; **End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021 (Tasmanie)** ; **Voluntary Assisted Dying Act 2021 (Australie-Méridionale)** ; **Voluntary Assisted Dying Act 2021 (Queensland)**. **Les différentes lois s'inspirent de la loi de l'État de Victoria**, et définissent peu ou pour les mêmes définitions, critères d'éligibilité, garde-fous et modalités de contrôle.

 **Quelle aide active à mourir ?** Le **suicide assisté**, et l'**euthanasie** si la personne n'est pas en capacité de s'administrer la substance létale elle-même (sauf en Tasmanie, où la personne peut choisir). Le terme utilisé est **voluntary assisted dying**.

 **Quels critères d'éligibilité ?**

- > Être citoyen australien et résider dans l'État concerné,
- > Être âgé de 18 ans ou plus et capable de discernement [« en capacité de prendre des décisions relativement à l'aide à mourir » dans le texte],
- > Faire une demande volontaire, et par écrit,
- > Être atteint d'une maladie incurable, progressive, qui causera la mort dans un délai maximal de six mois, ou de douze mois s'il s'agit d'une pathologie neurodégénérative (sauf Queensland, douze mois toutes maladies confondues),
- > Subir des souffrances intolérables du fait de la maladie.

 **Quels principaux garde-fous ?**

- > La personne doit initier la demande (spécifique à Victoria et à l'Australie-Méridionale),
- > Le médecin doit informer la personne de sa situation et de ses perspectives, dont les soins palliatifs,
- > Le médecin doit attester du respect des critères d'éligibilité, au moment de la demande et au moment de l'acte,

- > Un deuxième médecin doit confirmer le respect des critères d'éligibilité,
- > Un permis doit être délivré par le ministère de la Santé (sauf Australie-Occidentale et Queensland),
- > Seul un médecin préalablement formé peut pratiquer l'aide active à mourir ou être médecin consultant.

👉 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.

👉 En cas de doute sur le pronostic vital, un spécialiste de la maladie doit nécessairement être consulté.

🏛️ *Quel contrôle ?*

> Sauf en Australie-Occidentale et dans le Queensland, le médecin qui accompagne la demande doit demander un permis au préalable en attestant du respect des critères d'éligibilité et des garde-fous avant de pratiquer l'aide à mourir. Dans tous les États, ce médecin doit déclarer son acte après l'avoir pratiqué en fournissant tous les éléments attestant du bon respect de la procédure,

> Le ministère de la Santé est chargé du contrôle du respect des critères et garde-fous *a priori* quand il y a lieu,

> Une Commission de contrôle de l'aide active à mourir est créée dans chaque État concerné, qui contrôle le respect des critères et garde-fous *a posteriori*.

🏛️ *Concrètement, qui fait quoi ?* La personne atteinte d'une maladie grave et incurable avec un pronostic vital inférieur à six mois (ou douze mois si elle est atteinte d'une maladie neurodégénérative) fait une demande d'euthanasie à un médecin, qui l'enregistre. Ce médecin, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité et en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de consulter un deuxième médecin spécialiste pour confirmer les critères d'éligibilité). Selon l'État, il fait au préalable une demande motivée pour un permis lui donnant l'autorisation de prescrire ou d'administrer la substance létale (seulement si la personne n'est plus en capacité de l'ingérer, sauf en Tasmanie). Une fois l'acte pratiqué, il le déclare en attestant à nouveau du respect des critères et des garde-fous auprès de la commission concernée, qui contrôle le bon respect de la procédure *a posteriori*.

🏛️ *Et aujourd'hui ?* Dans le pays en général, l'heure est à la formation des professionnels et l'information du grand public sur les lois en vigueur, ou en attente d'entrée en vigueur.

H. La Nouvelle-Zélande

En Nouvelle-Zélande, des projets de loi portant sur l'euthanasie et le suicide assisté sont portés et rejetés ou retirés par trois fois au Parlement, la première fois en 1995, puis en 2003 et 2012, avant le dépôt d'un projet de loi sur le choix en fin de vie [*End of Life Choice Bill*] le 15 octobre 2015²⁹¹.

Celui-ci fait suite à la décision de justice à propos du très médiatisé cas de Lecretia Seales la même année²⁹². Cette patiente atteinte d'un cancer du cerveau en phase terminale a porté sa demande d'aide active à mourir devant les tribunaux après avoir épuisé les traitements disponibles et considérant qu'aucun choix s'offrant à elle pour sa fin de vie n'était en accord avec ses souhaits. Bien qu'ayant entendu les arguments selon lesquels les soins palliatifs existants ne sont pas systématiquement suffisants pour tous les patients, ou ne correspondent pas toujours à ce qu'ils demandent pour leur fin de vie, le juge en charge de l'affaire indique qu'il ne lui revient pas d'autoriser l'accès à une aide active à mourir. Il ajoute que les changements à apporter au Code pénal pour rendre possible ce choix de fin de vie doivent être faits par le Parlement, et qu'il ne peut se substituer à cette instance²⁹³.

Outre le dépôt du projet de loi montrant l'intérêt de certains parlementaires pour le sujet, cette décision de justice entraîne en parallèle une pétition urgeant les législateurs de rouvrir le dé-

291. (en) [Assisted dying in New Zealand and 2019 developments](#), Parliamentary Library Research and Information research paper, décembre 2019, p. 2, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

292. (en) M. Vickers, *Lecretia's Choice: A Story of Love, Death and the Law*, The Text Publishing Company, 29 août 2016. ISBN : 978-1925355598.

293. (en) A. Geddis, C. Gavaghan, Aide in dying in New Zealand: recent legal developments, *Journal of Law and Medicine*, juin 2016, Vol. 23, n° 4, p.849-63. PMID : [30136559](#)

bat sur l'aide active à mourir, montrant l'intérêt du grand public pour la question²⁹⁴. Une consultation nationale est lancée par le Comité parlementaire dédié à la santé, dont les conclusions sont rendues en août 2017 : le Comité n'émet pas de recommandations pour une éventuelle loi sur la base de la consultation nationale, mais insiste sur l'importance de poursuivre le débat de manière éclairée, et éventuellement d'organiser un référendum sur le sujet, qui serait l'occasion d'asseoir les termes et de discuter des conditions dans la population générale comme chez les professionnels de santé²⁹⁵.

Après l'introduction à l'ordre du jour du projet de loi le 8 juin 2017 et son passage en première lecture au Parlement le 13 décembre 2017, il revient au Comité dédié à la justice de l'examiner. Le Comité rend son rapport en avril 2019²⁹⁶, et précise que ses membres ne sont pas parvenus à un accord pour affirmer que la loi devrait être adoptée, insistant pour que les parlementaires se prononcent directement.

Ceux-ci votent à 69 voix contre 51 en faveur de la loi le 16 novembre 2019. L'une des conditions pour assurer le vote de la loi a été l'ajout d'une clause imposant la tenue d'un référendum pour recueillir l'opinion publique sur ce sujet, comme cela avait été souhaité par le premier comité saisi : si la population générale se montre favorable à la loi, elle entrera en vigueur douze mois plus tard, sinon, elle ne pourra pas être promulguée²⁹⁷.

Avant la campagne pour le référendum, l'opinion publique

294. [Petition of Hon Maryan Street and 8,974 others](#), 1^{er} février 2016, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 20 décembre 2021].

295. (en) Comité pour la santé, [Petition 2014/18 of Hon Maryan Street and 8,974 others. Report of the Health Committee](#), août 2017, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 20 décembre 2021].

296. (en) Comité de la Justice, [End of Life Choice Bill](#), avril 2019, sur [parliament.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

297. *Assisted dying in New Zealand and 2019 developments*, op. cit., p. 3.

exprimait majoritairement, à travers plusieurs sondages, une volonté d'octroyer aux médecins la possibilité de pouvoir aider à mourir les patients malades en phase terminale si ceux-ci le demandent²⁹⁸. L'opinion des professionnels de santé se montrait plus partagée à travers des sondages identiques²⁹⁹ ou des prises de position de groupes de professionnels : l'Association des médecins de Nouvelle-Zélande [*New Zealand Medical Association*] indiquait être hostile à ces pratiques alors que l'Organisation des infirmiers de Nouvelle-Zélande [*New Zealand Nurses Organisation*] se disait favorable à laisser le choix aux individus de pouvoir demander l'euthanasie ou le suicide assisté³⁰⁰.

Les Néozélandais se prononcent finalement majoritairement en faveur de la loi à 65 % lors du référendum organisé le 17 octobre 2020³⁰¹ : la loi entrera en vigueur en novembre 2021.

> Que dit la loi ?

L'**End of Life Choice Act 2019**³⁰² promulguée le 16 novembre 2019 entre en vigueur le 7 novembre 2021. La loi stipule qu'elle a pour objet de donner la possibilité à une personne atteinte d'une maladie en phase terminale et répondant aux critères établis de demander une assistance médicale à mourir, et d'établir un processus légal au sein duquel les personnes éligibles et qui choisissent d'exercer cette option peuvent être aidées (Article 3). Le Code pénal n'est pas modifié, mais les personnes qui en as-

298. *Assisted dying in New Zealand and 2019 developments*, op. cit., p. 8-11.

299. *Ibid.*, p. 5-7.

300. *Id.*, p. 8.

301. en) E. Ainge-Roy, [New Zealand votes to legalise euthanasia in referendum](#), *The Guardian*, 30 octobre 2020, sur [theguardian.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

302. [End of Life Choice Act 2019](#), sur [legislation.govt.nz](#), [en ligne, dernière consultation le 20 décembre 2021].

sistent une autre à mourir en respectant l'ensemble des conditions sont exemptes de sanctions pénales ; l'assistance à mourir n'est pas érigée comme un droit mais rendue possible sous certaines conditions.

DÉFINITIONS

L'assistance à mourir [*assisted dying*] est définie comme « l'administration par un médecin ou un infirmier praticien* d'une substance à une personne pour soulager sa souffrance en accélérant sa mort » ou « l'auto-administration par la personne d'une substance pour soulager sa souffrance en accélérant sa mort »³⁰³ (Article 4).

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ, CLAUSE DE CONSCIENCE ET GARDE-FOUS

L'article 5 détaille ce qu'être une personne éligible à l'assistance à mourir signifie : ❶ avoir plus de 18 ans, ❷ être de nationalité néozélandaise, ❸ souffrir d'une maladie en phase terminale pouvant entraîner la mort dans les six mois, ❹ être dans une situation de déclin avancé et irréversible de ses capacités physiques, ❺ subir des souffrances insupportables qui ne peuvent être apaisées par des moyens que la personne considère comme tolérables, et ❻ être capable de prendre une décision informée à propos de l'assistance à mourir. Le même article précise qu'une personne ne peut être éligible à l'assistance à mourir pour la seule raison d'une maladie mentale, d'un handicap ou d'un âge

303. Définition en langue originale : “*assisted dying, in relation to a person, means the administration by an attending medical practitioner or an attending nurse practitioner of medication to the person to relieve the person's suffering by hastening death; or the self-administration by the person of medication to relieve their suffering by hastening death*”.

avancé (Article 5.2). L'article 6 précise ce qui est entendu par « être capable de prendre une décision informée à propos de l'assistance à mourir » [*competent to make an informed decision about assisted dying*], c'est-à-dire que la personne doit être capable de comprendre les informations sur ce qu'est l'assistance à mourir et ce qui l'entoure, de retenir ces informations, de les utiliser dans le processus de réflexion, et de communiquer sa décision de quelque manière que ce soit (Article 6).

Les articles 8 à 24 détaillent la procédure à suivre concernant l'assistance à mourir. Il est premièrement énoncé que nul professionnel de santé n'est tenu d'y participer, et qu'il ne peut être pénalisé pour son refus, tout comme les professionnels acceptant d'assister des personnes éligibles à mourir ne peuvent en tirer de privilèges (Article 8). Le professionnel concerné doit informer la personne demandeuse de son objection de conscience, et l'informer du droit à demander les coordonnées d'un professionnel favorable au Groupe de soutien créé à l'article 25 (sans délai précisé) (Article 9).

Il est interdit pour un professionnel de santé d'initier une conversation avec un patient sur l'assistance à mourir, sous peine de sanctions (Article 10).

Lorsqu'une personne fait une demande d'assistance à mourir auprès d'un médecin, celui-ci doit ❶ informer la personne de son pronostic vital, de la nature irréversible de ce choix et de ses conséquences, ❷ communiquer à intervalles réguliers avec la personne sur son choix, ❸ s'assurer que la personne comprend les autres options existantes de soins de fin de vie, ❹ qu'elle comprend qu'elle peut retirer sa demande à tout moment, ❺ encourager la personne à en parler avec ses proches (en s'assurant qu'elle sache qu'elle n'en a pas l'obligation, mais en s'assurant

également qu'elle ait l'opportunité d'en parler avec tous ceux qu'elle souhaite), ⑥ s'assurer au mieux que la personne prend sa décision volontairement en discutant avec d'autres professionnels la connaissant et avec des membres de sa famille approuvés par la personne, et ⑦ tracer toutes ces étapes dans le formulaire dédié (Article 11). Si la personne maintient sa demande, elle doit signer le formulaire dédié en présence du médecin. Une autre personne indépendante peut le signer en la présence de la personne demandeuse si celle-ci ne peut pas écrire. Le formulaire doit être envoyé par le médecin à un officier de l'état civil au ministère de la Santé³⁰⁴, défini à l'article 27 (Article 12).

Le médecin en charge doit ensuite déterminer si la personne est éligible à l'assistance à mourir, si elle ne l'est pas ou si elle doit être vue par un psychiatre car sa compétence à décider est incertaine. Il complète le formulaire dédié et le transfère à l'officier désigné (Article 13). Il doit ensuite demander au Groupe de soutien les coordonnées d'un autre médecin qui rendra un second avis basé sur le dossier et un examen de la personne. Cet avis est envoyé au médecin en charge et à l'officier désigné (Article 14). Si la compétence pour décider de la personne est mise en doute par le premier et/ou le second médecin, ils doivent conjointement demander les coordonnées d'un psychiatre au Groupe de soutien qui rendra un avis sur la compétence basé sur le dossier et l'examen de la personne, qu'il leur enverra et transmettra à l'officier désigné (Article 15). Si la personne n'est pas considérée comme éligible à l'assistance à mourir par l'un des deux (ou trois le cas échéant) avis, la personne doit en être informée et la décision transmise à l'officier désigné (Article 16). Si elle est considérée comme éligible par les deux (ou trois le cas échéant) avis, le

304. Ci-après désignée comme « l'officier désigné » ; *Registrar* en langue originale.

médecin en charge doit informer la personne, discuter avec elle de l'avancée de sa maladie, du moment opportun de l'assistance à mourir (dans les six mois qui suivent au maximum), lui faire compléter le formulaire dédié spécifiant la date et l'heure choisie, et réitérer le fait qu'elle peut retirer sa demande à tout moment. Un formulaire dédié traçant ces étapes est complété et transmis à l'officier désigné (Article 17). Le formulaire spécifiant la date et l'heure complété par la personne est également envoyé à l'officier désigné par le médecin en charge, et si la personne souhaite reporter la date choisie, un nouveau formulaire doit être complété et transmis (Article 18).

Le médecin en charge doit ensuite informer la personne des différentes manières possibles de délivrer l'assistance à mourir (auto-administration, injection) et demander à la personne d'en choisir une. La prescription doit être écrite au moins 48 heures avant le moment choisi, et l'information sur la méthode et le moment doit être transmise à l'officier désigné. Celui-ci doit vérifier que toutes les étapes depuis le début du processus ont été respectées, et le cas échéant, donner son accord au médecin en charge (Article 19).

Après avoir reçu l'accord de l'officier désigné et au moment choisi par la personne, le médecin en charge doit réinterroger le consentement de la personne. Si la personne ne reconfirme pas sa volonté, l'assistance à mourir ne doit pas être délivrée, la prescription est détruite et l'officier désigné est informé. Si celle-ci réaffirme sa volonté, le médecin en charge doit délivrer l'assistance à mourir choisie et rester aux côtés de la personne ou à proximité jusqu'au décès, ou s'assurer qu'un médecin reste à ses côtés ou à proximité (Article 20).

Dans les 14 jours qui suivent le décès, le médecin en charge doit envoyer un rapport à l'officier désigné contenant des in-

formations spécifiques : l'identité du médecin, de la personne et des autres professionnels présents, le lieu et l'heure du décès, la méthode utilisée, une description de l'acte et si des problèmes sont survenus. L'officier désigné doit transmettre cette déclaration à la commission de contrôle (Article 21).

Si la personne retire sa demande, quel que soit le moment, ou si le caractère volontaire de la demande est mis en cause, le processus doit être arrêté et l'officier désigné informé (Articles 22 et 23).

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Les articles 25 à 30 instaurent les différentes modalités de suivi et de contrôle de la pratique. Le Groupe de soutien et consultation de fin de vie en Nouvelle-Zélande [*The Support and Consultation for End of Life in New Zealand (SCENZ) Group*] est créé et constitué par le ministère de la Santé. Le Groupe est chargé de tenir un registre des médecins et pharmaciens qui acceptent des demandes relatives à l'assistance à mourir, cela notamment pour s'assurer que les médecins et psychiatres consultants ne soient pas choisis de manière arbitraire par les médecins en charge du dossier d'une personne. Le Groupe doit également établir des recommandations de bonnes pratiques, qui auront le statut de droit secondaire³⁰⁵ (Article 25).

Le ministère de la Santé doit également appointer une commission de contrôle de la pratique [*End-of-life Review Committee*], constituée d'un spécialiste d'éthique médicale et de deux professionnels de santé, dont un spécialisé dans la fin de vie. La

305. [Standard of care. Administering assisted dying medication in New Zealand Aotearoa](#), novembre 2021, sur health.govt.nz, [en ligne, dernière consultation le 20 décembre 2021].

commission doit vérifier les déclarations des assistances à mourir pratiquées et référer à l'officier désigné de son avis favorable ou défavorable (Article 26).

Le ministère de la Santé doit désigner un officier d'état civil responsable de la pratique de l'assistance à mourir. Il doit, entre autres, mener des enquêtes pour collecter des informations complémentaires si la commission de contrôle estime que l'assistance à mourir n'a pas été délivrée en accord avec la loi en vigueur, et transmettre le dossier aux autorités compétentes si nécessaire. Il doit fournir un compte-rendu de la pratique contenant des statistiques et un relevé des sanctions prises (s'il y en a) les 30 juin de chaque année (Article 27). Une copie de ce rapport doit être présentée au Parlement (Article 29).


La loi devra être révisée dans les trois ans suivant son entrée en vigueur, puis tous les cinq ans maximum (Article 30).

Il est notamment précisé dans les articles suivants que cette loi n'affecte pas le droit de tout patient à refuser les soins (Article 32), que l'assistance à mourir ne peut pas être délivrée sur directive anticipée si la personne n'est plus en état de faire connaître sa volonté (Article 33), qu'une personne décédée par assistance à mourir est considérée comme étant décédée de sa maladie (Article 35), et qu'il est interdit de médiatiser une mort par assistance à mourir (Article 36). Les professionnels de santé qui agissent conformément à cette loi sont exempts de peine pénale (Article 37).


> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

La loi étant entrée en vigueur en novembre 2021, il est encore tôt pour rendre compte de la pratique de l'assistance à mourir, autant en termes statistiques que pour les questions qu'elle soulève potentiellement dans le pays.

EN NOUVELLE-ZÉLANDE, EN BREF

 **Quel contexte ?** Une décision de justice à propos d'un cas particulier incitant le Parlement à se prononcer sur l'aide active à mourir mène celui-ci à mener une consultation nationale sur la question. Un débat démocratique est demandé, et **la loi votée ensuite par le Parlement est soumise à un référendum qui conditionne son entrée en vigueur.**

 **Quelle loi ?** End of Life Choice Act 2019, promulguée en novembre 2019.


 **Quelle aide active à mourir ?** L'**euthanasie**, définie comme « l'administration par un médecin ou un infirmier praticien d'une substance à une personne pour soulager sa souffrance en accélérant sa mort », et le **suicide assisté**, défini comme « l'auto-administration par la personne d'une substance pour soulager sa souffrance en accélérant sa mort ». Le terme utilisé pour les deux actes est **assisted dying**.

 **Quels critères d'éligibilité ?**

- > Être de nationalité néo-zélandaise,
- > Être âgé de 18 ans ou plus et être capable de discernement [« être capable de prendre une décision informée à propos de l'assistance à mourir » dans le texte],
- > Faire une demande volontaire, et par écrit,
- > Souffrir d'une maladie en phase terminale pouvant entraîner la mort dans les six mois et être dans une situation de déclin avancé et irréversible de ses capacités physiques,
- > Subir des souffrances insupportables qui ne peuvent être apaisées par des moyens que la personne considère comme tolérables.

 **Quels principaux garde-fous ?**

- > La personne doit initier la demande,
- > Le médecin doit informer la personne de sa situation et de ses perspectives, dont les soins palliatifs,
- > Le médecin doit mener plusieurs entretiens avec la personne pour s'assurer de son éligibilité,
- > Un deuxième médecin, désigné par un tiers indépendant, doit confirmer le respect des critères d'éligibilité,
- > La demande doit être réitérée avant l'acte,
- > La procédure doit être tracée auprès du ministère de la Santé en temps réel, qui doit donner son accord avant la réalisation de l'acte.

 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.

👉 Un Groupe de soutien et consultation de fin de vie est créé, notamment pour désigner les médecins et psychiatres consultants afin de s'assurer de leur indépendance vis-à-vis du cas.

🗯️ **Quel contrôle ?**

> Le médecin qui accompagne la demande doit attester du bon respect de la procédure en temps réel auprès d'un officier de l'état civil, et doit déclarer son acte après l'avoir pratiqué,

> Le ministère de la Santé est chargé du contrôle du respect des critères et garde-fous *a priori*, par le biais de l'officier à l'état civil,

> Une Commission de contrôle de la pratique est créée, composée d'un spécialiste d'éthique médicale et deux professionnels de santé, dont un spécialisé dans la fin de vie. Elle effectue un contrôle *a posteriori*.

🗯️ **Concrètement, qui fait quoi ?** La personne atteinte d'une maladie grave et incurable avec un pronostic vital inférieur à 6 mois initie une demande d'euthanasie à un médecin, qui l'enregistre. Ce médecin, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité et en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de consulter un deuxième médecin qui doit donner son aval et être choisi par un tiers neutre). Le médecin renseigne chaque étape de la procédure à un officier d'état civil désigné, ce dernier devant contrôler le respect de la loi et donner son accord avant que l'acte ne soit pratiqué. Une fois l'accord obtenu, le médecin peut prescrire ou administrer une substance létale à la personne, et dans tous les cas être présent jusqu'à son décès. Après le décès, le médecin doit déclarer son acte à l'officier de l'état civil, qui transmet cette déclaration à la commission de contrôle de la pratique, qui vérifie le bon respect de la procédure *a posteriori*.

🗯️ **Et aujourd'hui ?** Il est encore tôt pour rendre compte de la pratique de l'assistance à mourir et des questions qu'elle soulève potentiellement dans le pays.

I. L'Espagne

En Espagne, le Code pénal de 1995 prévoit une peine allégée (6 mois à 2 ans de prison avec sursis) pour une personne qui provoque ou participe à la mort d'une autre, si la première agit à la demande expresse et sans équivoque de la deuxième, et si la deuxième est atteinte « d'une maladie grave qui entraînerait nécessairement sa mort, ou qui produit des souffrances graves et permanentes difficiles à supporter³⁰⁶ » (Code pénal espagnol, Article 143.4). En d'autres termes, une personne qui pratiquerait une euthanasie ou un suicide assisté serait punie moins sévèrement que pour un autre homicide. Cet allègement de peine en cas de maladie grave et incurable n'empêche pas les cas particuliers de relancer le débat sur l'autorisation de ces pratiques, à l'image du cas de Ramon Sampedro, tétraplégique depuis l'âge de 26 ans à la suite d'un accident, qui, après plusieurs années passées devant les tribunaux pour obtenir une aide à mourir, sans succès, se suicide avec l'aide de l'un de ses amis en 1998, à 55 ans³⁰⁷. L'ami a avoué l'avoir aidé seulement après le délai de prescription, rendant impossible sa condamnation ; à l'époque, plus de 4 000 personnes avaient déclaré l'avoir aidé, rendant l'affaire insolvable³⁰⁸.

En 2018, le Parti socialiste ouvrier espagnol (PSOE) au pouvoir échoue à faire entrer une proposition de loi sur l'euthanasie et le suicide assisté au Parlement du fait de l'opposition des

306. Traduction translate.google.fr. Source : (es) Code pénal, [Article 143](#), sur noticias.juridicas.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

307. J.-H. Armengaud, [Espagne : un « suicide assisté » relance le débat sur l'euthanasie. Sampedro, tétraplégique, s'est empoisonné au cyanure.](#), *Libération*, 22 janvier 1998, sur liberation.fr, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

308. (en) G. Casino, [Film reopens euthanasia debate in Spain](#), *British Medical Journal*, 2004, Vol. 329, p. 864. [DOI: 10.1136/bmj.329.7470.864-a](https://doi.org/10.1136/bmj.329.7470.864-a)

autres partis. La même année, le Conseil général des associations médicales officielles (CGCOM) se positionne publiquement contre l'euthanasie et le suicide assisté, au nom du principe du respect de la vie et de la déontologie* médicale qui établit que nul médecin ne peut causer intentionnellement la mort de son patient même si celui-ci le lui demande. L'instance médicale appelle plutôt de ses vœux une législation garantissant un accès universel et équitable aux soins palliatifs et un droit à la sédation palliative* en fin de vie³⁰⁹.

L'euthanasie devient néanmoins un thème majeur de campagne du PSOE en vue d'élections générales prévues le 28 avril 2019 lors de la médiatisation du cas de Maria José Carrasco au début du même mois. Celle-ci a alors 62 ans et est atteinte d'une sclérose en plaques* (SEP) depuis 30 ans ; elle avait déjà demandé publiquement une euthanasie en octobre de l'année précédente. En l'absence de réponse, c'est son mari qui l'aidera finalement à se suicider le 4 avril 2019. L'acte est filmé et diffusé par son mari, et il sera placé en garde à vue pour possible homicide le jour même. Pedro Sanchez, président du gouvernement espagnol issu du PSOE, fait alors une promesse électorale : si le PSOE sort majoritaire du scrutin, le droit à l'euthanasie sera reconnu³¹⁰. Il faut attendre le 7 janvier 2020 pour que Pedro Sanchez soit reconduit au pouvoir à la tête d'une coalition de gauche³¹¹. Un mois plus tard, la première proposition de loi présentée au Parlement est celle portant sur le droit

309. (es) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, [Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido](#), 21 mai 2018, sur [cgcom.es](#), [en ligne, dernière consultation le 27 décembre 2021].

310. (en) A. G. Rada, Assisted dying: case of man who helped his wife to die reignites Spain's euthanasia debate, *British Medical Journal*, 2019, Vol. 365, n° 11764. DOI: [10.1136/bmj.11764](#)

311. [Pedro Sanchez reconduit au pouvoir en Espagne à la tête d'une coalition de gauche](#), France 24, 7 janvier 2020, sur [france24.com](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

à l'euthanasie, et le Parlement donne son accord pour commencer à examiner le texte le 11 février 2020³¹². Cet accord est rendu possible par la réélection du PSOE, et plus largement par l'adhésion sans cesse plus marquée du grand public à l'ouverture du droit à l'euthanasie et au suicide assisté en cas de maladie grave et incurable dans le pays. Cette adhésion croissante s'explique notamment par la place donnée aux cas particuliers dans les débats et l'importance de plus en plus grande donnée au principe d'autodétermination* des personnes dans les décisions relatives à leur santé, et dans les décisions concernant la fin de vie³¹³.

Si dans les sondages une petite majorité médicale affirme que cette question n'est plus seulement clinique dans le pays mais qu'elle doit être débattue à l'échelle de la société et qu'il doit peut-être être repensé le rôle du médecin dans les situations de fin de vie³¹⁴, le CGCOM réitère sa position défavorable à l'euthanasie et au suicide assisté en février 2020. L'instance médicale insiste sur le fait qu'une loi sur ces pratiques ne peut être discutée seule, et qu'un débat plus large sur la prise en charge globale des patients en fin de vie est nécessaire. Selon elle, une loi sur l'euthanasie ne peut et ne doit pas remplacer la nécessité de développer les soins palliatifs et les aides sociales pour les patients, sans compter le fait que de ne parler que de l'aide active à mourir peut mener les patients à penser qu'elle serait la seule solution possible lorsque l'on est atteint d'une maladie grave et incurable causant des souffrances in-

312. T. Fillon, *Espagne : la loi sur l'euthanasie, étendard du nouveau gouvernement de Pedro Sanchez*, France 24, 13 février 2020, sur france24.com, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

313. (en) I. Bernal-Carcelén, *Euthanasia: trends and opinions in Spain*, *Revista española de sanidad penitenciaria*, 2020, Vol. 22, n° 3, p.112-115. DOI:[10.18176/resp.00020](https://doi.org/10.18176/resp.00020)

314. *Ibid.*

supportables³¹⁵. Le Comité de Bioéthique espagnol se positionne également en octobre 2020 en défaveur de la législation d'un droit à l'aide active à mourir, notamment en raison du contexte sanitaire, et conclut son argumentation en affirmant qu'une telle législation impliquerait de s'engager dans une voie de dévalorisation de la protection de la vie humaine, avec des conséquences potentiellement dramatiques. L'heure serait plutôt au renforcement des ressources sanitaires et sociales en fin de vie, au développement des soins palliatifs et à la protocolisation de la sédation palliative³¹⁶.

L'opposition éthique et médicale ne tarit pas alors que la chambre basse du Parlement approuve le projet de loi le 17 décembre 2020. Le CGCOM s'inquiète que cette loi entérine l'euthanasie comme un acte médical, alors qu'elle est contraire au Code de déontologie en vigueur, et il réaffirme que la profession médicale ne peut pas accepter de laisser des personnes décider de mettre fin à leurs jours par manque de soutien et de ressources sociosanitaires³¹⁷.

Malgré cela, le PSOE continue à défendre son projet de loi sur les arguments de la reconnaissance de l'autodétermination de la personne et de l'avancée sociale qu'il permet – avancée plébiscitée par une majorité citoyenne et, selon le parti, en accord

315. (es) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, *Dr. Serafín Romero: "Es un error que la ley de eutanasia salga sin estar integrada en una norma de atención integral"*, 13 février 2020, sur cgcom.es, [en ligne, dernière consultation le 27 décembre 2021].

316. (es) Comité de Bioética de España, *Informe del comité de bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*, 6 octobre 2021, sur assets.comitedebioetica.es, [en ligne, dernière consultation le 3 janvier 2022].

317. (es) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, *El CGCOM ante la aprobación del Congreso de los Diputados del dictamen de la comisión de justicia sobre la proposición de Ley Orgánica para la regulación de la eutanasia en España*, 18 décembre 2020, sur cgcom.es, [en ligne, dernière consultation le 27 décembre 2021].

avec la sécularisation de la vie et des valeurs des personnes. Le projet de loi est définitivement approuvé par le Parlement à une large majorité le 18 mars 2021, après amendements et votes des deux chambres³¹⁸.

> Que dit la loi ?

La **loi réglementant l'euthanasie du 24 mars 2021**³¹⁹ entre en vigueur le 25 juin 2021. Son préambule commence par rappeler que cette loi vise à apporter une réponse à une demande soutenue de la société espagnole d'aujourd'hui. La loi prévoit la modification du Code pénal du pays, afin d'ajouter une exception à la peine encourue en cas de participation à la mort d'une personne, à sa demande, atteinte d'une maladie grave et incurable, dans le cas où les conditions prévues sont respectées. La loi espagnole va aussi plus loin en cela qu'elle reconnaît un droit à toute personne éligible de demander et recevoir l'aide active à mourir.

DÉFINITIONS

Dans le préambule, l'euthanasie [*eutanasia*] est distinguée de l'arrêt des traitements et de la sédation palliative, et est définie comme « l'action qui provoque la mort d'une personne directement et intentionnellement par une relation de cause à effet unique et immédiate, à la demande informée, expresse et répétée dans le temps par ladite personne, et qui est réalisée dans un contexte de souffrance due à une maladie ou une affection

318. (es) Congreso de los Diputados, [El Congreso aprueba la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia](#), 18 mars 2021, sur [congreso.es](#), [en ligne, dernière consultation le 27 décembre 2021].

319. (es) [Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia](#), sur [boe.es](#), [en ligne, dernière consultation le 28 décembre 2021].

incurable que la personne ressent comme inacceptable et qui n'a pas pu être atténuée par d'autres moyens³²⁰ ». L'euthanasie en Espagne désigne aussi bien l'euthanasie que le suicide assisté ; les deux pratiques étant considérées comme deux conduites d'euthanasie différentes. Le préambule s'attache enfin à justifier la loi vis-à-vis de la Constitution espagnole, et à en donner le sommaire.

Le premier chapitre de la loi s'attache à définir les termes utilisés en son sein : il est notamment entendu par « état grave, chronique et invalidant » [*padecimiento grave, crónico e imposibilitante*] des limitations qui affectent directement l'autonomie physique et les activités de la vie quotidienne ainsi que la capacité d'expression et associées à des souffrances physiques ou mentales constantes et insupportables, avec une probabilité forte que ces limitations perdurent dans le temps ; par « maladie grave et incurable » [*enfermedad grave e incurable*] une maladie qui provoque des souffrances physiques ou mentales constantes et insupportables avec un pronostic vital limité dans un contexte de fragilité progressive ; par « prestation d'aide à mourir » [*prestación de ayuda para morir*] l'action de la fourniture des moyens nécessaires à une personne éligible et demandeuse, soit par administration d'une substance par le professionnel de santé, soit par auto-administration d'une substance prescrite par le professionnel de santé ; ou encore par « situation d'incapacité de fait » [*situación de incapacidad de hecho*] la situation dans laquelle le patient manque de compréhension pour être pleinement auto-

320. Traduction [google.translate.fr](https://www.google.fr/translate). En espagnol : « la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. »

nome et que des mesures d'accompagnement existent ou ont été adoptées pour exercer sa capacité juridique.

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

L'article 4 octroie le droit de toute personne éligible de demander et de recevoir l'aide à mourir. Cette décision doit être autonome, authentique, et formulée librement. La personne doit avoir été informée par l'équipe soignante responsable de son état et des moyens disponibles, avec une attention particulière portée aux personnes en situation de handicap.

Pour être éligible à recevoir l'aide à mourir, la personne doit :

- ❶ avoir la nationalité espagnole ou avoir passé au moins 12 mois sur le territoire, être majeure et capable et consciente au moment de la demande ;
- ❷ avoir reçu par écrit les informations sur sa situation médicale, les alternatives existantes dont les soins palliatifs ;
- ❸ avoir fait deux demandes libres et volontaires écrites à au moins 15 jours d'intervalle (délai qui peut être réduit si le médecin responsable estime que la perte de la capacité de la personne à donner son consentement est imminente) ;
- ❹ souffrir d'une maladie grave et incurable ou être dans un état grave, chronique et invalidant, certifiés par le médecin responsable ;
- ❺ donner un consentement éclairé avant de recevoir l'aide à mourir (Article 5.1).

Il est ajouté qu'une personne peut être éligible à recevoir l'aide à mourir sans remplir les conditions 2, 3 et 5 dans les cas où le médecin responsable évalue la personne comme en « incapacité de fait »³²¹, mais qu'elle a préalablement signé un document

321. Cette évaluation fait l'objet d'un protocole spécifique, qui sera révisé tous les ans. Voir : (es) Ministère de la Santé, [*Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho*](#), juin 2021, [en ligne, dernière consultation le 28 décembre 2021].

de directives anticipées reconnu comportant sa demande alors qu'elle était encore capable d'exprimer sa volonté. Dans le cas où la personne a désigné un représentant dans ses directives anticipées, celui-ci devient l'interlocuteur principal du médecin responsable (Article 5.2).

Les demandes écrites doivent être datées et signées par le patient demandeur en présence d'un professionnel de santé qui les signera également. Si ce professionnel n'est pas le médecin responsable, les demandes lui seront remises. Si le patient est dans l'incapacité physique de le faire, la demande peut être enregistrée ou une autre personne peut la signer et la dater en la présence du patient (Articles 6.1 et 6.2). La (ou les) demande peut être révoquée à tout moment par le patient (Article 6.3).

Dans le cas où le patient est évalué comme en « incapacité de fait » et qu'il avait écrit des directives anticipées formulant une demande d'aide à mourir, cette demande peut être présentée au médecin responsable par une autre personne majeure et capable accompagnée des directives anticipées signées par le patient. Dans le cas où personne ne peut présenter la demande au nom du patient, le médecin responsable peut soumettre la demande d'euthanasie, s'il s'est préalablement procuré les directives anticipées signées par le patient par le biais des autorités sanitaires les détenant (Article 6.4).

Si le médecin refuse une demande d'aide à mourir, il doit formuler sa décision par écrit, la motiver et en faire part à la personne dans un délai maximal de dix jours après la première demande. Il doit alors informer la personne de la possibilité de faire appel de cette décision dans les 15 jours suivants auprès de la Commission de garantie et d'évaluation compétente (ci-après, « la Commission ») (Article 7).

Lorsque le médecin reçoit une première demande écrite d'aide à mourir, il doit vérifier les conditions d'éligibilité et discuter avec la personne de son diagnostic, des possibilités thérapeutiques dont celle des soins palliatifs et s'assurer que le patient comprenne ces informations. Celles-ci doivent être fournies au patient par écrit dans un délai maximal de cinq jours. À la suite de la seconde demande écrite, le médecin doit reprendre la discussion avec son patient dans un délai de cinq jours afin de répondre à ses besoins éventuels d'informations complémentaires. Vingt-quatre heures plus tard, le médecin doit demander à la personne si elle maintient sa demande. Le cas échéant, le médecin doit en informer l'équipe soignante et les proches indiqués par le patient s'il le souhaite. Le médecin responsable doit alors consulter un médecin conseil qui évalue la demande sur dossier et après examen du patient à compter de dix jours de la deuxième demande et communique sa décision à la personne dans les 24 heures. Si l'avis est défavorable, le patient peut faire appel auprès de la Commission. Si la demande est acceptée, le médecin responsable doit, avant de pratiquer l'aide à mourir, en informer la Commission dans un délai maximal de trois jours en vue d'un contrôle préalable (Article 8).

Si la personne est évaluée comme en « incapacité de fait », le médecin responsable est tenu d'appliquer les dispositions indiquées sur le protocole spécifique : s'il n'y a pas de directives anticipées, la demande ne peut pas être acceptée ; s'il y a des directives anticipées, le médecin responsable se doit de les suivre et de poursuivre la procédure indiquée en supposant que les souhaits de la personne n'ont pas changé³²² (Article 9).

322. Ministère de la Santé, *Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho*, op. cit.

Lorsque la Commission reçoit la notification de la part du médecin responsable qu'une demande a été acceptée, deux de ses membres (un professionnel de santé et un avocat) évaluent la demande à leur tour sous deux jours. Ils ont accès au dossier de la personne, et ils peuvent la rencontrer ainsi que le médecin responsable et l'équipe, et rendent leur avis écrit sous sept jours. S'il y a un désaccord, la demande est discutée avec les cinq autres membres de la Commission. Le président de la Commission doit ensuite faire part de la décision au médecin responsable sous deux jours, afin qu'il puisse procéder à l'aide à mourir (Article 10).

Si la décision est favorable, le médecin peut pratiquer l'aide à mourir selon les recommandations de bonnes pratiques³²³. Il doit demander à la personne demandeuse, si elle est capable de choisir, la modalité sous laquelle elle souhaite recevoir l'aide à mourir (euthanasie ou suicide assisté). Dans tous les cas, le médecin responsable doit rester aux côtés de la personne jusqu'à son décès (Article 11).

Une fois l'aide à mourir pratiquée, le médecin doit déclarer son acte à la Commission en lui fournissant deux documents, le premier avec des données identificatoires et le deuxième avec la description des différentes étapes de la procédure (Article 12).

CLAUSE DE CONSCIENCE

Les articles 13 à 16 visent à garantir le droit d'accès à l'aide à mourir : l'acte est financé par l'État (Article 13) ; il peut être pratiqué dans des établissements publics ou privés comme à

323. (es) Ministère de la Santé, [Manual de buenas prácticas en eutanasia](#), juillet 2021, [en ligne, dernière consultation le 28 décembre 2021].

domicile (Article 14) ; la confidentialité est assurée (Article 15) ; les professionnels de santé peuvent exercer leur droit à l'objection de conscience, ils doivent néanmoins le signaler par écrit et il sera créé un registre de ces professionnels par les administrations sanitaires locales afin qu'elles puissent assurer une gestion adéquate de la prestation d'aide à mourir (Article 16).

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Les articles 17 et 19 prévoient la création d'une Commission de garantie et d'évaluation dans chaque communauté autonome d'Espagne et dans les villes de Ceuta et Melilla, et détaillent leurs missions. Elles doivent comporter un minimum de sept membres, dont un médecin, un infirmier et un juriste, et doivent être créées avant l'entrée en vigueur des autres articles de la loi (Article 17). Les Commissions doivent notamment résoudre les éventuels appels portés devant elle, vérifier la conformité des actes pratiqués sur la base du deuxième document envoyé par les médecins responsables (en cas de doute, elles peuvent consulter le premier document et interroger les médecins impliqués), émettre des recommandations de modification des protocoles, ainsi que publier un rapport d'évaluation annuel de l'application de la loi (Article 18).

Le décès consécutif à une aide à la mort est considéré comme une mort naturelle (Première disposition supplémentaire).

> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

La mise en application de la loi entrée en vigueur depuis quelques mois questionne le monde médical :

- **L'inadéquation entre la volonté citoyenne et la déontologie médicale.** Depuis l'entrée en vigueur de la loi, l'instance

médicale officielle espagnole continue d'alerter sur la difficulté à concilier le devoir médical et la pratique de l'aide active à mourir. Même si le médecin qui agit conformément à la loi ne peut être sanctionné, l'euthanasie n'est pas reconnue comme un acte médical³²⁴. En soumettant les médecins à la volonté citoyenne, la loi crée de fait un double rôle complexe pour eux : à la fois s'assurer que l'euthanasie puisse être pratiquée dans les meilleures conditions possibles pour les patients et pour eux, et continuer à réfléchir à des alternatives d'accompagnement et demander plus de moyens pour le développement des soins palliatifs lorsque les patients se retrouvent dans des situations sans issue thérapeutique. Pour l'instance médicale, la priorité est de continuer à solliciter les pouvoirs publics pour être soutenu au plus près dans ce double rôle et garantir un accompagnement adéquat pour les patients³²⁵.

• **La contestation du registre des professionnels objecteurs de conscience.** Dès mars 2021 et avant la promulgation de la loi, l'instance médicale officielle s'oppose à la création d'un registre national des professionnels objecteurs de conscience


324. Le Conseil général des associations médicales officielles reprend les réflexions du Comité de Bioéthique espagnol, qui opère une différence entre « acte médical » [*acto médico*], pratiqué par un professionnel de santé qui a pour finalité la bienfaisance pour la santé du patient, et « acte sanitaire » [*acto sanitario*], pratiqué dans un contexte de soins mais pas nécessairement réalisé par un professionnel de santé ni lié à la santé du patient. Selon le Comité, l'euthanasie est un acte sanitaire et non un acte médical, car l'acteur principal de l'euthanasie est le patient lui-même (il détermine son diagnostic, à savoir qu'il considère que sa vie n'est plus digne d'être vécue, et sa thérapie, à savoir mettre fin à sa vie) ; le médecin est réduit à un rôle passif, un « intermédiaire bureaucratique et fournisseur de la substance létale ». De plus, et toujours selon le Comité, l'euthanasie ne vise pas un but bienfaisant pour la santé du patient, puisqu'elle vise sa mort. Source : (es) Comité de Bioética de España, [*Informe del comité de bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia*](#), juillet 2021, sur assets.comitedebioetica.es, [en ligne, dernière consultation le 3 janvier 2022].

325. (es) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, [*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*](#), 21 octobre 2021, sur cgcom.es, [en ligne, dernière consultation le 27 décembre 2021].


refusant de pratiquer l'euthanasie pour des raisons qui leur sont propres. L'instance argue que ce registre va à l'encontre du droit à la confidentialité et à la non-discrimination, et qu'il n'est pas nécessaire pour la bonne mise en œuvre de la loi. Le Comité de Bioéthique espagnol rejette également l'idée de la constitution d'un tel registre au motif du fait notamment qu'il serait inopérant et *in fine* délétère pour l'application de la loi et l'accompagnement de la fin de vie en général, les professionnels pouvant être amenés à changer d'avis selon les situations ou pouvant estimer qu'il n'est pas de leur ressort de prendre soin des patients avec cette demande au motif qu'ils sont objecteurs de conscience, et ainsi créer des ruptures de soin en fin de vie³²⁶.

326. (es) Comité de Bioética de España, *Informe del comité de bioética de España sobre la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir de la ley orgánica reguladora de la eutanasia*, op. cit.



EN ESPAGNE, EN BREF

 **Quel contexte ? Vivement contestée par les instances médicales et éthiques officielles**, qui souhaitent favoriser le développement des soins palliatifs, la loi est tout de même discutée et votée au Parlement, appuyé par la volonté populaire. Elle consacre le droit de toute personne éligible à demander et recevoir l'aide active à mourir.

 **Quelle loi ? Loi du 24 mars 2021 réglementant l'euthanasie.**
[\[Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia\]](#)

 **Quelle aide active à mourir ? L'euthanasie et le suicide assisté**, réunis sous le terme d'euthanasie, et définis comme « l'action qui provoque la mort d'une personne directement et intentionnellement par une relation de cause à effet unique et immédiate, à la demande informée, expresse et répétée dans le temps par ladite personne, et qui est réalisée dans un contexte de souffrance due à une maladie ou une affection incurable que la personne ressent comme inacceptable et qui n'a pas pu être atténuée par d'autres moyens ».

 **Quels critères d'éligibilité ?**


- > Avoir la nationalité espagnole ou résider sur le territoire depuis au moins 12 mois,
 - > Être âgé de 18 ans ou plus et être capable de discernement [« capable et consciente » dans le texte],
 - > Formuler sa demande de manière autonome, authentique et libre, et par écrit,
 - > Être atteint d'une maladie grave et incurable ou être dans un état grave, chronique et invalidant, avec un pronostic vital limité dans un contexte de fragilité progressive,
 - > Subir des souffrances physiques ou mentales constantes et insupportables du fait de sa situation médicale.
-  La loi ne précise pas davantage à quel terme le pronostic vital doit être engagé.
-  Si une personne est considérée comme en incapacité de fait, des critères (et garde-fous) spécifiques s'appliquent : notamment avoir rédigé des directives anticipées en ce sens.


Quels principaux garde-fous ?

- > Le médecin doit informer le patient de son état et de ses perspectives, dont les soins palliatifs,
- > Le médecin doit mener au moins un autre entretien avec le patient pour s'assurer de son éligibilité,
- > Un deuxième médecin indépendant et compétent quant à la pathologie concernée doit confirmer le respect des critères d'éligibilité,
- > La Commission de garantie et d'évaluation compétente doit donner son accord avant la réalisation de l'acte.

Quel contrôle ?

- > Une Commission de garantie et d'évaluation est créée dans chaque région, composée chacune d'au moins sept membres, dont un médecin, un infirmier et un juriste,
- > Le médecin qui accompagne la demande informe la commission dont il dépend lorsqu'une demande est acceptée et pourquoi elle l'a été avant de pratiquer l'acte afin qu'elle donne son accord. Le médecin doit également déclarer son acte auprès de la commission une fois qu'il l'a pratiqué,
- > La commission concernée contrôle le respect des critères et garde-fous *a priori* et *a posteriori*.

 **Concrètement, qui fait quoi ?** La personne atteinte d'une maladie grave et incurable fait une demande d'aide active à mourir à un médecin. Ce médecin, s'il l'accepte, accompagne la demande en vérifiant les critères d'éligibilité et en prenant soin de respecter les garde-fous (dont celui de consulter un deuxième médecin indépendant et compétent quant à la pathologie concernée qui doit confirmer le respect des critères d'éligibilité). Il demande l'accord de la commission de contrôle régionale dont il dépend avant de prescrire ou d'administrer la substance létale, qui vérifie le bon respect de la procédure *a priori*. Une fois l'accord obtenu et l'acte pratiqué, le médecin le déclare à la commission, qui vérifie à nouveau le bon respect de la procédure, cette fois *a posteriori*.

 **Et aujourd'hui ?** L'instance médicale officielle refuse de reconnaître l'aide active à mourir comme un acte médical, ce qui entraîne des difficultés d'application de la loi encore jeune.

J. L'Autriche

Historiquement, le Code pénal autrichien punissait d'une peine identique quiconque donnait la mort à autrui à sa demande expresse (Article 77) et quiconque incitait ou aidait autrui à se suicider (Article 78)³²⁷.

Depuis le début des années 2000, le débat et les enquêtes parlementaires sur la fin de vie dans le pays se sont concentrés sur le développement des soins palliatifs³²⁸. Il était communément admis que l'amélioration de l'offre palliative et l'augmentation progressive des moyens contribueraient à diminuer les demandes d'euthanasie. En 2015, la Commission de Bioéthique autrichienne publie des *Recommandations pour l'accompagnement et la prise en charge des personnes en fin de vie*³²⁹ dans lesquelles est plus directement abordée la question de l'aide active à mourir, pour donner suite à une requête gouvernementale. Après des recommandations concernant le renforcement des soins palliatifs, la promotion de la planification avancée des soins et la prévention de l'obstination déraisonnable³³⁰, la majorité de la Commission propose des recommandations en faveur du suicide assisté dans le pays. Ces membres s'appuient

327. (de) [Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch](#), version du 5 février 2020, sur [legislationonline.org](#), p. 25, [en ligne, dernière consultation le 4 janvier 2021].

328. (de) Parlement autrichien, [Wie wird in Österreich über Sterbehilfe diskutiert?](#), 27 octobre 2021, sur [fachinfos.parlament.gv.at](#), [en ligne, dernière consultation le 4 janvier 2021].

329. (de et en) Commission de Bioéthique autrichienne, *Dying with dignity. Recommendations on assistance and care for persons in end-of-life situations and related issues*, 9 février 2015, sur [bundestkanzleramt.gv.at](#), [[à télécharger en PDF](#)], dernier téléchargement le 4 janvier 2022].

330. Notamment en proposant de ne plus avoir recours aux termes d'euthanasie active et passive, qui créent une confusion et potentiellement des situations d'obstination déraisonnable : les professionnels de santé, inquiets pour des raisons légales ou morales de pratiquer « l'euthanasie passive » ou « active », pourraient être amenés à proposer et mettre en place des traitements inutiles ou disproportionnés, créant ainsi des situations d'obstination déraisonnable.

sur une distinction entre le suicide pour des raisons sociales et le suicide d'une personne en phase terminale d'une maladie : alors qu'il est nécessaire de mener des politiques de prévention des deux catégories, et les soins palliatifs peuvent jouer un rôle clef dans la prévention de la seconde, la question de l'assistance au suicide se pose lorsque la volonté de suicide d'une personne en fin de vie persiste malgré la prise en charge palliative. Une distinction est également opérée entre l'incitation et l'assistance au suicide : alors que l'incitation au suicide doit rester pénalement répréhensible afin de garantir la protection des plus vulnérables, l'assistance au suicide (par un proche comme par un médecin en charge) peut être appropriée lorsqu'une personne atteinte d'une maladie incurable en phase terminale le demande volontairement, sérieusement et en discute raisonnablement. Un délai nécessaire à l'information et à la réflexion doit nécessairement être respecté entre la demande et l'acte ; et une clause de conscience doit exister pour les professionnels de santé. La minorité de la Commission qui s'oppose à l'assistance au suicide réfute la distinction entre les deux catégories de suicide, et s'inquiète de voir le suicide assisté devenir un soin habituel de fin de vie s'il n'est plus puni par la loi, ce qui aurait des conséquences sociales trop importantes. Tous sauf un membre de la Commission se positionnent en défaveur de l'euthanasie dans ces recommandations.

L'année suivante, en 2016, la Cour constitutionnelle autrichienne interdit la création d'une association qui souhaitait proposer l'aide au suicide, en précisant qu'il revient au législateur d'autoriser ou non cette pratique, ainsi que de la réglementer. Quatre ans plus tard, le 11 décembre 2020, et alors qu'au même moment le gouvernement annonce des solutions pour pérenniser le financement des soins palliatifs dans le pays, la Cour

constitutionnelle rend une nouvelle décision, cette fois-ci en faveur du suicide assisté³³¹. Quatre requérants – deux patients atteints de maladies neurodégénératives ayant perdu la mobilité, un homme ayant été condamné par le passé pour avoir aidé sa femme atteinte d'un cancer en phase terminale à se suicider, et un médecin questionnant l'inadéquation entre son droit à pratiquer les arrêts de traitements et les sédations palliatives, et non l'aide active à mourir – ont saisi la Cour afin de contester la constitutionnalité des articles du Code pénal concernant l'euthanasie et le suicide assisté. Selon une argumentation basée principalement sur le droit à l'auto-détermination et son étendue, il est jugé que l'interdiction d'aide au suicide est inconstitutionnelle. Pour la Cour, la demande volontaire de refus ou d'arrêt des traitements ne doit pas être traitée différemment de la demande volontaire d'aide au suicide. L'incitation au suicide reste pénalement répréhensible puisque le suicide ne résulterait alors pas d'une décision libre et autodéterminée* de la personne elle-même. L'euthanasie reste également interdite, les conséquences de son autorisation étant trop incertaines à ce stade³³².

Il est précisé que la décision de la Cour constitutionnelle sera appliquée à partir 1^{er} janvier 2022. Cela laisse aux législateurs un an pour encadrer la pratique de l'assistance au suicide. Le ministère de la Justice lance en avril 2021 un « forum de dialogue » sur le sujet – discussion entre de nombreux experts en éthique, médecine, et des citoyens. Les conclusions de ce rapport rappellent premièrement la nécessité de développer l'offre

331. (de) Verfassungsgerichtshof, [G 139/2019-71](#), 11 décembre 2020, sur [vfgg.gv.at](#), [en ligne, dernière consultation le 5 janvier 2022].

332. Verfassungsgerichtshof, [Es ist verfassungswidrig, jede Art der Hilfe zur Selbsttötung ausnahmslos zu verbieten](#), 11 décembre 2020, sur [vfgg.gv.at](#), [en ligne, dernière consultation le 5 janvier 2022].

en soins palliatifs, puis donnent des éléments pour éclairer le législateur dans la rédaction de la loi, c'est-à-dire des éléments pour s'assurer qu'une décision est libre et volontaire, pour établir les critères d'éligibilité à recevoir et fournir l'aide et pour établir des modalités de contrôle³³³. Un projet de loi est établi à partir de ce rapport ; il est déposé au Parlement le 23 octobre 2021 et est approuvé le 16 décembre 2021.

> Que dit la loi ?

La **loi sur les testaments de fin de vie du 16 décembre 2021**³³⁴ entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Le terme « testament de fin de vie » [*Sterbeverfügungsgesetz*] fait écho au « testament de vie » [*Patientenverfügungsgesetz*], équivalent des directives anticipées en France, et régulé depuis 2006 en Autriche. La loi prévoit une modification du Code pénal, pour exempter de sanctions les personnes qui en aident une autre à se suicider, sous réserve que les conditions prévues soient remplies.

La première section établit que la loi vise à régir les conditions nécessaires aux testaments de fin de vie, et qu'elle ne s'applique qu'aux résidents ou ressortissants autrichiens.

CLAUSE DE CONSCIENCE

Il est d'emblée précisé qu'aucune personne, physique ou morale, n'est tenue de fournir une assistance au suicide ou de participer à une étape de la procédure (Section 1, §2).

333. Bundesministerium Justiz, *Schlussbericht des Dialogforums Sterbehilfe*, 28 juin 2021, sur [bmj.gv.at](https://www.bmj.gv.at), [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 5 janvier 2022].

334. (de) *Ministerialentwurf betreffend Bundesgesetz, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen und das Suchtmittelgesetz sowie das Strafgesetzbuch geändert werden*, 16 décembre 2021, sur [parlament.gv.at](https://www.parlament.gv.at), [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 18 janvier 2022]. (Traduction : deepl.com.)

DÉFINITIONS

Les termes utilisés dans la loi sont ensuite définis, notamment « testament de fin de vie » [*Sterbeverfügungsgesetz*] comme « une déclaration de volonté par laquelle une personne souhaitant mourir consigne sa décision permanente, libre et autodéterminée de mettre fin à sa vie » ; l'assistance [*Hilfeleistung*] comme « l'aide physique apportée à la personne souhaitant mourir en mettant en œuvre des mesures d'interruption de la vie » ; la « phase terminale » [*terminale Phase*] comme « lorsque la maladie a atteint un stade où, selon l'avis médical, elle devrait entraîner la mort dans les six mois » (Section 1, §3). Un testament de vie ne peut être que strictement personnel (Section 1, §4).

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ET GARDE-FOUS

La deuxième section décrit les conditions d'encadrement de la pratique. Une personne qui souhaite mettre fin à sa vie doit l'inscrire dans son testament de fin de vie, en précisant que sa décision est prise de manière libre et auto-déterminée, et en indiquant si elle le souhaite des personnes prêtes à l'aider (Section 2, §5). Ladite personne doit être ❶ majeure et capable de prendre une décision et de recevoir de l'information, ❷ libre de toute influence concernant sa décision, ❸ atteinte d'une maladie incurable entraînant la mort ou souffrir d'une maladie grave et de longue durée avec des symptômes persistants, dont les conséquences affectent durablement la personne concernée dans l'ensemble de son mode de vie, ❹ dans un état de souffrance inapaisable du fait de sa maladie. La personne qui fournit l'aide à mourir ne doit pas être la même que celle qui fournit l'information ou celle qui conserve le testament de fin de vie (Section 2, §6).

L'information préalable à l'élaboration d'un testament de fin de vie doit être dispensée par deux médecins, dont un spécialiste en soins palliatifs, et ils doivent tous deux confirmer indépendamment l'un de l'autre que la personne est capable de prendre une décision, et que sa décision de mourir est libre et autodéterminée (Section 2, §7.1). L'information globale doit au moins comprendre les alternatives d'actions possibles (dont les soins palliatifs et la rédaction de directives anticipées* plus générales), le dosage et le mode de prise de la solution létale, les complications possibles, et les possibilités d'entretiens psychologiques ou autre préalables (Section 2, §7.2). Chaque médecin doit reporter par écrit les informations dispensées, ainsi que confirmer l'éligibilité de la personne demandeuse. Le document doit contenir des éléments identifiant la personne et les médecins, et doit être conservé au moins 30 ans (Section 2, §7.3). Si la personne demandeuse présente des troubles psychiques ayant valeur de maladie, et dont la conséquence pourrait être la volonté de mettre fin à sa vie, un entretien préalable avec un psychiatre ou un psychologue pour évaluer ces troubles doit nécessairement être réalisé avant confirmation de la demande (Section 2, §7.4).

Le testament de fin de vie doit être établi au plus tôt douze semaines après la réception de la première information médicale. S'il est confirmé par un médecin que la personne demandeuse souffre d'une maladie incurable en phase terminale, ce délai est réduit à deux semaines. Si le testament de fin de vie n'est pas rédigé dans l'année qui suit la deuxième information médicale, les informations doivent être données à nouveau (Section 2, §8.1). Le testament de fin de vie doit être écrit devant un notaire ou une personne juridiquement compétente, qui relit les informations médicales et fournit des informations juridiques

(Section 2, §8.2). Les données identificatoires et les critères d'éligibilité sont reconfirmés par écrit par le notaire (Section 2, §8.3).

La personne peut révoquer sa demande à tout moment, le testament de fin de vie est alors rendu invalide (Section 2, §10.2). La copie du testament de vie doit être détruite cinq ans après la première information médicale reçue si aucune solution létale n'a été obtenue, et dans tous les autres cas dix ans après sa rédaction (Section 2, §10.3). La copie doit être détruite si la personne révoque sa demande et qu'aucune solution létale n'a été donnée et qu'il a été prouvé que le testament de fin de vie original a été détruit (Section 2, §10.4). La destruction doit être signalée à la personne en charge du registre (Section 2, §10.5).

MODALITÉS DE CONTRÔLE

Le notaire doit remettre l'original du testament de fin de vie à la personne demandeuse. Une copie doit être conservée dans l'éventualité d'une enquête de police (Section 2, §9.1). Le ministère chargé de la santé publique doit tenir un registre des dispositions de fin de vie à des fins de contrôle et de recherche (Section 2, §9.2). Le médecin légiste qui constate un décès en relation directe ou indirecte avec la prise d'une solution létale doit également transmettre une déclaration au responsable du registre contenant en outre des données identificatoires (Section 2, §9.4).

La solution létale ne peut être remise par une pharmacie qu'à la personne souhaitant mourir ou à la personne désignée dans le testament de fin de vie, sur présentation dudit testament. La remise doit être notifiée au registre (Section 2, §11.1). Le pharmacien doit vérifier l'identité de la personne, et qu'aucune solution létale ne lui a déjà été remise en consultant le registre (Section 2, §11.2). Toute solution létale non utilisée doit être remise à la


pharmacie pour destruction (Section 2, §11.4). La composition des solutions létales et des médicaments associés est soumise à décret du ministère chargé de la santé publique (Section 2, §11.6). Une liste des pharmacies qui délivrent le produit doit être tenue par la Chambre autrichienne des pharmaciens pour qu'elle puisse être transmise aux personnes éligibles (Section 2, §11.7).


Il est interdit de faire de la publicité pour le suicide assisté. Il est néanmoins autorisé d'informer une personne souhaitant mettre fin à sa vie potentiellement éligible de la possibilité de rédiger un testament de fin de vie, si aucun bénéfice économique n'en est tiré (Section 2, §12).


> Et après l'entrée en vigueur de la loi ?

La loi étant entrée en vigueur en janvier 2022, il est encore tôt pour rendre compte de la pratique de l'assistance à mourir et des questions qu'elle soulève potentiellement dans le pays.

EN AUTRICHE, EN BREF

 **Quel contexte ?** La Cour constitutionnelle autrichienne juge que l'**interdiction du suicide assisté contrevient au droit à l'auto-détermination**, et donne au Parlement un an pour réguler la pratique.

 **Quelle loi ?** Loi du 16 décembre 2021 sur les testaments de fin de vie [PDF]. *[Bundesgesetz, mit dem ein Sterbe-verfügungsgesetz erlassen und das Suchtmittelgesetz sowie das Strafrechtsgesetzbuch geändert werden]*


 **Quelle aide active à mourir ?** Le **suicide assisté**, défini comme « l'aide physique apportée à la personne souhaitant mourir en mettant en œuvre des mesures d'interruption de la vie ».


 **Quels critères d'éligibilité ?**

- > Avoir la nationalité autrichienne, ou résider dans le pays,
- > Être âgé de 18 ans ou plus et être capable de discernement,
- > Rédiger un testament de fin de vie spécifiant la demande, de manière libre et autodéterminée,
- > Être atteint d'une maladie incurable entraînant la mort ou souffrir d'une maladie grave et de longue durée avec des symptômes persistants,
- > Être affecté durablement par les conséquences de la maladie dans l'ensemble de son mode de vie,
- > Être dans un état de souffrance inapaisable du fait de la maladie.

 **Quels principaux garde-fous ?**

- > Deux médecins, dont un de soins palliatifs, doivent informer la personne de sa situation et de ses perspectives,
- > Ces deux médecins doivent confirmer le respect des critères d'éligibilité et signer le testament de fin de vie,
- > Le testament de fin de vie doit être écrit au plus tôt douze semaines après la première information médicale reçue, devant une personne juridiquement compétente ; s'il n'est pas écrit un an après la deuxième information reçue, les informations doivent être redonnées.


 En cas de suspicion de maladie psychiatrique dont la conséquence pourrait être la volonté de mettre fin à sa vie, un psychiatre ou un psychologue doit nécessairement être consulté avant la confirmation de la demande.

 **Concrètement, qui fait quoi ?** La personne atteinte d'une maladie grave et incurable rédige un testament de fin de vie afin de demander un suicide

assisté. Elle doit avoir été informée par deux médecins dont un de soins palliatifs de sa situation et de l'ensemble de ses autres droits en fin de vie. Ces deux médecins doivent confirmer le respect des critères d'éligibilité. Le testament doit être signé devant un notaire, et conservé dans un registre tenu par le ministère de la Santé Publique. La personne, sous présentation de l'original de ce document, peut se procurer une substance létale en pharmacie. La remise doit être notifiée au registre par le pharmacien.

Quel contrôle ?

- > Le ministère de la Santé Publique tient un registre des testaments de fin de vie. Chaque délivrance de substance létale en pharmacie doit être notifiée au service tenant le registre,
- > Le médecin légiste qui constate un décès en relation directe ou indirecte avec la prise d'une solution létale doit transmettre une déclaration au responsable du registre, afin de vérifier si la personne décédée avait écrit un testament de fin de vie.

 **Et aujourd'hui ?** Il est encore tôt pour rendre compte de la pratique de l'assistance à mourir et des questions qu'elle soulève potentiellement dans le pays.

III. Les législations en discussion

A. Le Portugal

Le Portugal se questionne depuis de nombreuses années sur la possibilité de faire évoluer sa législation en matière d'euthanasie et de suicide assisté. En 1995, le Conseil national d'éthique pour les sciences de la vie (CNECV) publie un avis sur les soins en fin de vie³³⁵ dans lequel il écrit que malgré les questionnements possibles sur le recours à l'euthanasie au nom du principe de bienfaisance* en cas de souffrance réfractaire dans des cas singuliers, c'est une réflexion sur la globalité et non l'exceptionnalité qui doit être menée. Dans cette perspective globale, l'aide active à mourir ne peut être justifiée par aucun argument éthique, juridique ou déontologique car il est question de tuer volontairement une personne humaine. En outre, le CNECV est d'avis que la dépénalisation de l'aide active à mourir résulterait en une perte de confiance en la profession médicale et entraînerait une libéralisation incontrôlable du permis de mourir et de la barbarie. Le CNECV s'attache à distinguer l'euthanasie et le suicide assisté qu'il faut refuser, des limitations et arrêts de traitements et de la sédation palliative* qu'il faut entreprendre afin de prévenir ou traiter la souffrance³³⁶.

Le débat s'intensifie à partir de 2015, entre d'un côté une alliance de gauche nouvellement majoritaire au Parlement et qui défend un droit à l'euthanasie au nom d'un élan progressiste, et de l'autre côté les représentants de l'Église catholique, très présente dans la société portugaise et qui s'oppose fortement à la dépénalisa-

335. (en) CNECV, 11/CNECV/95 - *Opinion on the Ethical Aspects of Health care Regarding the End of Life*, 11 mai 1995, sur cnecv.pt, [[à télécharger au format PDF](#), dernier téléchargement le 10 janvier 2022].

336. Le CNECV appelle dès 1995, avec cet avis, à ne plus utiliser les termes d'euthanasie passive et euthanasie active indirecte lorsque l'on parle de limitations et d'arrêts de traitements et de sédation palliative car « ce ne sont ni plus ni moins que de bonnes pratiques médicales ».

tion de la pratique. En mai 2018, quatre projets de loi en faveur de l'euthanasie ont été rejetés de peu par le Parlement³³⁷. La mobilisation religieuse contre ces projets a été inédite³³⁸, et les organisations représentatives de médecins et d'infirmiers ainsi que le CNECV se sont positionnés contre toute modification législative pendant cette période. L'Ordre des médecins portugais argue alors que l'aide active à mourir va à l'encontre des principes de la fonction médicale, et qu'en aucun cas la société ne peut pousser un médecin à violer son code de déontologie³³⁹ ; l'Ordre des infirmiers regrette notamment que les projets de lois ne fassent mention que du médecin dans le processus, et non de l'équipe soignante et particulièrement de l'infirmier, pourtant celui qui connaît le plus souvent le mieux le patient³⁴⁰ ; le CNECV liste les insuffisances du projet de loi, autant en ce qui concerne le vocabulaire utilisé que les garde-fous prévus ou la justification de sa nécessité³⁴¹. Les trois instances insistent plutôt sur l'importance de développer les soins palliatifs dans le pays.

Début 2020, les partis issus de la gauche, forts de leur majorité renforcée aux élections législatives d'octobre 2019, réintroduisent cinq projets de loi sur l'euthanasie. Malgré une nouvelle très forte mobilisation de l'Église, dont les associations de pro-

337. (pt) *Debate sobre a morte medicamente assistida*, 29 mai 2018, sur parlamento.pt, [en ligne, dernière consultation le 7 janvier 2022].

338. (pt) Grupo de Trabalho Inter-religioso Religiões-Saúde, *Cuidar até ao fim com compaixão*, 16 mai 2018, sur presidencia.pt, [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

339. (pt) Ordem dos Médicos, *Eutanásia, Suicídio assistido e Distanásia – declaração conjunta de 6 bastonários*, mai 2018, sur ordemdosmedicos.pt, [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

340. (pt) Ordem dos Enfermeiros, *Pronúncia Ordem dos Enfermeiros – Solicitação de Parecer sobre o Projecto de Lei n.º 773/XIII/3a (BE)*, 1^{er} mars 2018, sur app.parlamento.pt, [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

341. (pt) CNECV, *Parecer N.º 101/CNECV/2018 sobre o Projeto de Lei n.º 418/XIII/2ª, Regula o acesso à morte medicamente assistida*, 11 mars 2018, sur cnevc.pt, [[à télécharger au format PDF](#)], dernier téléchargement le 10 janvier 2022].

fessionnels de santé catholiques³⁴², et les avis défavorables du CNECV³⁴³ et d'une partie du corps médical, ces cinq projets sont adoptés par le Parlement en première lecture le 20 février 2020, l'argument du respect du choix autodéterminé* de chacun pour sa fin de vie l'ayant emporté auprès des députés. Ils doivent alors être réunis en un seul et être soumis à l'approbation du président de la République.

Outre les événements liés à la crise sanitaire de la Covid-19 qui ont contribué à rallonger le calendrier, la Fédération portugaise pour la vie, groupement d'associations visant à défendre la vie humaine de la conception à la mort, s'est mobilisée pour défendre devant le Parlement la tenue d'un référendum d'initiative populaire sur la question de l'euthanasie, imaginant que l'éventuelle division de l'opinion publique soulignée dans des sondages puisse empêcher le Parlement de légiférer sur le sujet. Le débat autour de la tenue ou non d'un référendum a porté sur la légitimité du Parlement à légiférer sur cette question complexe ayant attiré aux droits fondamentaux des citoyens, les uns défendant qu'ils sont justement élus pour cela et les autres rappelant que les partis formant la majorité n'ont pas indiqué qu'ils porteraient des projets de loi sur l'aide active à mourir s'ils étaient élus. Le Parlement rejette finalement le projet de référendum en octobre 2020³⁴⁴, et le 29 janvier 2021, le texte de loi

342. (pt) A. Roque, [Eutanásia. Associações profissionais católicas criticam “pressa” na legalização](#), Renascença, 14 février 2020, sur [rr.sapo.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

343. CNECV, *Parecer nº 110/CNECV/2020 sobre o Projeto de Lei nº 168/XIV/1ª (PEV) - Define o regime e as condições em que a morte medicamente assistida não é punível*, 17 février 2020, sur [cnevcv.pt](#), [[à télécharger au format PDF](#)], dernier téléchargement le 10 janvier 2022].

344. (pt) Por Lusa, [Referendo à Eutanásia discutido no parlamento sem debate nem emoção](#), Notícias ao Minuto, sur [noticiasao minuto.com](#), [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

qui régle l'accès à la mort médicalement assistée réunissant les cinq projets adoptés un an plus tôt³⁴⁵ est approuvé par les députés à 136 voix contre 78.

Le 18 février, le président de la République, moins socialiste que la majorité parlementaire et considérant que le texte recourt à des notions et critères trop indéterminés, décide de renvoyer la loi devant la Cour constitutionnelle pour un contrôle préventif³⁴⁶. Celle-ci juge le 15 mars 2021 que la loi est, en l'état, inconstitutionnelle³⁴⁷ : s'il est dit que le droit de vivre ne doit pas être interprété comme un devoir de vivre, la Cour appelle à la clarification de la loi, des critères et des modalités d'évaluation et de contrôle. La loi est immédiatement renvoyée, sans promulgation, devant le Parlement par le président de la République afin qu'elle soit retravaillée³⁴⁸. Un nouveau texte, comprenant une section détaillant les définitions des termes utilisés dans la loi et d'autres modifications, est présenté puis approuvé par le Parlement le 5 novembre 2021³⁴⁹.

Le président de la République décide à nouveau d'opposer son veto à la loi afin qu'elle soit renvoyée devant le Parlement. Il exige des députés de nouvelles clarifications car la nouvelle loi utilise les termes de « maladie grave », « maladie incurable » et « maladie mortelle » comme s'ils étaient interchangeables,

345. (pt) Decreto n° 109/XIV. [*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal*](#), 29 janvier 2021, sur [app.parlamento.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

346. (pt) [*Presidente da República submete decreto da eutanásia ao Tribunal Constitucional*](#), 18 février 2021, sur [presidencia.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

347. (pt) Tribunal Constitucional, [*Acórdão n° 123/2021*](#), sur [tribunalconstitucional.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

348. (pt) [*Presidente da República veta eutanásia por inconstitucionalidade*](#), 15 mars 2021, sur [presidencia.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

349. (pt) Decreto n° 199/XIV. [*Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal*](#), 5 novembre 2021, sur [app.parlamento.pt](#), [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

alors que la première version de la loi ne mentionnait que la « maladie mortelle » : avec ce nouveau texte, une personne pourra-t-elle demander l'aide active à mourir si elle est atteinte d'une maladie grave, mais non mortelle ? Ce changement est-il volontaire, et correspond-il aux souhaits de la société portugaise³⁵⁰ ?

Cela survient dans un contexte par ailleurs agité dans le pays, puisque le Parlement a été dissout par le président le 4 novembre et de nouvelles élections législatives doivent avoir lieu le 30 janvier 2022. Les défenseurs de la loi visent à ce qu'elle soit votée à nouveau avant les élections, arguant que le travail pour répondre aux attentes de la Cour constitutionnelle a été fait ; les détracteurs de la loi, de leur côté, reprochent à l'actuelle majorité de vouloir continuer à débattre d'une loi aussi importante dans ce contexte.

350. (pt) *Presidente da República devolve, sem promulgação, decreto da Assembleia da República sobre morte medicamente assistida, envolvendo a eutanásia e o suicídio medicamente assistido*, 29 novembre 2021, sur presidencia.pt, [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2022].

IV. Les décisions de justice

A. La Colombie

En Colombie, le Code pénal distingue l'« homicide » [*homicidio*] du « meurtre par compassion » [*homicidio por piedad*], et attribue une peine moins lourde au deuxième qu'au premier. Le « meurtre par compassion » est communément associé à l'euthanasie dans le pays car la définition qui en est donnée est celle-ci : « celui qui en tue un autre par pitié, pour mettre fin à la souffrance intense causée par des lésions corporelles ou une maladie grave et incurable³⁵¹ ». En 1997, un citoyen colombien saisit la Cour constitutionnelle du pays pour défendre la position selon laquelle l'inégalité des peines encourues pour un homicide et une euthanasie est discriminatoire et donc inconstitutionnelle, car elle laisse à penser que l'État ne fait pas le nécessaire pour protéger le droit à la vie de tous ses ressortissants sans exception. Contre toute attente, la Colombie étant connue pour être un pays plutôt conservateur avec un ancrage catholique important³⁵², la Cour constitutionnelle du pays rejette la demande, et va même jusqu'à juger qu'une euthanasie ne peut être considérée comme illégale si le patient donne volontairement son consentement éclairé et que l'acte est pratiqué par un médecin³⁵³. La Cour argumente que le droit à la vie ne peut se réduire à l'existence seule de l'individu, mais qu'il suppose une vie dans des conditions estimées comme dignes d'être vécues ; à ce titre, il n'existe pas de devoir de vivre, et un individu a le droit de demander à mourir s'il se trouve dans une

351. Traduction translate.google.fr. Source : (es) Code Pénal, [Article 106](#), sur biblioteca.ce-jamerica.org, [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

352. (en) M. Ceasar, [Euthanasia in legal limbo in Colombia](#), *The Lancet*, 26 janvier 2008, Vol. 371, n° 9609, p. 290-291. DOI: [10.1016/S0140-6736\(08\)60150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60150-6)

353. (en) E. Palomino, How to die in Colombia; A Constitutional Dilemma, *Asia Pacific Journal of Health Law & Ethics*, mars 2017, Vol. 10, n°2, p. 56-57, DOI: [10.38046/apjhe.2017.10.2.003](https://doi.org/10.38046/apjhe.2017.10.2.003).

situation où il estime que sa vie ne vaut plus d'être vécue³⁵⁴. La Cour conclut ainsi que le devoir de l'État de protéger le droit à la vie de ses ressortissants dans ce cas-là revient à s'assurer de respecter son consentement éclairé et son souhait de mourir dans la dignité, puisque le forcer à vivre en prolongeant sa souffrance équivaldrait à nier sa dignité et son autonomie*. En outre, lorsque le patient est en phase terminale, répondre à sa demande équivaut à réaliser un acte de solidarité. La Cour souligne que seul un médecin peut pratiquer une euthanasie et être déchargé des peines encourues pour un homicide, puisque lui seul peut donner les informations nécessaires au patient pour qu'il puisse donner un consentement éclairé, que lui seul peut évaluer son pronostic vital et les traitements possibles et que lui seul peut procurer les conditions pour une mort dans la dignité³⁵⁵.

La Cour demande aux législateurs, dans le cadre de cette décision, d'établir un cadre dans lequel l'euthanasie peut être autorisée. En 2006, un projet de loi est déposé par la tête de file de l'Association pour la Dignité dans la Mort [*Association for Dignity in Death*] locale mais il n'aboutit pas³⁵⁶. Les arguments de ceux s'opposant à l'euthanasie sont nombreux : outre les arguments religieux, les professionnels de soins palliatifs défendent l'idée que le développement de leur spécialité suffit pour répondre aux demandes des patients en fin de vie, et d'autres encore soulignent la dangerosité potentielle de promouvoir la légalisation de l'euthanasie dans un pays en voie de développement, puisqu'elle pourrait être perçue comme une solution pour réduire

354. (en) Corte Constitucional, [Decision C-239/97](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

355. *Id.*

356. M. Ceasar, *Euthanasia in legal limbo in Colombia*, *op. cit.*

les dépenses du système de santé et entraîner une pression sur les médecins à la proposer ou sur les patients en fin de vie à la demander³⁵⁷.

Le débat est relancé en 2014 à la suite de la médiatisation du cas d'une patiente atteinte d'un cancer du côlon en phase terminale qui demande une euthanasie, mais qui ne parvient pas à trouver un médecin d'accord pour la mettre en œuvre. La Cour constitutionnelle est à nouveau saisie, et bien que la patiente soit décédée avant qu'elle ne rende sa décision, la Cour réitère ses arguments exposés en 1997. Elle stipule également que tout médecin peut refuser de pratiquer une euthanasie pour raisons religieuses, mais elle exige qu'il se trouve dans chaque structure de santé un médecin prêt à évaluer et à répondre à ce type de demande³⁵⁸. Elle presse une nouvelle fois le législateur de fournir un cadre à l'euthanasie dans le pays et charge le ministère de la Santé et de la Protection Sociale d'émettre une directive pour que soient créés des comités pluridisciplinaires chargés de la mise en œuvre de l'euthanasie, ainsi que de rédiger un protocole médical pour guider la pratique de l'euthanasie.

Afin de répondre à ces injonctions et alors que le Parlement ne vote pas de loi, le ministère de la Santé publie en 2015 la *Résolution 1216 (2015)*³⁵⁹ et un *Protocole d'application de la procédure d'euthanasie en Colombie [Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia]*³⁶⁰. Ceux-ci n'ont pas

357. *Id.*

358. (en) Corte Constitucional, [Decision T-970/2014](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

359. (es) Ministerio de Salud y Protección Social, [Resolución 1216](#), 2015, sur [minsalud.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 11 janvier 2021].

360. (es) Ministerio de Salud y Protección Social, [Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. 2015](#), sur [minsalud.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

valeur de loi car ils n'émanent pas du Parlement, mais ils sont des règlements, des normes édictés par le ministère en place. La résolution ministérielle reprend les critères d'éligibilité esquissés par la Cour constitutionnelle : la personne doit ❶ être majeure, ❷ exprimer son consentement de manière libre, éclairée, et répétée, ❸ être atteinte d'une maladie en phase terminale. Elle doit avoir été informée de son droit aux soins palliatifs. Les directives anticipées* sont considérées comme une expression valable du consentement. Dans chaque centre de santé doit être créé un comité scientifique interdisciplinaire – composé d'un médecin spécialiste (autre que le médecin traitant, qui reçoit la demande), un avocat et un psychiatre ou un psychologue clinicien, non objecteurs de conscience – qui est chargé de contrôler la procédure à mesure qu'elle est effectuée. Le ministère de la Santé doit être notifié lorsque l'euthanasie est pratiquée. Alors que la *Résolution 1216* définit la maladie en phase terminale comme « un état pathologique grave, diagnostiqué par un médecin expert, avec un caractère évolutif et irréversible et un pronostic fatal dans un avenir proche ou dans un temps relativement court, et qui ne peut faire l'objet d'un traitement curatif qui permettrait de modifier le pronostic de mort imminente »³⁶¹, le Protocole publié peu après ajoute à cette définition la précision que la maladie doit engendrer des souffrances physiques et psychiques insupportables et que le pronostic vital doit être inférieur à six mois³⁶². Ce deuxième

361. Traduction *deepl.com*. En espagnol : « condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima ».

362. En espagnol : « enfermo terminal es aquel paciente con una enfermedad medicamente comprobada avanzada, progresiva, incontrolable que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento físico-psíquico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses ».

document vise plus largement à fournir des recommandations de bonnes pratiques aux médecins accompagnant des demandes d'euthanasie.

En 2017, la Cour constitutionnelle a statué sur la possibilité pour les mineurs de plus de six ans de demander l'euthanasie, avec les mêmes conditions d'éligibilité que les adultes³⁶³, à la différence près que la demande devrait être évaluée par un pédiatre, un psychiatre et un avocat. La demande d'un mineur de plus de 14 ans ne nécessite pas d'accord parental³⁶⁴. Le ministère de la Santé, sur demande de la Cour, publie une *Résolution* spécifique aux demandes des mineurs en 2018³⁶⁵.

Le 1^{er} juillet 2019, le ministère de la Santé publie une nouvelle *Résolution* à propos de la pratique de l'euthanasie, n° 971 (2021), qui vient remplacer la précédente afin d'apporter des modifications et des précisions³⁶⁶. Un premier changement porte sur les conditions minimales d'éligibilité pour faire une demande d'euthanasie. Une personne peut dès lors faire une demande si ❶ elle est « en fin de vie, c'est-à-dire si elle est atteinte d'une maladie incurable en phase avancée, d'une maladie en phase terminale ou d'une agonie »³⁶⁷ (et non plus seulement d'une maladie en phase terminale), ❷ sa maladie lui cause des souffrances, ❸ elle est capable d'exprimer sa demande expressément (ou

363. (en) Corte Constitucional, [Decision T-544/2017](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

364. (en) L. L. López Benavides, [The right to die with dignity in Colombia](#), *Forensic Research & Criminology International Journal*, 2018, Vol. 6, n° 6, p. 428. DOI: [10.15406/frcij.2018.06.00239](#)

365. (es) Ministerio de Salud y Protección Social, [Resolución 825](#), 2018, sur [minsalud.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

366. (es) Ministerio de Salud y Protección Social, [Resolución 971](#), 2021, sur [minsalud.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

367. En espagnol : « la presencia de una condición clínica de fin de vida, esto es, enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, o agonía ».

était capable de l'exprimer expressément au moment de la rédaction de ses directives anticipées). La maladie incurable est définie comme « une maladie dont l'évolution est progressive et graduelle, avec des degrés d'atteinte variables, qui répond de manière variable à des traitements spécifiques et qui évoluera vers la mort à moyen terme »³⁶⁸.

Il est également précisé que tous les médecins peuvent désormais recevoir les demandes d'euthanasie ; que pour avoir accès à l'euthanasie, une personne doit être de nationalité colombienne ou résider dans le pays depuis au moins un an ; et qu'il est possible de solliciter un deuxième comité pluridisciplinaire en cas de refus du premier avant d'éventuellement aller en justice. Il est également précisé que l'objection de conscience ne s'applique qu'au médecin qui refuse de pratiquer l'euthanasie, et non aux établissements de santé ou aux professionnels de santé impliqués dans le processus.

Enfin, une nouvelle procédure de déclaration des demandes en trois moments par les centres de santé au ministère est établie : au moment où elle est formulée par la personne devant un médecin, lorsque le Comité pluridisciplinaire est saisi et au moment où l'acte est pratiqué.

La possibilité pour les personnes atteintes d'une maladie en phase avancée de demander l'euthanasie est conditionnée au changement de la jurisprudence*, qui ne fait mention que de la maladie en phase terminale depuis 1997. À la suite d'un recours déposé auprès de la Cour constitutionnelle par deux patients atteints de maladies incurables en phase avancée et qui sou-

368. En espagnol : « enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evoluciona hacia la muerte a mediano plazo »

haitent être aidés à mourir, la Cour opère ce changement dans un jugement rendu le 22 juillet 2021³⁶⁹. La Cour justifie notamment sa décision par le fait qu'il va à l'encontre de l'autonomie du patient, qui souhaite l'euthanasie et qui répond à tous les autres critères, de lui infliger des soins ou des conditions de vie qu'il considère insupportables le temps que la maladie incurable progresse suffisamment pour être en phase terminale. Ce temps est par ailleurs bien souvent indéterminé et engendre des souffrances supplémentaires.

Les textes judiciaires et ministériels sont à ce jour seuls à régir la pratique de l'euthanasie en Colombie. La dernière proposition de loi en date, en avril 2021, a de nouveau échoué à être présentée devant le Parlement, ce qui perpétue des difficultés d'accès comme de contrôle.

369. (es) Corte Constitucional, [Decision C-233/21](#), sur [corteconstitucional.gov.co](#), [en ligne, dernière consultation le 12 janvier 2021].

B. L'Afrique du Sud

En Afrique du Sud, l'euthanasie et le suicide assisté sont considérés comme des meurtres, donc punis par la loi. En 2015, Robin Stransham-Ford, atteint d'un cancer en phase terminale lui causant des souffrances intolérables qu'aucun traitement, y compris palliatif, ne parvient à apaiser, saisit la Haute Cour de la province du Gauteng du Nord [*North Gauteng High Court*] pour obtenir la possibilité d'avoir recours à l'aide d'un médecin pour mourir. Bien que le patient meure environ deux heures avant que la décision ne soit rendue le 29 avril 2015, la Cour juge en sa faveur, en estimant que dans ce cas particulier, il a le droit d'obtenir une euthanasie ou un suicide assisté³⁷⁰. Cette décision ouvre la possibilité pour d'autres, dans des situations similaires, de demander la même chose – toute décision concernant l'euthanasie ou le suicide assisté devant être prise au cas par cas tant qu'il n'existe pas de cadre légal qui préciserait leurs conditions d'application.

Le ministère de la Justice fait appel de cette décision en 2016, et la Cour suprême d'appel [*Supreme Court of Appeal*] lui donne raison le 6 décembre 2016 et annule la décision de la Haute Cour du Gauteng sur trois arguments principaux : puisque R. Stransham-Ford est décédé avant que la décision ne soit rendue, sa demande ne tenait plus ; il n'y a pas eu d'examen suffisant des législations locales et internationales au regard de la Constitution ; la décision était basée sur des faits incomplets, voire erronés³⁷¹. Le juge a rendu une décision sur un cas parti-

370. (en) M. L. J. Koenane, *Euthanasia in South Africa: Philosophical and theological considerations*, *Verbum et Ecclesia*, vol n° 38, n° 1, 2017, p. 2. DOI: [10.4102/ve.v38i1.1549](https://doi.org/10.4102/ve.v38i1.1549).

371. (en) D. J. McQuoid-Mason, *Assisted suicide and assisted voluntary euthanasia: Stransham-Ford High Court case overruled by the Appeal Court – but the door is left open*, *South African Medical Journal*, mai 2017, Vol. 107, n° 5. DOI: [10.7196/SAMJ.2017.v107i5.12450](https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i5.12450).

ladies incurables souhaitant avoir recours au suicide assisté, des médecins et des avocats arguant que l'article 217 est inconstitutionnel ; ils sont entendus en avril 2019, et la Cour leur donne raison dans son jugement rendu le 26 février 2020³⁸³.

Dans cette décision, la Cour constitutionnelle stipule que l'interdiction en vigueur à ce moment-là viole le droit constitutionnel du « développement de sa personnalité », puisque celui-ci garantit à chacun le droit de déterminer son mode de vie, ce qui englobe selon la Cour le droit de décider de mourir et d'en déterminer les conditions³⁸⁴. Le droit à l'autodétermination* a une place d'autant plus particulière en Allemagne que le pays reste marqué par les procès de Nuremberg³⁸⁵. Plus avant, la Cour souligne que, selon ce principe, le droit de mettre fin à sa vie, en général, ne doit pas être réservé aux personnes en fin de vie atteintes d'une maladie incurable³⁸⁶. Elle termine par affirmer qu'il revient maintenant au législateur de procurer un cadre légal au suicide assisté afin qu'il reste un outil au service de l'autodétermination de la personne et qu'il ne soit pas dévoyé à d'autres fins, commerciales notamment³⁸⁷. Le législateur ne s'est pas encore prononcé à ce jour.

Ajoutons que seul le suicide assisté est discuté en Allemagne, l'euthanasie restant un sujet tabou du fait que ce terme ait été celui utilisé par les nazis pendant la Seconde Guerre mondiale. Dans l'imaginaire collectif de beaucoup, l'euthanasie reste

383. (en) [Germany: Constitutional Court Strikes Down Provision Criminalizing Commercial Assisted Suicide](#), 29 avril 2020, sur [loc.gov](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

384. (en) Basic Law for the Federal Republic of Germany, [Article 2](#), sur [gesetze-im-internet.de](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

385. R. Horn, *The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: The German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide*, op. cit. 386. *Ibid.*

387. (en) BVerfG, [Judgment of the Second Senate of 26 February 2020](#), IV, 2, 26 février 2020, sur [bundesverfassungsgericht.de](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

culier *a posteriori* qui a de trop grandes implications sociétales dans un pays qui n'a pas de cadre légal sur l'euthanasie et le suicide assisté, et il revient plutôt au Parlement de se prononcer sur ces questions³⁷², ce qu'il n'a pas fait à ce jour.

372. (en) [Minister of Justice and Correctional Services v. Estate Stransham-Ford](#), 6 décembre 2016, sur [saffii.org](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

C. L'Italie

Il est important de préciser d'emblée qu'à ce jour, les conditions d'éligibilité évoquées dans le débat sur la dépénalisation du suicide assisté en Italie incluent la condition d'être maintenu en vie par des traitements actifs, ce qui est une singularité vis-à-vis de tous les autres pays étudiés dans ce dossier. En d'autres termes, si une loi sur le suicide assisté est votée en Italie, la personne qui souhaite y recourir devra au moins être maintenue en vie par des traitements dont l'arrêt engagerait le pronostic vital, comme un respirateur ou l'alimentation artificielle.

En Italie, l'article 580 du Code pénal punit quiconque provoque, incite ou facilite de quelque manière que ce soit le suicide d'autrui³⁷³.

Cependant, le questionnement autour du suicide assisté prend de l'ampleur avec le cas de Fabiano Antoniani, qui, en 2014, devient tétraplégique et aveugle des suites d'un grave accident de la route. Il ne peut plus respirer, s'alimenter ou s'hydrater par lui-même ; mais il reste capable de communiquer et de prendre des décisions, l'accident n'ayant pas altéré ses capacités cognitives. Après avoir essayé sans résultat tous les traitements, même les plus expérimentaux, pour atténuer sa douleur, il finit par juger que ce qui lui reste à vivre ne vaut plus d'être vécu et demande à mourir malgré les réticences de ses proches. Il entre en contact avec une association ayant milité pour l'euthanasie dans le pays et l'un de ses membres qui se trouve être affilié au Parti radical italien, Marco Cappato. Celui-ci lui explique qu'il peut demander l'arrêt de ses traitements et une sédation qui l'endormira jusqu'à la mort

373. (it) Code pénal, [Article 580](#), sur [perma.cc](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

(ce qu'il refuse en disant souhaiter que sa mort soit immédiate) ou qu'il a la possibilité de se rendre en Suisse pour demander un suicide assisté. Il choisit cette deuxième option. Le politicien emmène lui-même le patient, accompagné de ses proches, en Suisse, et il meurt d'un suicide assisté le 27 février 2017 en Suisse, selon le respect des critères en vigueur dans le pays. Une fois revenu, Marco Cappato se dénonce aux autorités italiennes dans le but de susciter un débat sur le suicide assisté dans le pays.

Une interprétation différente de l'article 580 du Code pénal est donnée par les jugements de première et de deuxième instance sur la culpabilité de Marco Cappato : le premier le juge non-coupable car il estime que le patient avait l'intention de se suicider indépendamment de toute autre intervention ; le deuxième affirme sa culpabilité, estimant que le fait de l'avoir conduit en Suisse avait facilité son suicide. Des éclaircissements sont alors demandés à la Cour constitutionnelle en octobre 2018, sur la légitimité de l'article 580 à sanctionner l'aide au suicide même dans les cas où la personne procurant l'aide n'incite pas le patient ni ne l'aide directement à réaliser l'acte³⁷⁴.

La Cour ne se prononce pas immédiatement et laisse un an aux parlementaires pour légiférer sur le sujet et apporter les éclaircissements nécessaires par le biais de la loi. Devant l'absence de réponse des législateurs, la Cour rend sa décision le 25 septembre 2019 qui sera publiée le 22 novembre 2019 au journal officiel³⁷⁵. Elle juge que le suicide assisté n'est pas contraire à la Constitution

374. (en) G. Montanari Vergallo, *The Marco Cappato and Fabiano Antoniani (dj Fabo) Case Paves the Way for New Assisted Suicide Legislation in Italy: An Overview of Statutes from Several European Countries*, *European Journal of Health Law*, juin 2019, Vol. 26, n° 3, p. 231-232. DOI: [10.1163/15718093-12261428](https://doi.org/10.1163/15718093-12261428).

375. (it) [Sentenza n° 242 25 septembre 2019](#), 22 novembre 2019, sur gazzettaufficiale.it, [en ligne, dernière consultation le 13 janvier 2022].

italienne dans certaines conditions, en arguant qu'il n'y a pas lieu d'interdire aux personnes qui le souhaitent de mettre fin à leur vie avec l'aide d'un tiers puisque la législation actuelle permet déjà à un patient de demander l'arrêt des traitements qui le maintiennent en vie ; l'interdiction limiterait l'autodétermination* des personnes et leur liberté de décider du cours de leurs traitements, qui incluent ceux permettant d'amoindrir leurs souffrances. Selon la Cour constitutionnelle, les conditions dans lesquelles le suicide assisté n'est pas illégal en Italie sont les suivantes : la personne demandeuse est capable de prendre des décisions, elle est atteinte d'une maladie grave et irréversible ou de souffrances physiques ou psychiques intolérables, elle est maintenue en vie par des traitements actifs, elle a été informée et a rejeté les alternatives possibles (notamment la sédation palliative*), les conditions sont approuvées *a priori* par les autorités de santé publique et contrôlées *a posteriori* par un juge. Aucun médecin ne doit être obligé de pratiquer le suicide assisté.

Dans l'attente de la réponse du législateur, à l'été 2021, une pétition demandant un référendum sur la question a atteint le nombre de signatures requises³⁷⁶. La proposition devrait être étudiée par la Cour constitutionnelle en février 2022 et le vote avoir lieu au printemps, malgré une grande résistance de la part des autorités religieuses notamment³⁷⁷. En parallèle, le Parlement a entamé en décembre 2021 l'examen d'une proposition de loi sur le suicide assisté, toujours conditionné par le critère d'être maintenu en vie par des traitements artificiels³⁷⁸.

376. Voir le site [referendum.eutanasialegale.it](https://www.referendum.eutanasialegale.it), [en ligne, dernière consultation le 14 janvier 2021].

377. (it) G. Del Guercio, *I vescovi: al posto dell'eutanasia applicare la legge sulle cure palliative*, *Aletheia*, 28 septembre 2021, sur [it.aletheia.org](https://www.aletheia.org), [en ligne, dernière consultation le 14 janvier 2021].

378. *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*, 10 décembre 2021, sur [documenti.camera.it](https://www.documenti.camera.it), [en ligne, dernière consultation le 14 janvier 2021].

D. L'Allemagne

En Allemagne, l'article 217 du Code criminel entré en vigueur en 2015 punissait l'intention d'aider de manière répétée des personnes à se suicider et de procurer à celles-ci les moyens de le faire, sous peine d'emprisonnement³⁷⁹. Cet article apportait des précisions manquantes depuis que le suicide ne constituait plus un crime dans le pays. En effet, si l'injection létale est assimilée à l'homicide et punissable par la loi, même sur demande de la personne (Articles 212 et 216 du Code criminel allemand), l'assistance au suicide n'était pas mentionnée par le Code³⁸⁰. L'article 217 venait ainsi mettre fin au doute en interdisant spécifiquement le développement de certaines pratiques liées au suicide assisté dans le pays dans les années 2000, comme l'installation d'une association proposant des services d'aide au suicide à Hanovre, chargée de mettre en lien les patients souhaitant avoir recours au suicide assisté avec la branche suisse de l'association³⁸¹.

L'article 217 est très rapidement contesté dans le pays, notamment par des avocats et médecins estimant qu'il risquait de mettre en péril le droit pour les patients de demander un arrêt de traitement ou encore la possibilité pour les médecins de prescrire des médicaments contre la douleur à haute dose en fin de vie s'il était interprété de façon restreinte³⁸². La Cour constitutionnelle allemande est saisie par les associations suisses et allemandes facilitant l'assistance au suicide, des personnes atteintes de ma-

379. (en) Code criminel allemand, [Article 217](#), sur [gesetze-im-internet.de](#), [en ligne, dernière consultation le 2 février 2021].

380. R. Horn, The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: The German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide, *Journal of Medical Ethics*, 2020, Vol. 46, n° 6, p. 416-417. DOI: [10.1136/medethics-2020-106197](#).

381. *ibid.*

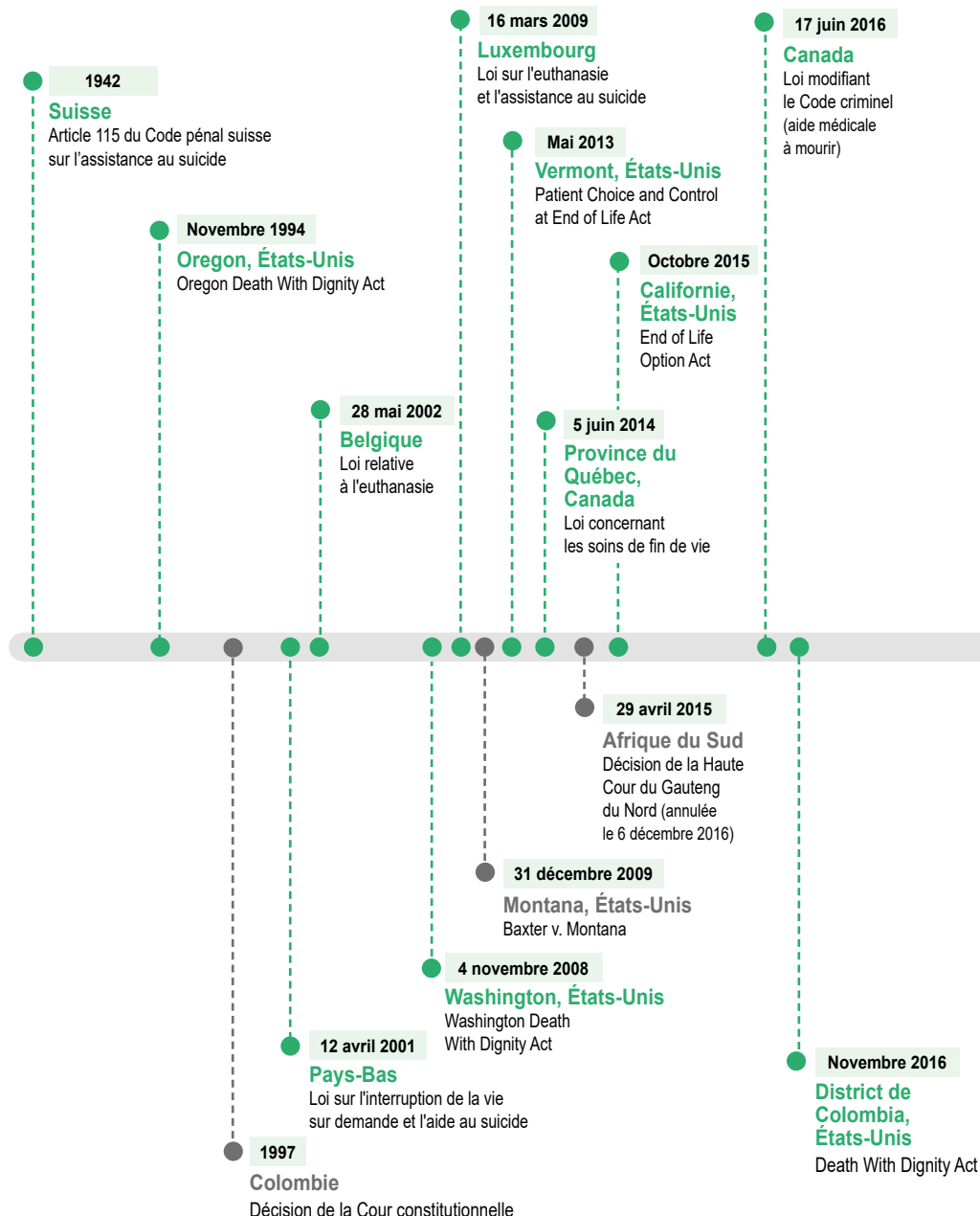
382. *Id.*, p. 417.

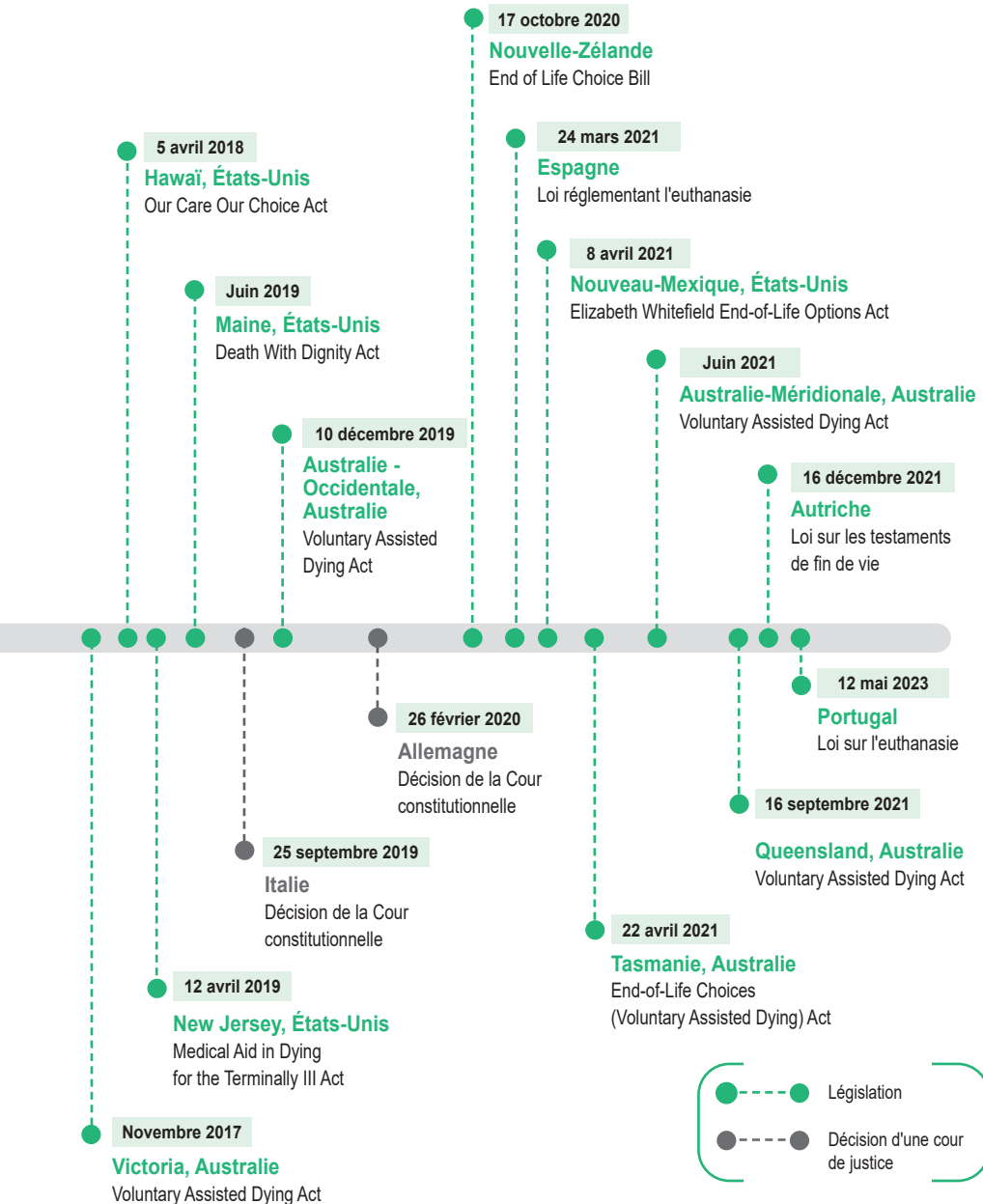
associée aux meurtres ordonnés par une autorité extérieure, et non à la décision d'un individu libre qui demande à mourir pour mettre fin à ses souffrances. L'acte d'un tiers extérieur ne peut être considéré comme rendant son autonomie* au patient, contrairement à la liberté dont il dispose vis-à-vis de toutes les interventions médicales qui le concernent³⁸⁸.

388. R. Horn, *Le débat sur l'euthanasie et ses répercussions sur les pratiques médicales en fin de vie. Un regard comparatif : France – Allemagne*, *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, Vol. 41, n° 4, p. 323-330. DOI: [10.3917/pos.414.0323](https://doi.org/10.3917/pos.414.0323)

V. Frise chronologique

Frise chronologique





VI. Synthèse conclusive

Le contexte de la prise en charge et de l'accompagnement de la fin de vie a beaucoup évolué depuis trois décennies dans le monde, avec une attention croissante donnée à la voix des patients et à leur volonté en ce qui concerne la manière dont ils souhaitent terminer leur vie. Cela a pu se traduire par diverses lois sur les droits des patients et spécifiquement des patients en fin de vie, mais aussi par une augmentation récente des lois et des décisions de justice dépénalisant l'euthanasie et le suicide assisté.

Dans les pays qui se sont positionnés légalement ou juridiquement en faveur de l'euthanasie, du suicide assisté, ou des deux, on constate néanmoins que l'argument du respect de la volonté de la personne en fin de vie n'est pas le seul nécessaire et déterminant, non seulement à l'élaboration de la loi, mais également à sa bonne mise en œuvre. Alors qu'il est mis en avant dans certains pays, dont les États-Unis ou l'Espagne par exemple, et que les cas particuliers portés devant la justice peuvent mener un gouvernement à se positionner sur la question, comme au Canada ou en Nouvelle-Zélande, il n'empêche qu'un autre argument doit être mobilisé pour qu'un pays légifère : celui que l'aide active à mourir (l'euthanasie comme le suicide assisté) manque à l'offre de soins en fin de vie. En d'autres termes, elle est conçue par ceux qui la pratiquent dans les conditions définies et encadrées comme une alternative supplémentaire dans l'offre de soins pour les personnes atteintes de maladie grave et incurable. Que cela soit mis en avant comme tel comme au Québec, ou que cela soit discuté dans les débats préalables à la loi en termes de complémentarité possible avec les soins palliatifs existants comme en Belgique ou au Luxembourg par exemple, cet argument doit nécessairement aussi prévaloir pour que la loi puisse être élaborée et mise

en application. Là où l'argument seul de l'autodétermination de la personne pour sa fin de vie a été mis en avant lors de l'élaboration de la loi jusqu'à en faire un droit du patient éligible, et que l'opposition médicale à considérer l'aide active à mourir comme un possible soin médical en fin de vie demeure, comme en Espagne, la loi peine à être appliquée et le droit à être effectif. D'autres arguments peuvent en outre être trouvés, dont la nécessité de contrôler une pratique existante ou l'appui sur l'expérience internationale.

Dans tous les cas, la double reconnaissance de l'autodétermination de la personne pour la fin de sa vie et de l'aide active à mourir comme une possibilité supplémentaire de soin pour les personnes atteintes de maladie grave et incurable constitue le socle des législations, et fonde les critères d'éligibilité d'accès à l'aide active à mourir dans les différents pays. Partout où une loi spécifique à l'aide active à mourir par un médecin existe, les critères de capacité de demander volontairement et de prendre une décision informée pour soi-même vis-à-vis de l'euthanasie ou du suicide assisté ainsi que de souffrir d'une maladie grave et incurable sont des conditions intangibles d'accès à la pratique. Ensuite, selon les pays, les législations peuvent apporter une précision sur le stade de la maladie qui doit être atteint pour avoir accès à l'aide active à mourir – un pronostic vital inférieur à six mois par exemple dans les États américains ou en Australie – ou élargir l'accès à des populations spécifiques – notamment les mineurs aux Pays-Bas et en Belgique ou les personnes atteintes de maladie mentale seule aux Pays-Bas, en Belgique ou encore au Luxembourg – moyennant la reconnaissance de la capacité de discernement et de la maladie grave et incurable dans ces cas particuliers. Les législations prévoient des garde-fous pour vérifier la présence de ces critères, à savoir toujours au moins

l'attestation de la capacité de discernement de la personne demandeuse par un médecin, la consultation d'un deuxième médecin pour attester du caractère grave et incurable de la maladie et l'information à la personne demandeuse des autres possibilités de soins existantes, dont les soins palliatifs. Les personnes peuvent révoquer leur demande à tout moment, et nul médecin ou professionnel de santé, nulle part, n'est tenu de participer à la pratique de l'aide active à mourir s'il considère qu'elle va à l'encontre de ses convictions personnelles ou professionnelles. La pratique est enfin contrôlée *a priori*, *a posteriori*, ou les deux selon les modalités spécifiques au pays.

Dans les pays qui ont dépénalisé l'aide active à mourir, lorsque la capacité de décider vis-à-vis de l'aide active à mourir et que le caractère grave et incurable de la maladie ne sont pas mis en doute, l'acte ne pose pas réellement question. Ce qui questionne cependant, ce sont ces situations où ces deux critères ne sont pas aisément déterminables, c'est-à-dire par exemple les situations de maladie mentale seule, de démence, de multiples symptômes de vieillesse, de mineurs. Certains pays ont fait le choix de ne pas faire entrer ces situations dans le champ de ce que la loi autorise ; d'autres ne ferment pas la porte, mais indiquent des conditions supplémentaires et appellent des recommandations précises, comme la consultation obligatoire d'un psychiatre dans les cas de maladies mentales seules. Ce qui questionne plus avant encore, et prioritairement dans les pays qui autorisent l'aide active à mourir depuis le plus longtemps, ce sont ces situations où le critère de maladie grave et incurable ne serait plus un critère déterminant pour être éligible à l'aide active à mourir : en Suisse, c'est le refus de l'instance représentative des médecins de remplacer le critère de « fin de vie proche » par celui de « souffrances insupportables » pour

être éligible à l'aide active à mourir ; aux Pays-Bas, c'est le refus à la fois du législateur et de l'instance représentative des médecins d'autoriser ces derniers à accéder aux demandes d'aide active à mourir pour « fatigue de vivre ». Ces deux exemples illustrent en quoi le critère de maladie grave et incurable reste fondamental dans la dépénalisation de l'aide active à mourir aujourd'hui, en maintenant l'inscription de la pratique dans le champ sanitaire et pas simplement dans le droit commun.

VII. Glossaire

A

L'**Advance Care Planning (ACP)** est un processus permettant aux individus de définir leurs préférences et objectifs de soins en anticipation des décisions à prendre concernant leurs futurs traitements médicaux et prise en charge, y compris lorsqu'ils ne seront plus en capacité d'exprimer leur volonté, de discuter ces préférences et objectifs avec leurs proches et leurs soignants, ainsi que de les mettre par écrit et de les adapter lorsque cela leur semble approprié³⁸⁹. En français, on utilise parfois le terme de « projet de soins anticipé ».

Dans ce dossier, le terme d'**aide active à mourir** est utilisé pour parler à la fois de l'euthanasie et du suicide assisté. Selon les législations, il peut désigner soit les deux, soit ne désigner que l'un ou l'autre. Il est toujours nécessaire de se référer au contexte national pour savoir de quel(s) acte(s) il est question.

On parle d'**autodétermination** d'un individu pour désigner sa capacité à choisir et agir librement. On peut également parler de l'**autonomie** d'un individu, qui désigne plus largement le fait de se gouverner par ses propres lois. L'autonomie est l'un des quatre principes de l'éthique biomédicale définis par Beauchamp et Childress pour la première fois en 1979³⁹⁰.

389. Traduction personnelle de la définition issue d'un consensus international : "The ability to enable individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and health-care providers, and to record and review these preferences if appropriate." Source : J. A. C. Rietjens, *et al.*, [Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care](#), *The Lancet Oncology*, 2017, Vol. 18, n° 9, p. 543-551. DOI: [10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](#).

390. Première édition : (en) T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA; 1st édition, 1979. ISBN : 978-0195024883. Huitième édition (et dernière en date) : (en) T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, USA; 8th édition, 2019. ISBN : 978-0190640873.

B

Les **barbituriques** appartiennent à une classe de médicaments dérivés de l'acide barbiturique dont le spectre d'activité s'étend de l'effet sédatif à l'anesthésie. Utilisés à forte dose, ils peuvent entraîner des altérations de la conscience jusqu'à la mort.

Le **principe de bienfaisance** est l'un des quatre principes de l'éthique biomédicale définis par Beauchamp et Childress pour la première fois en 1979³⁹¹. Les auteurs en donnent notamment cette définition : « Le principe de bienfaisance se réfère à l'obligation morale d'agir pour le bien d'autrui³⁹². »

C

Généralement, dire qu'un individu est **capable ou incapable de discernement** est une autre façon de dire qu'il est capable de prendre des décisions qui le concernent et d'exprimer sa volonté. Le discernement est la capacité à distinguer ce qui est bien, vrai, permis, de ce qui est mal, faux, défendu. Dans le contexte de l'aide active à mourir plus spécifiquement, la capacité ou la capacité de discernement renvoie à l'idée que la personne est considérée comme apte à prendre une décision relative à l'aide active à mourir, c'est-à-dire qu'elle comprend ce que veut dire euthanasie ou suicide assisté, et qu'elle en comprend le cadre et les conséquences. Les termes **mentalement capable** ou **capable d'évaluer raisonnablement ses intérêts** sont parfois utilisés pour exprimer cette idée dans ce contexte.

La **comorbidité** est l'association de deux ou plusieurs maladies physiques ou psychiques.

391. *Ibid.*

392. Traduction française : T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Les Principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, Paris, 2008, p. 240. ISBN : 978-2251430157.

D

En médecine, la **démence** fait référence à un affaiblissement psychique profond, acquis et spontanément irréversible, qui se manifeste par une diminution des fonctions intellectuelles avec troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, un appauvrissement des fonctions (notamment du langage) et une perte des critères de référence logiques, éthiques et sociaux.

La **déontologie** est l'ensemble des droits et des devoirs qui régissent une profession et les rapports sociaux de ses membres. La **déontologie médicale** est l'ensemble des règles concernant les rapports des médecins avec leurs patients et des médecins entre eux.

Les **directives anticipées** sont un document écrit par un individu qui exprime par avance la volonté de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser certains traitements ou actes médicaux pour anticiper le jour où il ne pourra plus le faire lui-même, par exemple du fait d'un accident ou d'une maladie grave.

E

Dans une acception large, l'**euthanasie** se définit aujourd'hui comme le fait, pour un médecin, de donner délibérément la mort à son malade qui le demande et qui est atteint de maladie incurable qui lui cause des souffrances insupportables. La substance létale est administrée à la personne qui le demande par un tiers ; l'acte est pratiqué par un tiers.

I

Un **infirmier praticien** est un infirmier ayant acquis un savoir-faire pour exercer des missions et des compétences plus poussées, jusqu'à dévolues aux seuls médecins (par exemple, détermination de diagnostic pour orientation thérapeutique et réalisation de pres-

criptions adaptées aux patients). En France, on parle d’Infirmier de Pratique Avancée (IPA).

J

La **jurisprudence** est l’ensemble des décisions rendues par les tribunaux et qui sert de références à d’autres cas semblables.

P

La **personne de confiance** est désignée par un patient pour l’accompagner dans son parcours médical et le représenter pour ses décisions médicales au moment où il ne sera plus en mesure de s’exprimer.

La définition la plus communément acceptée de **polypathologie**, bien qu’elle ne fasse pas toujours consensus, est la présence d’au moins deux maladies chroniques chez le même individu sur la même période. L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la **maladie chronique** comme « des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d’années ou de décennies) et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l’asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer, le VIH, la dépression et les incapacités physiques. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu’elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade³⁹³ ».

La **prémédication** est l’administration de médicaments visant à préparer un malade à des soins ou à des examens douloureux ou à une anesthésie. Elle permet notamment de prévenir la survenue d’effets indésirables au moment de l’administration de la substance létale.

393. Haute Autorité de Santé, [Note méthodologique et de synthèse documentaire . Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires](#), juin 2015, p. 7, sur [has-sante.fr](#), [en ligne, dernière consultation le 17 janvier 2022].

S

La **sclérose latérale amyotrophique (SLA)**, ou **maladie de Charcot**, est une maladie neurodégénératrice qui se caractérise par une paralysie progressive causée par la dégénérescence des neurones qui transmettent les ordres de mouvement aux muscles. Cette paralysie affecte à terme aussi bien les muscles des jambes et des bras que les muscles liés à la parole, à la déglutition ou encore à la respiration.

La **sclérose en plaques (SEP)** est une maladie neurologique apparentée à une pathologie auto-immune qui s'exprime le plus souvent par poussées et touche différentes fonctions neurologiques (motricité, sensibilité, vision, équilibre...).

La **sédation palliative** désigne l'utilisation de médicaments sédatifs, qui abaissent ou suspendent la conscience du patient, dans le but de soulager un ou des symptômes réfractaires, c'est-à-dire tout symptôme dont la perception reste insupportable pour le patient malgré la prise en charge menée jusqu'alors. **Selon le contexte**, plusieurs types de sédations palliatives peuvent être différenciées : on parle par exemple de sédations palliatives proportionnées, symptomatiques, modérées, intermittentes, profondes, continues, ou encore maintenues jusqu'au décès. Les sédations palliatives se définissent néanmoins toutes par leur même et seul objectif : soulager la souffrance réfractaire du patient. **Selon la situation**, la sédation palliative peut avoir comme effet secondaire d'entraîner la mort du patient.

Le **suicide assisté**, aussi appelé assistance au suicide ou suicide médicalement assisté, est communément entendu comme le fait de prodiguer à une personne qui le demande l'environnement et les moyens nécessaires pour qu'elle mette fin à sa vie. La personne qui le demande s'auto-administre la substance létale ; l'acte est rendu possible par un tiers mais pratiqué par la personne elle-même.

Responsable de production éditoriale : Centre national des soins palliatifs
et de la fin de vie (CNSPFV)

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit,
des pages publiées dans la présente synthèse doit faire mention du CNSPFV comme suit :
*CNSPFV. Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde, Paris : CNSPFV,
mai 2022, 230 p.*

Édition : CNSPFV
Responsable de la publication : Giovanna Marsico
Graphiste : Isabelle Pamart
Indexation : Palli@Doc/VigiPallia

Dépôt légal : 05/2022.
ISBN : 978-2-9561977-9-9

Les législations concernant l'aide active à mourir ont été débattues et votées dans un nombre croissant de pays ces dernières années, aussi bien en Europe qu'en Australie ou en Amérique. Que recouvrent précisément ces lois ? Quels sont les patients qui peuvent demander un recours à l'aide active à mourir, et dans quelles conditions les médecins peuvent-ils y répondre ? Quels sont les mécanismes de contrôle instaurés pour s'assurer de la conformité de la pratique dans chaque pays ?

Ce dossier réunit en un unique document une présentation des différentes législations en vigueur et décisions de justice prises à propos de l'euthanasie et du suicide assisté dans le monde, au 31 janvier 2022. Pour chacune, un historique des débats et les fondements juridiques et principiels sur lesquels elles reposent sont développés, leur contenu est détaillé et, plus particulièrement en ce qui concerne les législations, les questions qui émergent à la suite de leur entrée en vigueur sont mises en lumière.

Retrouvez nos publications sur **www.parlons-fin-de-vie.fr**

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
35 rue du Plateau – CS 20004 – 75958 Paris cedex 19
01 53 72 33 00



**Fin de vie
Soins Palliatifs**
CENTRE NATIONAL