

L'euthanasie et le droit

(étude comparée)

Dr. Achraf RAMMAL

« Ne sais-tu pas que la source de toutes les misères pour l'homme ce n'est pas la mort, mais la crainte de la mort ? ¹ ». Ainsi parlait le stoïcien *Épictète*. La mort a pu, au cours des siècles, se trouver au cœur des réflexions et des travaux de philosophes, de poètes, d'écrivains, de scientifiques et de médecins. La question de la prise en charge de la fin de vie n'est donc absolument pas nouvelle, la volonté d'apaiser les souffrances de son prochain étant au cœur des préoccupations de toutes les premières formes de médecine².

Le terme d'euthanasie ou *euthanatos* n'est pas un mot juridique³. Ce mot est dérivé du grec composé du préfixe *eu* qui signifie " bien " et *thanatos* qui signifie " mort " et signifie donc la « bonne mort ⁴ », c'est-à-dire une mort sans souffrances. L'euthanasie est par définition⁵ une forme de suicide assisté qui exige la participation d'autrui⁶. La question de l'euthanasie est aujourd'hui essentiellement posée en termes d'une revendication d'un droit à obtenir d'un tiers une mort désirée ou souhaitée que l'individu se trouve hors d'état de se donner à lui-même⁷.

La décision de la fin de vie est une décision médicale qui a pour conséquence d'entraîner la mort d'une personne⁸, par exemple, par l'arrêt de son alimentation et de son hydratation artificielle.

L'euthanasie ne posait pas de problèmes moraux en Grèce antique : la conception de la vie y était différente de la nôtre. Une mauvaise vie n'était pas digne d'être vécue, c'est pourquoi l'euthanasie

¹ Épictète, *Entretiens*, 50-125 ap. J.C.

² FERMAUD L. « Les droits des personnes en fin de vie », *AJDA* n°38 du 14 novembre 2016, p. 2143.

³ PEDROT Ph. « L'euthanasie et le juge », *Les cahiers de la justice*, n°1 / 2010, p. 132.

⁴ BIOY X., *Biodroit, de la biopolitique au droit de la bioéthique*, LGDJ, p. 131.

⁵ La loi belge du 28 mai 2002 dans son article 2 définit l'euthanasie comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci ». Voir plus tard, II, A.

⁶ BILLIET J.-C. « Penser l'euthanasie », *Les cahiers de la justice*, n°1 / 2010, p. 141.

⁷ MATHIEU B. « Fin de vie : liberté, droits et devoirs, l'impossible conciliation ? », *Revue Constitutions* n°4 octobre-décembre 2013, p. 518.

⁸ CASTAING C. « Fin de vie : que disent les avis ? », *RDSS* n°4, Juillet-Août 2014, p. 684.

ne choquait pas. Hippocrate représentait une exception : il interdisait dans son serment aux médecins toutes les formes d'aides au suicide. Le mot a été créé en 1623 par le médecin anglais Dr. Bacon pour apporter aux mourants une fin de vie digne sans souffrances⁹. Ces pratiques étaient reconnues sous le nom de « médecine palliative ». C'est au cours du XIXe siècle que le sens du mot évoluera. Les nazis, parlaient d'euthanasie pour l'extermination des handicapés. C'est dans les années 1930 et 1940 que fleurirent dans le monde anglo-saxon des mouvements en faveur d'une euthanasie consacrant l'autodétermination des individus, au moment même où l'euthanasie était dévoyée en étant mise au service de la politique eugéniste nazie¹⁰.

L'euthanasie est revenue au centre du débat social depuis le XXe siècle à partir du moment où les progrès de la médecine et du prolongement de la vie ont évolués. L'État, la profession médicale, les philosophes et les théologiens voulaient instaurer une vie meilleure et défendaient les droits de l'Homme.

Au sens du droit médical, la problématique de la fin de vie représente probablement l'enjeu le plus complexe, qui interroge intimement chacun de nous et se situe dans l'ordre de la conscience, plus que dans l'ordre juridique. Les enjeux en présence sont innombrables : médicaux et juridiques, mais aussi philosophiques, psychologiques, sociologiques, familiaux¹¹.

L'euthanasie constitue un défi majeur pour la législation, tant il est délicat de statuer a priori sur une mise à mort à défaut d'un consentement libre et éclairé¹².

A l'instar d'autres législations internationales, le législateur français a été mis à contribution afin de fixer un cadre légal à l'action des médecins tout d'abord puis aux droits des patients en fin de vie dans un second temps.

Dans ce contexte, la loi n°99-477 du 9 juin 1999¹³ visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs permettra, dans un premier temps, de garantir un droit d'accès à ces soins qui visent à soulager la douleur, à apaiser les souffrances¹⁴ et à sauvegarder la dignité de la personne malade¹⁵,

⁹ AMMAR R. MAKKI N., *Doits de l'homme et libertés publiques*, 2010, p. 235.

¹⁰ BILLIET J.-C. « Penser l'euthanasie », *art. préc.*, p. 143.

¹¹ GENICOT G., *Droit médical et biomédical*, collection de la faculté de droit de l'Université de Liège, 2^{ème} édition (éd.), Larcier 2016, p. 753.

¹² LIBCHABER R. « Une difficile conciliation : euthanasie et liberté », *D.* n°32 du 24 septembre 2015, p. 1833.

¹³ Loi n°99-477 du 9 juin 1999, *J.O.* n°132 du 10 juin 1999 p. 8487.

¹⁴ BERTHIAU B., *Droit de la santé*, gualino éd., 2007, p. 256.

¹⁵ Art. L. 1110-2 du Code de la santé publique (CSP).

L'importante loi du 4 mars 2002¹⁶ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaîtra quant à elle à chacun le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ainsi que de disposer de tous les moyens destinés à lui assurer une vie digne jusqu'à la mort. La législation atteindra ensuite un tournant décisif au moment de l'adoption de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005¹⁷ relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi « Léonetti ». En effet, cette loi met en place un certain nombre de grands principes relatifs aux droits des personnes en fin de vie¹⁸, principes que la récente loi n°2016-87 du 2 février 2016¹⁹ créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie²⁰, plus communément appelée « Claeys-Léonetti » aura pour ambition d'approfondir et de renforcer²¹.

En effet, par une décision attendue du 2 juin 2017²², le Conseil constitutionnel français déclare conforme à la constitution cette loi précitée n°2016-87 du 2 février 2016 (concernant les patients incapables d'exprimer leur volonté)²³. C'est à la demande du conseil d'État (3 mars 2017²⁴, n°403944, Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens UNAFTC)²⁵, que le Conseil constitutionnel²⁶ s'est prononcé sur certaines des dispositions encadrant les questions d'arrêt de traitement pour un patient ne pouvant exprimer sa volonté²⁷.

¹⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, *J.O.* du 5 mars 2002, p. 4118.

¹⁷ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *J.O.* n°116 du 23 avr. 2005, p. 7089. Pour des études sur cette loi v., VIALLA F. « Droits des malades et fin de vie », *D.* n°27 du 2005, p. 1797; CHEYNET DE BEAUPRE A. « La loi sur la fin de vie », *D.* 2005, p. 164; PEDROT P. « La fin de vie et la loi du 22 avril 2005 », *RDSS* 2005, p. 751.

¹⁸ VIALLA F. « Fin de vie : rapport du comité consultatif national d'éthique sur le débat public », *D.* n°38 du 6 nov. 2014, p. 2177.

¹⁹ Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie, *J.O.* n°0028 du 3 février 2016.

²⁰ BERGOIGNAN-ESPER Cl. « La loi du 2 février 2016 : quels nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie ? », *RDSS*, n°2, Mars-Avril 2016, p. 296.

²¹ FERMAUD L. « Les droits des personnes en fin de vie », *AJDA* n°38 du 14 novembre 2016, pp. 2143 à 2147.

²² Cons. const., 2 juin 2017, n°2017-632 QPC.

²³ VIALLA F. « Fin de vie (loi du 2 février 2016) : constitutionnalité du régime, note sous Cons. const. 2 juin 2017 », *D.* n°21 du 15 juin 2017, p. 1194.

²⁴ POUPEAU D. « Fin de vie : le conseil d'état renvoie une QPC sur la procédure collégiale, note sous CE 3 mars 2017 », *AJDA*, n°9 du 13 mars 2017, p. 498.

²⁵ Selon L'association ces dispositions méconnaissent l'article 34 de la Constitution en ce qu'elles laissent le soin au pouvoir réglementaire de définir la procédure collégiale sans garantir ni le caractère collégial de la décision de la limitation ou d'arrêt des traitements d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, ni l'exercice d'un recours suspensif contre une telle décision.

²⁶ DE MONTECLER M.-C. « La loi sur la fin de vie est conforme à la Constitution, note sous Cons. const. 2 juin 2017 », *AJDA*, n°20 du 12 juin 2017, p. 1143.

²⁷ Le Conseil constitutionnel souligne que le cœur du litige porte sur la question de la procédure collégiale, qui encadre la décision médicale concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté.

La lecture des différentes dispositions législatives au niveau national, européen et international nous conduit à diviser notre travail de recherches en deux parties. La première vise les pays qui interdisent l'euthanasie et le suicide assisté (I), La seconde, traite les nations qui autorisent l'euthanasie et le suicide assisté (II).

I) L'interdiction de l'euthanasie et du suicide assisté

Les pays qui interdisent l'euthanasie et le suicide assisté se divisent en deux catégories. La première propose des solutions pour les malades en fin de vie en leur donnant la possibilité d'avoir une fin de vie digne²⁸ (A), la seconde catégorie interdit l'euthanasie et le suicide assisté sans proposer aucune solution aux malades en fin de vie (B).

A) Droit au respect de la volonté de la personne malade en fin de vie

Parmi les nations qui se sont dotés d'un arsenal juridique concernant le respect de la volonté du malade en fin de vie, on peut citer la France (1), le Québec (2) et d'autres pays (3).

1) En France : Les droits des personnes malades en fin de vie

La France est l'un des rares pays au monde qui proposent aux malades en fin de vie digne et apaisée tout en interdisant catégoriquement l'euthanasie et le recours au suicide assisté²⁹. Pour cela des principes fondamentaux sont consacrés par une loi du 22 avril 2005 (a) et des droits renouvelés et renforcés par une loi du 2 février 2016 (b).

La juridiction constitutionnelle souligne que la décision appartient au médecin, celui-ci voit son action encadrée. Il doit rechercher et respecter la volonté présumée du patient, telle qu'exprimée, notamment, dans des directives anticipées qui, sauf exception, s'imposent à lui. En leur absence il lui incombe de consulter la personne de confiance ou, à défaut, sa famille ou ses proches. Le conseil constitutionnel précise utilement que « lorsque la volonté du patient demeure incertaine ou inconnue, le médecin ne peut cependant se fonder sur cette seule circonstance (...) pour décider de l'arrêt de traitements ».

Enfin, le conseil constitutionnel remarque que la décision du médecin n'est ni opaque ni isolée et demeure soumise, le cas échéant, au contrôle du juge. Il se doit de respecter une procédure collégiale destinée à l'éclairer et à la contrôler en permettant à l'équipe soignante de s'assurer du « respect des conditions légales et médicales d'arrêt des soins et de mise en œuvre (...) d'une sédation profonde et continue, associée à une analgésie ».

²⁸ TRUCHET D., *Droit de la santé publique*, 9^{ème} éd. 2017, Dalloz, p. 245.

²⁹ MOQUET-ANGER M.-L., *Droit hospitalier*, 4^{ème} éd. 2016, LGDJ, p. 374.

a) Des principes fondamentaux consacrés par la loi du 22 avril 2005

La législation de 2005 avait retenu comme motif justifiant un arrêt des traitements et soins, le critère dit de l'obstination déraisonnable (i) et en traitant la question de la nutrition et de l'hydratation artificielles (ii). Ce critère a pu être confirmé dans le cadre de la loi de 2016.

i) La réaffirmation du critère de l'obstination déraisonnable dans l'arrêt des traitements.

A l'instar de la loi de 2005, la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie n'a pas fixé de critères d'appréciation de l'obstination déraisonnable³⁰.

L'article L. 1110-5-1, alinéa 1^{er} du code de la santé publique (CSP) issue de la loi du 2 février 2016 précise que « les actes de prévention, d'investigation ou de soins »³¹ « ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés³² ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie³³, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale.

L'article L. 1110-5 du code de la santé publique, tel que modifié par la loi du 2 février 2016, énonce le droit pour toute personne à recevoir les traitements et les soins les plus appropriés, tandis qu'à sa suite, l'article L. 1110-5-1 précité vient immédiatement préciser que ces actes « ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable ». Voilà

³⁰ THOUVENIN D. « L'arrêt de traitement qui mettrait fin à la vie d'une très jeune enfant : un bébé n'est pas un adulte en réduction », *RDSS* n°4, juill.-août 2017, p. 701.

³¹ Cet article renvoie aux « actes mentionnés à l'article L. 1110-5 du CSP », en l'occurrence « de prévention, d'investigation et de soins ».

³² Un traitement doit être considéré comme inutile lorsqu'il ne permet pas d'améliorer l'état de santé du patient. Étaient ainsi cités comme exemple de traitements inutiles « des thérapies renouvelées, alors que l'on sait pertinemment qu'aucun traitement n'améliora l'état de santé du malade ». C'est également au regard des effets sur la santé du patient que doit s'apprécier le critère de la disproportion : est disproportionné un traitement qui ne contribue pas ou peu à l'amélioration de l'état de santé alors qu'il est particulièrement lourd ou pénible à supporter pour le patient. In KELLER R. « Droit au respect de la vie et droits du patient. La question de l'interruption d'un traitement : la réponse », *RFDA* n°4 juillet-août 2014, p. 663.

³³ Ce critère a été illustré par des exemples tels que la dialyse rénale, la respiration artificielle ou encore l'assistance cardiaque, qui permettent de pallier une défaillance vitale, in KELLER R. « Droit au respect de la vie et droits du patient. La question de l'interruption d'un traitement », *RFDA* n°2 mars-avril 2014, p. 263.

donc clairement affirmée l'obstination déraisonnable comme seul critère permettant de justifier l'arrêt des traitements pour la personne en fin de vie.

Or, ce critère n'est pas une création du législateur en 2016 dans la mesure où ses origines, en médecine, sont bien plus anciennes. Ainsi le code de déontologie médicale prévoit en son article 37 consacré au soulagement des souffrances ainsi qu'à la limitation ou l'arrêt des traitements³⁴, que le médecin « doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent unitiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie »³⁵. Par la suite, le critère a été élevé au rang de principe législatif par la loi du 22 avril 2005 puis codifié à l'ancien article L. 1110-5.

Reste alors à déterminer ce que l'on doit entendre et comprendre par ce terme d'obstination déraisonnable³⁶. Le législateur a préféré employer cette notion d'obstination déraisonnable plutôt que celle d'acharnement thérapeutique³⁷ apparaissant moins neutre d'un point de vue idéologique.

La délicate question consistant à savoir à quel moment l'on bascule de la thérapie à l'obstination déraisonnable ne peut donc et, selon toute vraisemblance, ne doit pas être traitée par le législateur mais doit revenir à l'équipe médicale.

Pour répondre à cette interrogation, et par une décision attendue du 8 mars 2017³⁸ dans une affaire médiatisée, le juge des référés du Conseil d'État a estimé que la poursuite des traitements, dans les circonstances de l'espèce, ne caractérisait pas une obstination déraisonnable, n'ayant pour d'autre effet que le maintien artificiel de la vie. La décision d'arrêter les traitements de l'enfant ne

³⁴ Chaque année, selon les estimations, 25000 décès au moins interviennent en France à la suite d'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements, et ce chiffre ne concerne que les personnes en réanimation, in KELLER R. « Droit au respect de la vie et droits du patient. La question de l'interruption d'un traitement : la réponse », *RFDA* n°4 juillet-août 2014, p. 661.

³⁵ C'est à l'aune de ce dernier texte que le Conseil d'État a défini la notion d'obstination déraisonnable dans son premier arrêt Lambert, *Consid.* 11, CE 14 fév. 2014, n°375081, 375091, Mme Lambert et autres, traité plus tard.

³⁶ CHAMOT C. « La notion d'obstination déraisonnable en matière de réanimation néonatale », *RFDA* n°3, mai-juin 2015, p. 578.

³⁷ L'acharnement thérapeutique peut être défini comme l'administration de soins manifestement disproportionnés aux résultats thérapeutiques escomptés. Dans cette hypothèse l'appareillage médical supplée complètement au fonctionnement naturel des organes humains, ou encore la vie se prolonge sans que l'intervention médicale vise à stopper l'évolution inéducable vers la mort. In MATHIEU B. « Fin de vie : liberté, droits et devoirs, l'impossible conciliation ? », *Revue Constitutions* n°4 octobre-décembre 2013, p. 525.

³⁸ CE réf., 8 mars 2017, n°408146, *D.* n°11 du 16 mars 2017, p. 574 ; *AJ fam.* 2017, 218 ; *JCP G.*, n°14 du 3 avr. 2017, 382, obs F. Vialla.

relevait donc pas de l'hypothèse d'interruption de traitement prévue par la loi à l'égard des personnes hors d'état d'exprimer leur volonté.

Le juge a indiqué « qu'à défaut de pouvoir rechercher quelle aurait été la volonté de la personne s'agissant d'un enfant de moins d'un an à la date de la décision, l'avis de ses parents, qui s'opposent tous les deux à l'arrêt des traitements, revêt une importance particulière »³⁹.

Enfin, cette décision rendue par le Conseil d'État confirme que c'est le médecin en charge du patient qui a le pouvoir de prendre la décision d'un arrêt de traitement que la personne soit majeure ou mineure, Elle a pour conséquence d'assimiler la situation juridique d'une personne représentée (mineure, comme majeure sous tutelle⁴⁰) à celle d'une personne majeure hors d'état d'exprimer sa volonté⁴¹.

ii) La question controversée de la nutrition et de l'hydratation artificielles

Les dispositions de l'article L. 1110-5-1 du CSP, après avoir énoncé que les traitements et soins ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable, précisent aux termes du second alinéa que « la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa ».

Cette rédaction est le fruit d'intenses débats au Parlement mais également dans l'opinion publique, débats largement mis en lumière par l'affaire *Vicent Lambert*⁴² dans laquelle l'arrêt des soins et traitements demandé par une partie de ses proches consistait notamment à cesser cette alimentation et hydratation artificielles.

Les craintes alors exprimées résidaient dans le fait qu'une telle rédaction pouvait aboutir à une dérive euthanasique.

³⁹ POUPEAU D. « Le conseil d'État confirme la suspension de la décision d'arrêt de traitement d'un enfant, note sous CE réf., 8 mars 2017 », *AJDA* n°9 du 13 mars 2017, p. 497.

⁴⁰ CORMEIL G.-R. « Les conditions d'ouverture d'une tutelle au profit d'une personne en fin de vie », *AJ famille*, n°1, janvier 2017, p. 68.

⁴¹ THOUVENIN D. « L'arrêt de traitement qui mettrait fin à la vie d'une très jeune enfant : un bébé n'est pas un adulte en réduction, note sous CE ord, 8 mars 2017 », *RDSS* n°4, juill.-août 2017, p. 706.

⁴² M. Vincent Lambert est né en 1976, et il exerçait la profession d'infirmier en psychiatrie. Victime d'un accident de la route en septembre 2008, il a subi un traumatisme crânien qui l'a rendu tétraplégique et entièrement dépendant. Après avoir été dans le coma, il se trouve depuis plusieurs années dans un « état de conscience minimale ». L'affaire est exceptionnelle, pour la première fois en France, les tribunaux vont se prononcer sur une décision médicale ayant pour conséquence d'entraîner la mort d'une personne par l'arrêt de son alimentation et son hydratation artificielles.

D'un point de vue jurisprudentiel, le Conseil d'État avait déjà eu à se prononcer sur cette question dès 2014 à l'occasion de l'arrêt rendu dans l'affaire *Lambert*. Or, dans sa décision du 24 juin 2014⁴³, la position du Conseil d'État était claire dès lors qu'il affirmait qu'il résultait de la loi du 22 avril 2005 « que le législateur a entendu inclure au nombre des traitements susceptibles d'être limités ou arrêtés (...) l'ensemble des actes qui tendent à assurer de façon artificielle le maintien des fonctions vitales du patient, que l'alimentation et l'hydratation artificielles relèvent de ces actes ».

Ainsi selon l'article L. 1110-5-1 du CSP, l'alimentation et l'hydratation artificielles ne pourront être arrêtées que si et seulement s'il apparaît qu'elles témoignent d'une obstination déraisonnable, c'est-à-dire si elles apparaissent comme inutiles, disproportionnées ou lorsqu'elles n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Le fond de crise familiale sur lequel se déroule l'affaire Vincent L. est connu, certainement trop. en 2014, les père et mère et certains frère et sœur du patient ont refusé la mise en œuvre d'une décision médicale d'arrêter l'alimentation et l'hydratation artificielle du patient. L'épouse, quant à elle, n'y était pas opposée⁴⁴. Ce désaccord a mené l'ensemble de la famille devant la Cour européenne des droits de l'homme⁴⁵ qui a décidé, dans un arrêt rendu le 5 juin 2015⁴⁶, que cette décision ne contrevenait pas à l'article 2 de la Convention.

⁴³ CE ass., 24 juin 2014, n°375081, Mme Lambert, *Lebon*, p. 175 concl. R Keller ; *AJDA* 2014, 1669, note D. Truchet, *RFDA* 2014, 702, concl. Et note P. Delvolvé ; *D.* 2014, 1856 et les obs., *AJ famille* 2014, 396, obs. A. Dionisi-Peyrusse ; *RDSS* 2014, 1101, note D. Thouvenin. V. égal. TA Châlons-en-Champagne 16 janv. 2014, statuant en formation plénière, il a considéré que le patient ne faisait pas l'objet d'une « obstination déraisonnable », estimant de plus que rien ne permettait d'affirmer qu'il souhaiterait s'opposer à tout traitement le maintenant en vie (TA Châlons-en-Champagne 16 janv. 2014 n°1400029, *AJDA* 2014, 132, note D. Poupeau ; *D.* 2014, Actu. 149, obs. F. Vialla ; *ibid.* 2021, obs. A. Laude.

⁴⁴ SAULIER M. « Retour sur un autre aspect de l'affaire Vincent L. : tutelle, mariage et crise familiale », *D.* n°6 du 9 février 2017, p. 334.

⁴⁵ La CEDH confirmait que la mise en œuvre de la décision du Conseil d'État du 24 juin 2014 ne constituait pas une atteinte au droit de la vie tel que défini par l'article 2 de la ConvEDH. (La CEDH a estimé que le domaine de la fin de vie relève de la marge nationale d'appréciation de chaque État membre. Les dispositions législatives françaises issues de la loi du 22 avril 2005 étant suffisamment précises pour encadrer le médecin confronté à une réflexion sur l'arrêt des traitements d'un patient, aucune atteinte au droit à la vie n'a été relevée. (Affaire Vincent Lambert : La Cour européenne approuve l'arrêt des traitements, *D.* n°21 du 11 juin 2015, p. 1212).

⁴⁶ CEDH gde ch., 5 juin 2015, n°46043/14, Lambert/France, *D.* 2015, 1625, note F. Vialla et 2016, 752, obs. J.-C. Galloux ; POUPEAU D. « Fin de vie : La CEDH juge la loi française suffisamment claire, note sous CEDH 5 juin 2015 Lambert et autres/ France », *AJDA* 2015, 1124 obs. Poupeau et 1732, chron L. Burguoguel-Lansen ; *AJ famille* 2015, 364 ; *Dr. fam.*, 2015/9, comm, 180, obs. Binet ; *JCP* 2015, 805, obs. F. Sudre

La suite de l'affaire Lambert, a donné lieu à un intéressant arrêt du 19 juillet 2017⁴⁷ où la Haute juridiction administrative⁴⁸ a considéré que la décision de janvier 2014 par laquelle le Dr Kariger avait décidé de mettre fin à l'alimentation du jeune homme ne pouvait plus recevoir application à compter du 1^{er} septembre 2014, date à laquelle ce médecin a cessé ses fonctions au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims. Une nouvelle procédure d'examen⁴⁹ d'arrêt de traitement doit être lancée par le nouveau médecin de Vincent Lambert.

Le conseil d'État a rejeté les pourvois contre l'arrêt de la cour administrative d'appel de Nancy⁵⁰ qui avait annulé la décision par laquelle le Dr Simon, nouveau médecin du patient⁵¹, avait suspendu la procédure collégiale préalable à une éventuelle décision d'arrêt de traitement⁵². Le juge d'appel a estimé que le départ du précédent médecin en charge du patient rendait sa décision caduque⁵³

Rappelant sa jurisprudence sur « l'obstination déraisonnable » construite grâce à l'affaire Lambert⁵⁴, il avait déjà jugé que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des

⁴⁷ CE 19 juillet 2017, Pierre Lambert et autres, François Lambert, n°402472.

⁴⁸ VIALLA F. « Affaire Vincent Lambert : procédure d'examen de l'interruption des traitements, note sous CE 19 juillet 2017 », *D.* n° 28 du 3 août 2017, p. 1605.

⁴⁹ PASTOR J.-M. « Affaire Lambert : une nouvelle procédure d'examen d'arrêt de traitement est nécessaire, note sous CE 19 juillet 2017 », *AJDA* n°26 du 24 juillet 2017, p. 1477.

⁵⁰ CAA Nancy 16 juin 2016, n°15NC02132, Lambert, *AJDA* 2016, 1932, note T. Coussens-Barre ; *JCP* 2016 n°26, p. 1299, note F. Vialla).

⁵¹ Le principe d'indépendance professionnelle est posé par l'article R. 4127-5 du CSP aux termes duquel « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». Sur ce fondement, le Conseil d'État avait jugé que « le principe de l'indépendance professionnelle des médecins fait obstacle à ce que les décisions prises par un praticien dans l'exercice de son art médical soient soumises à l'approbation d'un autre médecin (CE 2 oct. 2009, n°309247, Joseph, Lebon ; Lebon : *AJDA* 2009, 1799). Dans un arrêt, la Cour de cassation est venue affirmer « que le médecin, par principe, indépendant, doit élaborer lui-même son diagnostic et ne peut se dispenser des examens nécessaires au prétexte qu'un de ses confrères les auraient pratiqués » (Cass civ. 1^{re} 6 avr. 2016, n°15-24-253). Dans le même sens, Cass civ. 1^{re} 30 avr. 2014, n°12-14.288, in *D* n°18 du 15 mai 2014, p. 1039 ; POUPEAU D. « Affaire Lambert : le recours à une nouvelle procédure collégiale validé, note sous TA Châlons-en-Champagne 9 oct. 2015, M. Lambert », *AJDA* n°34 du 19 octobre 2015, p. 1887.

⁵² La CAA de Nancy annule la décision de suspendre la procédure collégiale préalable à une éventuelle décision d'arrêt de traitements de Vincent Lambert du fait de son caractère disproportionné et attentatoire au droit du patient de ne pas subir un traitement qui résultent d'une obstination déraisonnable.

⁵³ COUSSENS-BARRE T. « Affaire Lambert : illégalité de la décision suspendant la procédure collégiale, note sous CAA 16 juin 2016 », *AJDA*. n°34 du 17 octobre 2016, p. 1932 et ss.

⁵⁴ THOUVENIN D. « L'arrêt (Lambert), miroir des limites de la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, note sous CE, ass., 24 juin 2014, Mme Lambert et autres », *RDSS* n°6, novembre-décembre 2014, p. 1101.

traitements, qui, à ce titre, sont « susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable »⁵⁵.

Enfin, le conseil d'État a estimé que la cour de Nancy a suffisamment motivé sa décision en jugeant que « L'existence d'éventuelles menaces pour la sécurité de M. Vincent Lambert et de l'équipe soignante n'était pas un motif légal pour justifier l'interruption d'une procédure engagée en vue d'évaluer si la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. Lambert traduit une obstination déraisonnable et que les seules considérations relatives à la recherche d'un climat apaisé, telles qu'elle ont été exprimées de façon très générale, ne permettaient pas de suspendre, sans fixer de terme à cette suspension, le cours de la procédure collégiale »⁵⁶. « ce qui ne saurait impliquer que le centre hospitalier ordonne au médecin de prendre une décision médicale dans un sens déterminé à l'égard du patient ».

b) Des droits renouvelés et renforcés par la loi du 2 février 2016

La récente loi du 2 février 2016 consacre la liberté du patient de déterminer le lieu où il souhaite passer ses derniers moments. Cette liberté va de pair avec le principe de dignité de la personne humaine⁵⁷.

La loi du 2 février 2016 réforme en profondeur le droit des personnes en fin de vie en leur reconnaissant de nouveaux droits mais également en les plaçant au cœur du dispositif médical. Deux mesures phares attestent de ce renforcement de leurs droits : les directives anticipées deviennent ainsi contraignantes pour les équipes médicales de prise en charge (ii) et le droit à la sédation profonde et continue doit permettre une fin de vie apaisée (i).

⁵⁵ CE, ass. 14 fév. 2014, n°375081, Mme Lambert et autres *Lebon* p. 31, concl. R. Kelier ; *AJDA* 2014, 790, chr. A. Bretonneau et J. Lessi et, *D.* 2014, 1856, note D. Vigneau et 2021, obs. A. Laude et 2015, 755, obs Galloux; *AJ famille* 2014, 396 et *RFDA* 2014, 657 concl. R. Keller, *RDSS* 2014, 1101, note D. Thouvenin.

⁵⁶ POUPEAU D. « Affaire Lambert : la procédure collégiale doit reprendre, note sous CAA Nancy du 16 juin 2016 », *AJDA* n°23 du 27 juin 2016, p. 1263.

⁵⁷ DESGORCES R. « La résidence de la personne en fin de vie », *RDSS* n°2, mars-avril 2017, p. 294.

i) le droit à une sédation profonde et continue en phase terminale

L'Euthanasie a été clairement écartée, mais la sédation profonde et continue a été introduite dans le système juridique français. Il ne s'agit pas de faire mourir, mais pour une personne en phase terminale, face à des souffrances non traitables, de l'endormir pour les derniers instants⁵⁸.

Ce qui distingue la sédation profonde de l'euthanasie est l'intention : dans un acte de sédation profonde, comme dans l'administration d'un médicament ou traitement visant à soulager la douleur, l'intention n'est pas de donner la mort⁵⁹.

Le nouvel article L. 1110-5-2 du CSP, issu de la loi du 2 février 2016, est à l'origine de ce véritable droit à la sédation profonde et continue. Ainsi l'article prévoit qu'à « la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre », l'article détaillant par la suite les conditions et cas dans lesquels cette sédation peut être pratiquée.

La sédation a pu être définie par la société française d'accompagnement en soins palliatifs (SFAP), définition avait fait l'objet d'une validation par la Haute autorité de santé (HAS)⁶⁰. La sédation doit dès lors être comprise comme consistant en la recherche, par de moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés sans permettre d'obtenir le soulagement escomptés par le patient⁶¹.

⁵⁸ CHEYNET DE BEAUPRE A. « Fin de vie : l'éternel mythe d'Asclépics », *D.* n°8 du 25 février 2016, p. 472.

⁵⁹ CASTAING C. « Fin de vie : que disent les avis? », *RDSS* n°4, Juillet-Aout 2014, p. 695.

⁶⁰ BERGOIGNAN-ESPER Cl. « La loi du 2 février 2016 : quels nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie ? », *RDSS* n°2, Mars-Avril 2016, p. 309.

⁶¹ Recommandations de bonnes pratiques de SFAP in rapp. n°467 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, Sénat, 27 mai 2015, p. 16.

La législation ne laisse plus au médecin le libre choix d'administrer ou non une telle sédation. C'est donc au patient que doit revenir cette décision et, si l'ensemble des conditions définies par la loi sont réunies, le médecin devra pratiquer un tel acte⁶².

Or, les conditions posées quant à l'exercice de ce nouveau sont drastiques de façon à prévenir toute dérive vers l'euthanasie ou le suicide assisté. Ainsi la sédation profonde et continue ne sera possible que dans deux cas principaux. La première situation est celle dans laquelle le patient se trouve atteint d'une affection grave et incurable, que le pronostic vital est engagé à court terme et qu'il présente une souffrance réfractaire aux traitements. La seconde situation dans laquelle la sédation profonde et continue peut être demandée par le patient est celle dans laquelle celui-ci prend la décision d'arrêter un traitement alors qu'il est atteint d'une affection grave et incurable, cette décision engageant son pronostic vital à court terme et étant susceptible d'entraîner une souffrance qualifiée d'insupportable⁶³.

ii) Des directives anticipées désormais contraignantes

Le Conseil de l'Europe définit ainsi les directives anticipées : « elles ont pour objet de permettre à un majeur capable de formuler des instructions ou de formuler des souhaits sur des questions qui peuvent se poser à l'avenir en cas d'éventuelle incapacité »⁶⁴.

Le mécanisme des directives anticipées est désormais prévu par les dispositions de l'article L. 1111-11 du CSP qui permet à toute personne majeure⁶⁵ de rédiger de telles directives pour le cas où elle se trouverait un jour hors d'état de s'exprimer directement. Ces directives permettront à leurs auteurs d'exprimer leur volonté sur leur fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux⁶⁶. Ces écrits revêtent donc une importance considérable tant leurs conséquences sont graves et irréversibles. C'est la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie qui a créé et mis en place un tel dispositif. Cependant le régime juridique mis en place par cette loi souffrait d'une certaine faiblesse.

⁶² MOQUET-ANGER M.-L., *Droit hospitalier*, 4^{ème} éd. 2016, LGDJ, p. 380.

⁶³ Art. R. 4127-37-2 du CSP.

⁶⁴ [www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CDCJRecommandations/CM_Rec\(2009\)11F_Principes_ayant_trait_à_l'incapacité_\(2\).pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdcj/CDCJRecommandations/CM_Rec(2009)11F_Principes_ayant_trait_à_l'incapacité_(2).pdf)

⁶⁵ BARINCOU P. « Fin de vie : les dispositions relatives aux majeurs protégés », *AJ famille* n°9, sep. 2016, p. 431.

⁶⁶ Art. R. 1111-20 du CSP.

Sur le premier point, le nouvel article L. 1111-11 modifié par la loi du 2 février 2006 prévoit désormais clairement que « les directives anticipées s'imposent au médecin⁶⁷ ». Des limites sont néanmoins imposées quant à cette injonction faite au médecin : celui-ci peut s'en écarter en cas d'urgence vitale, pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation, mais également lorsque les directives anticipées lui apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale⁶⁸. De plus la loi précise que cette décision ne sera prise qu'à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire⁶⁹. Ces deux limites posées quant au caractère contraignant des directives anticipées permettent donc à nouveau d'éviter un glissement vers une euthanasie ou un suicide assisté mais également de protéger le médecin dans l'exercice de sa profession.

Sur le second point tenant à la durée de validité des directives, le nouveau dispositif législatif prévoit désormais que celles-ci sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen, ce qui signifie qu'une fois écrites, les directives restent valables jusqu'à ce que leur auteur en décide autrement. Il n'est donc plus nécessaire de les renouveler ou de les confirmer tous les trois ans⁷⁰.

D'autre part, deux décrets d'application de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits des malades et des personnes en fin de vie sont venus encadrés la procédure collégiale⁷¹.

En premier lieu, aux termes du décret n°2016-1066⁷² lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est en

⁶⁷ Le texte du 22 avril 2005 prévoyant simplement que « le médecin tient compte des directives anticipées ». Par conséquent, les directives n'avaient qu'un caractère consultatif et n'étaient en aucun cas contraignantes pour le médecin qui, s'il le souhaitait, pouvait décider de s'en écarter.

⁶⁸ Art. R. 4127-37-1, II et III du CSP.

⁶⁹ La loi de 2016 envisage plusieurs hypothèses de recours à la procédure collégiale. Il s'agit tout d'abord, de la situation dans laquelle un médecin refuserait d'appliquer les directives anticipées. Le médecin doit alors recueillir « l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient ». (Art. R. 4127-37-1, II, CSP). A l'issue de cette procédure, si le médecin refuse d'appliquer les directives anticipées, sa décision motivée, les témoignages et avis recueillis, ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient (Art. R. 4127-37-1, IV du CSP). La décision est communiquée à la personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un de ses proches du patient.

⁷⁰ Les directives créées par la loi du 22 avril 2005 avaient une durée de validité limitée, devant être renouvelées tous les trois ans afin de demeurer valables.

⁷¹ POUPEAU D. « Fin de vie : Parution de deux décrets encadrant la procédure collégiale », *AJDA* n°29 du 12 septembre 2016, p. 1607.

⁷² Décr. n°2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévu par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, *J.O.* n°0181 du 5 août 2016.

revanche tenu de le faire à la demande de la personne de confiance antérieurement désignée par le malade, ou, à défaut, de sa famille ou de l'un de ses proches. La procédure prend la forme d'une concertation avec les membres de l'équipe soignante et de l'avis motivé d'au moins un médecin, en qualité de consultant, aucun lien hiérarchique ne pouvant exister entre celui-ci et le médecin en charge du patient. La décision de limitation ou d'arrêt des soins doit être motivée, tout comme la décision de recourir à une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

En second lieu, le décret n°2016-1067⁷³ précise les modalités d'élaboration des directives anticipées. Il s'agit d'un document écrit, daté et signé par leur auteur, majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance »⁷⁴. Ce décret⁷⁵ précise les modalités de conservation des directives⁷⁶ « les rendant aisément accessibles pour le médecin »⁷⁷.

En application de la loi du 2 février 2016, Le juge lyonnais⁷⁸ fait ici une stricte application du texte. Après avoir constaté que « ni le souhait du patient d'être transféré dans un hôpital en France, ni ses convictions religieuses ne sauraient être interprétés comme une directive anticipée, au sens des dispositions (...) de l'article R. 4127-37-2, d'être maintenu artificiellement en vie », il conclut qu' « en l'absence de directive anticipée, le (...) chef de service en charge du patient, pouvait engager la procédure collégiale et des diverses obligations consultatives⁷⁹.

Enfin, ces dispositions sont en phase avec les règles prévalant dans certains États européens. En Allemagne, les directives anticipées ont un effet obligatoire quand il est fait référence sans ambiguïté à une situation de vie ou de traitement. La référence à un traitement qui n'est plus valable rend caduques ces directives. Au Royaume-Uni, aux termes du *Mental capacity Act* de 2005, si le médecin perçoit une contradiction avec le choix thérapeutique le plus conforme à l'intérêt du

⁷³ Décr. n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, *J.O.* n°0181 du 5 août 2016.

⁷⁴ Si le taux de rédaction des directives anticipées est estimé à 70% aux États-Unis, il serait de l'ordre de 8 à 10 % en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il est de 2,5% en France (NED, Population et société, nov., 2012, 494). Le rapport Sicard fait état d'une étude menée par l'institut national des études démographiques publiées en 2012 pour établir le nombre des directives anticipées : selon cette étude, seules 2,5% des personnes décédées en milieu hospitalier en 2012 avaient rédigé une telle directive (Commission de réflexion sur la fin de vie en France « commission Sicard », Penser solidairement la fin de vie, 18 déc. 2012, p. 42)

⁷⁵ In « Droits des personnes », *RTDciv.* n°4 du octobre-décembre 2016, p. 941.

⁷⁶ VIALLA F. « Penser sa mort, note à propos des décrets du 3 août 2016 », *D.* n°32 du 29 septembre 2016, p. 1869.

⁷⁷ Art. R. 1111-19 du CSP.

⁷⁸ VIALLA F. « Fin de vie (loi du 2 février 2016) : légalité d'une décision d'arrêt des traitements, note sous TA Lyon, 9 nov. 2016 », *D.* n°40 du 24 novembre 2016, p. 2345.

⁷⁹ VIALLA F. VERON P. « Arrêt des traitements : deux premières applications de la loi du 2 février 2016, note sous TA Marseille du 16 nov. 2016 et TA Lyon 9 nov. 2016 », *AJDA* n°5 du 13 février 2017, p. 307.

malade, il se contente de vérifier la validité formelle de la directive. Une directive impliquant que la personne refuse par avance tout traitement de support vital en phase terminale n'est pas contraignante pour le médecin⁸⁰.

2) Au Québec : loi du 5 juin 2014 sur les soins en fin de vie

A l'instar de la France, une loi concernant les soins de fin de vie est adoptée au Québec en 2014⁸¹.

Selon son « exposé des motifs », cette loi a pour objet « d'assurer aux personnes en fin de vie des soins respectueux de leur dignité et de leur autonomie et de reconnaître la primauté des volontés relative aux soins exprimées clairement et librement par la personne⁸². Les personnes en fin de vie ont le droit d'obtenir les soins que leur état requiert. Le droit québécois permet de demander à mourir mais non un droit à la mort. Ce droit est conditionné par l'expertise médicale des conditions objectives et subjectives de l'état de la personne en fin de vie. Ses principaux apports sont les suivants.

Tout d'abord : « une personne ne peut se voir refuser des soins en fin de vie au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement aux soins ».

Ensuite, deux nouveaux soins en fin de vie font l'objet d'une autorisation de la loi en complément de la médecine palliative. Le premier est la sédation palliative continue⁸³ qui consiste en l'administration de médicaments ou de substances dans le but de soulager des souffrances en rendant la personne inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès. Le second est l'aide médicale à mourir qui consiste en l'administration de médicaments ou de substances par un médecin à sa demande, dans le but de soulager ses souffrances en entraînant son décès. Celle-ci n'est possible que si cinq conditions objectives et subjectives cumulatives sont remplies :

La première condition, le malade doit être un assuré social; la deuxième condition, il doit être majeur et apte à consentir aux soins; la troisième, il doit être en fin de vie; l'avant dernière condition, il doit être dans une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible

⁸⁰ DOUBLET M.-Y. « Les dispositions réglementaires d'application de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie », *RDSS* n°6, nov.-déc. 2016, p. 1095.

⁸¹ Loi du 5 juin 2014.

⁸²V. Hivon et G. Barette, *Projet de loi n°52, Editeur officiel du Québec*, 2014, p. 2.

⁸³ En France, comme on l'a remarqué on l'appelle sédation profonde et continue.

de ses capacités; la dernière, il doit éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge tolérables.

Enfin, la personne qui formule personnellement sa demande peut à tout moment la retirer ou reporter l'administration de la substance létale. De même, toute personne majeure et apte à consentir peut formuler une demande d'aide médicale à mourir au moyen de directives médicales anticipées⁸⁴.

3) La situation en Allemagne, en Autriche et en Grande-Bretagne

En Allemagne et en Autriche, l'euthanasie et l'assistance au suicide sont interdits, mais l'interruption des soins est autorisée à la demande du patient ou s'il a préalablement exprimé une volonté en ce sens⁸⁵. Si le patient n'a pas fait connaître sa volonté et s'il n'est plus en état de le faire, le juge procède à une recherche de son intention présumée en se fondant notamment sur les opinions qu'il aurait antérieurement exprimées ou sur ses convictions religieuses, morales, ou philosophiques⁸⁶.

Ainsi en Grande-Bretagne, l'assistance au suicide est criminalisée comme homicide⁸⁷ et la *Chambre des lords* dans un arrêt du 9 février 1993 a jugé que l'administration de substance meurtrière était interdite⁸⁸. En Grande-Bretagne, la jurisprudence impose de respecter la volonté du patient qui refuse un traitement ayant pour effet de prolonger artificiellement sa vie, si le patient n'a pas exprimé sa volonté, la décision d'interrompre les soins doit être validée par le juge⁸⁹.

B) L'interdiction de l'euthanasie et du suicide assisté sans autres alternatives

Il existe plusieurs pays qui ont interdit formellement et expressément tout recours à une forme d'euthanasie ou du suicide assisté mais il n'ont pas par contre mis en œuvre des dispositions qui

⁸⁴ MARTINENT E. « Soins en fin de vie : présentation de la loi québécoise du 5 juin 2014 », *D.* n°22 du 19 juin 2014, p. 1281.

⁸⁵ KELLER R. « Droit au respect de la vie et droits du patient. La question de l'interruption d'un traitement », *RFDA* n°2 mars-avril 2014, p. 258.

⁸⁶ Cour constitutionnelle fédérale de Karlsruhe, 13 sept. 1994, Kemptener; 30 avr. 2009, Putz.

⁸⁷ AL-RAWASHDEH S. « Assisted suicide : A study in the english criminal law and the european court of human rights jurisprudence », *Kuwait international law school journal*, volume 5, juin 2017, p. 33.

⁸⁸ MATHIEU B. « Fin de vie : liberté, droits et devoirs, l'impossible conciliation ? », *Revue Constitutions* n°4 octobre-décembre 2013, p. 520.

⁸⁹ *House of Lords*, 4 fév. 1993 *Alredale NHS Trust v. Bland*.

règlent les problématiques qui résultent de la situation d'un malade en fin de vie. C'est le cas notamment de notre pays le Liban (1), mais aussi c'est également la situation au Danemark (2).

1) Au Liban

Au regard du droit libanais et en l'absence de loi spécifique, le mot euthanasie est évoqué dans l'article 27 § 11 du code de déontologie médicale libanais modifiée par la loi n°240-2002⁹⁰ en précisant que le médecin n'a pas le droit de mettre fin à la vie du patient par compassion, à savoir l'euthanasie, même si le patient l'a demandé.

Et l'article ajoute que si le patient souffre d'une maladie sans espoir, la tâche du médecin est de réduire ses douleurs physiques et psychologiques et de lui donner des traitements appropriés pour maintenir sa vie.

Et à l'instar du droit français⁹¹, il est conseillé de ne pas recourir à des moyens techniques et un traitement excessif⁹² avec le consentement des parents sur la base d'un rapport conjoint du médecin traitant et du chef du département concerné et il reste nécessaire d'aider les personnes en train de mourir jusqu'à la fin d'une manière qui préserve sa dignité.

Alors que le mot euthanasie n'étant évoqué dans aucun article du code pénal libanais⁹³. L'article 552 précise qu'"Un emprisonnement maximal de dix ans sera imposé à une personne qui tue délibérément une personne par compassion en fonction de son insistance sur la demande". Et l'article 553 prévoit qu'une personne qui a commis ou aidé une personne par n'importe quel moyen de manière à se suicider est punie d'un emprisonnement maximal de 10 ans si elle s'est suicidée⁹⁴.

Enfin, La mort douce est qualifiée de "meurtre". La loi libanaise pénalise l'euthanasie active. Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre, peu importe que l'acte ait été provoqué en vue de soulager les souffrances d'une personne ou pour lui nuire. Il s'agit d'une pratique tout à fait illégale pouvant aller jusqu'à dix ans de prison, même si le passage à l'acte a

⁹⁰ Loi n°240 du 22/10/2012 modifiant certaines dispositions de la loi n°288 du 22/2/1994, *J.O.* n°45 du 15/10/2012, pp. 4877-4888.

⁹¹ BERGOIGNAN-ESPER CL., DUPONT M., *Droit hospitalier*, 10^{ème} éd., Dalloz, 2017, pp. 700 et ss.

⁹² C'est le cas de l'acharnement thérapeutique en droit français.

⁹³ Décret-loi n°340 du 1/3/1943, *J.O.* n°4104 du 27/10/1943, pp. 1-87.

⁹⁴ AMMAR R., MAKKI N., *Doits de l'homme et libertés publiques*, 2010, pp. 235 et ss.

été fait sur demande de la personne. « Tout individu qui contribue à sa réalisation sera poursuivi comme coauteur ou complice, et encourra les mêmes sanctions pénales ».

2) Au Danemark

Dans ce pays nordique, la condamnation de principe de l'euthanasie et du suicide assisté est maintenue. Ainsi à l'instar de la Grande-Bretagne, où l'assistance au suicide est criminalisée comme homicide. De même au Danemark, deux articles du code pénal condamnent spécifiquement l'homicide commis à la demande de la victime et l'aide au suicide. Au Danemark, la loi permet au médecin de se dispenser de continuer des soins qui ne peuvent que retarder la date du décès, sans l'accord du patient⁹⁵.

II) L'autorisation de l'euthanasie et du suicide assisté

Les Pays-Bas est le premier pays au monde a autorisé l'euthanasie et le suicide assisté (B). Il a été suivi par la Belgique (A). Alors qu'on a remarqué qu'il y a certaines nations autorisent le suicide assisté tout en interdisant l'euthanasie, c'est le cas de la Suisse, de l'Espagne (C).

A) En Belgique

La Belgique autorise l'euthanasie depuis 2002. En effet, une loi du 28 mai 2002⁹⁶ a légalisé l'euthanasie pour les malades en phase terminale aptes à décider. Elle permet en effet à tout patient de demander l'euthanasie dès lors qu'il « se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée »⁹⁷.

⁹⁵ MATHIEU B. « Fin de vie : liberté, droits et devoirs, l'impossible conciliation ? », Revue *Constitutions* n°4 octobre-décembre 2013, p. 520.

⁹⁶ Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, *Moniteur belge*, 22 juin 2002, p. 28515.

⁹⁷ Art. 3 de la loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

La loi belge ne distingue pas formellement entre l'euthanasie proprement dite et le suicide assisté. Elle définit ainsi l'euthanasie comme « l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci »⁹⁸.

La loi belge rencontre, principalement, le souhait de fin de vie d'un patient majeur, conscient et en phase terminale, mais elle se préoccupe également des patients majeurs, conscient, mais en phase non terminale, et des majeurs inconscients, exprimé par une déclaration anticipée. Elle distingue *un cas type* (l'euthanasie sur demande écrite d'un patient majeur et conscient en phase terminale) et *deux hypothèses particulières* (les patients en phase non terminale, d'une part, et l'euthanasie pratiquée à la suite d'une déclaration anticipée sur un patient majeur inconscient, d'autre part)⁹⁹.

Concernant, l'euthanasie d'un patient majeur conscient en phase terminale, la demande exprimée par le malade est évidemment la condition essentielle¹⁰⁰. La loi exige que le patient soit « capable et conscient au moment de sa demande ». La demande d'euthanasie doit remplir certaines conditions : la loi précise qu'elle doit être *volontaire, réfléchie, répétée* et ne pas résulter d'une *pression extérieure*.

Sur le plan formel¹⁰¹, la demande doit être actée par écrit dans un document rédigé, daté et signé par le patient lui-même ; la demande est révocable à tout moment et d'un simple geste¹⁰².

Il y a des conditions relatives à l'état médical et à la souffrance. C'est le deuxième ordre de conditions, tout aussi essentiel. Le patient doit se trouver « *dans une situation médicale sans issue* » et 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* »¹⁰³. Concernant, l'euthanasie en phase non terminale la loi ne limite pas l'euthanasie à la phase terminale de la maladie dont souffre le patient.

⁹⁸ Art. 1^{er} de la loi préc..

⁹⁹ GENICOT G., *Droit médical et biomédical*, collection de la faculté de droit de l'Université de Liège, 2^{ème} édition (éd.), Larcier 2016,, p. 790.

¹⁰⁰ Art. 3, §1^{er} de la loi belge du 28 mai 2002.

¹⁰¹ Art. 3, §4 de la loi belge du 28 mai 2002.

¹⁰² Art. 3, §4 al. 3 de la loi belge du 28 mai 2002.

¹⁰³ Art. 3, §1^{er} de la loi belge du 28 mai 2002.

La loi du 28 mai 2002 a été modifiée le 13 fév. 2014¹⁰⁴ pour étendre l'euthanasie aux mineurs émancipés ou capables de discernement. L'euthanasie est depuis cette loi accessible aux mineurs doués de discernement¹⁰⁵. La Belgique est ainsi le premier pays à légaliser l'euthanasie aux mineurs sans limites d'âge¹⁰⁶ pour les enfants et les adolescents atteints de maladie incurable et affrontant « des souffrances insupportables ».

La loi du 13 février 2014 modifiant l'article 3, §1^{er} de la loi du 28 mai 2002, celle-ci autorise le patient mineur *doté de la capacité de discernement et qui est conscient au moment de sa demande* à formuler une demande d'euthanasie s'il se trouve 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.

Enfin, en Belgique, la loi fixe des critères qui permettent d'exonérer de responsabilité le médecin ayant pratiqué l'euthanasie ou apporter une assistance au suicide.

B) D'autres nations (Pays-Bas, Luxembourg)

Les Pays-Bas est le premier pays au monde à avoir légalisé l'euthanasie¹⁰⁷. En Hollande une loi du 12 avril 2001¹⁰⁸ légalise l'euthanasie en permettant aux personnes de plus de 16 ans et aux mineurs de plus de 12 ans avec l'accord de leurs parents de demander à ce qu'il soit mis fin à leurs jours et aux médecins de répondre, sous certaines conditions, à cette demande¹⁰⁹.

Les Pays-Bas ont légalisé l'euthanasie, sous certaines conditions. Des médicaments mortels peuvent être légalement administrés par un médecin, en cas de maladie incurable ou de souffrance intolérable, à des patients l'ayant demandé en toute conscience. La loi assure par ailleurs une plus grande sécurité en faveur des médecins. Ceux-ci peuvent pratiquer l'euthanasie sans risque de

¹⁰⁴ Loi du 13 février 2014, *M. B.* 12 mars 2014.

¹⁰⁵ Observons déjà qu'un seul cas fut enregistré en 30 mois d'existence du texte et ce en septembre 2016. In GENICOT G., *Droit médical et biomédical, ouv. préc.*, p. 242.

¹⁰⁶ CASTAING C. « Fin de vie : que disent les avis? », *RDSS* n°4, Juillet-Aout 2014, p. 698.

¹⁰⁷ Il est estimé qu'aux Pays-Bas, entre 1994 et 2000 sur quatre mille décès dus à des actes qualifiés d'euthanasiques, neuf cents n'ont pas été précédés de l'accord du patient hors d'état d'exprimer sa volonté.

¹⁰⁸ Loi du 12 avril 2001 sur le contrôle de l'interruption de vie sur demande et de l'aide au suicide, adoptée pour conforter et encadrer par la voie législative une pratique médicale et éthique.

¹⁰⁹ CASTAING C. « Fin de vie : que disent les avis? », *RDSS* n°4, Juillet-Aout 2014, p. 698.

poursuites judiciaires s'ils respectent certains "critères de minutie".

Enfin et à l'instar de la Belgique¹¹⁰ et de la Hollande, le Luxembourg¹¹¹ a adopté une loi du 16 mars 2009 portant sur l'euthanasie et l'assistance au suicide où la loi fixe des critères qui permettent d'exonérer de responsabilité le médecin ayant pratiqué l'euthanasie ou apporter une assistance au suicide.

C) Des pays autorisant le suicide assisté tout en interdisant l'euthanasie

En Espagne¹¹² et en Suisse¹¹³, l'euthanasie est interdite mais l'assistance au suicide est autorisée sous conditions. En effet, le Canton de Vaud, en Suisse où une loi reconnaît que l'assistance au suicide¹¹⁴ en établissement sanitaire ne doit pas être entravée par l'instrumentalisation du régime juridique des clauses de conscience¹¹⁵.

Au regard de la position de la cour européenne des droits de l'homme (CEDH), il paraît cependant possible de distinguer les deux : l'euthanasie s'opère dans l'hypothèse où le patient ne peut consentir, le suicide assisté désigne la situation où le malade peut encore consentir, mais ne peut se suicider seul¹¹⁶. D'une manière générale, la Cour de Strasbourg estime que si les droits issus de la Convention européenne des droits de l'homme (ConvEDH) n'impliquent pas la reconnaissance d'un droit au suicide assisté, ils ne l'interdisent pas non plus¹¹⁷.

Ce droit a refus d'un traitement a été affirmé pour la première fois par le célèbre arrêt *Pretty c/Royaume-Uni* du 29 avril 2002¹¹⁸ qui juge qu' « une personne peut revendiquer le droit d'exercer son choix

¹¹⁰ Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, M. B., 22 juin 2002.

¹¹¹ Loi du 16 mars 2009 portant sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Très similaire à la loi belge, site internet de l'ADMD Luxembourg : <http://admdl.lu>.

¹¹² Art. 143 du code pénal espagnol.

¹¹³ Art. 114 et 115 du code pénal suisse.

¹¹⁴ L'assistance au suicide est organisée dans certains cantons suisses par des associations, In, CASTAING C. « Fin de vie : que disent les avis? », *RDSS* n°4, Juillet-Aout 2014, p. 696.

¹¹⁵ (Initiative populaire législative votée le 17 juin 2012).

¹¹⁶ BERGOIGNAN-ESPER CL., SARGOS P., *Les grands arrêts du droit de la santé*, éd. Dalloz, 2016, p. 192.

¹¹⁷ FALLON D. « Le prisonnier, l'euthanasie et la convention européenne des droits de l'homme », *AJDA* n°8 du 9 mars 2015, p. 437.

¹¹⁸ CEDH 29 avr. 2002, n°2346/02, *AJDA* 2003, 1383, note B. Le Baut-Ferrarèse ; *D.* 2002, 1596, *RDSS* 2002, 475, note Ph. Pedrot, *RTDciv.* 2002 482, obs. J. Hauser, et 858 obs. J.P. Marguénaud, *Dr. Fam.*, mars 2002, p. 7, n°9, comm. E. Chvika).

de mourir en refusant de consentir à un traitement qui pourrit avoir pour effet de prolonger sa vie (...)»¹¹⁹. Dans cette affaire la Cour avait considéré qu'il n'était pas possible « de déduire de l'article 2 de la convention un droit à mourir¹²⁰, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique »¹²¹, tout en laissant la porte ouverte sur la possibilité de reconnaître le suicide assisté comme conforme au droit à la vie¹²².

La Cour de Strasbourg a ultérieurement précisé la base conventionnelle de ce droit par un arrêt *Haas c./Suisse* du 20 juin 2011¹²³, qui juge que « le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de former librement sa volonté à ce propos et d'agir en conséquence, est l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention »¹²⁴.

Enfin, aux États-Unis, le suicide assisté est autorisé en *Oregon* depuis 1997¹²⁵, dans l'État de *Washington* depuis 2008 et dans le *Montana* depuis 2010. En effet, la Cour suprême a jugé en 2006 que cette pratique n'était pas contraire à la Constitution¹²⁶. Elle a ainsi jugé qu'un malade en état végétatif disposait d'un droit constitutionnel à l'arrêt de l'alimentation artificielle, cette alimentation pouvant être refusée au même titre que n'importe quel traitement médical¹²⁷.

¹¹⁹ Pour plus d'informations sur l'arrêt *Pretty*, v. VIALLA F., *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2010, p. 76 à 84 ; PEDROT Ph. « L'euthanasie et le juge », *Les cahiers de la justice*, n°1 / 2010, pp. 136 à 138.

¹²⁰ FAVOREU L., *Droit des libertés fondamentales*, Dalloz, 7^{ème} éd. 2015, p. 507.

¹²¹ Arrêt *Pretty* (§40).

¹²² Arrêt *Pretty* (§41).

¹²³ CEDH 20 juin 2011, *Haas c. Suisse* § 51; égal., 19 juill. 2012, *Koch c. Allemagne*

¹²⁴ AL-RAWASHDEH S. « Assisted suicide : A study in the english criminal law and the european court of human rights jurisprudence », *Kuwait international law school journal*, volume 5, june 2017, p. 67.

¹²⁵ Oregon's deathwith dignity act.

¹²⁶ 17 janv. 2006 *Gonzales v. Oregon*.

¹²⁷ 25 juin 1990 *Cruzan v. Missouri* department of Health.