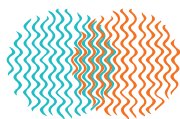


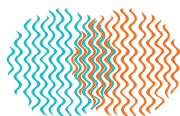
L'aide à mourir dans le monde



**Fin de vie
Soins Palliatifs**
CENTRE NATIONAL

Ce guide est disponible en format pdf

dans la rubrique « Brochures et outils d'information
des publics » : [https://www.parlons-fin-de-vie.fr/
qui-sommes-nous/nos-publications/](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/qui-sommes-nous/nos-publications/)



**Fin de vie
Soins Palliatifs**
CENTRE NATIONAL



L'aide à mourir dans le monde

À jour au 30 juin 2025

Rédigé par Camille Vassort,
rédactrice juridique indépendante

©CNSPFV – Septembre 2025
Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie
35 rue du plateau
75019 Paris
www.parlons-fin-de-vie.fr

Sommaire

Préambule	6
Les notions essentielles	8
Aide à mourir.....	8
Euthanasie	8
Suicide assisté	9
 Partie 1 - Les législations en vigueur.....	 11
Chapitre 1 - Europe	13
Suisse	14
Pays-Bas	23
Belgique	32
Luxembourg	41
Espagne	47
Autriche	54
Portugal.....	59
Chapitre 2 - Amérique du nord	66
Canada	66
Cas de la province du Québec	73
Chapitre 3 - Etats-Unis	76
Chapitre 4 - Océanie	86
Australie	86
Nouvelle-Zélande	96
 Partie 2 - Les législations en discussion	 103
Angleterre et Pays de Galles	105

Partie 3 - Les décisions de justice	109
Chapitre 1 - Europe	111
Italie	111
Allemagne	116
Chapitre 2 - Amérique du sud	119
Colombie	119
Équateur	128
Chapitre 3 - Afrique du Sud	130
Glossaire	133

Les astérisques renvoient au glossaire page 133

Préambule

Dans un contexte de débats éthiques, juridiques et sociétaux croissants autour de la fin de vie, la question de l'aide à mourir fait l'objet de positions contrastées à travers le monde. Plusieurs pays se sont positionnés sur les possibilités d'accès à une aide à mourir*, sous la forme de l'euthanasie*, du suicide assisté*, ou bien des deux.

Certains d'entre eux ont commencé à débattre de ce sujet multidimensionnel dès le 20^{ème} siècle (Suisse 1942, l'État d'Oregon 1997, Colombie 1997) avec une évolution notable au cours des années 2000 (Pays-Bas 2001, Belgique 2002).

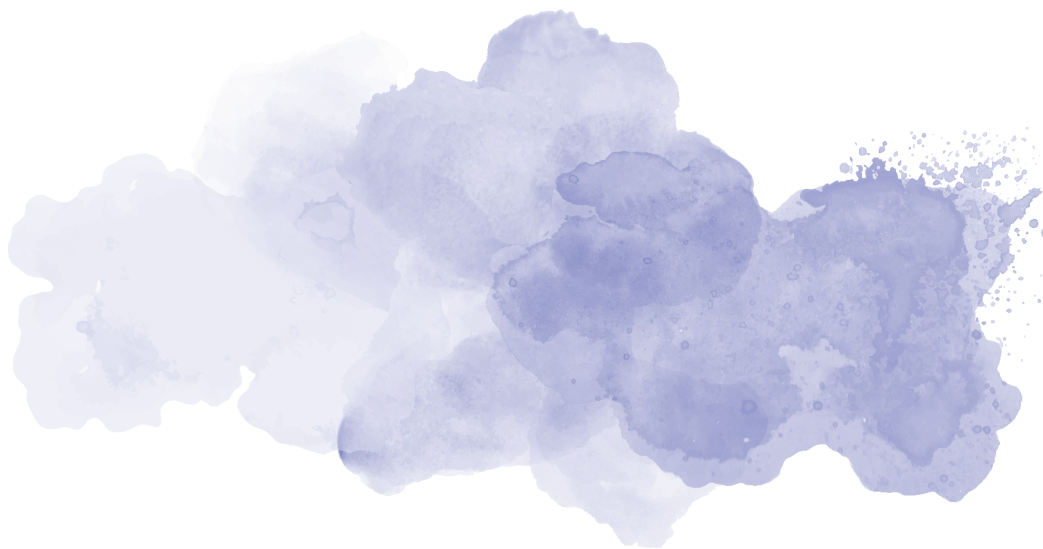
Le choix de légiférer ou non sur ces pratiques est le fruit de longs processus qui mêlent très fréquemment des discussions parlementaires à des situations concrètes, et qui mobilisent aussi bien les législateurs que les professionnels de santé et les citoyens, malades ou non. Notons également que si la majorité des pays ayant pris position en faveur de l'aide à mourir s'est dotée d'une législation spécifique, d'autres pays voient cette pratique encadrée uniquement par voie jurisprudentielle.

Le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) a pour missions d'apporter une meilleure connaissance des conditions de la fin de vie, d'assurer la diffusion des dispositifs relatifs à la fin de vie et de promouvoir le dialogue et le débat entre citoyens, professionnels, associations et décideurs publics. Cet ouvrage a ainsi pour objectif de dresser un état des lieux actualisé des dispositifs législatifs et des décisions jurisprudentielles encadrant l'aide à mourir dans le monde, en mettant en lumière la diversité des approches adoptées : les définitions, les critères d'éligibilité, les garde-fous, les procédures de contrôle et son accès dans la société.

Ce travail s'appuie sur une méthodologie documentaire rigoureuse, fondée sur l'analyse de sources juridiques, institutionnelles et scientifiques, complétée lorsque nécessaire par des données issues d'organismes spécialisés ou de rapports récents.

Aucun jugement normatif ou moral n'est porté sur les différentes législations, il s'agit uniquement de fournir un éclairage comparatif documenté non prescriptif, susceptible de soutenir la réflexion nationale et le processus législatif en cours¹ sur l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

¹ Proposition de loi, T.A. n° 122 relative au droit à l'aide à mourir, adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025.





NOTIONS ESSENTIELLES

AIDE À MOURIR

Le terme d'aide à mourir désigne tout acte ayant pour finalité de provoquer la mort* d'une personne, à sa demande².

Selon les législations, ce terme peut désigner soit l'autoadministration, soit l'administration par un tiers de la substance létale, soit l'une et l'autre. Il est toujours nécessaire de se référer au contexte national pour savoir de quel(s) acte(s) il est question.

EUTHANASIE

Dans une acception large, l'euthanasie se définit comme le fait, pour un médecin, de donner délibérément la mort à son patient qui le demande et qui est atteint d'une maladie incurable* qui lui cause des souffrances insupportables. La substance létale est administrée à la personne qui le demande par un tiers. Selon l'avis du Comité Consultatif National d'Éthique, il s'agit d'« un acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable³ ».

2. La plupart des pays intègre dans les conditions d'éligibilité l'existence d'une pathologie et un pronostic avancé.

3. Avis n°63 du Comité Consultatif National d'Éthique, 27 janvier 2000.

SUICIDE ASSISTÉ

Le suicide assisté, aussi appelé suicide médicalement assisté, est communément entendu comme « l'acte par lequel une personne se donne intentionnellement la mort par le biais, en général, d'une substance létale qui lui est fournie et dans un environnement mis à disposition par une personne tierce »⁴. L'environnement et les moyens nécessaires pour que la personne mette fin à sa vie sont prodigués par un tiers, mais l'acte est pratiqué par la personne elle-même.

D'autres dénominations sont présentes dans les pays ayant dépénalisé l'aide à mourir, telles que : aide au suicide aux Pays Bas (hulp bij zelfdoding), assistance médicale à mourir au Canada (medical assistance in dying, MAiD), aide au suicide en Suisse (sterbehilfe / assistance au suicide), mort médicalement assistée ou aide médicale à mourir aux Etats Unis (physician-assisted dying / medical aid in dying), mort volontaire assistée en Australie (voluntary assisted dying, VAD), mort assistée en Nouvelle Zélande (assisted dying) et assistance professionnelle au suicide en Allemagne (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung).

4. Avis n°139 du Comité Consultatif National d'Éthique, 13 septembre 2022.

PARTIE 1

Les législations en vigueur



CHAPITRE 1 : EUROPE

Suisse	14
Loi et définitions	14
Critères d'éligibilité	16
Garde-fous	18
Procédures de contrôle	20
L'accès à l'aide à mourir dans la société	21
Le cas des cantons suisses	21
Pays-Bas	23
Loi et définitions	23
Critères d'éligibilité	24
Garde-fous	26
Procédures de contrôle	29
L'accès à l'aide à mourir dans la société	31
Belgique	32
Loi et définitions	32
Critères d'éligibilité	33
Garde-fous	36
Procédures de contrôle	39
L'accès à l'aide à mourir dans la société	40
Luxembourg	41
Loi et définitions	41
Critères d'éligibilité	41
Garde-fous	42
Procédures de contrôle	44
L'accès à l'aide à mourir dans la société	46
Espagne	47
Loi et définitions	47
Critères d'éligibilité	48
Garde-fous	49

Procédures de contrôle	52
L'accès à l'aide à mourir dans la société	53
Autriche	54
Loi et définitions	54
Critères d'éligibilité	54
Garde-fous	55
Procédures de contrôle	57
L'accès à l'aide à mourir dans la société	58
Portugal	59
Loi et définitions	59
Critères d'éligibilité	60
Garde-fous	61
Procédures de contrôle	64

Suisse



Loi et définitions

Depuis 1942, l'**article 115⁵ du Code pénal suisse** 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 peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire.* »

En précisant que l'**assistance au suicide** n'est condamnable que lorsqu'elle est motivée par des raisons égoïstes, le Code pénal n'interdit

5. Code pénal suisse, art. 115 Incitation et assistance au suicide, sur droit-bilingue.ch, [en ligne, dernière consultation le 23 décembre 2024].

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.

À l'inverse, l'euthanasie demeure interdite. En effet, selon l'**article 114 du Code pénal suisse** : « *Quiconque, cédant à un mobile honorable, notamment à la pitié, donne la mort* à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci est puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire⁶.* »

L'article 115, seul article de loi mentionnant l'assistance au suicide, ne pose pas de limitations liées à la résidence ou à la nationalité ; il ne fait référence ni à un médecin, ni à un quelconque cadre médical⁷. Il faut donc 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. L'ASSM est une instance dépendant du Sénat dont les membres appartiennent aussi bien au milieu médical qu'à celui des sciences humaines. Elle a notamment 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 supplétives⁸.

Selon l'ASSM, « *font partie de l'assistance au suicide les actes accomplis dans l'intention de permettre à une personne capable de discernement* de mettre fin à ses jours, notamment la prescription ou la délivrance de médicaments à des fins de suicide* » (ASSM 2018, p 25).

Le contenu présenté ci-dessous est issu des directives de l'ASSM de 2018⁹ qui remplacent celles de 2013¹⁰. Les directives de 2018, révisées

6. Code pénal suisse, art. 114 Meurtre sur la demande la victime, sur droit-bilingue.ch [en ligne, dernière consultation le 23 décembre 2024].

7. 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.

8. L'euthanasie, Les documents de travail du Sénat – Étude de législation comparée n°49, janvier 1999, sur senat.fr [en ligne, dernière consultation le 23 décembre 2024].

9. ASSM, Attitude face à la fin de vie et à la mort, 2018 [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 23 décembre 2024].

10. ASSM, Prise en charge des patientes et patients en fin de vie, 2013 [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 23 décembre 2024].

en 2021, ont été inscrites en 2022 dans le Code de déontologie^{*11} de la Fédération des médecins¹² (qui avait initialement refusé leur inscription en raison du critère relatif à l'état clinique jugé trop subjectif)¹³.

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire être âgée de plus de 18 ans. Il n'existe pas de texte légal spécifique permettant aux mineurs de recourir au suicide assisté en Suisse.

Les directives ne mentionnent pas de critère de nationalité ou de résidence sur le territoire en Suisse.

Critères relatifs à l'expression de la volonté

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 (*ASSM 2018, p 26*).

La capacité de discernement englobe plusieurs capacités, telles que la compréhension de la situation, l'appréciation des différentes possibilités de décision et leurs conséquences, le raisonnement sur la base de ses propres préférences et la capacité d'exprimer les décisions prises et ses souhaits (*ASSM 2018, p 10*).

Critères relatifs à la situation clinique

Selon les directives de 2013, la maladie dont souffre le patient devait permettre de considérer que la fin de la vie était proche (*ASSM, 2013, p 9*).

11. Fédération des médecins suisses, Code de déontologie de la FMH, 2023 [1996], sur fmh.ch, [en ligne, dernière consultation le 24 décembre 2024].

12. Fédération des médecins suisses (FMH), Communiqué de presse du 19 mai 2022 [en ligne, dernière consultation le 24 décembre 2024].

13. Fédération des médecins suisses (FMH), Communiqué de presse du 25 octobre 2018 [en ligne, dernière consultation le 24 décembre 2024].

Les directives de 2018 ont apporté une évolution de ces critères. Désormais, les symptômes de la maladie et/ou les limitations fonctionnelles du patient doivent lui causer « *une souffrance qu'il juge insupportable* » (ASSM 2018, p 26). Le désir 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'inutilité* » (ASSM 2018, p 11). 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.

Cette évolution implique que l'assistance au suicide ne concerne plus seulement les personnes dont la fin de vie est 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. Ce changement est motivé par des résultats émanant de la recherche sur le terrain : le PNR 67¹⁴ avait mis 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 demandes¹⁵. Une étude commanditée par l'ASSM auprès de médecins montrait également 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 vie¹⁶.

Les recommandations ne précisent pas à quel terme le pronostic vital* doit être engagé.

14. 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.

15. Rapport de synthèse PNR 67 Fin de vie, 2017, p. 20-22, sur pnr67.ch, [en ligne, dernière consultation le 24 décembre 2024].

16. (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.

Cas des personnes atteintes de troubles psychiatriques : suite à un arrêt du tribunal fédéral en 2006 sur l'assistance au suicide d'une personne atteinte de troubles psychiques¹⁷, le pardon a finalement été accordé à un médecin, initialement condamné en première instance et en appel après avoir assisté au suicide l'un de ses patients. La nécessité de recourir à l'avis d'un psychiatre indépendant dans le cas des demandes de suicide assisté de personnes atteintes de troubles psychiatriques a été inscrite dans les usages, sans pour autant aller jusqu'à une institutionnalisation de la pratique.

Selon les recommandations, en cas de maladie psychique, de démence* ou d'un autre état susceptible d'être associé à une incapacité de discernement, la capacité de discernement et, éventuellement, la possibilité de faire évoluer celle-ci par des moyens thérapeutiques doivent être évaluées par un spécialiste en la matière. Si cette évaluation indique que la volonté de ne plus continuer à vivre constitue un symptôme actuel d'un trouble psychique, le médecin ne peut apporter une assistance au suicide et doit proposer au patient de traiter sa maladie (ASSM 2018, p 26).

Garde-fous

Étude de la demande

Pour rappel, la personne qui aide au suicide ne doit pas le faire au nom de motifs égoïstes¹⁸.

Deux personnes, dont un médecin, doivent attester du respect des critères d'éligibilité (ASSM 2018, p 26).

● Entretien avec le médecin référent

Si un patient demande une assistance au suicide, les raisons de cette demande doivent être soigneusement évaluées et il convient également

17. 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.

18. Code pénal suisse, art. 115 Incitation et assistance au suicide, sur droit-bilingue.ch [en ligne, dernière consultation le 23 décembre 2024].

de l'inciter à parler du souhait de ne plus continuer à vivre à ses proches ou à des institutions proposant une aide en situation de crise.

Le médecin doit discuter en détail avec le patient lors d'au moins 2 entretiens espacés d'au moins 2 semaines, sauf exceptions justifiées. En cas de doute, il convient de mener des entretiens complémentaires.

Le médecin doit également pouvoir comprendre le désir du patient de ne plus vouloir vivre cette situation insupportable en prenant en compte l'histoire clinique du patient et en menant des entretiens répétés. Étant donné qu'il n'est pas possible de déterminer objectivement si une souffrance est insupportable ou non, il n'est pas envisageable de demander au médecin de dresser un tel constat. En revanche, celui-ci doit documenter qu'il a fait preuve de toute la diligence nécessaire pour se familiariser avec la situation personnelle concrète du patient, ce qui l'a amené à comprendre le caractère insupportable de la souffrance.

Le médecin doit également examiner, expliquer et proposer d'autres alternatives au patient (options thérapeutiques et offres d'aide et de soutien) et ces dernières doivent avoir échoué ou avoir été refusées par le patient.

Si, après une information et une évaluation minutieuses, le patient persiste dans son désir, le médecin peut, sur la base d'une décision dont il endosse personnellement la responsabilité, apporter une aide au suicide, sous réserve que les conditions d'accès soient réunies (*Cf. Critères d'éligibilité*).

● Double avis et avis spécialisé

Une tierce personne indépendante, qui ne doit pas nécessairement être médecin, doit par ailleurs examiner si la capacité de discernement et la volonté indépendante sont bien présentes.

En cas de maladie psychique, de démence ou d'un autre état susceptible d'être associé à une incapacité de discernement, la capacité de discernement et, éventuellement, la possibilité de faire évoluer celle-ci par des moyens thérapeutiques doivent être évaluées par un spécialiste en la matière.

Exercice de la clause de conscience*

Le médecin a, dans tous les cas, le droit de refuser d'apporter une aide au suicide. Le recours à un suicide assisté n'étant pas un acte médical auquel le patient peut prétendre, le médecin n'est pas tenu d'y participer¹⁹.

Rédaction de la demande

L'assistance au suicide ne peut être exigée dans des directives anticipées*, car elle présuppose que le patient soit capable de discernement au moment de l'assistance au suicide²⁰.



Procédures de contrôle

En Suisse, aucune instance n'a été spécialement mise en place dans le but de contrôler les mises en pratique des suicides assistés. Les contrôles existants sont effectués **a posteriori*** par différents acteurs.

Traçabilité de l'acte

Les médecins et les organisations qui pratiquent l'assistance au suicide sont tenus de respecter certaines procédures et de fournir des rapports aux autorités compétentes.

La prescription d'un médicament destiné au suicide doit être signalée aux autorités cantonales compétentes dans un délai de 30 jours. Lorsque la demande de suicide assisté a été accompagnée par une association, le bénévole en charge doit remettre le dossier aux autorités. Le dernier geste de la procédure conduisant à la mort doit dans tous les cas être accompli par le patient lui-même (ASSM 2013, p 27).

Déclaration de l'acte

Un décès survenant suite à une aide au suicide doit être déclaré aux autorités comme décès pour cause non naturelle. Le médecin ayant

19. ASSM, Attitude face à la fin de vie et à la mort, 2018 [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 23 décembre 2024].

20. ASSM, Directives anticipées, 2009, p. 8 [à télécharger du PDF, dernier téléchargement le 24 décembre 2024].

prêté son assistance à un suicide ne doit pas remplir lui-même le certificat de décès (ASSM 2013, p 27).

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).

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

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* sont en mesure, entre autres, d'accompagner des demandes de suicide assisté, sous réserve que celles-ci soient conformes au cadre légal en vigueur. Les principales associations suisses sont Dignitas²¹, Exit ADMD Suisse Romande²² et Pegasos²³.



Le cas des cantons suisses

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 médico-sociaux (EMS) est laissée à l'appréciation des cantons qui, en Suisse, choisissent leurs politiques de santé²⁴.

21. Site de l'association Dignitas, sur dignitas.ch [en ligne, dernière consultation le 24 décembre 2024].

22. Site de l'association Exit ADMD Suisse Romande, sur exit-romandie.ch [en ligne, dernière consultation le 24 décembre 2024].

23. Site de l'association Pegasos, sur pegasos-association.com [en ligne, dernière consultation le 10 mars 2025].

24. Suicide assisté dans les institutions pour les personnes ayant besoin d'assistance, sur cura-viva.ch, [en ligne, dernière consultation le 24 décembre 2024].

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 2012²⁵, le canton de Neuchâtel en 2014²⁶ et le canton de Genève en 2018²⁷, érigeant ainsi le suicide assisté par un médecin 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 sous conditions (*Cf. Critères d'éligibilité*). 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 dispose 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.

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.

25. Canton de Vaud, Loi sur la santé publique, adoptée le 29 mai 1985, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1986, état au 01 février 2018 (en vigueur), article 27d [en ligne, dernière consultation le 26 décembre 2024].

26. Canton de Neuchâtel, Loi portant modification à la loi de santé (assistance au suicide), 21 novembre 2014 [en ligne, dernière consultation le 26 décembre 2024].

27. 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 26 décembre 2024].

Pays-Bas



Loi et définitions

Premier pays du monde à avoir légalisé l'euthanasie, les Pays-Bas ont adopté la **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*]²⁸, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002. La loi autorise le fait de donner la mort* à une personne qui le demande de manière dérogatoire et 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'aide intentionnelle 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 conditions établies pour l'euthanasie sont identiques à celles pour le suicide assisté.

La loi ne revient pas sur la définition de l'**euthanasie**, nommée dans son titre comme « l'interruption de la vie sur demande de la personne » [*Wet toetsing levensbeëindiging*], mais il définit l'assistance au suicide [*hulp bij zelfdoding*] comme le fait d'assister délibérément une autre personne au suicide ou lui fournir les moyens de le faire (*Article 1*).

La 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 plusieurs conditions.

28. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, sur wetten. overheid.nl [en ligne, dernière consultation le 31 décembre 2024].

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

Toute personne majeure atteinte de souffrances insupportables sans perspective d'amélioration peut demander une aide à mourir par une demande volontaire et mûrement réfléchie.

Dès 2001, le médecin peut accéder à une demande d'aide à mourir d'un mineur à partir de 12 ans s'il peut être considéré comme capable d'une appréciation raisonnable de ses intérêts à cet égard.

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 (**Article 2, 3. et 4.**).

Cas des nouveau-nés : en 2005, l'Association néerlandaise de pédiatrie autorise le protocole de Groningen²⁹, qui propose des critères et étapes à suivre pour encadrer l'aide 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 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.

29. (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.

Cas des mineurs de 1 à 12 ans : depuis le 1^{er} février 2024, le règlement de la commission d'évaluation des interruptions tardives de grossesse et des interruptions de vie des nouveau-nés a été élargi pour inclure les enfants âgés de 1 à 12 ans³⁰. Les exigences en cas d'interruption de la vie des enfants âgés de 1 à 12 ans³¹ sont identiques à celles des nouveau-nés à l'exception d'une condition supplémentaire : l'enfant âgé de 1 à 12 ans doit être impliqué autant que possible dans la décision.

La loi ne mentionne pas de critère de nationalité ou de résidence sur le territoire aux Pays-Bas.

Critères relatifs à l'expression de la volonté

La demande du patient doit être volontaire et mûrement réfléchie (*Article 2, 1.*). 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 à mourir, le médecin peut accéder à la demande (moyennant le respect des autres conditions prévues par la loi) (*Article 2, 2.*).

Critères relatifs à la situation clinique

Les souffrances du patient doivent être sans perspective d'amélioration et insupportables (*Article 2, 1.*). Il n'est pas nécessaire qu'elle engage le pronostic vital*. La loi ne pose pas non plus comme condition d'une euthanasie que le patient se trouve en phase terminale³².

Cas des personnes souffrant de troubles psychiatriques : 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

30. Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen en kinderen 1-12 jaar, 1^{er} février 2024, wetten. overheid.nl [en ligne, derrière consultation le 2 janvier 2025].

31. Zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging kinderen 1-12 jaar en toelichting, sur nvk.nl et Actieve levensbeëindiging en euthanasie sur kinderpalliatief.nl [en ligne, dernière consultation le 2 janvier 2025].

32. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie, Éclairage de la pratique du contrôle, 2022 p 10 sur euthanasiecommissie.nl [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 2 janvier 2025].

maladie en phase terminale. Les demandes d'euthanasie de patients souffrant de troubles psychiatriques font néanmoins l'objet d'une vigilance particulière (*Cf. Étude de la demande*).

Cas des personnes atteintes de démence* : deux cas de figure doivent être distingués : les personnes atteintes de démence 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 qu'il 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 elle. Cependant, ces demandes font l'objet d'une vigilance particulière (*Cf. Étude de la demande*).

Garde-fous

Étude de la demande

● Entretien avec le médecin référent

Le médecin doit avoir acquis la conviction que la demande du patient est volontaire et mûrement réfléchie et que les souffrances du patient sont sans perspective d'amélioration et insupportables. Il doit informer le patient de sa situation et de ses perspectives et 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 (*Article 2, 1.*).

● Double avis et avis spécialisé

Le médecin doit consulter au moins un autre médecin indépendant qui a examiné le patient et donné son avis sur les critères d'éligibilité (*Article 2, 1.*).

Cas des personnes souffrant de troubles psychiatriques : le Code de déontologie* en matière d'euthanasie³³ rappelle qu'une expertise spécifique est nécessaire. La capacité du patient à exprimer sa volonté mûrement réfléchie 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). Le médecin est tenu de vérifier que la faculté de jugement de la personne n'a pas été altérée par ses troubles psychiatriques, que celle-ci a reçu des informations pertinentes permettant de comprendre sa maladie et qu'elle fait preuve de constance dans sa réflexion.

Une consultation avec un psychiatre indépendant est obligatoire pour attester que la demande est bien motivée par une souffrance psychique réfractaire aux traitements disponibles. Si et seulement si les avis sont concordants, la demande est considérée comme légale.

Cas des personnes atteintes de démence : dans les cas de patients atteints de démence mais encore aptes à exprimer leur volonté concernant l'euthanasie, la procédure normale relative à la consultation d'un médecin indépendant pourra généralement suffire. Le diagnostic de démence devra toutefois avoir été posé dans les règles. En cas de doute quant à la capacité du patient à exprimer sa volonté concernant l'euthanasie, le médecin demandera l'avis spécifique d'un spécialiste indépendant³⁴.

33. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie, Éclairage de la pratique du contrôle, 2022 p 43-45 sur euthanasiecommissie.nl [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 2 janvier 2025].

34. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie, Éclairage de la pratique du contrôle, 2022 p 46 sur euthanasiecommissie.nl [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 2 janvier 2025].

Dans le cas des personnes atteintes de démence devenues inaptes à exprimer leur volonté concernant l'euthanasie, celle-ci est possible sous réserve qu'il ait, antérieurement à cette inaptitude, rédigé un testament de vie dans lequel sa demande d'euthanasie est consignée. Cette demande a alors le même statut qu'une demande orale, et le médecin se doit de la respecter ainsi que de veiller à l'ensemble des critères d'éligibilité.

Suite à une décision de la Cour suprême de 2020³⁵, le Code de déontologie en matière d'euthanasie a été adapté en déclinant plus précisément les critères d'éligibilité^{36 37}. 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 d'éligibilité soient dûment respectés. Dans ces situations de démence, ce sont deux (et non un) autres médecins qui doivent être consultés (un consultant et un spécialiste).

Exercice de la clause de conscience*

La loi n'évoque pas la possibilité pour le médecin de refuser la demande. Néanmoins, selon le Code de déontologie en matière d'euthanasie³⁸, les médecins ne sont pas tenus de donner suite à une demande d'euthanasie, même si tous les critères de rigueur mentionnés par la loi sont remplis. L'euthanasie n'est pas un droit du patient, et ils peuvent refuser de la pratiquer. La déontologie veut qu'ils en informent alors le patient à un stade précoce, afin que celui-ci puisse, s'il le désire, s'adresser à un autre praticien. Les médecins orientent parfois leurs patients vers un collègue, ou vers le Centre d'expertise sur l'euthanasie.

35. Hoge Raad, NJ 2020/712, 21 avril 2020, sur uitspraken.rechtspraak.nl, [en ligne, dernière consultation le 2 janvier 2025].

36. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie. Nouvelle Version, 2020 [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 2 janvier 2025].

37. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie, Éclairage de la pratique du contrôle, 2022 p 47 et sur euthanasiecommissie.nl [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 2 janvier 2025].

38. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie. Éclairage de la pratique du contrôle, 2018, p. 10 [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 31 décembre 2024].

Rédaction de la demande

Un patient capable d'exprimer sa volonté en matière d'euthanasie peut faire une déclaration écrite, appelée « testament de vie », dans laquelle il formule sa demande. Si, par la suite, il n'est plus en état de faire savoir quelle est sa volonté, cette demande a alors le même statut qu'une demande orale, et le médecin se doit de la respecter ainsi que de veiller à l'ensemble des critères d'éligibilité (*Article 2, 2.*).

La loi ne limite pas la durée de validité du testament de vie ni n'exige qu'il soit régulièrement actualisé. Cependant, plus le temps passe, plus la question se pose de savoir si son contenu reflète toujours la volonté réelle du patient. Aussi aura-t-il davantage de valeur si le patient l'a actualisé ou en a confirmé oralement la teneur après sa rédaction. Il importe donc que le testament de vie décrive de façon aussi détaillée que possible les circonstances concrètes dans lesquelles l'interruption de la vie est souhaitée. Il est recommandé que le patient soumette son testament de vie au médecin afin que celui-ci puisse le joindre au dossier médical³⁹.



Procédures de contrôle

La loi du 12 avril 2001 a opté pour un **contrôle *a posteriori**** de cette pratique.

Déclaration de l'acte

Le médecin doit pratiquer l'interruption de la vie avec toute la rigueur médicalement requise (*Article 2, 1.*). Cette exigence recouvre notamment le choix des produits à utiliser et leur dosage, ainsi que la vérification de l'état de conscience minimale du patient induit par la médication. Pour apprécier le respect de ce critère, les commissions se basent sur la directive de 2021 de la Royal Dutch Medical Association (KNMG) et de la Royal Dutch Pharmacists Association (KNMP) « Pratique de

39. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie, Éclairage de la pratique du contrôle, 2022 p 37 et sur euthanasiecommissie.nl [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 2 janvier 2025].

l'euthanasie et de l'aide au suicide » [*Richtlijn Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding*]. Ce document donne aux médecins et aux pharmaciens un éclairage pour le maintien et, si possible, l'amélioration de la pratique de l'euthanasie et de l'aide au suicide aux Pays-Bas⁴⁰.

Le médecin ayant pratiqué une euthanasie doit le signaler au médecin légiste de la commune. Il utilise le formulaire prévu à cet effet qu'il remet lors de l'examen du corps. Il joint à son rapport motivé le compte rendu du consultant⁴¹. Le médecin légiste soumet ce signalement à la commission régionale de contrôle des euthanasies dont il dépend.

Traçabilité de l'acte

Les 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 d'éligibilité sur la base du rapport rédigé par le médecin. 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 6 semaines suivant la mort du patient (*Article 9*). La commission doit alerter les autorités publiques lorsqu'elle estime que le médecin n'a pas respecté l'ensemble des critères d'éligibilité, et celles-ci peuvent ensuite faire le choix de poursuivre le médecin en question (*Articles 9 et 10*). Les présidents des commissions se réunissent 2 fois par an pour discuter de leur méthode et de leur fonctionnement (*Article 13*). Un rapport conjoint à toutes les commissions doit être rédigé et remis tous les ans aux ministres de la Justice et de la Santé, du Bien-être et des Sports, et doit comporter le nombre de cas signalés, leur nature et les jugements rendus (*Article 17*).

40. Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie, Code de déontologie en matière d'euthanasie, Éclairage de la pratique du contrôle, 2022 et sur euthanasiecommissie.nl [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 2 janvier 2025].

41. 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).

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

Le gouvernement néerlandais⁴² a mis en place des ressources et des canaux de communication pour informer le public sur les lois, les procédures et les conditions entourant l'euthanasie. L'objectif est de garantir aux citoyens néerlandais un accès à une information complète et fiable sur l'euthanasie.

Par ailleurs, les professionnels et notamment les médecins, peuvent bénéficier de formations proposées par différents acteurs tels que la Société royale néerlandaise de médecine⁴³.

La principale association néerlandaise qui soutient l'aide à mourir est connue sous le nom « NVVE » [*Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde*]. Elle milite en faveur du droit des individus à choisir la fin de leur vie dans la dignité en fournissant des informations, des conseils et un soutien aux personnes intéressées par l'euthanasie, ainsi qu'aux professionnels de santé qui y sont confrontés⁴⁴.

42. Site du gouvernement néerlandais, sur government.nl [en ligne, dernière consultation le 3 janvier 2025].

43. Site de la Société royale néerlandaise de médecine, sur knmg.nl [en ligne, dernière consultation le 3 janvier 2025].

44. Site de l'association NVVE, sur nvve.nl [en ligne, dernière consultation le 3 janvier 2025].

Belgique



Loi et définitions

Trois lois successives ont été promulguées pour encadrer la fin de vie : la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie⁴⁵, la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs⁴⁶ et la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁴⁷. Ces lois affirment notamment le droit d'accès pour tous aux soins palliatifs et ouvrent la possibilité de recourir à l'euthanasie sous conditions strictement définies.

La loi du 28 mai 2002, entrée en vigueur le 20 septembre 2002, dépénalise l'**euthanasie** et la définit comme « *l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci* » (Article 2). Seul le médecin peut pratiquer une euthanasie. Un tiers peut assister à l'acte. Le Code pénal n'est quant à lui pas modifié.

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 pratiquée⁴⁸. Si toutes les conditions prévues par la loi sont respectées, l'acte peut être mis en œuvre par injection ou par ingestion par le patient de la solution létale en présence du médecin selon le choix du patient et du médecin. Cette précision fait écho à la position prise en 2003⁴⁹ par le Conseil national de l'Ordre des médecins belge selon laquelle l'aide au suicide peut

45. Loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002, sur ejustice.just.fgov.be, [en ligne, dernière consultation le 29 décembre 2024].

46. Loi relative aux soins palliatifs du 14 juin 2002, modifiée par la Loi du 21 juillet 2016, sur ejustice.just.fgov.be, [en ligne, dernière consultation le 29 décembre 2024].

47. Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, sur ejustice.just.fgov.be, [en ligne, dernière consultation le 29 décembre 2024].

48. 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 organes-deconcertation.sante.belgique.be [en ligne, dernière consultation le 29 décembre 2024].

49. 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 29 décembre 2024].

« être assimilée à l'euthanasie pour autant que soient réunies toutes les conditions prévues par la loi pour pratiquer une euthanasie ».

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

La loi belge autorise l'aide à mourir sans restriction d'âge. En effet, la loi du 28 février 2014⁵⁰ a étendu l'accès à l'euthanasie aux mineurs dotés de la capacité de discernement* sous certaines conditions (Cf. *Critères relatifs à l'expression de la volonté et à la situation clinique*). Cette extension ne s'applique pas aux jeunes enfants ni aux nouveau-nés puisqu'ils ne sont pas en capacité de discernement (*Article 3*). La loi ne mentionne pas de critère de nationalité ou de résidence sur le territoire belge.

Critères relatifs à l'expression de la volonté

Le patient, majeur ou mineur émancipé, capable ou encore mineur doté de la capacité de discernement, doit être « conscient au moment de sa demande ». La demande doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et ne doit pas résulter d'une pression extérieure (*Article 3, §1*). Le consentement* éclairé implique que le patient soit informé de son état de santé et des alternatives possibles lors de plusieurs entretiens avec le médecin qui reçoit la demande (*Article 3, §2*).

Cas des mineurs dotés de la capacité de discernement : un pédopsychiatre ou un psychologue doit également et obligatoirement être consulté afin de s'assurer de la capacité de discernement* du mineur et doit 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 avec la demande du patient après avoir été

50. Loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs, sur health.belgium.be [en ligne, dernière consultation le 30 décembre 2024].

informés de son état de santé, de son espérance de vie et des autres possibilités thérapeutiques et de soins palliatifs (*Article 3, §7*).

Critères relatifs à la situation clinique

Le patient, majeur ou mineur émancipé, doit se trouver « *dans une situation médicale sans issue* » et doit « *faire 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*).

La situation médicale doit être sans issue, que le décès du patient intervienne ou non à brève échéance⁵¹.

Cas des mineurs dotés de la capacité de discernement : le patient mineur doté de la capacité de discernement doit se trouver « *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 seule souffrance psychique (à comprendre comme résultant d'une affection psychiatrique) est exclue pour les mineurs⁵².

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. Toute maladie grave et incurable entre dans le champ d'application de la loi, y compris les maladies psychiatriques.

51. 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 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. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Dixième rapport aux Chambres législatives. 2020 – 2021, 30 juin 2020, p. 17, sur organesdeconcertation.sante.belgique.be [en ligne, dernière consultation le 30 décembre 2024].

52. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Dixième rapport aux Chambres législatives. 2020 – 2021, op. cit., p. 15.

Saisi à ce sujet, le Comité consultatif de Bioéthique s'appuie notamment sur des recommandations de l'Association néerlandaise de psychiatrie⁵³ 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 et psychothérapeutiques indiqués et toutes les interventions sociales possibles ont été tentés, sans succès. Le Comité consultatif de Bioéthique s'attache également à préciser 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 débats⁵⁴.

Cas des personnes atteintes de polypathologies* : au sein du Comité consultatif de Bioéthique⁵⁵, il existe un dissensus concernant 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. La CFCEE estime que *« les raisons pour lesquelles les patients très âgés demandent l'euthanasie sur la base de polypathologies sont sous-estimées. Il n'est pas tenu compte du caractère évolutif et/ou chronique des maladies liées à l'âge, qui se soldent souvent par des handicaps* très graves qui restreignent fortement, voire anéantissent, la qualité de vie et s'accompagnent parfois de situations qui engagent le pronostic vital* telles que l'insuffisance cardiaque terminale, les cancers métastatiques, l'insuffisance rénale terminale, etc. Malgré tous ces constats, la pratique montre que de nombreux médecins*

53. 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 30 décembre 2024].

54. 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, p. 22 sur health.belgium.be [en ligne, dernière consultation le 30 décembre 2024].

55. 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.

sont réticents à examiner les demandes d'euthanasie de ces patients, surtout lorsqu'on suppose que leur décès n'interviendra pas à brève échéance⁵⁶ ».

Garde-fous

Étude de la demande

● Entretien avec le médecin référent

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. Il doit 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 rencontre aussi l'équipe soignante s'il y en a une, ainsi que les proches si le patient le souhaite (*Article 3, §2*).

● Double avis et avis spécialisé

Le médecin référent 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.

Si le médecin référent estime que le décès du patient n'interviendra pas à brève échéance, 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 1 mois entre la demande écrite et l'euthanasie (*Article 3, §3*)⁵⁷.

56. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Dixième rapport aux Chambres législatives. 2020 – 2021, op. cit., p. 36 à 41.

57. Détermination du délai de réflexion par la CFCEE : elle 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 la personne et du médecin pour s'as-

Cas des mineurs non émancipés : lorsque le patient est mineur non émancipé, le médecin qui traite la demande d'euthanasie doit, en supplément, consulter un pédopsychiatre ou un psychologue afin de s'assurer de la capacité de discernement du mineur et de l'attester par écrit (*Article 3, §2*).

Cas des personnes atteintes de maladies psychiatriques : l'Association flamande de psychiatrie propose des critères de vigilance supplémentaires lorsque la demande d'euthanasie concerne une maladie psychiatrique, qui sont le recueil de deux avis positifs par au moins deux psychiatres, l'évaluation de l'historique des traitements et de la demande, et l'assurance que le patient soit toujours suivi et sous traitement au moment de l'évaluation de sa demande⁵⁸.

Exercice de la clause de conscience*

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* ». Il est également précisé, depuis la loi du 15 mars 2020⁵⁹, qu'« *aucune clause écrite ou non écrite ne peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales* ». Cette précision vise à empêcher une structure de refuser que l'euthanasie soit pratiquée en son sein par principe, si le patient la demande, s'il rentre dans les critères fixés par la loi, et si le médecin accepte d'accompagner la demande.

sur 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 situation. Ce temps ne peut être exhaustivement mesuré car il n'est pas soumis à des critères quantitatifs. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Dixième rapport aux Chambres législatives. 2020 – 2021, op. cit., p. 18.

58. (en) Monica Verhofstadt, Kristof Van Assche, Sigrid Sterckx, Kurt Audenaert, Kenneth Chamberbaere, 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.

59. Loi du 15 mars 2020 visant à modifier la législation relative à l'euthanasie, sur etaamb.open-justice.be [en ligne, consulté le 30 décembre 2024].

Le médecin est tenu d'informer le patient quant à sa position au plus tard dans les 7 jours qui suivent sa demande puis, dans tous les cas, de lui transmettre les coordonnées d'une association ou d'un centre spécialisé en matière d'euthanasie, ou d'envoyer son dossier médical dans les 4 jours à un médecin désigné par le patient ou la personne de confiance* (*Article 14*).

Rédaction de la demande

La demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, 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.

La déclaration anticipée : 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 « *qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable* », « *qu'il est inconscient* », et « *que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science* ». Cette déclaration anticipée peut être faite à tout moment et doit être signée par deux témoins majeurs, dont au moins un non-héritier. Si la personne est dans l'impossibilité de rédiger la déclaration, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix, non héritière. Depuis la loi du 15 mars 2020, la déclaration est valable pour une durée indéterminée et non plus de 5 ans, comme prévu initialement (*Article 4*).

Retrait de la demande*

La demande peut être révoquée à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient (*Article 3, §4*).

La déclaration anticipée peut également être retirée ou adaptée à tout moment (*Article 4, §1*).



Procédures de contrôle

La loi du 28 mai 2002 a opté pour un **contrôle *a posteriori**** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

La CFCEE est composée de 16 membres, dont 8 docteurs en médecine (et au moins 4 professeurs de médecine) et 8 professeurs de droit ou avocats. 4 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, §1 et §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 2 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 2 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*).

4.2 Déclaration de l'acte de décès

Le médecin qui accompagne la demande remet, dans les 4 jours, le formulaire d'enregistrement en deux volets à la CFCEE (*Article 5*).

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

La CFCEE⁶⁰ estime qu'en vue de l'application légale correcte de l'euthanasie, tant les citoyens que les médecins doivent être informés de façon suffisante. Cela n'est pas encore le cas, malgré diverses initiatives non gouvernementales. Les facultés et les hautes écoles en charge de la formation de tous les professionnels de la santé devraient obligatoirement inscrire dans leur cursus une formation concernant les soins en fin de vie.

La Commission insiste sur l'importance d'une brochure informative destinée au public axée sur l'application de la loi relative à l'euthanasie, mais également sur l'application de la loi relative aux droits du patient et de la loi relative aux soins palliatifs. La brochure d'information élaborée par la Commission à l'intention du corps médical est systématiquement adressée au médecin déclarant lorsqu'un formulaire d'enregistrement est ouvert.

La principale association belge qui soutient l'aide à mourir est « *Dying with Dignity* » (Mourir dans la dignité)⁶¹. Cette organisation milite en faveur du droit des individus à choisir la fin de leur vie dans des conditions dignes et sans souffrance excessive. Ils fournissent des informations, des conseils et une assistance pour comprendre les options disponibles, y compris l'euthanasie.

60. Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, Dixième rapport aux Chambres législatives. 2020 – 2021, op. cit., p. 48.

61. Site de l'association ADMD asbl, sur admd.be [en ligne, dernière consultation le 30 décembre 2024].

Luxembourg



Loi et définitions

La loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide⁶², entrée en vigueur le 20 mars 2009, dépénalise les deux actes et précise le cadre dans lequel ils peuvent être pratiqués. Elle prévoit une modification de l'article du Code pénal relatif au meurtre par empoisonnement, disposant 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.

L'euthanasie est 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 l'assistance au suicide 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

Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans (Article 2, §1, 1.).

La loi ne mentionne pas de critère de nationalité ou de résidence sur le territoire au Luxembourg.

Critères relatifs à l'expression de la volonté

Le patient doit être capable et conscient au moment de sa demande.

62. 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 23 décembre 2024].

La demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée et elle ne doit pas résulter d'une pression extérieure (*Article 2, §1 1. 2.*).

Critères relatifs à la situation clinique

Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique (*Article 2, §1, 3.*). La loi ne précise pas à quel terme le pronostic vital* doit être engagé.

Cas des personnes atteintes de maladies psychiques ou psychiatriques : les demandes fondées sur des souffrances provoquées par des seules pathologies psychiques ou psychiatriques peuvent être recevables, toujours à la condition que tous les critères de la loi soient remplis (*Articles 2, §1, 3. et §2, 2. et 3.*).

Garde-fous

Étude de la demande

● Entretien avec le médecin référent

Le médecin doit :

- 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 ;
- s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient en menant plusieurs entretiens avec lui ;
- s'entretenir avec l'équipe soignante et la personne de confiance*, sauf si le patient s'y oppose ;

- s'assurer que le patient a pu discuter de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer ;
- 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.

Toutes les démarches relatives à la demande doivent être inscrites au dossier médical du patient (*Article 2, §2*).

Le médecin doit s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté d'y mettre un terme. Pour cela, il doit procéder avec le patient à des entretiens espacés d'un délai raisonnable afin que soit réitéré son consentement* éclairé. Ce délai raisonnable doit tenir compte de l'évolution de l'état du patient mais aucun délai précis n'est indiqué (*Article 2, §2, 2.*).

● Double avis et avis spécialisé

Le médecin doit consulter un autre médecin impartial, tant à l'égard du patient que du médecin référent, et compétent 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. Ce dernier rédige un rapport concernant ses constatations (*Article 2, §2*).

Exercice de la clause de conscience*

Nul médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, et nulle autre 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 en précisant les raisons de celui-ci, et doit communiquer le dossier médical à un autre médecin désigné par le patient (ou la personne de confiance) (*Article 15*).

Rédaction de la demande

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il se trouve dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer sa demande,

cette dernière est actée par écrit par une personne majeure de son choix, en présence du médecin traitant (*Article 2, §1, 4.*).

Les dispositions de fin de vie 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, si le médecin constate qu'elle est atteinte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'elle est inconsciente, et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science (*Article 4, §1*).

Retrait de la demande*

Les dispositions de fin de vie sont envoyées à 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 5 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*).



Procédures de contrôle

La loi du 16 mars 2009 a opté pour un **contrôle a posteriori*** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

Le médecin qui pratique une euthanasie ou une aide au suicide doit remettre dans les 8 jours qui suivent un document d'enregistrement à la Commission nationale de contrôle et d'évaluation (*Article 5*). Celle-ci est composée de 9 membres, dont 3 docteurs en médecine, 3 juristes (un avocat, un magistrat et un professeur en droit), 1 professionnel de santé et 2 représentants issus d'une organisation pour la défense des droits du patient (*Article 6*).

Déclaration de l'acte

La déclaration à remplir par le médecin est établie par la Commission et comporte deux volets. Le premier est scellé par le médecin et intègre 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 2 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 formes (*Cf. Critères d'éligibilité*) n'ont pas été respectées, elle communique sa décision motivée au Collège médical qui doit se prononcer dans un délai d'1 mois s'il décide d'engager des poursuites disciplinaires, et si elle estime que l'une des conditions de fond (*Cf. Garde-fous*) n'a pas été respectée, le dossier est transmis au Ministère public luxembourgeois (*Article 8*).

La loi du 2 mars 2021 vient préciser que la personne décédée à la suite d'une euthanasie ou d'une assistance au suicide est réputée décédée de 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'autopsie⁶³.

63. La loi du 2 mars 2021 modifiant la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide et la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient, sur legilux.public.lu [en ligne, dernière consultation le 23 décembre 2024].

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

Tous les 2 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*). Le 7^{ème} rapport de la Commission nationale de contrôle et d'évaluation⁶⁴, publié en 2023, recommande une meilleure sensibilisation du grand public et propose l'instauration d'une consultation médico-éthique pour guider les patients et leurs proches dans ces démarches. Elle propose également une formation spécifique et ciblée sur l'euthanasie pour les médecins particulièrement intéressés à la question de la gestion de la fin de vie.

La principale association luxembourgeoise est l'ADMD Luxembourg (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité). Elle milite en faveur du droit des individus à choisir leur fin de vie dans la dignité, en fournissant des informations, des conseils et un soutien aux personnes confrontées à des maladies incurables ou à des souffrances insupportables⁶⁵.

64. Septième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2021 et 2022), sur sante.public.lu [en ligne, dernière consultation le 23 décembre 2024].

65 Site de l'association ADMD, sur admd.be [en ligne, dernière consultation le 23 décembre 2024].

Espagne



Loi et définitions

La loi du 24 mars 2021 réglementant l'euthanasie⁶⁶, entrée en vigueur le 25 juin 2021, reconnaît un droit à toute personne éligible de demander et recevoir l'aide à mourir. La loi prévoit la modification du Code pénal, afin d'ajouter une exception à la peine encourue en cas de participation, à sa demande, à la mort* d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, dans le cas où les conditions prévues sont respectées.

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 incurable que la personne ressent comme inacceptable et qui n'a pas pu être atténuée par d'autres moyens* ». 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 premier chapitre de la loi s'attache à définir les termes utilisés :

- « **état grave, chronique et invalidant** » [*padecimiento grave, crónico e imposibilitante*] sont des limitations qui affectent directement l'autonomie physique et les activités de la vie quotidienne ainsi que la capacité d'expression et sont associées à des souffrances physiques ou mentales constantes et insupportables, avec une probabilité forte que ces limitations perdurent dans le temps ;
- « **maladie grave et incurable** » [*enfermedad grave e incurable*] qualifie une maladie qui provoque des souffrances physiques ou mentales

66. Ley Organica 3/2021, de 24 de marzo, de regulacion de la eutanasia, sur boe.es [en ligne, dernière consultation le 11 décembre 2024].

constantes et insupportables avec un pronostic vital* limité dans un contexte de fragilité progressive ;

- « **prestation d'aide à mourir** » [*prestación de ayuda para morir*] est l'action qui consiste à procurer les 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 ;

- « **situation d'incapacité de fait** » [*situación de incapacidad de hecho*] est la situation dans laquelle le patient manque de compréhension pour être pleinement autonome et que des mesures d'accompagnement existent ou ont été adoptées pour exercer sa capacité juridique.

✓ Critères d'éligibilité

2.1 Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans. Elle doit également avoir la nationalité espagnole ou disposer d'un certificat attestant avoir passé au moins 12 mois sur le territoire espagnol (*Article 5, 1.*).

Critères relatifs à l'expression de la volonté

La décision doit être autonome, authentique, et formulée librement. Pour être éligible à recevoir l'aide à mourir, la personne doit être capable et consciente au moment de la demande, avoir reçu par écrit les informations sur sa situation médicale, les alternatives existantes dont les soins palliatifs et avoir fait deux demandes libres et volontaires écrites à au moins 15 jours d'intervalle. La personne doit donner son consentement* libre et éclairé avant de recevoir l'aide à mourir (*Article 5, 1.*).

Critères relatifs à la situation clinique

Le patient doit souffrir d'une maladie grave et incurable ou être dans un état grave, chronique et invalidant, certifié par le médecin référent (*Article 5, 1.*).

La loi parle de pronostic vital limité dans un contexte de fragilité progressive, mais ne précise pas à quel terme le pronostic vital doit être engagé (*Article 3*).

Cas des personnes en incapacité de fait : la personne peut être éligible à recevoir l'aide à mourir sans remplir les conditions précédemment évoquées dans le cas où le médecin responsable évalue la personne comme en « incapacité de fait ». Cela nécessite qu'elle ait préalablement signé un document 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. Ce dernier doit, dans tous les cas, certifier que le patient se trouve dans une situation d'invalidité, conformément au protocole établi par le Conseil interterritorial du système national de santé (*Article 5, 2.*).

Cas des personnes vivant avec un handicap* : la loi prévoit que les personnes sourdes, malentendantes et sourdes-aveugles se verront garantir les droits, ressources et moyens d'assistance établis par la loi du 23 octobre 2007 qui reconnaît les langues des signes espagnoles et réglemente les moyens d'assistance à la communication orale des sourds, malentendants. Celle-ci précise que des mesures appropriées sont prises pour permettre aux personnes vivant avec un handicap d'accéder à l'aide dont elles peuvent avoir besoin pour exercer leurs droits (*Quatrième disposition additionnelle*).

Garde-fous

Rédaction de la demande

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 (*Article 6, 1. et 2.*).

Cas des personnes en incapacité de fait : si le patient évalué comme en « incapacité de fait » avait écrit des directives anticipées [instrucciones previas] 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.*).

Étude de la demande

● Entretien avec le médecin référent

Lorsque le médecin reçoit une première demande écrite d'aide à mourir, il doit vérifier, dans les 2 jours, 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 5 jours (*Article 8, 1.*).

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 10 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 (*Article 7*).

Si le médecin accepte la demande, la loi prévoit un délai de 15 jours entre la demande initiale et la demande finale, lequel peut être réduit si le médecin estime que la perte de capacité du patient à donner son consentement libre et éclairé est imminente (*Articles 5, 1.*).

À la suite de la seconde demande écrite (15 jours après la première demande), le médecin doit reprendre la discussion avec son patient dans

un délai de 5 jours afin de répondre à ses besoins éventuels d'informations complémentaires. 24 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 (*Article 8, 1. et 2.*).

● Double avis et avis spécialisé

Le médecin responsable doit consulter un médecin conseil qui, après évaluation de la demande sur dossier et examen du patient, vérifie le respect des critères d'éligibilité dans un délai de 10 jours à compter de la seconde demande. Ce médecin conseil rédige un rapport et communique ses conclusions au patient dans les 24 heures. Si l'avis est défavorable, le patient peut faire appel auprès de la Commission de garantie et d'évaluation. 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 3 jours en vue d'un contrôle préalable (*Article 8, 3. 4. et 5.*).

Cas des personnes 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 changé⁶⁷ (*Article 9*).

Exercice de la clause de conscience*

Les professionnels de santé directement impliqués dans l'aide à mourir peuvent exercer leur droit à l'objection de conscience. Ce refus constitue une décision individuelle du professionnel de santé directement impliqué dans sa réalisation, qui doit être signalé au préalable par écrit. Un registre recensant ces professionnels est tenu par les administrations sanitaires locales afin qu'elles puissent assurer une gestion adéquate de la prestation d'aide à mourir (*Article 16*).

67. Ministère de la Santé, Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho, juin 2021, [en ligne, dernière consultation le 22 décembre 2024].

Retrait de la demande*

La demande d'aide à mourir peut être révoquée à tout moment par le patient (*Article 6, 3.*).



Procédures de contrôle

La loi du 24 mars 2021 a opté pour un **contrôle *a priori**** et ***a posteriori**** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

Une Commission de garantie et d'évaluation a été créée dans chaque communauté autonome d'Espagne et dans les villes de Ceuta et Melilla. Elles doivent comporter un minimum de 7 membres, dont un médecin, un infirmier et un juriste (*Article 17*). Les Commissions exercent un contrôle *a priori* (*Articles 10 et 18*) et un contrôle *a posteriori* (*Article 18*) : elles doivent notamment résoudre les 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*).

Avant de prescrire ou d'administrer la substance létale, le médecin demande l'accord de la Commission dont il dépend qui vérifie le bon respect de la procédure *a priori*. Cette dernière désigne deux de ses membres pour vérifier si toutes les exigences requises sont remplies. La résolution finale de la Commission doit être transmise au médecin responsable qui pourra, en cas d'avis favorable, procéder à l'acte (*Article 10*). Si le patient est conscient, il doit informer le médecin responsable de la modalité selon laquelle il souhaite recevoir l'aide à mourir (*Article 11*).

L'acte est financé par l'État et peut être pratiqué dans des établissements publics ou privés comme à domicile, et la confidentialité est assurée (*Article 14*).

Déclaration de l'acte

Après que l'aide à mourir ait été réalisée, le médecin dispose de 5 jours ouvrables pour déclarer son acte et adresser à la Commission deux documents : le premier comporte des données identificatoires (informations relatives au patient, à son représentant s'il en avait désigné un et aux médecins qui ont participé au processus) ; le second porte principalement sur la demande d'aide à mourir formulée par le patient, la ou les pathologies dont il souffrait, les circonstances et les moyens utilisés lors de la réalisation de l'acte (*Articles 12 et 18*).

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

La principale association espagnole qui soutient l'aide à mourir est « Derecho a Morir Dignamente » (DMD), ce qui signifie « Droit de Mourir Dignement ». Il s'agit d'une organisation qui milite en faveur du droit des individus à choisir la fin de leur vie dans la dignité, en fournissant des informations, des ressources et un soutien aux personnes confrontées à des maladies incurables ou à des souffrances insupportables⁶⁸.

La DMD a joué un rôle clé dans la promotion de la loi de 2021 légalisant l'euthanasie, et continue de travailler pour sensibiliser le public, fournir un soutien aux personnes concernées et promouvoir l'accès à l'aide à mourir dans tout le pays.

68. Site de l'association DMD, sur dmd.org.co [en ligne, dernière consultation le 22 décembre 2024].

Autriche



Loi et définitions

La **loi du 16 décembre 2021 sur les testaments de fin de vie**⁶⁹, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, dépénalise le suicide assisté. 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.

Les termes utilisés dans la loi sont définis (*Section 1, §3*) :

- **le testament de fin de vie** [*Sterbeverfügungsgesetz*] est 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*] est 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*] correspond au stade où, selon l'avis médical, la maladie devrait entraîner la mort* dans les 6 mois.

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans (*Section 2, §6*) et avoir la nationalité autrichienne ou résider habituellement dans le pays (*Section 1, §1*).

69. Bundesgesetz, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen wird sowie das Suchtmittelgesetz und das Strafgesetzbuch geändert werden sur parlament.gv.at [en ligne, dernière consultation le 11 décembre 2024].

Critères relatifs à l'expression de la volonté

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 mentionnant, si elle le souhaite, des personnes prêtes à l'aider (*Section 2, §5*). Elle doit être capable de prendre une décision, de recevoir de l'information et être libre de toute influence.

Critères relatifs à la situation clinique

La personne doit être atteinte d'une maladie incurable* qui va entraîner la mort ou d'une maladie grave et de longue durée avec des symptômes persistants, dont les conséquences affectent durablement l'ensemble de son mode de vie. On parle d'un état de souffrance inapaisable du fait de la maladie. La loi ne prévoit pas à quel terme le pronostic vital* doit être engagé pour demander le suicide assisté (*Section 2, §6*).

Cas des personnes atteintes de troubles psychiques : 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*).

Garde-fous

Étude de la demande

À titre liminaire, il est essentiel de préciser que 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 doit comprendre les alternatives thérapeutiques, les possibilités d'entretiens avec d'autres professionnels, le dosage et les modalités d'auto-administration de la solution létale, ainsi que les complications possibles dans les suites de la prise de la solution létale (*Section 2, §7. 2*).

Chaque médecin doit reporter par écrit les informations dispensées et 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*).

Exercice de la clause de conscience*

La loi prévoit qu'aucune personne, physique ou morale, n'a l'obligation de fournir une assistance au suicide ou de participer à une étape de la procédure (*Section 1, §2*).

Rédaction de la demande

Un testament de fin de vie est strictement personnel (*Section 1, §4*). Il doit être écrit devant un notaire ou une personne juridiquement compétente, qui consulte 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*).

Le testament de fin de vie doit être établi au plus tôt 12 semaines après la réception de la première information médicale. Si le médecin confirme que la personne demandeuse souffre d'une maladie incurable en phase terminale, ce délai est réduit à 2 semaines.

Si le testament de fin de vie n'est pas rédigé dans l'année qui suit l'information donnée par le second médecin, les informations doivent être réitérées (*Section 2, §8.1*).

Retrait de la demande*

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 doit être détruite 5 ans après la première information médicale

reçue si aucune préparation létale n'a été délivrée, et dans tous les autres cas, 10 ans après sa rédaction (*Section 2, §10.3*). La copie doit être détruite si la personne révoque sa demande, qu'aucune préparation létale n'a été donnée et qu'il a été prouvé que le testament de fin de vie originel a été détruit (*Section 2, §10.4*). La destruction doit être signalée à la personne en charge du registre des dispositions de fin de vie tenu par le ministère chargé de la santé publique (*Section 2, §10.5*).



Procédures de contrôle

La loi du 16 décembre 2021 a opté pour un **contrôle *a priori**** et ***a posteriori**** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

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 produit létal ne peut être remis 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 (*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 fait l'objet d'un décret du ministère chargé de la santé publique (*Section 2, §11.6*). Une liste des pharmacies habilitées à délivrer les produits létaux est tenue par la Chambre autrichienne des pharmaciens afin qu'elle soit transmise aux personnes éligibles (*Section 2, §11.7*).

Déclaration de l'acte

Le médecin légiste qui constate un décès consécutif à la prise d'une solution létale doit transmettre une déclaration au responsable du registre contenant des données identificatoires (*Section 2, §9.4*).

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

La principale association autrichienne qui soutient l'aide à mourir est « Exit-Sozial ». Elle offre un soutien aux personnes en fin de vie en fournissant des informations, des conseils et une assistance pour les personnes qui envisagent le suicide assisté⁷⁰.

70. Site de l'association Exit Sozial, sur exitsozial.at [en ligne, dernière consultation le 11 décembre 2024].

Portugal



Loi & définitions

La loi n°22/2023 du 25 mai 2023⁷¹ **dépénalisant l'aide médicale à mourir**, établit les conditions dans lesquelles cette aide n'est pas punissable et modifie le Code pénal (*Article 1*).

Cette loi entre en vigueur 30 jours après la publication du règlement concerné (*Article 34*). Cependant, nous n'avons, à ce jour, aucune information relative à la publication de ce règlement.

La loi définit les termes utilisés (*Article 2*) :

- « **Mort médicalement assistée** » [*Morte medicamente assistida*] est la mort* qui survient par décision de la personne elle-même, dans l'exercice de son droit fondamental à l'autodétermination* et au libre développement de sa personnalité, lorsqu'elle est pratiquée ou assistée par des professionnels de la santé ;
- Il peut s'agir de « **suicide médicalement assisté** » [*Suicídio medicamente assistido*] défini comme l'auto-administration de médicaments mortels par le patient lui-même, sous contrôle médical ;
- ou bien d' « **euthanasie** » [*Eutanásia*] définie comme l'administration de médicaments mortels par un médecin ou un professionnel de la santé dûment qualifié à cet effet.

71. Lei n° 22/2023 de 25 de maio, Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal, sur diarodarepublica.pt [en ligne, dernière consultation le 27 décembre 2024].

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans et avoir la nationalité portugaise ou résider légalement sur le territoire national (*Article 3, 2.*).

Critères relatifs à l'expression de la volonté

La personne qui fait la demande doit exprimer sa volonté de façon répétée, sérieuse, en toute liberté, après avoir reçu les informations (*Article 3, 1.*). La décision du patient, à tout moment de la procédure clinique d'aide médicale à mourir, est strictement personnelle. Si le patient demandant l'aide médicale à mourir ne peut ni écrire ni signer, il peut, à toutes les étapes de la procédure, être remplacé par une personne de confiance*, désignée uniquement à cette fin (*Article 11*).

Critères relatifs à la situation clinique

La personne qui demande doit se trouver dans une situation de très grande souffrance, avec une blessure définitive de gravité extrême ou une maladie grave et incurable (*Article 2*).

L'expression **souffrance de grande intensité** fait référence à la souffrance résultant d'une maladie grave et incurable ou d'une blessure définitive d'une extrême gravité, d'une souffrance qui doit être d'une grande intensité, persistante, continue ou permanente et considérée comme intolérable par la personne elle-même.

Les **lésions définitives de gravité extrême** font référence à des lésions graves, définitives et largement invalidantes qui placent la personne dans une situation de dépendance à l'égard de tiers ou d'un support technologique pour accomplir des activités élémentaires de la vie quotidienne, avec une certitude ou une très forte probabilité que ces limitations persistent dans le temps sans possibilité de guérison ou d'amélioration significative.

La **maladie grave et incurable** désigne une maladie qui menace la vie, à un stade avancé et progressif, incurable et irréversible et qui provoque de grandes souffrances.

La loi ne prévoit pas à quel terme le pronostic vital* doit être engagé.

Garde-fous

Rédaction de la demande

La demande d'ouverture de la procédure d'aide médicale à mourir est formulée par une personne remplissant les conditions décrites précédemment, sur un document écrit, daté et signé par le patient, ou par la personne désignée par lui. Cette demande est intégrée dans un dossier clinique spécial [*registo clínico especial*] (RCE) créé à cet effet.

La loi n° 25/2012 du 16 juillet 2012⁷² qui régit les directives anticipées* permet aux patients de choisir les traitements médicaux qu'ils souhaitent ou ne souhaitent pas recevoir mais il n'est pas explicitement mentionné que les directives anticipées peuvent inclure une demande d'aide médicale à mourir.

Étude de la demande

● Entretien avec le médecin référent

Le patient doit adresser sa demande à un médecin superviseur qu'il choisit. Ce dernier, qui doit avoir accès aux antécédents cliniques du patient, émet, dans un délai de 20 jours à compter de l'ouverture de la procédure, un avis motivé sur le respect des critères d'éligibilité.

Il fournit au patient toutes les informations et les précisions sur la situation clinique qui l'affecte, les traitements possibles et disponibles notamment dans le domaine des soins palliatifs, et le pronostic vital estimé. Après

72. Lei n° 25/2012 de 16 de julho Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), sur diarodarepublica.pt [en ligne, dernière consultation le 27 décembre 2024].

cela, le médecin vérifie si le patient maintient et réitère sa demande, et la décision du patient doit être consignée par écrit, datée et signée par lui-même ou par la personne désignée par lui (*Article 5, 1.*). Ces informations et la déclaration du patient font partie du RCE (*Article 5, 2.*).

Dans les 10 jours suivant le début de la procédure, le patient doit pouvoir consulter un psychologue clinicien désigné par le médecin superviseur. Cette consultation a pour but de garantir la pleine compréhension de ses décisions mais aussi de clarifier les relations entre le patient, sa famille et le médecin dans le but de minimiser les risques d'influence (*Article 4, 8.*). Cet accompagnement par un psychologue clinicien est obligatoire, à moins que le patient ne le refuse expressément (*Article 4, 9.*).

Si l'avis du médecin superviseur n'est pas favorable à l'aide médicale à mourir du patient, la procédure en cours est annulée et clôturée. Le patient est informé de cette décision par le médecin, et la procédure peut être reprise avec une nouvelle demande (*Article 5, 3.*).

● Double avis et avis spécialisé

Si le médecin émet un avis favorable concernant la demande du patient, un autre médecin doit être consulté, spécialiste de la pathologie affectant le patient, dont l'avis confirme ou non le respect des conditions d'éligibilité (*Article 6, 1.*). L'avis motivé du médecin spécialiste est établi par écrit dans les 15 jours et fait partie du RCE (*Article 6, 2.*).

Si l'avis du médecin spécialiste n'est pas favorable à l'aide médicale à mourir du patient, la procédure en cours est annulée et clôturée. Le patient est informé de cette décision par le médecin, et la procédure peut être reprise avec une nouvelle demande (*Article 6, 3.*).

En cas d'avis favorable, le médecin superviseur doit en informer le patient et vérifier qu'il réitère sa demande. Sa demande consciente et expresse doit être consignée dans un document écrit, daté et signé par lui-même ou par la personne qu'il a désignée (*Article 6, 4.*).

Dans tous les cas, l'aide médicale à mourir ne peut avoir lieu sans qu'un délai de 2 mois ne se soit écoulé à compter de la date de la demande d'ouverture de la procédure (*Article 4, 5.*). Le jour de la réalisation de

l'aide à mourir, le médecin superviseur doit réinterroger le patient sur son consentement*, en présence d'un ou de plusieurs témoins identifiés au RCE (*Article 10, 2.*).

Cas particuliers : l'avis d'un médecin spécialisé en psychiatrie est obligatoire dans deux situations :

- a) Le médecin conseil et/ou le médecin spécialiste ont des doutes quant à la capacité de la personne à demander l'aide médicale à mourir, demande qui doit être l'expression d'une volonté sérieuse, libre et éclairée ;
- b) Le médecin-conseil et/ou le médecin spécialiste admettent que la personne souffre d'un trouble psychologique ou d'une condition médicale qui affecte sa capacité à prendre des décisions (*Article 7, 1.*).

Le spécialiste psychiatre dispose de 15 jours pour rendre son avis motivé (*Article 7, 3.*). S'il confirme l'une des deux situations précédemment citées, la procédure en cours est annulée (*Article 7, 2.*). En cas d'avis favorable, il doit, avec le médecin superviseur, informer le patient et vérifier à nouveau si le patient confirme sa volonté, et sa demande consciente et expresse doit être consignée dans un document écrit, daté et signé par lui-même ou par la personne qu'il a désignée (*Article 7, 5.*).

Exercice de la clause de conscience*

La loi prévoit un droit à l'objection de conscience qui garantit à tout professionnel de santé la possibilité de refuser de pratiquer ou d'assister à l'aide à mourir pour des raisons cliniques, éthiques ou autres. Le refus doit être communiqué au patient dans les 24 heures suivant la demande et le professionnel doit préciser les raisons qui motivent son refus. Le médecin doit remettre au responsable de l'établissement de santé dans lequel il exerce et dans lequel le patient est soigné un document signé dans lequel il invoque son objection de conscience (*Article 21*).

Retrait de la demande*

Si le patient ne confirme pas sa volonté, l'annulation de la procédure est consignée dans un document écrit, daté et signé par le médecin superviseur, intégré au RCE (*Article 10, .3 et Article 12*).

Le 22 avril 2025, la cour constitutionnelle portugaise a déclaré l'inconstitutionnalité d'une partie de la loi n. 22/2023⁷³, notamment :

- Sur la méthode de mort assistée, le tribunal censure les segments légaux qui laissaient entendre un droit du patient de choisir librement entre suicide assisté et euthanasie, alors que la loi ne permet l'euthanasie qu'à titre subsidiaire (si la personne est physiquement incapable de s'auto-administrer). Sont frappés : **Article 9(1)** (rôle du « médecin référent » dans le choix du méthode), **Article 16(1)(e)** (décision du patient sur la méthode), **Article 19(c)** (information pour un choix éclairé sur la méthode).
- Est jugée inconstitutionnelle l'omission d'exiger que la personne soit examinée par un médecin spécialiste de la pathologie (**Article 6(1)**).
- Est censuré l'alinéa imposant au soignant objecteur de préciser la nature de ses motifs (**Article 21(2)**) : restriction jugée inadaptée, inutile et disproportionnée car elle contraint la manifestation de convictions personnelles.



Procédures de contrôle

La loi du 25 mai 2023 a opté pour un **contrôle a priori*** et **a posteriori*** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

L'aide à mourir est pratiquée (euthanasie) ou assistée (suicide assisté) par des professionnels de la santé (**Article 3, 1.**).

Dans le cas où des avis favorables sont émis, le médecin superviseur transmet une copie du RCE au Comité de vérification et d'évaluation (CVA), pour avis qui doit intervenir dans un délai de 5 jours. Dans le cas où le CVA a des doutes sur le respect des conditions prévues par la présente loi pour la pratique de l'aide médicale à mourir, il doit convoquer les médecins intervenant dans la procédure pour qu'ils fournissent des déclarations (**Article 8**).

73. Décision de communication n° 307/2025 - Aide médicale à mourir sur Tribunalconstitucional.pt [en ligne, consulté le 21/08/2025]

En cas d'avis favorable du CVA, le médecin superviseur convient, selon la volonté du patient, du jour, de l'heure, du lieu et du mode de pratique de l'aide médicale à mourir. Il adresse une copie du dossier médical du patient concerné à l'Inspection générale des activités de santé (IGAS), qui peut suivre la procédure d'exécution de la décision du patient (*Article 9*).

Le choix du lieu de l'aide médicale à mourir appartient au patient. Elle peut être pratiquée dans les établissements de santé, dans les secteurs privé et social dûment agréés et autorisés à exercer les soins de santé. Si le choix du patient se porte sur un lieu autre, le médecin superviseur doit certifier que le patient dispose de conditions cliniques et de confort adéquates à cet effet (*Article 13*).

Déclaration de l'acte

Dans les 15 jours suivant le décès, le médecin doit remettre un rapport final au CVA et à l'IGAS, quand bien même la procédure d'aide médicale à mourir n'a pas abouti. Le rapport doit comporter des informations relatives au patient et à son état clinique, aux médecins impliqués dans le processus, aux circonstances et aux moyens utilisés pour la réalisation de l'acte.

CHAPITRE 2 : AMÉRIQUE DU NORD

Canada	66
Loi et définitions	66
Critères d'éligibilité	67
Garde-fous	69
Procédures de contrôle	71
L'accès à l'aide à mourir dans la société	72
Cas de la Province du Québec	73

Canada



Loi et définitions

La **loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)**, adoptée le **17 juin 2016**⁷⁴ et révisée par la **loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir) du 17 mars 2021**⁷⁵, « *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* » (*Sommaire*).

74. Loi du 17 juin 2016 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 8 janvier 2025].

75. Loi du 17 mars 2021 modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), sur laws-lois.justice.gc.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

Cette loi dépénalise au niveau fédéral à la fois l'euthanasie et le suicide assisté. En effet, le législateur définit l'aide médicale à mourir (AMM) 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 » (Article 241.1)⁷⁶.

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans. Elle doit également être admissible à des soins de santé financés par le Canada (Article 241.2 §1).

Cas des mineurs matures : il est entendu par ce terme tous les mineurs capables de prendre des décisions en matière de soins de santé. Le rapport du Comité mixte spécial sur l'aide à mourir de 2023⁷⁷ suggère une approche prudente, permettant l'AMM aux mineurs matures dans des circonstances exceptionnelles et sous des contrôles stricts, mais la législation fédérale n'a pas encore été modifiée pour inclure explicitement les mineurs.

Critères relatifs à l'expression de la volonté

La personne doit être capable de prendre des décisions en ce qui concerne sa santé. Elle doit avoir fait une demande volontaire et consentir de manière éclairée à recevoir l'AMM après avoir été informée des moyens disponibles pour soulager ses souffrances, notamment les soins palliatifs (Article 241.2 §1).

76. Code criminel, art. 241.1, sur laws-lois.justice.gc.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

77. Rapport du Comité mixte spécial sur l'aide médicale à mourir, L'aide médicale à mourir au Canada : les choix pour les Canadiens, février 2023, sur parl.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

Critères relatifs à la situation clinique

La personne doit être affectée de problèmes de santé graves et irrémédiables. Cela signifie qu'elle doit remplir les critères suivants :

- elle est atteinte d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap* graves et incurables ;
- sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités ;
- ce dont elle est atteinte ou sa situation médicale lui causent des souffrances physiques ou psychologiques persistantes qui lui sont intolérables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge acceptables (*Article 241.2 §2*).

Le critère selon lequel la mort naturelle de la personne doit être « *raisonnablement prévisible, sans pour autant qu'un pronostic ait été établi quant à son espérance de vie* » a été abrogé par la loi du 17 mars 2021.

Cas particulier des personnes atteintes d'une maladie mentale : la maladie mentale n'est pas considérée comme une maladie, une affection ou un handicap (*Article 241.2 §2.1*). La loi de 2021 prévoyait que cette précision soit abrogée 2 ans plus tard (*Examen indépendant 3.1*). Le gouvernement a mis en place un groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale⁷⁸ chargé de formuler des recommandations sur les protocoles, les orientations et les mesures de sauvegarde qui s'appliqueront aux demandes d'AMM faites par des personnes atteintes d'une maladie mentale. Cependant, le gouvernement a souhaité prolonger l'exclusion initiale en 2023 et à nouveau, en 2024. Finalement, le 29 février 2024, le projet de loi visant à prolonger l'exclusion temporaire de l'admissibilité à l'AMM des personnes dont le seul problème médical invoqué est une maladie mentale a reçu la sanction royale et la loi est entrée en vigueur immédiatement⁷⁹. La date d'admissibilité

78. Groupe d'experts sur l'AMM et la maladie mentale, sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

79. Loi du 29 février 2024 modifiant la loi modifiant le Code criminel (aide médicale à mourir), sur laws-lois.justice.gc.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

des personnes dont le seul problème médical est une maladie mentale est désormais le 17 mars 2027⁸⁰.

Cas particulier des personnes en situation de handicap : les personnes en situation de handicap sont éligibles à l'AMM depuis la loi de 2016 sous réserve qu'elles répondent aux critères d'éligibilité prévus. La loi de 2021, en supprimant le critère relatif à la mort raisonnablement prévisible, a facilité l'accès à l'AMM pour ces personnes, notamment celles qui souffrent de handicaps graves et incurables, mais qui ne sont pas en fin de vie (*Article 241.2 §2*).

Gardes fous

Étude de la demande

Les mesures dites de sauvegarde sont différenciées, que la mort soit prévisible ou non.

- **En cas de mort naturelle prévisible**

Le médecin ou l'infirmier praticien est soumis à des obligations avant de fournir l'AMM. Il doit être d'avis que la personne est éligible à recevoir l'AMM, s'assurer que sa demande a été rédigée par écrit, qu'elle a été datée et signée par et en présence d'un témoin indépendant, et il doit 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. 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 des difficultés à communiquer, prendre les mesures nécessaires afin qu'elle puisse comprendre les renseignements fournis et faire connaître sa décision (*Article 241.2 §3*).

80. Admissibilité de personnes atteintes d'une maladie mentale, sur justice.gc.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

● En cas de mort naturelle non prévisible

Les obligations 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 ; et 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'AMM sera fournie (ce délai pouvant être écourté si la perte de capacité de la personne à consentir est jugée comme imminente) (*Article 241.2 §3.1*).

Si la personne 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 (*Article 241.2 §4*).

Exercice de la clause de conscience*

Aucun médecin ou infirmier praticien n'est obligé de fournir ou d'aider à fournir l'AMM (*Article 241.2 §9*). Aucune indication sur le transfert du dossier ou un délai durant lequel le patient devrait être réorienté n'est donnée.

Rédaction de la demande

Les directives médicales anticipées ne permettent pas de demander à recourir à l'AMM car le consentement final au moment de la réalisation de l'acte est requis (*Article 241.2 §3 et 3.1*).

Il existe néanmoins une exception à ce principe sous certaines conditions spécifiques. Si la personne dont la mort est raisonnablement prévisible et dont une demande d'AMM a été approuvée risque de perdre sa capacité à donner son consentement final avant la réalisation de l'acte, son médecin peut lui proposer de rédiger une entente écrite selon laquelle il lui administrerait à une date déterminée une substance pour causer sa mort (*Article 241.2 §3.2, 3.3*).

Dans tous les autres cas, la nécessité du consentement préalable et l'absence de signe de refus manifeste sont réaffirmées (*Article 241.2 §3.4*). Il est précisé, dans le cas de l'auto-administration, que le médecin peut administrer une autre substance si la personne n'est pas décédée 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 (*Article 241.2 §3.5*).

Suite aux recommandations issues du rapport du comité mixte spécial de 2023 au sujet de l'accès à l'AMM sur la base de demandes anticipées dans certains cas, le gouvernement a lancé une consultation nationale sur les demandes anticipées⁸¹.

Retrait de la demande*

La personne peut retirer sa demande à tout moment (*Article 241.2 §3 et 3.1*).



Procédures de contrôle

La loi du 17 juin 2016, révisée en 2021, a opté pour un **contrôle a posteriori*** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

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'AMM qu'il estime nécessaires pour surveiller la pratique (*Article 241.31 §3*).

Le *règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir* publié en 2018 (modifié en 2023 et 2024)⁸² détaille le système de surveillance de la pratique et encadre la collecte des données. Bien que le cadre législatif soit défini par les lois fédérales, les ministères de la Santé de

81. Conversation nationale sur les demandes anticipées, sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

82. Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir, sur laws-lois.justice.gc.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

chaque Province sont chargés du contrôle du respect des critères et garde-fous *a posteriori*, et sont responsables de la transmission des données anonymisées au gouvernement fédéral. Ce dernier publie, chaque année, un rapport sur l'aide médicale à mourir au Canada⁸³.

Déclaration de l'acte

Le médecin ou l'infirmier praticien qui accompagne l'acte 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).

Le ministère de la Santé fournit un document d'orientation aux professionnels de santé pour faciliter la transmission des informations relatives à l'AMM⁸⁴. Il publie également les lignes directrices sur les renseignements à inclure dans le certificat de décès des personnes ayant eu recours à l'AMM afin de faciliter l'identification des cas de décès médicalement assistés et pour mieux harmoniser les procédures entre les provinces⁸⁵.

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

Pour soutenir les professionnels dans la pratique de l'AMM et harmoniser la pratique, le gouvernement canadien a appuyé l'élaboration de deux ressources clés⁸⁶ :

- Le *Programme canadien de formation sur l'AMM*, élaboré par l'Association canadienne des évaluateurs et prestataires de l'AMM, premier

83. Aide médicale à mourir : surveillance et rapports, sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

84. Document d'orientation : Exigences en matière d'établissement de rapports en vertu du Règlement modifiant le Règlement sur la surveillance de l'aide médicale à mourir, sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

85. Lignes directrices pour certificats de décès, sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

86. Cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2023, sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

programme de formation sur l'AMM accrédité à l'échelle nationale offert aux médecins et aux infirmiers praticiens partout au pays⁸⁷ ;

- Le document d'accompagnement intitulé « *Document de référence : Aide médicale à mourir (AMM)* »⁸⁸ afin d'aider les praticiens à harmoniser leur pratique avec des directives claires et d'aider les organismes de réglementation des professionnels de la santé à assurer la protection du public dans le contexte des cas complexes d'AMM.

Le site du gouvernement fédéral recense de nombreuses ressources à destination des professionnels et du grand public⁸⁹. La principale association canadienne est Mourir dans la dignité Canada (MDDC)⁹⁰ qui vise à améliorer la qualité de la mort, à protéger les droits de fin de vie et à aider les gens partout au Canada à éviter les souffrances non désirées. D'autres associations canadiennes existent sur les différentes Provinces.



Cas de la Province du Québec

Dans la mise en œuvre de l'AMM 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. Le Québec a été un chef de file en ce qui concerne l'élaboration de lois et de politiques sur l'AMM avec la **loi concernant les soins de fin de vie adoptée dès 2014**⁹¹. La Province s'est dotée d'un organisme chargé de la surveillance de l'AMM : la Commission sur les soins de fin de vie qui a pour missions d'examiner, en comité, toute question relative aux soins de fin de vie et de surveiller l'application des exigences particulières relatives à l'aide médicale à mourir.

87. Programme canadien de formation sur l'AMM, sur camapcanada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

88. Document de référence : Aide médicale à mourir (AMM), sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

89. Soutien et ressources, sur canada.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

90. Site de l'association MDDC, sur dyingwithdignity.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

91. Loi du 10 juin 2014 concernant les soins de fin de vie, sur publicationsduquebec.gouv.qc.ca [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025].

La loi de 2014, qui comportait des différences notables au regard de la loi fédérale adoptée en 2016, a depuis fait l'objet de plusieurs évolutions.

En 2021, un amendement à la loi de 2014 a été voté pour permettre l'administration de l'AMM aux personnes en fin de vie qui perdent leur aptitude à consentir aux soins, aux mêmes conditions que celles prévues par la loi fédérale⁹².

En 2023, l'Assemblée nationale du Québec a adopté le projet de loi 11⁹³ qui apporte un certain nombre de changements importants au régime d'AMM du Québec :

- L'exigence d'être « *en fin de vie* » a été retirée des critères d'admissibilité à l'AMM (**Article 1§2 du projet de loi**)⁹⁴ ;
- La loi prévoit désormais que les infirmières praticiennes spécialisées peuvent administrer la sédation palliative* continue et l'AMM alors qu'auparavant, seuls les médecins étaient autorisés à la pratiquer (**Article 16 du projet de loi**) ;
- Elle permet aux personnes souffrant d'une maladie grave et incurable menant à l'incapacité de formuler une demande anticipée d'AMM. Cette loi prévoit désormais deux types de demandes d'AMM. L'une est formulée en vue de l'administration de ce soin de façon contemporaine à la demande d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable ou d'une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes. L'autre est formulée de façon anticipée par la personne atteinte d'une maladie grave et incurable en vue d'une administration ultérieure à la survenance de l'incapacité

92. 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 8 janvier 2025].

93. 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 8 janvier 2025].

94. Cette modification fait écho au jugement rendu par la Cour supérieure du Québec à propos des affaires Truchon et Gladu le 11 septembre 2019 selon lequel le fait que la personne demandeuse doit être en « fin de vie » est un critère devenu inopérant car inconstitutionnel. En d'autres termes, l'AMM 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 : Truchon c. Procureur général du Canada, sur citoyens.souqij.qc.ca, [en ligne, dernière consultation le 8 janvier 2025]

à consentir aux soins découlant de cette maladie. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 30 octobre 2024⁹⁵. Le Québec est devenu la première Province du Canada à autoriser les directives anticipées* pour une AMM ;

- Elle permet également aux personnes ayant « une déficience physique grave entraînant des incapacités significatives et persistantes » de recevoir l'AMM à compter du 6 mars 2024 (*Article 58 du projet de loi*). De plus, il est précisé qu'un trouble mental autre qu'un trouble neuro-cognitif ne peut pas être une maladie pour laquelle une personne peut formuler une demande d'AMM (*Articles 16 et 20 du projet de loi*).

95. Gazette officielle du Québec, 11 septembre 2024, 156e année, no 37 sur publicationsduquebec.gouv.qc.ca [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 16 juin 2025].

CHAPITRE 3 : ÉTATS-UNIS

Loi et définitions	76
Critères d'éligibilité	78
Garde-fous	79
Procédures de contrôle	83
L'accès à l'aide à mourir dans la société	85

Aux États-Unis, les termes divergent pour désigner le suicide assisté : les lois parlent le plus souvent de mort* dans la dignité [*death with dignity*] ou de choix pour sa fin de vie [*end-of-life option*], alors que les termes d'aide à mourir [*aid in dying*], de mort assistée par un médecin [*physician assisted death*] ou encore de suicide assisté [*assisted suicide*] ou de suicide assisté par un médecin [*physician assisted suicide*] sont repris dans les publications scientifiques, dans la presse et dans le langage commun. 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 la façon dont elle souhaite mourir.

Dans un souci de cohérence et de clarté, nous utiliserons dans ce chapitre le terme de suicide assisté pour désigner le processus autorisé dans les territoires concernés, bien que cela ne soit pas le terme retenu dans les différentes lois.



Loi et définitions

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. Aujourd'hui, neuf États américains et le district de Columbia autorisent légalement, et l'État du Montana tolère par jurisprudence*, ce que l'on nomme 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 :

- **Oregon** : *The Oregon Death with Dignity Act 1997*, entrée en vigueur le 27 octobre 1997⁹⁶ ;
- **Montana** : *Baxter v. Montana*, 31 décembre 2009⁹⁷ ;
- **Washington** : *The Washington Death With Dignity Act 2008*, entrée en vigueur le 5 mars 2009⁹⁸ ;
- **Vermont** : *Patient Choice and Control at End of Life Act 2013*, entrée en vigueur le 20 mai 2013⁹⁹ ;
- **Californie** : *End of Life Option Act 2015*, entrée en vigueur le 9 juin 2016¹⁰⁰ ;
- **Colorado** : *Colorado End-of-life Options Act 2016*, entrée en vigueur le 16 décembre 2016¹⁰¹ ;
- **District of Colombia** : *Death with Dignity Act 2017*, entrée en vigueur le 18 février 2017¹⁰² ;
- **Hawaï** : *Our Care Our Choice Act 2018*, entrée en vigueur le 1er Janvier 2019¹⁰³ ;
- **New Jersey** : *Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act 2019*, entrée en vigueur le 1^{er} août 2019¹⁰⁴ ;
- **Maine** : *The Maine Death with Dignity Act 2019*, entrée en vigueur le 19 septembre 2019¹⁰⁵ ;

96. The Oregon Death with Dignity Act, Oregon Revised Statutes, 127.800 – 127.995, sur oregon.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

97. *Baxter v. Montana*, 31 décembre 2009, sur law.justia.com [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

98. The Washington Death With Dignity Act, Chapitre 70.245 Revised Code of Washington, sur app.leg.wa.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

99. N°39, An act relating to patient choice and control at end of life, sur legislature.vermont.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

100. End of Life Option Act, sur leginfo.legislature.ca.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

101. End-of-life Options Act, sur colorado.public.law [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

102. Death with Dignity Act of 2016, sur dchealth.dc.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

103. Our Care Our Choice Act, sur capitol.hawaii.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

104. Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act, sur njleg.state.nj.us [en ligne, dernière consultation le 17 avril 2025].

105. An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act, sur mainelegislature.org [en ligne, dernière consultation le 17 avril 2025].

- **Nouveau-Mexique** : *Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act 2021*, entrée en vigueur le 18 juin 2021¹⁰⁶.

Seule l'*Oregon Death with Dignity Act* sera détaillée dans son entièreté, les législations des 8 autres États, le district de Columbia et l'État du Montana établissant peu ou prou les mêmes critères et procédures. Les différences notables entre toutes ces législations seront néanmoins précisées au cours de la présentation.

L'*Oregon Death With Dignity Act*, intégrée dans les lois codifiées de l'État [*Oregon Revised Statutes*], définit le cadre dans lequel un médecin peut être exempté de charges pénales s'il répond à une demande de suicide assisté d'un patient¹⁰⁷. La loi précise que l'euthanasie demeure explicitement interdite (127.880 §3.14).

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

Le patient doit être majeur, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans (*Section 1.01*). La loi ne mentionne plus de critère de nationalité ou de résidence en Oregon depuis 2023¹⁰⁸.

L'exigence de résidence demeure requise pour les autres États à l'exception du **Vermont** qui a également supprimé le critère de résidence en 2023¹⁰⁹.

Critères relatifs à l'expression de la volonté

Le patient doit être capable [*capable*], c'est-à-dire avoir la capacité de prendre des décisions concernant sa santé et de les communiquer

106. Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act sur endoflifeoptionsnm.org et sur nmonesource.com [en ligne, dernière consultation le 17 avril 2025].

107. The Oregon Death With Dignity Act. Oregon Revised Statutes. 127.800 – 127.995, op. cit.

108. House Bill 2279, 2023, sur legiscan.com [en ligne, dernière consultation le 17 avril 2025].

109. N° 10, An act relating to removing the residency requirement from Vermont's patient choice at end of life laws, sur legislature.vermont.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

aux professionnels, y compris par l'intermédiaire d'un proche habitué à la manière de s'exprimer du patient si celui-ci ne peut se faire comprendre par les professionnels (*Section 1.01*).

Le patient doit également avoir exprimé volontairement son souhait de mourir en ayant pris une décision éclairée [*informed decision*], c'est-à-dire une 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, du résultat de la prise du médicament létal et des alternatives existantes dont les soins palliatifs (*Section 1.01*).

Critères relatifs à la situation clinique

Le patient doit être atteint d'une maladie en phase terminale [*terminal disease*]. Il s'agit d'une maladie incurable* et irréversible, confirmée par un médecin et qui entraînera la mort dans un délai de 6 mois (*Section 1.01*).

Il est précisé que les seuls critères d'âge ou de handicap* ne suffisent pas à rendre un patient éligible à demander le suicide assisté (*Section 2.01*).

Gardes fous

Étude de la demande

● Entretien avec le médecin référent

Plusieurs responsabilités incombent au médecin traitant [*Attending physician*], dont les principales sont de :

- vérifier les critères d'éligibilité du patient à demander le suicide assisté au moment de la demande et juste avant de délivrer l'ordonnance ;
- informer le patient pour qu'il puisse prendre une décision éclairée ;
- adresser le patient à un médecin consultant qui doit confirmer le diagnostic et le respect des autres critères d'éligibilité ;

- informer le patient de son droit de révoquer sa demande à tout moment ;
- 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 (*Section 3.01*).

● Double avis et avis spécialisé

Le patient, adressé par le médecin traitant, doit être examiné par un second médecin, nommé médecin consultant [*Consulting physician*], qui doit confirmer par écrit, le diagnostic du médecin traitant et le respect des critères d'éligibilité (*Section 3.02*).

Si l'un des deux médecins (traitant ou consultant) estime que le patient peut souffrir d'une maladie psychique ou d'une dépression entraînant une altération du jugement, il doit référer le patient à un psychiatre ou un psychologue. Si cela se confirme, le patient n'est plus éligible à demander le suicide assisté (*Section 3.03*).

La majorité des législations des autres États exige que la demande soit étudiée par des médecins. Cependant, les législations du Colorado¹¹⁰, Hawaï¹¹¹ et du Nouveau-Mexique¹¹² autorisent les infirmiers praticiens* à pratiquer le suicide assisté au même titre que les médecins.

Spécificité de l'État du Vermont : depuis 2022, le patient peut faire ses demandes au médecin par télémedecine, si le médecin estime que le recours à la télémedecine est cliniquement approprié (§5283)¹¹³.

Exercice de la clause de conscience*

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

110. Senate Bill 24-068, sur leg.colorado.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025]

111. House Bill n°650 - Act 043, sur cca.hawaii.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

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

113. N°97, An act relating to modifications to Vermont's patient choice at end of life laws, sur legislature.vermont.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

obligé à pratiquer le suicide assisté 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*).

Rédaction de la demande

La demande du patient doit être formalisée par écrit. 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 forme que doit prendre la demande écrite est détaillée en Section 6 (*Section 6.01*).

En plus de la demande écrite, le patient doit formuler sa demande à l'oral à son médecin traitant, et la réitérer à l'oral au moins 15 jours plus tard (*Section 3.06*). Aucune ordonnance ne peut alors être délivrée moins de 15 jours avant la réitération de sa demande orale, ni moins de 48 heures après la formulation de la demande par écrit (*Section 3.08*).

En 2019, la loi est modifiée afin de supprimer les délais 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 est inférieur à 15 jours ou à 48 heures (*Sections 3.06 et 3.08*).

Une demande écrite est requise dans toutes les législations. Ce qui peut différer d'une législation à l'autre, ce sont les délais entre d'une part, les deux demandes orales (initiale et réitérée) et d'autre part, la demande orale réitérée (ou la demande écrite) et la délivrance de l'ordonnance :

- **Washington** : le délai entre les deux demandes orales est de 7 jours (*Article 70.245.090*). La loi précise également qu'au moins 7 jours doivent s'écouler entre la demande orale initiale et la rédaction d'une ordonnance (*Article 70.245.110*). Ainsi, l'ordonnance peut être délivrée au moment de la demande orale réitérée¹¹⁴ ;

114. The Washington Death With Dignity Act, Chapitre 70.245 Revised Code of Washington, op. cit.

- **Vermont** : le délai entre les deux demandes orales est de 15 jours (*Article 5283*). Depuis 2022, le délai supplémentaire de 48 heures exigé après la demande orale réitérée (ou la demande écrite) avant de recevoir l'ordonnance est supprimé¹¹⁵ ;
- **Californie** : depuis 2022, le délai entre les deux demandes orales est réduit de 15 jours à 48 heures (*Article 443.3*)¹¹⁶ ;
- **Colorado** : depuis 2024, le délai entre les deux demandes orales est réduit de 15 à 7 jours (*Article 25-48-104*)¹¹⁷ ;
- **District of Columbia** : le délai entre les deux demandes orales est de 15 jours. La loi précise que la demande écrite doit être soumise au médecin avant la réitération de la demande orale et au moins 48 heures avant la délivrance de l'ordonnance (*Section 3, a*)¹¹⁸ ;
- **Hawaï** : depuis 2023¹¹⁹, le délai entre les deux demandes orales est réduit de 20 à 5 jours (*Section 327L-2*) et au moins 48 heures doivent s'écouler entre la demande écrite et la délivrance de l'ordonnance (*Section 327L-11*). La loi précise que dans le cas où il a été médicalement confirmé que le pronostic vital du patient est inférieur à 5 jours, le délai de 5 jours est supprimé et le patient peut réitérer sa demande à tout moment après la formulation de la demande initiale (*Section 327L-11*)¹²⁰ ;
- **New Jersey** : le délai entre les deux demandes orales est de 15 jours. La loi précise qu'un délai de 15 jours est requis entre la demande orale initiale et la rédaction de l'ordonnance, et qu'au moins 48 heures doivent s'écouler entre la réception de la demande écrite par le médecin et la rédaction d'une ordonnance en vertu de la présente loi (*Article C.26:16-10*)¹²¹ ;
- **Maine** : le délai entre les deux demandes orales est de 15 jours. La loi précise que le délai de 15 jours est requis entre la demande orale

115. N°97, An act relating to modifications to Vermont's patient choice at end of life laws, sur legislature.vermont.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

116. Senate Bill N° 380, sur [leginfo.legislature.ca.gov](https://leginfo.ca.gov) [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

117. Senate Bill 24-068, sur leg.colorado.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025] .

118. Death with Dignity Act of 2016, op. cit.

119. House Bill n°650 - Act 043, sur cca.hawaii.gov [en ligne, dernière consultation le 16 avril 2025].

120. Our Care Our Choice Act, op. cit.

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

initiale et la signature de la demande écrite, et qu'au moins 48 heures doivent s'écouler entre la demande écrite et la délivrance de l'ordonnance (*Article 2140 .13*) ;

- **Nouveau-Mexique** : la loi ne mentionne pas de délai entre les deux demandes orales. Elle dispose uniquement qu'un délai de 48 heures minimum doit être respecté entre la délivrance de l'ordonnance et son exécution (*Section 5. A*)¹²².

Retrait de la demande

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment et de quelque manière que ce soit (*Section 3.07*).



Procédures de contrôle

Les législations des différents États ont opté pour un **contrôle a posteriori*** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

Tous les éléments légitimant la procédure doivent être inscrits au dossier médical du patient (*Section 3.09*). Le médecin traitant 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*).

Chaque ordonnance délivrée et les éléments la motivant doivent être rapportés au ministère de la Santé, et celui-ci doit produire un rapport annuel sur la pratique du suicide assisté (*Section 3.11*).

Déclaration de l'acte

Le médecin traitant peut être celui qui signe le certificat de décès du patient (*Section 3.01*), qui doit être ajouté au dossier médical transmis ensuite au ministère de la Santé (*Section 3.09*).

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

Aucune instance de contrôle spécifique n'a été créée par les législations des autres États dans le but de vérifier le respect des procédures. Ce sont les ministères de la Santé locaux qui recueillent les données et établissent des rapports de statistiques propres à chaque État.

Pour les **États de Washington**¹²³, **Californie**¹²⁴, **Hawaï**¹²⁵, **New Jersey**¹²⁶, **Maine**¹²⁷, **Nouveau-Mexique**¹²⁸ et le district de **Columbia**¹²⁹, la loi exige que dans un délai de 30 jours suivant la rédaction de l'ordonnance ou la délivrance du médicament létal, le professionnel de santé transmette une copie du dossier de délivrance au ministère de la Santé de l'État concerné. Les professionnels doivent également lui transmettre les informations relatives au décès dans un délai de 30 jours suivant le décès du patient.

Dans le Vermont, le médecin doit déposer rapidement un rapport auprès du ministère de la Santé attestant du respect de toutes les exigences¹³⁰. La loi ne précise ni de délai spécifique ni de notification suite au décès.

Dans le Colorado, le professionnel de santé doit, lorsqu'il délivre un médicament létal, remettre une copie du dossier de délivrance au ministère de la Santé¹³¹. La loi ne précise ni de délai spécifique ni de notification suite au décès.

Une question récurrente concerne ces États qui ne demandent pas spécifiquement si les personnes sont décédées après avoir ingéré un médicament létal. S'ils sont capables de dire combien d'ordonnances ont été délivrées, à qui et dans quelles conditions, ils ne peuvent pas précisément affirmer que les personnes à qui l'on a délivré le médicament létal l'ont effectivement pris ensuite.

123. The Washington Death With Dignity Act, Chapitre 70.245 Revised Code of Washington, RCW 70.245.150, op. cit.

124. End of Life Option Act, 443.9, op. cit.

125. Our Care Our Choice Act, §327L-14, op. cit.

126. Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act, C.26:16-13, op. cit.

127. An Act To Enact the Maine Death with Dignity Act, § 2140 .17. B, op. cit.

128. Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act, Section 9, op. cit.

129. Death with Dignity Act of 2016, Sec. 6.e.f, op. cit.

130. N°39, An act relating to patient choice and control at end of life, §5283. 15, op. cit.

131. End-of-life Options Act, 25-48-111, op. cit.

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

Dans chaque État, les médecins peuvent suivre des formations spécifiques sur les aspects médicaux, éthiques et juridiques de l'aide à mourir qui varient en fonction des exigences légales et des protocoles médicaux en vigueur dans chaque État. L'objectif est de garantir que les médecins comprennent les implications et les responsabilités liées à la pratique de l'aide à mourir, tout en respectant les droits des patients et en se conformant à la législation en vigueur.

La principale association américaine qui soutient l'aide à mourir est « Compassion & Choices » (Compassion et choix)¹³² qui milite en faveur des droits des individus à choisir la fin de leur vie dans la dignité, en fournissant des informations, des ressources et un soutien aux personnes qui y sont confrontées. Elle mène des campagnes de sensibilisation du grand public pour favoriser l'accès à l'aide à mourir et propose des formations et des ressources aux professionnels de santé.

132. Site de l'association Compassion & Choices, sur compassionandchoices.org [en ligne, dernière consultation le 18 avril 2025].

CHAPITRE 4 : OCÉANIE

Australie	86
Loi et définitions	86
Critères d'éligibilité	88
Garde-fous	89
Procédures de contrôle	92
L'accès à l'aide à mourir dans la société	95
Nouvelle-Zélande	96
Loi et définitions	96
Critères d'éligibilité	97
Garde-fous	97
Procédures de contrôle	100
L'accès à l'aide à mourir dans la société	102

Australie



Loi et définitions

En Australie, l'euthanasie et le suicide assisté ne se discutent pas au niveau fédéral, mais au niveau des États et Territoires dont le pays est composé. 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 États. En 1995, le **Territoire du Nord** a été le premier à légiférer sur l'euthanasie¹³³, mais cette législation a été **abrogée par le gouvernement**

133. Rights of the Terminally Ill Act 1995, sur parliament.nt.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

fédéral en 1997 sous la pression des opposants à l'euthanasie, ce qui a empêché l'application de la loi. Depuis lors, aucun projet de loi pour légaliser l'aide à mourir n'a été adopté dans ce territoire.

Les 6 États australiens et le Territoire de la capitale australienne ont, quant à eux, tous adopté une législation sur l'aide à mourir choisie volontairement [*voluntary assisted dying*] :

- **Victoria** : *Voluntary Assisted Dying Act 2017*¹³⁴, entrée en vigueur le 19 juin 2019 ;
- **Australie-Occidentale** : *Voluntary Assisted Dying Act 2019*¹³⁵, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021 ;
- **Tasmanie** : *End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021*¹³⁶, entrée en vigueur le 23 octobre 2022 ;
- **Australie-Méridionale** : *Voluntary Assisted Dying Act 2021*¹³⁷, entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2022 ;
- **Queensland** : *Voluntary Assisted Dying Act 2021*¹³⁸, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023 ;
- **Nouvelle-Galles-du-Sud** : *Voluntary Assisted Dying Act 2022 N°17*¹³⁹, entrée en vigueur le 29 novembre 2023 ;
- **Territoire de la capitale australienne** : *Voluntary Assisted Dying Act 2024*¹⁴⁰, entrera en vigueur le 3 novembre 2025.

Voluntary assisted dying, terme retenu par le pays pour parler de l'aide à mourir, 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).

134. *Voluntary Assisted Dying Act 2017*, sur legislation.vic.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

135. *Voluntary Assisted Dying Act 2019*, sur legislation.wa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

136. *End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021*, sur legislation.tas.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

137. *Voluntary Assisted Dying Act 2021*, dans legislation.sa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

138. *Voluntary Assisted Dying Act 2021 (the Act)*, dans legislation.qld.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

139. *Voluntary Assisted Dying Act N° 17*, dans legislation.nsw.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

140. *Voluntary Assisted Dying Act 2024*, dans legislation.act.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

Seule la *Voluntary Assisted Dying Act 2017* de l'État de Victoria sera détaillée dans son entièreté, les législations des autres États et Territoires établissant peu ou prou les mêmes critères et procédures. Les différences notables entre toutes ces législations seront néanmoins précisées au cours de la présentation.

Le Code pénal [*Crimes Act 1958*] n'est pas modifié, mais la loi dispose que toute personne ne peut être accusée de ne pas avoir 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. Ainsi, le médecin (comme les autres personnes impliquées) est exempté de sanctions pénales s'il répond à une demande d'aide à mourir, à condition qu'il agisse selon les critères prévus par cette loi.

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans, être citoyen, résident permanent ou résider depuis au moins 12 mois dans l'État concerné (*Article 9*).

Critères relatifs à l'expression de la volonté

La personne doit être en capacité de prendre des décisions relativement à l'aide à mourir (*Article 9*), c'est-à-dire comprendre l'information sur 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 de quelque manière que ce soit (*Article 4*).

Critères relatifs à la situation clinique

La personne doit être atteinte d'une maladie incurable*, progressive, lui causant des souffrances intolérables et qui causera sa mort* dans un délai maximal de 6 mois, ou de 12 mois s'il s'agit d'une pathologie neurodégénérative. La seule maladie mentale ou le seul handicap* ne permettent pas d'être éligible à l'aide à mourir (*Article 9*).

Et dans les autres États et Territoires ? Les qualificatifs de la maladie dont doit être atteint le patient et qui causera sa mort ne sont pas toujours les mêmes : en **Tasmanie**¹⁴¹, le terme « progressive » n'est pas utilisé, dans le Queensland, celui d'« incurable » n'est pas repris.

Concernant le pronostic vital*, dans le **Queensland**¹⁴², il doit être inférieur à 12 mois pour toutes les maladies confondues (contre 12 mois pour les maladies neurodégénératives et 6 mois pour toutes les autres maladies dans les autres États).

Dans le **Territoire de la capitale australienne**¹⁴³, une personne peut être en fin de vie même s'il n'est pas certain que son état de santé entraînera son décès dans les 12 mois à venir.

Gardes fous

Chaque étape de la procédure est détaillée 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.

Étude de la demande

Il est précisé qu'aucun professionnel de santé ne doit de toute façon initier la discussion sur l'aide à mourir ou suggérer cette pratique à son patient. C'est donc à ce dernier d'aborder le sujet en premier (**Article 8**).

Et dans les autres États et Territoires ? Ce critère vaut également en **Australie-Méridionale**¹⁴⁴. En **Australie-Occidentale**¹⁴⁵ et dans le

141. End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021, Article 6, sur legislation.tas.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

142. Voluntary Assisted Dying Act 2021 (the Act), Article 10, dans legislation.qld.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

143. Voluntary Assisted Dying Act 2024, Article 11, dans legislation.act.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

144. Voluntary Assisted Dying Act 2021, Article 12, dans legislation.sa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

145. Voluntary Assisted Dying Act 2021, Article 12, dans legislation.sa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

Queensland¹⁴⁶, les professionnels de santé peuvent initier la discussion à condition d'informer également sur les traitements possibles et les soins palliatifs.

En **Tasmanie**¹⁴⁷, cette condition d'information sur les traitements possibles et soins palliatifs est également requise et il est ajouté que tous les professionnels de santé (autres qu'un médecin) peuvent initier la discussion mais qu'ils doivent informer que ce sont les médecins les mieux placés pour en parler.

En **Nouvelle-Galles-du-Sud**¹⁴⁸ et sur le **Territoire de la capitale australienne**¹⁴⁹, tous les professionnels de santé peuvent initier la discussion s'ils savent ou croient que la personne a reçu le diagnostic d'une ou plusieurs affections permettant l'aide à mourir et s'ils l'ont informée sur les traitements possibles et les soins palliatifs. S'il s'agit d'un professionnel autre qu'un médecin (ou infirmier praticien* pour le Territoire de la capitale australienne), il doit également s'assurer que la personne puisse discuter des options avec son médecin traitant.

● Entretien avec le médecin référent

La première demande [*first request*] doit émaner de la personne elle-même (*Article 11*). Le médecin doit accepter d'engager la procédure ou refuser la demande dans les 7 jours suivant la demande (*Article 13*). S'il accepte, il devient médecin responsable [*coordinating medical practitioner*] (*Article 15*) et procède au premier examen de la personne [*first assessment*].

Pour évaluer la demande, le médecin responsable doit avoir été formé à l'exercice (*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

146. Voluntary Assisted Dying Act 2021 (the Act), Article 7. 2, dans legislation.qld.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

147. End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021, Article 17. 3, sur legislation.tas.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

148. Voluntary Assisted Dying Act N°17, Article 10. 3, dans legislation.nsw.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

149. Voluntary Assisted Dying Act 2024, Article 155, dans legislation.act.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

évalue le pronostic vital (*Article 18*). Ensuite, si le médecin responsable est convaincu que la personne est éligible à recevoir l'aide à mourir, il doit 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*).

● Double avis et avis spécialisé

Le deuxième médecin [*consulting assessment*] doit accepter ou refuser la demande qui lui est faite dans les 7 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*).

Exercice de la clause de conscience*

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 (*Article 7*).

En **Australie-Méridionale**¹⁵⁰, la loi précise que les institutions peuvent faire valoir une objection de conscience, c'est-à-dire refuser que l'aide à mourir soit pratiquée en leur sein ; mais qu'elles doivent en informer le patient qui demanderait l'aide à mourir, et faciliter son transfert s'il le souhaite.

Rédaction de la demande

Une déclaration écrite 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*).

150. Voluntary Assisted Dying Act 2021, Article 11, dans legislation.sa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

La demande finalisée [*final request*] doit être faite par la personne après qu'elle l'ait rédigée (*Article 37*), au moins 9 jours après la première demande et au moins 1 jour après l'évaluation du médecin consultant – le délai de 9 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*).

Retrait de la demande*

Il est précisé que la demande n'engage pas la personne à aller au bout de la procédure (*Article 12*).



Procédures de contrôle

Les législations des différents États et Territoires ont opté pour un **contrôle a priori*** et **a posteriori*** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

Une Commission d'examen de l'aide à mourir [*Voluntary Assisted Dying Review Board*], composée de 10 membres nommés par le ministre de la Santé (*Article 96*), a été créée (*Article 92*). Elle est notamment chargée de s'assurer du bon respect de la loi, de faire le lien entre les médecins responsables et le ministère de la Santé, et de rédiger un rapport d'activité de la pratique tous les ans (*Article 93*).

Le médecin responsable doit récapituler toutes les étapes de la demande dans un formulaire et le transmettre à la Commission d'examen dans les 7 jours après l'avoir rempli (*Article 41*), et il peut ensuite demander un permis d'aide à mourir pour la personne (*Article 43*). Les 2 permis d'aide à mourir existants sont ensuite définis, 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 per-

sonne 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 d'examen de ses décisions dans les 7 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 du cas particulier où le médecin administre lui-même la substance au patient (*Articles 64 à 66*).

Le permis d'aide à mourir, préalablement détaillé, est requis en **Australie-Méridionale**¹⁵¹, en **Tasmanie**¹⁵², en **Nouvelle-Galles-du-Sud**¹⁵³. Pour les autres États et Territoires, le processus administratif avant de délivrer la substance létale à la personne diffère : en **Australie-Occidentale**¹⁵⁴ et dans le **Queensland**¹⁵⁵, le médecin responsable ne doit pas faire de demande préalable mais notifier son acte dans les 2 jours qui suivent avec un formulaire spécifique. Il en est de même

151. Voluntary Assisted Dying Act 2021, Articles 63 à 73, dans legislation.sa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

152. End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021, Article 66 à 69, sur legislation.tas.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

153. Voluntary Assisted Dying Act N°17, Articles 70 à 72, dans legislation.nsw.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

154. Voluntary Assisted Dying Act 2019, Article 60, sur legislation.wa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

155. Voluntary Assisted Dying Act 2021 (the Act), Article 68, dans legislation.qld.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

pour la **Nouvelle-Galles-du-Sud** avec un délai de 5 jours¹⁵⁶ et pour le **Territoire de la capitale australienne**¹⁵⁷ avec un délai de 4 jours.

Dans les États et territoires, l'aide à la mort auto-administrée et administrée par un praticien sont toutes deux autorisées, mais les législations régissent ces pratiques différemment. L'**Australie-Méridionale**¹⁵⁸, comme l'**État de Victoria**¹⁵⁹, n'autorisent l'aide à mourir administrée par un praticien que si le patient est « physiquement incapable » d'administrer lui-même la substance létale. En **Australie-Occidentale**¹⁶⁰, en **Tasmanie**¹⁶¹ et dans le **Queensland**¹⁶², l'auto-administration est également considérée comme la première option, mais les médecins de ces États disposent d'une plus grande marge de manœuvre pour prendre en compte les préférences et l'état général du patient. Ce n'est qu'en **Nouvelle-Galles du Sud**¹⁶³ et dans le **Territoire de la capitale australienne**¹⁶⁴ que le choix est entièrement libre pour le patient et qu'aucune condition particulière ne s'applique.

Déclaration de l'acte

Le médecin qui a en charge le patient juste avant sa mort ou celui qui a examiné son corps, et qui croit ou sait que la personne faisait l'objet d'un permis d'aide à mourir, doit en informer l'officier d'état civil et le Coroner¹⁶⁵ en précisant la maladie qui a conduit le patient à demander

156. Voluntary Assisted Dying Act No 17, Article 61, dans legislation.nsw.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

157. Voluntary Assisted Dying Act 2024, Article 58, dans legislation.act.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

158. Voluntary Assisted Dying Act 2021, Article 64, dans legislation.sa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

159. Voluntary Assisted Dying Act 2017, Article 53, sur legislation.wic.gov.au [en ligne, dernière consultation le 4 février 2025].

160. Voluntary Assisted Dying Act 2019, Article 56, sur legislation.wa.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

161. End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021, Article 82 sur legislation.tas.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

162. Voluntary Assisted Dying Act 2021 (the Act), Article 50, dans legislation.qld.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

163. Voluntary Assisted Dying Act N°17, Article 57, dans legislation.nsw.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

164. Voluntary Assisted Dying Act 2024, Article 42, dans legislation.act.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

165. Le Coroner a pour rôle d'enquêter sur les décès soudains, inattendus et non naturels afin

l'aide à mourir et en fournissant les éléments attestant du bon respect de la procédure (*Article 67*).

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

Dans chaque État et Territoire, les médecins doivent suivre une formation spécifique pour être autorisés à pratiquer l'aide à mourir. Les détails précis varient en fonction des exigences légales et des protocoles médicaux en vigueur dans chaque état. Le but de cette formation est de garantir que les médecins comprennent les aspects médicaux, éthiques et juridiques de l'aide à mourir, ainsi que les responsabilités qui y sont associées.

L'amélioration de l'accès à l'information du grand public est également une préoccupation en Australie, comme le préconise le dernier rapport annuel de la Commission d'examen de l'État de Victoria¹⁶⁶, publié en 2024. La principale association australienne qui soutient l'aide à mourir est « Dying with Dignity » (Mourir dans la dignité) dont les sites internet sont déclinés par États. Elle milite en faveur du droit des individus à choisir la fin de leur vie dans la dignité, en fournissant des informations, des ressources et un soutien aux personnes confrontées à des maladies incurables ou à des souffrances insupportables.

de déterminer l'identité, la date, le lieu, les circonstances et la cause médicale du décès.

166. Voluntary Assisted Dying Review Board Annual Report, July 2023 to June 2024, sur health.vic.gov.au [en ligne, dernière consultation le 15 février 2025].

Nouvelle-Zélande



Loi et définitions

La loi sur le choix de fin de vie [*End of Life Choice Act*]¹⁶⁷, promulguée le 16 novembre 2019 est entrée en vigueur le 7 novembre 2021. 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 qui choisissent d'exercer cette option peuvent être aidées (*Article 3*).

Le Code pénal n'est pas modifié, mais les personnes qui en assistent 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.

L'assistance à mourir [*assisted dying*], terme utilisé aussi bien pour l'euthanasie que le suicide assisté, 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 une personne d'une substance pour soulager ses souffrances en accélérant sa mort (*Article 4*).

*En 2024, le ministère de la Santé a achevé la première révision de la loi de 2019 sur le choix de fin de vie et formulé des recommandations qui seront ensuite étudiées par le Parlement*¹⁶⁸.

167. End of Life Choice Act 2019, sur legislation.govt.nz, [en ligne, dernière consultation le 11 janvier 2025].

168. Review of the End of Life Choice Act 2019, sur health.govt.nz [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2025].

✓ Critères d'éligibilité

Critères relatifs à la personne

La personne doit être majeure, c'est-à-dire avoir plus de 18 ans et avoir la nationalité néo-zélandaise ou être résident permanent (*Article 5, 1.*).

Critères relatifs à l'expression de la volonté

La personne doit être capable de prendre une décision éclairée concernant l'assistance à mourir (*Article 5, 1.*). Cela signifie que la personne doit être capable de comprendre les informations sur ce qu'est l'aide 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*).

Critères relatifs à la situation clinique

La personne doit souffrir d'une maladie en phase terminale pouvant entraîner la mort dans les 6 mois, être dans une situation de déclin avancé et irréversible de ses capacités physiques, et subir des souffrances insupportables qui ne peuvent être apaisées par des moyens que la personne considère comme tolérables (*Article 5, 1.*).

Cas particuliers : il est précisé qu'une personne n'est pas admissible à l'assistance à mourir du seul fait qu'elle souffre d'une forme quelconque de trouble mental ou de maladie mentale ; qu'elle ait un handicap* de quelque nature que ce soit ; ou qu'elle soit d'un âge avancé (*Article 5, 2.*).

Gardes fous

Étude de la demande

La loi précise qu'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*).

● Entretien avec le médecin référent

Lorsqu'une personne fait une demande d'assistance à mourir auprès d'un médecin, celui-ci doit :

- informer la personne de son pronostic vital*, de la nature irréversible de ce choix et de ses conséquences ;
- communiquer à intervalles réguliers avec la personne sur son choix,
- s'assurer que la personne comprend les autres options existantes de soins de fin de vie ;
- s'assurer qu'elle comprend qu'elle peut retirer sa demande à tout moment ;
- 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) ;
- s'assurer 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.

Toutes ces étapes doivent être tracées 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 Santé¹⁶⁹ (*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. Il complète le formulaire dédié et le transfère à l'officier désigné (*Article 13*).

● Double avis et avis spécialisé

Le médecin doit ensuite demander au Groupe de soutien et consultation de fin de vie [*The Support and Consultation for End of Life in New Zealand*

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

(SCENZ) Group] 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 capacité 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 SCENZ qui rendra un avis 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 avis (ou trois le cas échéant, 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 avis (ou trois le cas échéant), le 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 6 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*).

Exercice de la clause de conscience*

Nul professionnel de santé n'est tenu d'y participer, et 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 SCENZ (sans délai précisé) (*Article 9*).

Rédaction de la demande

Les directives anticipées* ne peuvent pas prévoir une demande d'assistance à mourir si la personne n'est plus en état de faire connaître sa volonté (*Article 33*). Le document officiel de demande est le formulaire dédié signé en présence du médecin (*Articles 11 et 12*).

Retrait de la demande*

La personne peut retirer sa demande à tout moment (*Article 11*). Si elle 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*).



Procédures de contrôle

La loi du 16 novembre 2019 a opté pour un **contrôle a priori*** et *a posteriori** de cette pratique.

Traçabilité de l'acte

Il existe différents acteurs de contrôle de la pratique :

- Le Groupe SCENZ, créé par le ministère de la Santé, est chargé de tenir un registre des médecins et pharmaciens qui acceptent des demandes relatives à l'assistance à mourir (notamment pour s'assurer que les médecins et psychiatres consultants ne soient pas choisis de manière arbitraire). En ce qui concerne l'administration de médicaments, le Groupe doit élaborer les normes de soins, conseiller sur les procédures médicales et juridiques requises et fournir une aide si une assistance à mourir est demandée (*Article 25*).
- Le ministère de la Santé doit nommer un comité d'examen de la pratique [*End-of-life Review Committee*], constitué d'un spécialiste d'éthique médicale et de deux professionnels de santé, dont un spécialisé dans la fin de vie. Le comité 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 le comité d'examen 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 année¹⁷⁰ (*Article 27*). Une copie de ce rapport doit être présentée au Parlement (*Article 29*).

Concrètement, suite à l'étude de la demande, le médecin en charge doit 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*). Autrement dit, le médecin qui accompagne la demande atteste du bon respect de la procédure en temps réel auprès d'un officier d'état civil. Ainsi, le ministère de la Santé est chargé du contrôle du respect des critères et garde-fous *a priori*, par le biais de l'officier d'état civil.

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*).

170. Rapport annuel 2024, sur health.govt.nz [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2025].

Déclaration de l'acte

Dans les 14 jours qui suivent le décès, le médecin en charge doit envoyer un rapport à l'officier désigné contenant des informations 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 les éventuels problèmes survenus. L'officier désigné doit transmettre cette déclaration au comité d'examen (*Article 21*). Le comité d'examen est ainsi garant d'un contrôle *a posteriori* de la pratique.

La loi précise qu'une personne décédée par assistance à mourir est considérée comme étant décédée de sa maladie (*Article 35*).

→ L'accès à l'aide à mourir dans la société

Le ministère de Santé a mis en place des ressources pour les professionnels de santé¹⁷¹ et le Conseil médical a, quant à lui, publié des lignes directrices pour les médecins concernant la loi de 2019¹⁷².

La principale association néo-zélandaise est la Société pour le choix de la fin de vie (*End of life Choice Society*)¹⁷³. Elle milite en faveur du droit des individus à choisir la fin de leur vie dans la dignité, en fournissant des informations, des ressources et un soutien aux personnes confrontées à des maladies terminales ou à des souffrances insupportables.

171. Assisted dying resources for health professionals, sur health.govt.nz [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2025].

172. End Of Life Choice Act 2019, octobre 2021, sur mcnz.org.nz [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2025].

173. Site de l'association End of life Choice Society, sur eolc.nz [en ligne, dernière consultation le 10 janvier 2025].

PARTIE 2

Les législations en discussion



ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES

Selon la loi sur le suicide de 1961 [Suicide Act 1961], le fait d'encourager ou d'aider intentionnellement au suicide (ou à la tentative de suicide) d'autrui constitue une infraction (*Article 2*). Cette loi ne s'applique qu'à l'Angleterre et au Pays de Galles (*Article 3*)¹⁷⁴.

Précisons que seul le suicide assisté est discuté dans les projets de loi cités dans cette présentation et que ces derniers concernent uniquement l'Angleterre et le Pays de Galles. En effet, le Royaume-Uni est constitué de différentes nations (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord) et les questions relatives à l'aide à mourir relèvent de leurs compétences.

Le débat sur le suicide assisté au Royaume-Uni est présent depuis de nombreuses années et l'évolution de la législation en cette matière a été questionnée à de nombreuses reprises, aux motifs que certains articles de la loi de 1961 constituent une violation des droits fondamentaux.

En 2002, la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) est saisie suite au refus du Procureur Général [*Director of Public Prosecutions (DPP)*] d'accorder au mari de la requérante, atteinte d'une maladie neurodégénérative incurable, l'immunité contre les poursuites s'il l'aide à mourir. La Cour européenne conclut, dans l'affaire *Pretty c. Royaume-Uni*, à la non-violation de l'article 2 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (droit à la vie), estimant que cette disposition ne saurait être interprétée comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir. Elle précise également que compte tenu de l'absence de consensus en Europe sur la question, la Cour accorde aux États une large marge d'appréciation pour décider de leur position sur des

174. Suicide Act 1961, sur legislation.gov.uk [en ligne, dernière consultation le 4 avril 2025].

questions telles que celle du suicide assisté, et que, au Royaume-Uni, c'est au Parlement qu'il appartient de trancher cette question¹⁷⁵

En 2008, Debbie Purdy, atteinte de sclérose en plaques*, envisage de se rendre en Suisse pour bénéficier du suicide assisté et se demande si son mari risque des poursuites pénales en Angleterre s'il l'accompagne. Sa demande est rejetée en première instance. Elle porte donc l'affaire devant la Chambre des lords qui ordonne, dans sa décision du 30 juillet 2009, au Directeur des poursuites publiques de clarifier les circonstances dans lesquelles une personne aidant un proche à mourir à l'étranger peut être poursuivie¹⁷⁶.

En 2010, le service des poursuites judiciaires de la Couronne [*Crown Prosecution Service (CPS)*] publie une nouvelle directive relative aux Principes directeurs à l'intention des procureurs dans les cas d'encouragement ou d'aide au suicide [*Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*]¹⁷⁷. Cette nouvelle directive permet d'établir une distinction entre les personnes qui, par compassion, souhaitent aider un proche à mourir, et celles qui font pression sur un malade afin que celui-ci mette fin à ses jours. Cette directive ne dépénalise pas le suicide assisté mais établit une liste de plusieurs facteurs d'intérêt public qui s'opposent aux poursuites dans les cas d'aide au suicide : il faut que la victime ait clairement et explicitement exprimé son souhait de mourir, et surtout qu'il n'y ait aucun doute sur les motivations de celui qui l'a aidée à mourir (*Points 45 à 48*).

Le débat est relancé en 2014 dans l'affaire Nicklinson¹⁷⁸ où le requérant, paralysé suite à un accident vasculaire cérébral, souhaite bénéficier du suicide assisté en soutenant que la législation de 1961 constitue une violation de ses droits, et notamment de son droit à la

175. *Pretty v. the United Kingdom*, n° 2346/02, 29 avril 2002, sur hudoc.echr.coe.int [en ligne, dernière consultation le 4 avril 2025].

176. *Judgment - R (on the application of Purdy) v. Director of Public Prosecutions*, House of Lords, 30 juillet 2009, sur publications.parliament.uk [en ligne, dernière consultation le 4 avril 2025].

177. *Suicide : Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide*, 2010, sur cps.gov.uk [en ligne, dernière consultation le 4 avril 2025].

178. *Judgment - R (on the application of Nicklinson and another) v. Ministry of Justice* UKSC 38, 25 juin 2014, sur supremecourt.uk [en ligne, dernière consultation le 4 avril 2025].

vie privée. La Cour suprême du Royaume-Uni conclut que, bien qu'elle ait l'autorité constitutionnelle pour déclarer que la loi sur le suicide est incompatible avec l'article 8 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales qui protège le droit à la vie privée et familiale, il serait institutionnellement inapproprié de le faire avant que le Parlement n'ait eu l'occasion d'examiner la question.

Plusieurs projets de loi sur le suicide assisté [*Assisted Dying Bill*] ont ensuite été présentés au Parlement, notamment en 2014¹⁷⁹, en 2015¹⁸⁰ et en 2021¹⁸¹, mais aucun d'entre eux n'a abouti.

Le 16 octobre 2024, Kim Leadbeater, députée travailliste, a présenté son projet de loi sur les adultes en phase terminale (fin de vie) [*Terminally Ill Adults (End of Life) Bill*]¹⁸² à la Chambre des communes qui a été adopté en deuxième lecture le 29 novembre 2024.

Le projet de loi définit plusieurs critères d'éligibilité pour bénéficier d'une assistance pour mettre fin à ses jours (*Articles 1 à 3*). La personne doit :

- être en phase terminale de sa maladie avec un pronostic vital* de 6 mois ;
- être en capacité de prendre la décision de mettre fin à sa vie,
- être âgée de 18 ans ou plus ;
- résider en Angleterre ou au Pays de Galles depuis au moins 12 mois,
- être enregistrée comme patient auprès d'un cabinet de médecine générale.

La personne qui souhaite bénéficier d'une assistance pour mettre fin à ses jours doit faire une première déclaration en ce sens (*Article 7*). La demande est ensuite évaluée par deux médecins, à au moins 7 jours

179. Lord Falconer's Assisted Dying Bill 6, 2014, sur bills.parliament.uk [en ligne, dernière consultation le 7 avril 2025].

180. Rob Marris's Assisted Dying Bill 7, 2015, sur bills.parliament.uk [en ligne, dernière consultation le 7 avril 2025].

181. Baroness Meacher's Assisted Dying Bill 13, sur bills.parliament.uk [en ligne, dernière consultation le 7 avril 2025].

182. Kim Leadbeater's Terminally Ill Adults (End of Life) Bill, 2024, sur bills.parliament.uk [en ligne, dernière consultation le 7 avril 2025].

d'intervalle, afin de s'assurer que la personne remplit les critères d'éligibilité (*Articles 9 et 10*).

Si les médecins déclarent que les critères d'éligibilité sont remplis, la commission d'examen de l'aide à mourir, composée de plusieurs professionnels (juge, psychiatre, travailleur social), est saisie pour évaluer le dossier et délivrer le certificat d'éligibilité (*Articles 14 et 15*). À compter de la délivrance de ce certificat, un délai de 14 jours s'ouvre (réduit à 48 heures en cas de mort* imminente) à la fin duquel la personne peut faire sa seconde déclaration en ce sens (*Article 17*). Si le médecin est toujours convaincu que la personne répond aux critères d'admissibilité, une « substance approuvée » susceptible de mettre fin à ses jours, à s'auto-administrer, lui est prescrite (*Article 23*).

Toute personne fournissant une assistance à autrui conformément au projet de loi n'est pas tenue responsable ni pénalement ni civilement, et la loi de 1961 sur le suicide doit être modifiée en conséquence. L'infraction prévue à l'article 2 continue de s'appliquer à l'assistance ne relevant pas du cadre du projet de loi (*Articles 29 et 30*).

Pour devenir loi, le texte doit désormais passer par plusieurs étapes : l'examen par la commission, le rapport, la troisième lecture par la Chambre des communes et le passage à la Chambre des lords (avec les mêmes étapes), suivis de la sanction royale.

Il s'agit néanmoins d'une victoire historique pour les acteurs mobilisés sur le sujet, dont fait partie l'association Dignity in Dying¹⁸³ qui milite depuis des années pour une loi sur l'aide à mourir.

183. Site de de l'association Dignity in Dying, sur dignityindying.org.uk [en ligne, dernière consultation le 7 avril 2025].

PARTIE 3

Les décisions de justice



CHAPITRE 1 : EUROPE

Italie	111
Code pénal italien	111
Décisions de la Cour constitutionnelle italienne	112
Et après les décisions de la Cour	114
Allemagne	116
Code criminel allemand	116
Décisions de la Cour constitutionnelle allemande	117
Et après les décisions de la Cour	118

Italie

Précisons 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 son pronostic vital*.

Code pénal italien

L'**article 579 du code pénal italien**¹⁸⁴ punit quiconque cause la mort* d'une personne avec son consentement* et l'**article 580 du Code pénal italien**¹⁸⁵ punit quiconque provoque, incite ou facilite de quelque

184. Code pénal italien, Article 579, sur gazzettaufficiale.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

185. Code pénal italien, Article 580, sur gazzettaufficiale.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

manière que ce soit le suicide d'autrui. Ainsi, l'euthanasie et le suicide assisté sont punis par la loi.

Décisions de la Cour constitutionnelle italienne

En 2014, le questionnement autour du suicide assisté prend de l'ampleur avec le cas de Fabiano Antoniani, qui 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 la peine d'être vécu et demande à mourir malgré les réticences de ses proches. Il entre en contact avec une association militant pour l'euthanasie dans le pays et son secrétaire général, anciennement député du Parti Radical Italien, Marco Cappato. Deux options se présentent à M. Antoniani : il peut soit demander l'arrêt de ses traitements et la mise en place d'une sédation qui l'endormira jusqu'à la mort (ce qu'il refuse en disant souhaiter que sa mort soit immédiate), soit se rendre en Suisse pour demander un suicide assisté. Il choisit cette seconde option. Le politicien emmène lui-même Fabiano Antoniani, accompagné de ses proches en Suisse, où il décède par suicide assisté le 27 février 2017, 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 juridique sur le suicide assisté dans le pays.

Décision du 25 septembre 2019

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 et ne l'aide pas directement à réaliser l'acte¹⁸⁶.

La Cour ne se prononce pas immédiatement et laisse 1 an aux parlementaires pour légiférer sur le sujet et apporter les éclaircissements nécessaires. En l'absence de réponse des législateurs, la Cour rend sa décision le 25 septembre 2019¹⁸⁷. Elle juge que le suicide assisté n'est pas contraire à la Constitution 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. En effet, 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 libres et éclairées ;
- 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 et les modalités d'exécution doivent être 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.

186. (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.

187. Sentenza n° 242/2019, 25 septembre 2019, sur cortecostituzionale.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

Décision du 1^{er} juillet 2024

En 2024, la Cour constitutionnelle a précisé sa jurisprudence* concernant l'exigence de « traitements de maintien en vie¹⁸⁸ ». Cette dernière ne doit pas être interprétée de manière restrictive et peut être considérée comme satisfaite lorsque le traitement n'est pas effectué en raison du refus du patient. En effet, le patient a le droit fondamental de refuser tout traitement médical pratiqué sur son corps, quel que soit son degré de complexité technique et d'invasivité. La Cour énonce également que la notion de « traitements de maintien en vie » englobe tous les actes (*évacuation manuelle des selles du patient, pose de sondes urinaires, aspiration de mucus des bronches, hydratation, nutrition, ventilation artificielle...*), accomplis par les professionnels de santé ou les proches, nécessaires pour assurer l'exercice des fonctions vitales, au point que leur omission ou leur interruption entraînerait de manière prévisible le décès du patient dans un court laps de temps.

Et après les décisions de la Cour ?

Dans l'attente de la réponse du législateur, une pétition a été lancée, à l'été 2021, pour demander un référendum sur l'euthanasie légale, visant l'abrogation partielle de l'article 579 du code pénal italien qui punit le meurtre consenti. La question a atteint le nombre de signatures requises¹⁸⁹. Or, en février 2022, la Cour constitutionnelle juge la question irrecevable¹⁹⁰.

Malgré les demandes de la Cour constitutionnelle, le Parlement n'a pas, à ce jour, adopté de loi sur le suicide assisté. En l'absence de législation nationale, certaines régions ont pris l'initiative de proposer des réglementations locales pour encadrer cette pratique. Le 14 mars

188. Sentenza n°135/2024, 1er juillet 2024, sur cortecostituzionale.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

189. Il referendum euthanasia legale, sur eutanasialegale.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

190. Sentenza n°50/2022, 15 février 2022, sur cortecostituzionale.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

2025, la Toscane est la première région italienne à se doter d'une loi régionale publiée au bulletin officiel le 17 mars¹⁹¹ permettant la pleine mise en œuvre des décisions de la Cour constitutionnelle.

Le Conseil des ministres a décidé de contester cette loi devant le Conseil Constitutionnel, estimant que la Toscane outrepassse ses compétences régionales. En réponse, la Région a immédiatement saisi la Cour pour défendre sa légitimité organisationnelle arguant que sa loi ne crée pas de droit nouveau, mais organise l'exécution d'un droit reconnu par la Cour via la jurisprudence, relevant donc de sa compétence en organisation sanitaire.

Le Conseil Constitutionnel est appelé à se prononcer sur le conflit de compétences entre l'État et la Toscane, sur la base de l'article 127 et l'esprit du Titre V de la Constitution. Le gouvernement invoque une incohérence constitutionnelle, avançant que la Toscane légifère sur un domaine réservé à la compétence nationale.

Dans ce contexte et avant que le Conseil Constitutionnel confirme éventuellement la légitimité des régions à légiférer, le gouvernement a présenté le 1^{er} juillet 2025 un nouveau projet de loi visant à régler de manière nationale la question du suicide assisté. Ce PDL a initié son processus législatif.

L'association Luca Coscioni¹⁹², principale association italienne qui soutient l'aide à mourir, est un acteur très mobilisé sur le sujet. À l'initiative du référendum de 2021, elle a rédigé une proposition de loi d'initiative populaire sur le suicide assisté¹⁹³ dont s'est inspirée la loi toscane.

191. Legge regionale 14 marzo 2025, n°16, Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024, sur raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

192. Site de l'association Luca Coscioni, sur associazionelucacoscioni.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

193. Proposta di legge, Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale sur liberisubito.it [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

Allemagne

Précisons 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, l'euthanasie reste 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 concernent¹⁹⁴.

Code criminel allemand

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'emprisonnement¹⁹⁵. En effet, si l'injection létale est assimilée à l'homicide et est punissable par la loi, même sur demande de la personne (**Articles 212 et 216 du Code criminel allemand**)¹⁹⁶, l'assistance au suicide n'était pas mentionnée par le Code. 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'association¹⁹⁷.

194. 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.

195. Code criminel allemand, Article 217, sur [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de) [en ligne, dernière consultation le 19 février 2025].

196. Code criminel allemand, Articles 212 et 216, sur [gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de) [en ligne, dernière consultation le 19 février 2025].

197. R. Horn, The right to a self-determined death as expression of the right to freedom

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 restreinte¹⁹⁸.

Décision de la Cour constitutionnelle allemande

La Cour constitutionnelle allemande est saisie par les associations suisses et allemandes facilitant l'assistance au suicide des personnes atteintes de maladies incurables souhaitant y avoir recours, des médecins et des avocats arguant que l'article 217 était inconstitutionnel. Entendus en avril 2019, la Cour leur donne raison dans sa décision du 26 février 2020¹⁹⁹.

Selon la Cour constitutionnelle, 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 conditions²⁰⁰. Le droit à l'autodétermination* a une place d'autant plus particulière en Allemagne que le pays reste marqué par les procès de Nuremberg. 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 incurable*²⁰¹. 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

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/me-dethics-2020-106197.

198. Id., p. 417.

199. Germany : Constitutional Court Strikes Down Provision Criminalizing Commercial Assisted Suicide, 29 avril 2020, sur loc.gov [en ligne, dernière consultation le 19 février 2025]

200. Basic Law for the Federal Republic of Germany, Article 2, sur gesetzte-im-internet. de [en ligne, dernière consultation le 19 février 2025].

201. 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.

de l'autodétermination de la personne et qu'il ne soit pas dévoyé à d'autres fins, commerciales notamment²⁰².

Et après la décision de la Cour ?

Le jeudi 6 juillet 2023, le Parlement a rejeté deux projets de loi émanant de groupes multipartites visant à réviser la réglementation du suicide assisté²⁰³. À ce jour, aucun autre projet de loi n'a été déposé à ce sujet. Les associations continuent de se mobiliser, notamment la Société allemande pour une fin de vie humaine [*Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)*]²⁰⁴ qui milite pour une législation plus claire, sensibilise la société sur le sujet et propose différents services : aide au suicide assisté, aide à la rédaction de directives anticipées*, ligne d'assistance.

202. BVerfG, Judgment of the Second Senate of 26 February 2020, IV, 2, 26 février 2020, sur [bundesverfassungsgericht.de](https://www.bundesverfassungsgericht.de) [en ligne, dernière consultation le 19 février 2025].

203. Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab, sur [bundestag.de](https://www.bundestag.de) [en ligne, dernière consultation le 19 février 2025].

204. Site de de l'association DGHS, sur [dghs.de](https://www.dghs.de) [en ligne, dernière consultation le 19 février 2025].

CHAPITRE 2 : AMÉRIQUE DU SUD

Colombie	119
Code pénal colombien	119
Décisions de la Cour constitutionnelle colombienne	120
Textes réglementaires du ministère de la Santé	123
Et aujourd'hui ?	126
Équateur	128
Code pénal équatorien	128
Décisions de la Cour constitutionnelle équatorienne	128
Textes réglementaires du ministère de la Santé	129
Et aujourd'hui ?	129

Colombie

Code pénal colombien

Le Code pénal colombien 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 », communément associé à l'euthanasie dans le pays, est défini à l'**article 106 du Code pénal** : « *quiconque tue un autre par pitié, pour mettre fin à la souffrance intense causée par des lésions corporelles ou une maladie grave et incurable*²⁰⁵ ».

205. Code pénal colombien, Article 106, sur leyes.co [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

L'article 107 du Code pénal punit quant à lui l'incitation ou l'aide au suicide et attribue une peine moins lourde lorsque « *l'incitation ou l'aide a pour but de mettre fin à des souffrances intenses résultant de lésions corporelles ou d'une maladie grave et incurable* »²⁰⁶.

Décisions de la Cour constitutionnelle colombienne

Décision du 20 mai 1997

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 important²⁰⁷, la Cour constitutionnelle du pays rejette la demande dans sa décision du 20 mai 1997²⁰⁸, 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 médecin. 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 situation où il estime que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

206. Code pénal colombien, Article 107, sur leyes.co [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

207. (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.

208. Decision C-239/97, sur corteconstitucional.gov.co [en ligne, dernière consultation le 19 mars 2025].

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, peut évaluer son pronostic vital* et les traitements possibles et peut procurer les conditions pour une mort* dans la dignité.

La Cour demande aux législateurs d'établir un cadre dans lequel l'euthanasie peut être autorisée.

Décision du 15 décembre 2014

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 demandait une euthanasie, mais qui ne parvenait 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 dans sa décision du 15 décembre 2014²⁰⁹. Elle énonce également que tout médecin peut refuser de pratiquer une euthanasie pour raisons religieuses, mais elle exige qu'il y ait dans chaque structure de santé un médecin prêt à évaluer et à répondre à ce type de demande.

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.

209. Decision T-970/14, sur corteconstitucional.gov.co [en ligne, dernière consultation le 20 mars 2025].

Décision du 25 août 2017

Le 25 août 2017, la Cour constitutionnelle statue sur la possibilité pour les mineurs de plus de 6 ans de demander l'euthanasie, avec les mêmes conditions d'éligibilité que les adultes²¹⁰, à la différence près que la demande devrait être évaluée par un pédiatre, un psychiatre et un avocat. Elle précise que s'agissant de la demande d'un mineur de plus de 14 ans, celle-ci ne nécessite pas d'accord parental²¹¹.

Décision du 22 juillet 2021

Concernant les critères d'éligibilité, 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 souhaitant être aidés à mourir, la Cour opère ce changement dans une décision rendue le 22 juillet 2021²¹². 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. La Cour ouvre donc la possibilité de demander l'euthanasie aux personnes qui souffrent d'intenses souffrances résultant de lésions corporelles ou d'une maladie grave et incurable, sans pronostic de mort imminente ou de maladie terminale.

210. Decision T-544/17, sur corteconstitucional.gov.co [en ligne, dernière consultation le 20 mars 2025].

211. (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.

212. Decision C-233/21, sur corteconstitucional.gov.co [en ligne, dernière consultation le 20 mars 2025].

Décision du 11 mai 2022

Le 11 mai 2022²¹³, la Cour constitutionnelle dépénalise l'assistance médicale au suicide. Elle énonce que le délit d'aide au suicide n'est pas commis lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- l'acte est effectué par un médecin ;
- avec le consentement libre, conscient et éclairé, avant ou après le diagnostic, du sujet passif de l'acte ;
- et à condition que le patient souffre d'intenses souffrances physiques ou psychologiques, découlant de lésions corporelles ou d'une maladie grave et incurable.

Textes réglementaires du ministère de la Santé

En 2006, un projet de loi est déposé par la Fondation pour le droit à mourir dignement [*Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente*]²¹⁴ mais il n'aboutit pas. 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 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 demander²¹⁵.

Résolution n°1216 et Protocole d'application de 2015

Afin de répondre à ces injonctions après la décision de la Cour de 2014, et alors que le Congrès ne vote pas de loi, le ministère de la

213. Decision C-164/22, sur corteconstitucional.gov.co [en ligne, dernière consultation le 20 mars 2025].

214. Site de la Fondation pour le droit à mourir dignement, sur dmd.org.co [en ligne, consulté le 20 mars 2025].

215. M. Ceasar, *Euthanasia in legal limbo in Colombia*, op. cit.

Santé publie, en 2015, la Résolution n°1216²¹⁶ et un Protocole d'application de la procédure d'euthanasie en Colombie²¹⁷. Ceux-ci n'ont pas valeur de loi car ils n'émanent pas du Congrès, mais ils sont des règlements édictés par le ministère en place. La résolution ministérielle reprend les critères d'éligibilité esquissés par la Cour constitutionnelle (*Article 15*).

La personne doit :

- être majeure ;
- exprimer son consentement de manière libre, éclairée, et répétée ;
- être atteinte d'une maladie en phase terminale ;
- 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 (*Articles 6, 7 et 16*).

Alors que la Résolution n°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 » (*Article 2*), 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 6 mois. Ce deuxième document vise plus

216. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución n°1216, 2015, sur minsalud.gov.co [en ligne, dernière consultation le 20 mars 2025].

217. 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 20 mars 2025].

largement à fournir des recommandations de bonnes pratiques aux médecins accompagnant des demandes d'euthanasie.

Résolution n° 825 de 2018

Le ministère de la Santé, sur demande de la Cour dans sa décision de 2017, publie une Résolution spécifique aux demandes des mineurs en 2018²¹⁸. Elle vise à réglementer la procédure visant à garantir le droit des enfants et des adolescents à mourir dans la dignité en reprenant les conditions posées par la Cour constitutionnelle.

Résolution n°971 de 2021

Le 1^{er} juillet 2021, le ministère de la Santé publie une nouvelle Résolution n°971²¹⁹ à propos de la pratique de l'euthanasie, qui vient remplacer celle de 2015, afin d'apporter des modifications et des précisions.

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 :

- 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 (et non plus seulement d'une maladie en phase terminale) ;
- sa maladie lui cause des souffrances ;
- elle est capable d'exprimer sa demande expressément (ou était capable de l'exprimer expressément au moment de la rédaction de ses directives anticipées) (*Article 7*).

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* » (*Article 3.6*).

218. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución n°825, 2018, sur minsalud.gov.co [en ligne, dernière consultation le 20 mars 2025].

219. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 971, 2021, sur minsalud.gov.co [en ligne, dernière consultation le 20 mars 2025].

Il est également précisé que tous les médecins peuvent désormais recevoir les demandes d'euthanasie (*Article 8*) ; que pour avoir accès à l'euthanasie, une personne doit être de nationalité colombienne ou résider dans le pays depuis au moins un an (*Article 2*) ; et qu'il est possible de solliciter un deuxième comité pluridisciplinaire en cas de refus du premier avant d'éventuellement aller en justice (*Article 12*). 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 (*Article 16*).

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 (*Article 17*).

Et aujourd'hui ?

Récemment, dans une décision du 21 octobre 2024²²⁰, la Cour constitutionnelle a demandé une mise à jour de la Résolution n°971. En effet, les critères d'éligibilité définis par la Résolution mentionnent uniquement la « fin de vie » et ainsi, ne consacrent pas pleinement la décision du 22 juillet 2021. En l'espèce, un patient atteint d'une maladie grave et incurable, accompagnée de souffrances physiques et psychiques intenses, s'était vu refuser ses demandes d'euthanasie. Lors de cette nouvelle saisine, la Cour a rappelé que l'accès à l'euthanasie ne doit pas être limité aux personnes souffrant de maladies terminales, mais peut être rendu effectif à l'égard de celles qui « *souffrent de souffrances physiques ou psychiques intenses, résultant d'une lésion corporelle ou d'une maladie grave et incurable* ». La révision des critères d'éligibilité de la Résolution n° 971 vise à permettre l'accès à l'euthanasie pour les

220. Decision T-445/24, sur corteconstitucional.gov.co [en ligne, dernière consultation le 26 mars 2025].

patients souffrant de maladies graves mais non nécessairement en fin de vie.

À cette occasion, la Cour a réitéré sa demande au Congrès de la République pour qu'il réglemente le droit fondamental à mourir dans la dignité, car l'absence de législation crée des obstacles à sa mise en œuvre et crée une incertitude pour les professionnels intervenants.

À ce jour, les textes judiciaires et ministériels sont seuls à régir la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté en Colombie. Après de nombreuses initiatives rejetées, un nouveau projet de loi a été présenté en juillet 2024²²¹. Approuvé en première commission en septembre 2024, le projet doit maintenant être débattu en séance plénière de la Chambre des représentants et ensuite être transmis au Sénat pour être adopté²²².

La principale association colombienne qui soutient l'aide à mourir est la Fondation pour le droit à mourir dignement (DMD)²²³. Elle fournit des informations, des conseils et un soutien aux personnes qui envisagent l'euthanasie en Colombie, sensibilise l'opinion publique et promeut des politiques favorables à l'aide à mourir dans le pays.

221. Proyecto de Ley Estatutaria n°014, 2024, sur camara.gov.co [en ligne, consulté le 20 mars 2025].

222. Un nuevo intento por reglamentar la eutanasia, sur camara.gov.co [en ligne, consulté le 20 mars 2025].

223. Site de la Fondation pour le droit à mourir dignement, sur dmd.org.co [en ligne, consulté le 20 mars 2025].

Équateur

Précisons que la décision présentée mentionne uniquement l'euthanasie et non le suicide assisté.

Code pénal équatorien

L'article 144 du Code pénal organique intégral équatorien²²⁴ punit toute personne qui tue une autre personne. Ainsi, l'euthanasie est punie par la loi.

Décision de la Cour constitutionnelle équatorienne

En 2024, Paola Roldàn Espinosa, âgée de 42 ans, atteinte d'une maladie neurodégénérative grave sollicite l'aide à mourir en tentant une action en inconstitutionnalité de l'article 144 du Code pénal relatif à l'homicide, sanctionnant également la pratique de l'euthanasie.

Dans sa décision du 5 février 2024²²⁵, la Cour constitutionnelle équatorienne reconnaît la constitutionnalité sous réserve de l'article 144 du Code pénal. Elle déclare que la sanction prévue à l'article 144 ne peut être appliquée au médecin qui pratique une euthanasie afin de préserver le droit à une vie digne et au libre développement de la personnalité sous certaines conditions :

- une personne, exprimant son consentement* non équivoque, libre et éclairé (ou par l'intermédiaire de son représentant lorsqu'elle n'est pas en mesure de l'exprimer), demande à bénéficier d'une procédure d'euthanasie active,
- en raison de souffrances intenses causées par une lésion qui doit

224. Code pénal organique intégral, Article 144, sur asambleanacional.gob.ec [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].

225. Corte Constitucional del Ecuador, sentencia n°67-23-IN/24, sur corteconstitucional.gob.ec [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].

nécessairement être de nature corporelle, grave et irréversible, ou par une maladie grave et incurable.

Les juges vont encore plus loin en invitant d'une part, le ministère de la Santé à élaborer un règlement pour les procédures d'euthanasie et d'autre part, le législateur à présenter un projet de loi visant à réglementer les questions abordées dans la décision dans un délai de 6 mois.

Texte réglementaire du ministère de la Santé

En l'attente de l'adoption d'une loi, le ministère de la Santé a publié un règlement d'application de l'euthanasie le 12 avril 2024, conformément à la décision de la Cour constitutionnelle²²⁶. Selon ce règlement, l'euthanasie est une procédure qui consiste en l'administration de médicaments à doses létales, dans le but de provoquer la mort* prématurée d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable ou d'une lésion corporelle grave et irréversible, demandée volontairement, en connaissance de cause et sans équivoque par le patient ou son représentant légal. Ce texte exige également un rapport médical signé par le médecin traitant et un diagnostic définitif de la maladie ou de la lésion corporelle. Un Comité interdisciplinaire est chargé d'examiner si toutes les conditions sont réunies et dispose d'un délai de 10 jours pour rendre sa décision.

Et aujourd'hui ?

Un projet de loi organique réglementant l'euthanasie comme garantie du droit à la dignité et à l'autonomie de la vie a été déposé le 23 avril 2024²²⁷. À ce jour, il est en cours de discussion et aucune loi n'a donc encore été adoptée.

226. El reglamento para la aplicación de la Eutanasia Activa Voluntaria y Avoluntaria en Ecuador, sur salud.gob.ec et à télécharger en PDF [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].

227. Proyecto de Ley Orgánica que Regula la Eutanasia como Garantía del Derecho a la Dignidad y la Autonomía de la vida (As. Rosa Mayorga / 447054), sur asambleanacional.gob.ec [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].

CHAPITRE 3 : AFRIQUE DU SUD

Droit coutumier	130
Décision de la Haute Cour du Gauteng du Nord	130
Et après la décision de la Haute Cour ?	131

Droit coutumier

Selon le droit coutumier [*Common law*], l'euthanasie et le suicide assisté sont considérés comme des meurtres, et sont donc punis par la loi²²⁸.

Décision de la Haute Cour du Gauteng du Nord

En 2015, Robin Stransham-Ford, atteint d'un cancer en phase terminale, a des souffrances si intolérables qu'aucun traitement, y compris palliatif, ne parvient à l'apaiser. Il saisit alors la Haute Cour de la province du Gauteng du Nord pour obtenir la possibilité d'avoir recours à l'aide d'un médecin pour mourir. Bien qu'il soit mort* 2 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 assisté²²⁹.

228. Criminal Procedure Act 51 of 1977, sur gov.za [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].

229. Stransham-Ford v Minister of Justice And Correctional Services and Others (27401/15), sur saflil.org [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].

(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 [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 14 mars 2025].

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.

Et après la décision de la Haute Cour ?

Le ministère de la Justice fait appel de cette décision en 2016, et la Cour suprême d'appel lui donne raison le 6 décembre 2016²³⁰. Elle annule la décision de la Haute Cour du Gauteng sur 3 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 erronés²³¹. Le juge a rendu une décision sur un cas particulier *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.

La Cour indique qu'il revient au Parlement de se prononcer sur ces questions. Or, à ce jour, aucune loi n'a été adoptée.

DignitySA²³², association principale en Afrique du Sud et de nombreux autres acteurs continuent de se mobiliser pour la dépénalisation de l'aide à mourir.

230. Minister of Justice and Correctional Services and Others v Estate Late Stransham-Ford (531/2015) sur saflil.org [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].

231. (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. [à télécharger en PDF, dernier téléchargement le 14 mars 2025].

232. Site de l'association DignitySA, sur dignitysouthafrica.org [en ligne, dernière consultation le 14 mars 2025].



Glossaire

Glossaire

Autodétermination

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 1979²³³.

Clause de conscience

La clause de conscience reconnue aux médecins est la possibilité de refuser de pratiquer un acte médical ou de concourir à un acte qui, bien qu'autorisé par la loi, est contraire à leurs convictions personnelles ou professionnelles²³⁴. « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins*²³⁵ ».

Consentement

« *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir*²³⁶ ».

233. Première édition : (en) T. L. Beauchamp, J. F. Childress, Principles of biomedical ethics, Oxford University Press, USA; 1st edition, 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 edition, 2019. ISBN : 978-0190640873.

234. Faroudjia JM, Clause de conscience du médecin – Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, 16 décembre 2011.

235. Code de la santé publique, art. R4127-47.

236. Code civil, art. 16-3.

Le patient a donc le droit d'accepter ou de refuser ce que le médecin préconise. Pour cela, l'information du patient est la condition préalable de son consentement. L'information donnée au patient est estimée adaptée si elle porte sur la nature de la pathologie, l'état de santé à date, le but du traitement, les autres options thérapeutiques (y compris l'alimentation et/ou l'hydratation artificielles), les risques et les avantages du traitement ou du refus du traitement. « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ²³⁷ ».

Contrôle *a priori*

Ce contrôle, en amont de l'acte, permet de vérifier que les éléments de préparation et d'accès à l'aide à mourir sont bien en accord avec les normes à respecter. Ainsi, l'enjeu est d'attester de la conformité de la situation et de confirmer que tous les critères d'éligibilité et les obligations s'imposant aux professionnels ont bien été respectés. Afin de mettre en place un contrôle *a priori*, un ensemble d'acteurs participe à la vérification. Leurs fonctions, leurs missions et leurs rôles sont définis par le cadre juridique en vigueur.

Contrôle *a posteriori*

Après le décès d'une personne qui a eu recours à l'aide à mourir, un contrôle peut être effectué. Ce contrôle permet de s'assurer que les acteurs ont respecté les règles et obligations applicables, mais aussi que les conditions de l'acte ont été conformes à la loi ou autres normes fixées (scientifiques, déontologiques...). La vérification se fait notamment sur les éléments suivants : actes, acteurs, respect de la demande volontaire de la personne, déroulement des événements, délais de mise en œuvre, outils utilisés, conformité à la loi...

Ce contrôle *a posteriori** est réalisé par des acteurs définis, qui, selon leurs positions et leurs connaissances diverses, peuvent vérifier que

237. Code de la santé publique, art. L1111-4.

la mise en pratique de l'aide à mourir a bien été réalisée selon le cadre juridique en vigueur.

Démence

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 des troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, du langage, et une perte des critères de référence logiques, éthiques et sociaux.

Déontologie

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.

Discernement

Dire qu'un individu est capable ou incapable de discernement est une 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 à mourir plus spécifiquement, la capacité de discernement renvoie à l'aptitude d'une personne à décider de manière éclairée, c'est-à-dire qu'elle comprend ce que signifient l'euthanasie ou le suicide assisté, et qu'elle en saisit 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.

Dans le cadre de l'aide à mourir, le médecin doit rechercher si le patient :

- comprend et intègre les informations reçues,
- apprécie la situation, évalue les conséquences de sa demande,
- comprend les options alternatives,
- exprime ses choix et les explique.

Directives anticipées

En France, 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 (en raison, par exemple, d'un accident ou d'une maladie grave).

Dans le monde, de nombreux pays ont prévu un dispositif semblable dont la dénomination varie (déclarations anticipées, testaments de vie, testament biologique...), permettant le recueil des volontés de la personne. Dans certains cas, cela peut également permettre au patient d'exprimer sa demande d'accès à l'aide à mourir.

Handicap

Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant²³⁸.

Infirmier praticien

L'infirmier praticien est un infirmier ayant acquis un savoir-faire pour exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins (par exemple, détermination de diagnostic pour orientation thérapeutique et réalisation de prescriptions adaptées aux patients). En France, on parle d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA).

Jurisprudence

La jurisprudence est l'ensemble des décisions rendues par les tribunaux et qui sert de références à d'autres cas semblables.

238. Code de l'action sociale et des familles, art. L.114.

Maladie incurable

Une maladie incurable est une maladie qui même avec un traitement ne peut pas être guérie et dont la complexité conduirait vers le décès. Le caractère d'incurabilité n'est pas lié à une notion de délai du décès.

Mort

Si la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, le constat de la mort ne peut être établi que si les trois critères cliniques suivants sont simultanément présents :

- absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée ;
- abolition de tous les réflexes du tronc cérébral ;
- absence totale de ventilation spontanée²³⁹.

Mort cérébrale

La mort cérébrale ou mort encéphalique est définie comme la destruction irréversible de l'ensemble des fonctions cérébrales chez un sujet à cœur battant. C'est la conséquence d'un arrêt complet de la circulation cérébrale. En situation de mort encéphalique, les personnes perdent définitivement toute conscience et capacité de penser. Elles ne parviennent pas à respirer ou à maintenir d'autres fonctions vitales de manière autonome, bien que les organes puissent rester fonctionnels au moins un temps à la condition que la réanimation soit adaptée²⁴⁰. Dans certaines conditions, les lois de bioéthique²⁴¹ autorisent le prélèvement d'organes chez les sujets en état de mort cérébrale.

Personne de confiance

La personne de confiance est désignée par un patient pour l'accompagner dans son parcours médical et le représenter dans ses décisions au moment où il ne sera plus en mesure de s'exprimer. La personne

239. Code de la santé publique, art. R.1232-1.

240. G. Boularda, P. Guiotb, T. Pottechera, A. Tenaillonc – Prise en charge des sujets en état de mort encéphalique dans l'optique d'un prélèvement d'organes – (sfmu.org).

241. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

de confiance ne décide pas à la place du patient mais elle témoigne auprès des soignants de qui il est, elle transmet ses préférences et ses volontés.

Polypathologie et maladie chronique

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 cardiovasculaires, 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 malade²⁴²».

Pronostic vital

Le pronostic vital traduit la capacité d'évaluer le temps de vie qui reste au patient dû à l'évolution de sa maladie. Il s'agit d'une des conditions d'accès à l'aide à mourir, présente dans la plupart des systèmes ayant autorisé l'aide à mourir. Ce dernier peut être engagé à court, moyen ou long terme.

Selon l'Association européenne des soins palliatifs (EAPC), un pronostic vital engagé à court terme correspond à un décès attendu dans les heures ou les jours qui suivent²⁴³. Le moyen terme est plus difficilement appréciable en raison des incertitudes liées à l'évolution d'une maladie.

242. Haute Autorité de Santé, Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, mars 2015, p. 7, sur has.sante.fr [en ligne, dernière consultation le 6 janvier 2025].

243. Recommended framework for the use of sedation in palliative care – European Association for Palliative Care (EAPC) – Nathan I Cherny, Lukas Radbruch, Board of the European Association for Palliative Care, octobre 2009.

Selon le CCNE²⁴⁴, le moyen terme correspond à un horizon de quelques semaines ou quelques mois, tandis que le Conseil d'État²⁴⁵ étend cette notion à une durée n'excédant pas 12 mois. Au regard de ces difficultés d'évaluation, le 30 avril 2025, la HAS a émis un avis²⁴⁶ pour la pratique clinique, concluant sur l'impossibilité de déterminer avec une certitude scientifique suffisante un pronostic temporel individuel et également sur l'importance d'un processus d'accompagnement et de délibération collective, centré sur la personne malade, en amont d'une éventuelle demande d'aide à mourir. A partir de l'avis de la HAS, la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir T.A. n° 122²⁴⁷, adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025, a indiqué que la phase avancée du pronostic était "caractérisée par l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie".

Retrait de la demande

Dans les pays autorisant l'aide à mourir, le patient peut retirer sa demande à tous les stades de la procédure. Cette possibilité est invariablement en lien avec la recherche continue du consentement de la personne. Les entretiens préalables à la réalisation de l'acte ne préjugent en rien de l'issue, le patient étant libre de renoncer à recourir à l'aide à mourir du jour de sa demande jusqu'au moment de la réalisation de l'acte.

Sclérose en plaques (SEP)

La 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...).

244. Avis n°139 du Comité Consultatif National d'Éthique, 13 septembre 2022.

245. Avis n°408204 du Conseil d'État, 4 avril 2024.

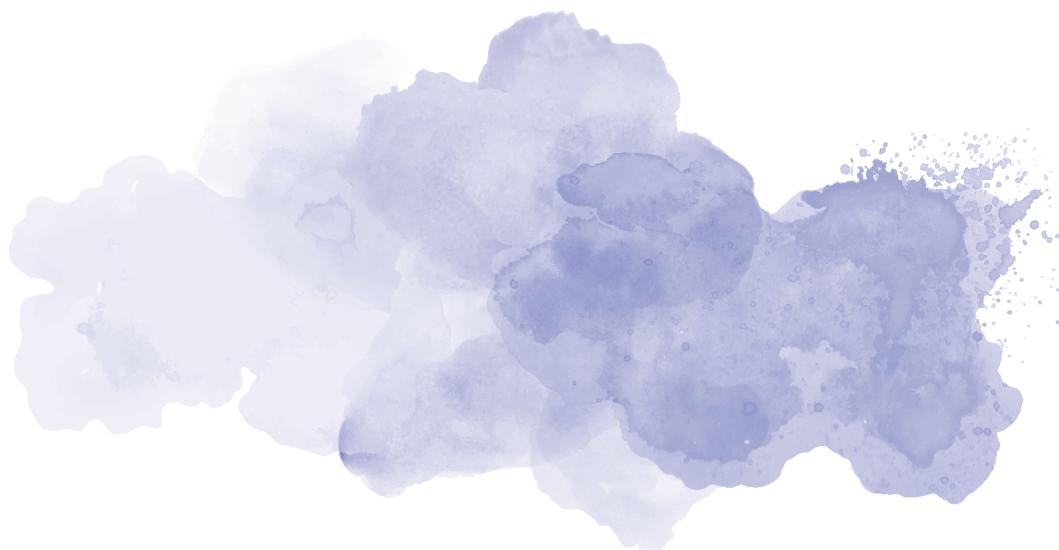
246. Pronostic vital engagé à moyen terme/phase avancée, Recommandation de bonne pratique - Mise en ligne le 30 avr. 2025 - Mise à jour le 06 mai 2025.

247. Proposition de loi, T.A. n° 122 relative au droit à l'aide à mourir, adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025.

Sédation palliative

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. On parle de symptômes réfractaires pour 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 : sédations palliatives proportionnées, symptomatiques, modérées, intermittentes, profondes, continues, ou encore sédations maintenues jusqu'au décès. Les sédations palliatives se définissent néanmoins toutes par un seul et même objectif : soulager la souffrance réfractaire du patient. Selon la situation, la sédation palliative peut avoir comme effet secondaire d'entraîner la mort du patient.



Responsable de production éditoriale :
Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV)

Pour citer ce document :
Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie. *L'aide à mourir dans le monde*, Paris : CNSPFV, septembre 2025, 144 p.

Édition : CNSPFV

Responsable de la publication : Giovanna Marsico

Graphiste : Isabelle Pamart

Dépôt légal : 09/2025

Plateforme d'information sur les droits en fin de vie

Une plateforme d'information du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie joignable au **01 53 72 33 04** apporte des informations et des conseils sur les droits des personnes malades et des aidants confrontés à la fin de vie (recherche d'une structure de soins palliatifs, directives anticipées, personne de confiance, sédation profonde et continue jusqu'au décès...).

Vous pouvez également envoyer votre message à la plateforme par courriel à contact@spfv.fr ou utiliser le formulaire de contact pour être rappelé gratuitement.

parlons-fin-de-vie.fr



**Fin de vie
Soins Palliatifs**
CENTRE NATIONAL