



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Π.Μ.Σ. : ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2018-2019

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της Νίκης Δημακοπούλου του Δημητρίου

A.M.: 221

La problématique du droit à la mort

Fondements juridiques et approche comparative dans l'espace européen

Επιβλέπουσα:

Aude Rouyère, Professeur de Droit Public-Directrice de l'Institut Léon Duguit

Αθήνα, 2019

Copyright © [Νίκη Δημακοπούλου, 2019]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Introduction

Le droit à mourir constitue un sujet multidimensionnel et complexe qui ne touche pas seulement des aspects médicaux, mais aussi des aspects éthiques, sociaux et philosophiques, sans pouvoir obtenir une perspective commune. Le résultat de la diversité des opinions de chaque domaine influence inévitablement la position du droit qui se trouve plusieurs fois vague en ce qui concerne l'euthanasie et incapable de trouver des solutions à des problèmes de pratique qui émergent quotidiennement. C'est tout à fait logique, si on pense qu'en réalité le droit reflète la manière de pensée de la société, ses inquiétudes et même ses préjugés. Ainsi, malgré l'essai de la législation de trancher les difficultés pour parvenir à son but, c'est-à-dire d'assurer l'organisation de l'ensemble social et par conséquent l'élévation du niveau de la qualité de vie, l'accomplissement de cet objectif devient une utopie. La raison derrière cette insuffisance du droit est le fait que le débat autour des questions sur la fin de vie dispose d'une identité limite, à savoir il se trouve entre le droit et l'éthique.

La façon avec laquelle chaque pays dans le monde traite le sujet de l'euthanasie, se dépend des valeurs morales et la civilisation juridique en l'espèce. Par ailleurs, c'est vrai qu'il existe un grand nombre des législations différentes sur ce sujet. Chaque Etat envisage différemment l'existence d'un droit à la mort et c'est pourquoi plusieurs pays qui l'ont légalisé, ont de systèmes juridiques relatifs avec des dispositions prévoyant des possibilités diversifiées. La lecture de l'existence d'un droit à la mort est mieux illustrée dans le cadre de la Convention Européenne des Droits de l'Homme qui donne des outils nécessaires pour une conception enrichie du sujet, tandis que, le rôle de la Cour de Strasbourg se renforce de plus en plus sur la matière, avec une évolution remarquable caractérisant ses arrêts.

En outre, ce n'est pas rare le cas où la jurisprudence des juridictions nationales entreprend le rôle de trouver des solutions concrètes sur la matière à défaut d'un cadre législatif. Cependant, un défi énorme se crée pour les juridictions qui essaient de statuer en équilibre quand se mettent en cause, d'un côté, les droits des patients et, d'autre côté, le devoir de la société et du médecin de protéger la vie humaine. Par ailleurs, la question de quel rôle doit remplir le droit face à ces enjeux n'est en aucun cas simple, puisque la dignité humaine et le droit à l'autodétermination peuvent se heurter au droit fondamental à la vie, non seulement dans un niveau théorique, mais aussi dans un niveau complètement pratique.

PARTIE 1 : LES FONDEMENTS JURIDIQUES DU DROIT A L'EUTHANASIE ET LA JURISPRUDENCE DE LA CEDH

SECTION A: LES FONDEMENTS JURIDIQUES

Chapitre 1 : Une approche historique, sociale et philosophique du droit à la vie

La question si le droit à la vie a pour corollaire le droit à la mort est complexe. Les outils nécessaires pour encadrer la susdite problématique est l'esquisse des nuances d'importance vitale, celles de la vie et de la mort.

Le terme « euthanasie », attribué à Francis Bacon, le philosophe anglais¹ constitue un mot ancien grec provenant des mots « -eu » qui signifie « bonne, douce » et « thanatos » qui signifie la « mort ». Ainsi, malgré le fait que pour les grecs anciens il s'agirait d'un terme avec un contenu très concret- la mort douce, bonne et calme-, il était apparu très rarement dans la littérature ancienne classique, et avec la signification suivante : la bonne mort qui vient d'une façon naturelle, comme le résultat du temps qui passe. Pourtant, pendant les années de l'ancienneté, il y a des opinions diverses a la matière. D'une part, le caractère sacré et inviolable de la vie humaine n'est pas en général une vérité objective, comme l'indique la pratique des Spartiates de tuer les bébés handicapés, visant à satisfaire l'intérêt allégué de l'Etat. D'autre part, il y avait des poètes et des philosophes qui s'étaient posés clairement contre l'idée de l'euthanasie, comme le poète tragique Sophocle dans son ouvrage « Philoctète » et Aristote qui considérait que mettant fin à sa vie est un acte lâche et en même temps se tournant contre l'Etat².

Néanmoins, l'origine étymologique de l'euthanasie mentionnée ci-dessus, ne couvre pas la nuance réelle de l'euthanasie dans la vie contemporaine, puisque c'est un sujet qui se trouve depuis longtemps au centre des débats à cause des paramètres culturelles, sociales, religieuses, légales et médicales qui le régissent.

L'élément prépondérant dans ce débat constant est l'évolution de la perception de la mort qui n'est pas évidemment la même avec celle qui a dominé au cours des siècles. Cela devient encore plus manifeste si on prend en compte le traitement de la mort dans plusieurs pays dans le cadre d'une approche historique. Par exemple, il y avait une époque où le suicide était un acte interdit qui provoquait l'imposition des peines, comme en France jusqu'au 1791³ et au Royaume-Uni où progressivement il a procédé à l'abolition des peines religieuses, civiles et pénales jusqu'à l'Acte de Suicide de 1961⁴. Par conséquent, on observe que le suicide, malgré le fait qu'il constitue un acte

¹ Anapliotis Anargyros, « Le droit à l'euthanasie- athanasie », ZYMEL 2003, p. 49

² Nestor E. Kourakis, Kalliopi D. Spinelli, « Euthanasie : un sujet épineux », Sakkoulas Ant. N. 2008, p.103

³ Petr Muzny, « La liberté de la personne sur son corps », Dalloz 2010, p. 126

⁴ Nataly Papadopoulou, « From Pretty to Nicklinson : changing judicial attitudes to assisted dying », European Human Rights Law Review 2017, 3, p. 299 suiv., où est noté que « cet Acte reflète le degré de compassion envers ceux qui avaient tenté de se suicider et leurs familles, et reconnaît l'absurdité et l'insensibilité de la loi pénalisant le suicide ».

sans porter atteinte à une autre personne, n'était pas toujours un acte de libre choix, puisqu'il était encadré d'un régime répressif à cause des convictions notamment religieuses, mettant en avance l'opinion que « *seulement le Dieu, le créateur de la vie, a la possibilité de la détruire* », selon William Blackstone en 1775.

Parallèlement, un autre élément qu'on doit prendre en compte dans le cadre de cette approche historique, est le fait que jusqu'au bout du 19^e siècle, la mort constituait une quotidienneté pour les individus, à cause de l'incapacité de la médecine de prévenir un grand nombre des maladies. Ainsi, contrairement à la société contemporaine, l'espérance de vie était assez courte et les épidémies mortelles ne pouvaient pas être abattues, rendant la mort tout à fait intégrée dans la pensée de la personne⁵.

Par la suite, pendant le 20^e siècle, c'était la position de l'Allemagne avant et pendant la Seconde Guerre Mondiale, qui a marqué le dialogue sur le sujet de l'euthanasie. Plus particulièrement, le mouvement des Nazis n'est pas en réalité lié avec l'euthanasie, puisque leurs crimes contre plusieurs catégories de la population, non considérées comme des personnes valables de vivre, étaient manifestement des actes d'homicide⁶. Cependant, la société était encore refroidie devant les atrocités commises et toutes les initiatives pour l'appartenance du droit à l'euthanasie dans les dispositions de la Convention des Nations Unies, ont été retirées, ouvrant la place pour l'Eglise Catholique rétablir son opinion depuis toujours clairement contre l'acte euthanasique⁷. De plus, cette polémique devant l'euthanasie est également expliquée par l'éloignement de la mort de la vie quotidienne, grâce au progrès des techniques médicales importantes pendant le 20^e siècle, qui souvent font croire que la mort peut très facilement être évitée, avec un essai de maintenir la vie à tout prix et même avec des traitements inutiles.

Enfin, on doit mentionner à ce point que la science de la bioéthique, née pendant les années 1970 aux Etats-Unis, a contribué énormément à la perspective avec laquelle la mort est envisagée et à la solution des grands débats autour du commencement et de la fin de la vie de la personne. Plus concrètement, il existe deux théories qui ont dominé dans le développement de la bioéthique et qui traitent le sujet controversé du droit à la disposition de la vie humaine. Ces deux théories sont la théorie de l'utilitarisme et de l'autonomie qui constituent en même temps le fondement de la relation entre le droit et la médecine et entre les prestataires des services de santé et les usagers de celles-ci⁸. Ainsi, la théorie de l'utilitarisme prévoit que tout ce qui est utile est moral et que le but est « *le plus grand bonheur du plus grand nombre* »⁹. Par conséquent, dans les cas où la vie n'est pas « utile », quand elle est accompagnée des plusieurs souffrances insupportables pendant la procédure de la mort, selon cette théorie, il serait immoral de ne pas aider la personne d'abrégier sa vie. De l'autre côté, même si la théorie de

⁵ Marie Grosset, « Les pratiques médicales de fin de vie à l'épreuve du droit », Les cahiers de la justice 2017, p. 427

⁶ R. J. Lifton, « The nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide », N. Y. Basic Books 1986, p.30

⁷ Op. Cit., « Euthanasie : un sujet épineux », p. 120

⁸ Op. cit, « Le droit à l'euthanasie- athanasie », p. 58

⁹ René Sève, « Philosophie et théorie du droit », édition 2^e Dalloz 2016, p. 99

l'autonomie fondée sur la pensée de Kant refusait toute forme d'euthanasie¹⁰, néanmoins, des partisans contemporains se basent sur la théorie kantienne pour soutenir un droit à la mort sous la condition que le patient prend une telle décision dans le cadre d'une action autonome et avec une liberté totale.

CHAPITRE 2 : La dimension constitutionnelle du droit à la mort à la lumière de la Constitution grecque et française

La question de l'existence d'un droit à la mort peut être envisagée non seulement de la part du patient, mais aussi, de la part du médecin. En premier lieu, le droit à l'euthanasie est **étroitement lié avec le principe de la dignité de l'être humain et du droit fondamental à l'autodétermination**. Il s'agit des deux nuances qui possèdent une place primordiale dans un grand nombre tant des textes internationaux que des textes de droit interne du niveau législatif et aussi constitutionnel. Ce lien entre, d'un côté, le choix de la modalité et du temps avec lesquels une personne veut mourir et, d'autre cote, sa dignité et son droit à l'autodétermination, se rend évident si on penche sur le contenu concret de ces dernières nuances, spécifiquement dans les systèmes juridiques en France et en Grèce.

TITRE 1 : Le principe de la dignité humaine dans la Constitution et la législation grecque et française

Le principe de la dignité humaine est protégée dans la disposition de l'article 2 al.1 de la Constitution Grecque, qu'il stipule : « *Le respect et la protection de la valeur de l'homme constituent l'obligation primordiale de l'Etat* ». Le terme « valeur » mentionné dans l'article manifeste le caractère anthropocentrique de la Constitution dans le cadre duquel il ne s'apparaît pas comme un élément seulement des droits civils et sociaux, mais comme un principe qui concerne tant la forme et les fondements de la Constitution, que le noyau dur des droits civils. Par conséquent, l'article 2 al. 1 appartient aux dispositions constitutionnelles qui ne peuvent pas être révisées¹¹. En outre, est largement accepté le fait que les termes « dignité » et « valeur humaine » sont utilisées sans aucune différence conceptuelle¹², même s'il y a une partie de la doctrine qui considère que les deux notions ne sont pas identiques et que la « dignité humaine »

¹⁰ Op.cit., « Le droit à l'euthanasie- athanasie », p. 59 où est souligné que « *la théorie de l'autonomie constitue la base du consentement éclairé, qui autorise quelque forme d'intervention à la personne, sous la condition du consentement éclairé et de l'appartenance à une règle principale* ». Ainsi, l'euthanasie est exclue « *car elle n'est pas conforme à une règle principale qui pourrait être appliquée dans toutes les époques et à toutes les personnes* ».

¹¹ Antoniou Theodora, « Le respect de la valeur de l'être humain comme un principe et un droit dans la Constitution de 1975 », éditions Ant. N. Sakkoulas 2010, p. 29

¹² Raikos G. Athanasios, « Politique Générale et Droit Constitutionnel (Tome III), Droits fondamentaux », éditions Bibliothèque Juridique 2018, p. 249

couvre notamment la dimension sociale de la nature humaine et non la dimension corporelle ou intellectuelle¹³.

Au contraire, dans le système juridique français, le principe de la dignité de la personne n'est pas consacré expressément dans la Constitution de 1958 comme en Grèce. En outre, il existe une législation abondante quant à ce principe, puisqu'il y en a de références en droit de communication, de la santé, en droit civil et pénal, avec la mise en œuvre de limites au comportement de la personne pour que la dignité humaine ne soit pas atteinte¹⁴. Cependant, malgré l'absence du susdit terme dans la Constitution française, le principe de la dignité de l'être humain a été constitutionnalisé à travers la jurisprudence du Conseil Constitutionnel. Plus particulièrement, c'était avec une décision de 1994 du CC¹⁵ avec laquelle était déclaré que « *la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle* ». Cette constitutionnalisation a été fondée sur le préambule de la Constitution de 1946¹⁶ qui, selon la doctrine relative peut donner, comme étant la base juridique, le caractère constitutionnel à un principe puisqu'il a la même valeur avec la Constitution¹⁷.

TITRE 2 : La dignité humaine et le droit à l'autodétermination dans le cadre international et européen

En réalité, la nuance de la dignité humaine est régie par un caractère profondément historique et philosophique, compte tenu de ses origines, et elle constitue avant tout un principe avec une dimension universelle. Plus concrètement, la fin de la Seconde Guerre Mondiale a conduit la société à un essai pertinent de lutter contre une éventuelle répétition des crimes abominables commis. Ainsi, une pléthore de textes internationaux a été adoptée dont le but était de sauvegarder la protection des droits de la personne. L'importance de la dignité de la personne humaine est de cette façon indiquée, puisqu'elle a été consacrée dans de nombreux textes. Parmi les plus marquants se trouvent le préambule de la Charte des Nations-Unies, que cinquante États, y compris la France, ont signée le 26 juin 1945 à San Francisco, mettant en avant « *la foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites* ». Quelques années plus tard, le 10 décembre 1948, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme a été adoptée à Paris, stipulant déjà dès son préambule que « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde* ». De plus, il y a également une mention

¹³ Andreas G. Dimitropoulos, « Droits Constitutionnels, Tome III, numéro I-III », édition B' 2008, p. 271-272

¹⁴ Jean- René Binet, « Droit de la Bioéthique », LGDJ LEXTENSO éditions 2017, p.118

¹⁵ Conseil Constitutionnel, 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC

¹⁶ Constitution du 27 octobre 1946, Préambule al. 1 : « *Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés* ».

¹⁷ Bruno Genevois, « La dignité de la personne humaine, principe symbolique ou réalité juridique », dans le livre « *Mélanges en l'honneur de Robert Badinter, L'exigence de justice* », éditions Dalloz 2016, p. 447

au terme précité dans la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine de 1997, dite Convention d'Oviedo, ou est déclaré au sein du premier article que « *les Parties à la présente Convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité et garantissent à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine* ». Enfin, la dignité humaine est consacrée dans le premier article de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne de 2000 ou est énoncé que « *La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée* »¹⁸.

Dans le cadre d'une analyse plus profonde, à travers le grand nombre des textes internationaux dont des extraits sont cités au-dessus, on est en position de constater que le principe de la dignité s'applique à toute être humain, dès sa naissance, **étant inhérent à toute personne, indépendamment des conditions particulières**. Ça veut dire que même si une personne se trouve dans une situation d'incapacité physique ou mentale ou est totalement incapable de communiquer et comprendre son environnement, sans pouvoir comprendre même des actes attentatoires à sa dignité, c'est notamment sous ces circonstances, que la sauvegarde de la dignité humaine devient plus cruciale que toujours. Par ailleurs, dans le cadre qu'une autorité étatique s'ingère à la vie d'une personne vulnérable ou incapable, se distinguent clairement trois aspects du principe de la dignité, qui sont, en premier lieu, le respect de la procédure prévue de consultation et de dialogue avec la personne vulnérable pour que sa volonté soit prise en compte. Deuxièmement, c'est le bien-être, autrement dit le « bonheur » qui constitue la substance de la procédure de prise d'une décision relative et, finalement, c'est le contexte de la vie quotidienne, où les personnes vulnérables se trouvent complètement dépendants de l'aide d'autrui, même pour les activités les plus intimes et nécessaires pour le fonctionnement de l'organisme humain¹⁹, rendant de cette façon le respect de la dignité nécessaire. Plus concrètement, la preuve qu'une société soit juste et respectueuse des droits des citoyens est la manière du traitement de ceux qui sont vulnérables à cause de leur âge ou d'incapacités particulières²⁰.

Ainsi, ce principe doit incessamment être vivant, même jusqu'au moment de la mort ou mieux, surtout au moment de la mort. Par ailleurs, la mort constitue le dernier acte dans le trajet de la vie et, à notre opinion, serait manifestement interventionniste une politique qui met des obstacles à l'expression de la volonté et aux actes derniers d'un individu étant donné que la société doit protéger l'autonomie avec laquelle les personnes agissent.

¹⁸ Op. cit., « Droit de la bioéthique », p. 117

¹⁹ Sir James Munby, « Why do we ignore dignity? Some comments », *European Human Rights Law Review* 2019, p. 123

²⁰ « *La vulnérabilité est marquée de subjectivité, ce qui la rend malaisée à saisir (...)* » et « *... la vulnérabilité est un concept à la fois objectif et subjectif qui renvoie à une dialectique entre d'une part la menace qui pèse sur une personne et, d'autre part, l'atteinte aux droits de cette personne. Elle est objective parce que la menace peut se matérialiser concrètement mais aussi subjective parce que la perception de la menace par l'individu doit également être prise en considération* ». Voir ainsi Yannick Lécuyer, « La prise en compte du vieillissement dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *RDSS* 2018, p. 770

En outre, en ce qui concerne **le contenu de la dignité humaine**, il faudrait mentionner qu'en général, il n'existe pas une définition concrète juridique de ce terme, donnant la place à deux conceptions différentes de se développer, à savoir, une de caractère subjectif et une de caractère objectif. Selon la théorie subjective, chaque individu a la possibilité de déterminer de façon libre des pressions extérieures la nuance de la dignité et ainsi permettre tous ces actes qui ne lui sont pas contraires. En revanche, la théorie objective prévoit que « *la dignité est une valeur collective qui s'impose à l'individu ne pouvant l'abdiquer*²¹ ». De plus, il y a une partie de la doctrine qui attribue l'absence de la définition légale à la nature « supra-positive » de la dignité et au fait qu'elle possède un caractère transcendant, soutenant la position selon laquelle le droit positif ne peut pas définir le contenu de la dignité, mais peut seulement organiser les modalités de protection et de sauvegarde de ce principe²². Néanmoins, conformément à la théorie objective classique dominante, inspirée par l'Impératif Catégorique d'Emmanuel Kant, la dignité humaine a une signification selon laquelle tout traitement par l'Etat de la personne comme un objet ou un moyen ou de façon que la qualité de la personne comme un sujet soit mise en cause, est interdit. De cette façon, la personne maintient son identité et sa possibilité de développer ses compétences personnelles²³. De plus, c'est remarquable le constat que dans le droit anglo-saxon, la dignité de l'homme ne joue aucun rôle créatif dans la théorie des droits de la personne à cause de la préférence des juristes de se fonder sur des bases juridiques plus pratiques et avec un contenu concret. Cependant, l'inviolabilité de la dignité est aussi assurée dans cet ordre juridique par la contribution de l'absence de cette notion dans le cadre de la théorie des droits au développement de l'inviolabilité des droits de l'homme au total²⁴.

On observe que la dignité humaine constitue le principe qui conduit au droit à l'autodétermination et par conséquent au développement et l'épanouissement personnel, sauvegardé sous la disposition de l'article 8 de la CEDH²⁵. Ainsi, dans le cadre du Conseil de l'Europe, il serait intéressant de voir certains éléments du Guide sur le processus décisionnel relatif au traitement médical dans les situations de fin de vie²⁶.

Plus particulièrement, quant à la protection accordée par le Conseil de l'Europe, la dignité humaine régit l'ensemble de tous les autres droits fondamentaux protégés au sein de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales. Malgré le fait que dans le texte de la CEDH il n'existe aucune référence

²¹ Op. cit., « Droit de la Bioéthique », p. 120

²² Philippe PEDROT, « *Ethique, Droit et Dignité de la personne* », *Mélanges Ch. Bolze*, F. Borella, « Le concept de dignité de la personne humaine », éditions Economica 1999, p. 29 suivante

²³ Op. cit., « « Le respect de la valeur de l'être humain comme un principe et un droit dans la Constitution de 1975 », p. 46

²⁴ Op. cit., « Why do we ignore dignity? Some comments », p. 121

²⁵ Convention Européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, Guide sur l'article 8, disponible à l'adresse électronique suivante:

https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_FRA.pdf

²⁶ Comité de Bioéthique du Conseil de l'Europe, Guide sur le processus décisionnel relatif au traitement médical dans les situations de fin de vie, disponible à l'adresse électronique suivante :

<https://www.infirmiers.com/pdf/guide-conseil-europe-processus-decisionnels.pdf>

expresse sur la « dignité humaine », il n'y pas de doute que ce terme se pose au centre de l'interprétation de cette Convention. Il s'agit d'un « principe matriciel » dont le rôle significatif a déjà été indiqué à travers la jurisprudence de la Cour de Strasbourg en 1995²⁷ où la dignité a été conçue comme « *l'essence même de la Convention* ». Ainsi, ce principe non seulement supporte la protection des autres droits, comme le droit à la vie, l'interdiction d'esclavage, de la torture, des traitements inhumains ou dégradants, mais aussi il influence énormément les méthodes d'interprétation de la Cour de Strasbourg en ce qui concerne sa jurisprudence²⁸.

La relation directe entre la dignité humaine et la situation de fin de vie est encore une foi déclarée dans le contexte du Conseil de l'Europe dans le cadre duquel quatre principes ont été formés pour l'établissement d'un « guide » juridique concernant cette matière. Ces principes sont l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice, à savoir ils se sont des principes qui découlent du texte de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

Plus concrètement, l'autonomie est composée de la capacité de l'individu de faire les actes découlant de sa volonté et de son choix personnel. Ainsi, ce principe s'exprime avec le consentement libre et éclairé après une information complète préalable, en ce qui concerne les risques et les possibilités des actes médicaux qui sont destinés à intervenir. Par ailleurs, l'information donnée par avance constitue la condition de l'exercice substantiel de l'autonomie, puisque seulement de cette façon la personne a une connaissance de l'image totale de la situation, afin qu'elle puisse peser ses choix et ainsi opter pour le mieux qu'elle pense. C'est évident que ce consentement, ainsi que le droit au retrait du consentement à tout point temporel, est associé au droit au respect à la vie privée, consacré dans l'article 8 de la CEDH, qui stipule que: «*Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance*» et qu' «*Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui* ». De plus, le consentement libre et éclairé est également prévu dans l'article 5 de la Convention d'Oviedo²⁹, tandis qu'en même temps il existe des dispositions dans ladite Convention pour la sauvegarde de l'autonomie des personnes vulnérables n'ayant pas la capacité de consentir, à travers

²⁷ Cour EDH, 22 novembre 1995, S.W. c. Royaume Uni, n° 20166/92

²⁸ Catherine Gauthier, Sébastien Platon, David Szymczak, « Droit européen des Droits de l'Homme », édition 1^{ère} Dalloz 2016, p. 119

²⁹ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine de 1997, article 5 : « *Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement* ».

la prévision d'un représentant³⁰ et des directions anticipées³¹. De plus, la bienfaisance et la non-malfaisance, expriment la double obligation du médecin d'essayer, d'une part, d'augmenter le bénéfice éventuel pour le patient et d'autre part, de minimiser le dommage pour lui. Ces deux principes traduisent également le droit à choisir, si nécessaire, la mort à la place d'un maintien à la vie douloureux et ils se traduisent à deux autres articles importants de la CEDH, à l'article 2 qui protège le droit à la vie³² et à l'article 3 proclamant l'interdiction de la torture et des actes inhumains et dégradants³³. La Convention d'Oviedo comprend aussi les deux principes précités, affirmant de cette façon la primauté de la personne humaine, au sein de l'article 2³⁴, posant en même temps de limites à l'activité médicale qui pourrait aboutir à la création des souffrances en dépit de la personne au nom du progrès de la science³⁵.

TITRE 3 : Une perspective différente, la part médicale : compassion et liberté de conscience

Malgré la présence puissante de la « compassion » dans les sciences de philosophie, de sociologie, des études culturelles et de psychologie, c'est un terme qu'à première vue ne peut pas être inséré dans la doctrine juridique. La raison derrière cette hésitation initiale est la difficulté de la définir dans un cadre concret, strict et délimité, puisque la compassion est essentiellement un sentiment³⁶ et c'est pourquoi elle semble être très

³⁰ Convention d'Oviedo, article 6 : « 1. Sous réserve des articles 17 et 20, une intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir, que pour son bénéfice direct. 2 Lorsque, selon la loi, un mineur n'a pas la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi. L'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité. 3 Lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi. La personne concernée doit dans la mesure du possible être associée à la procédure d'autorisation. 4 Le représentant, l'autorité, la personne ou l'instance mentionnés aux paragraphes 2 et 3 reçoivent, dans les mêmes conditions, l'information visée à l'article 5. 5 L'autorisation visée aux paragraphes 2 et 3 peut, à tout moment, être retirée dans l'intérêt de la personne concernée ».

³¹ Convention d'Oviedo, article 9 : « Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte ».

³² CEDH, article 2 : « 1. Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi. 2. La mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article dans les cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire : a) pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale ; b) pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue ; c) pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection ».

³³ CEDH article 3 : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».

³⁴ Convention d'Oviedo, article 2 : « L'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science ».

³⁵ Op. cit., Comité de Bioéthique du Conseil de l'Europe, « Guide sur le processus décisionnel relatif au traitement médical dans les situations de fin de vie », disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.infirmiers.com/pdf/guide-conseil-europe-processus-decisionnels.pdf>

³⁶ Dermot Feenan, « Law and compassion », International Journal of Law in Context 2017, p. 121

loin du droit qui se fonde notamment à des principes concrets et à l'évaluation d'événements avec le but d'obtenir des preuves solides. Cependant, c'est incontestable que les dernières années la compassion a pris une autre forme et elle est souvent mentionnée tant dans des codes pénaux comme une raison de minimiser la peine, que dans des systèmes juridiques en général autour des plusieurs matières, comme le domaine des droits fondamentaux, le droit d'asile, le droit des détenus et du système pénitentiaire et surtout dans le droit auquel se centralise le mémoire en l'espèce, c'est-à-dire, le domaine des droits des patients et des questions autour de la fin de vie.

En outre, la compassion constitue un « sentiment cognitif- évaluatif relationnel³⁷ », puisqu'elle comprend la compréhension de l'expérience et de la situation d'une autre personne. Ainsi, au cas des derniers moments à la vie d'un individu qui a plusieurs souffrances, la compassion est le motif pour lequel on essaie de mettre une fin à ces souffrances, pour qu'il n'existe plus de distorsion de la personnalité du patient. En même temps, c'est également la compassion qui motive toute la culture palliative et les règles de l'accompagnement à la fin de vie dans plusieurs systèmes juridiques.

Un autre point de vue intéressant quant à cette matière serait la perspective du respect du droit de l'article 9, relatif à la liberté de la pensée, de la conscience et de la religion³⁸ de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, non de la part du patient, voulant terminer sa vie, mais de la part du médecin. En premier lieu, la violation du droit accordé par l'article 9 de la CEDH n'était pas reconnue par la Cour de Strasbourg dans l'affaire *Pretty contre Royaume-Uni* en 2002³⁹, comme la requérante souhaitait. Précisément, elle avait invoqué que, avec le refus par le ministère de justice à son mari de ne pas le poursuivre pénalement s'il l'assistait à se suicider, sa conviction et soutenance au suicide assisté n'était pas respectée⁴⁰. Cependant, la Cour a conclu que la mise en œuvre de la susdite conviction n'était pas protégée par l'article 9, rendant de cette façon le défi envisagé en l'occurrence, encore plus difficile à surpasser. Néanmoins, il existe de plusieurs outils de fonder le droit au suicide assisté sur la protection des convictions du médecin.

Concrètement, à l'instar du fondement de l'argumentation de la requérante qui soutenait cette conviction d'une façon de gagner de profit elle-même, qui par conséquent, était en réalité un fondement sur son autonomie, ça ne serait pas le cas pour le médecin. L'affaire de Mr Raymond Cutkelvin⁴¹ illustre parfaitement cette opinion, puisque le médecin Dr Irwin, membre de l'association Dignitas en Suisse, avait aidé économiquement Cutkelvin qui était affecté par un cancer incurable, voulant faire usage

³⁷ Maksymilian Del Mar, « Imagining by feeling: a case for compassion in legal reasoning », *International Journal of Law in Context*, 2017, p. 143

³⁸ Article 9 CEDH : « 1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites. 2. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

³⁹ Cette affaire va s'analyser dans le chapitre suivant.

⁴⁰ Cour EDH, 29 avril 2002, *Pretty contre Royaume-Uni*, n° 2346/02, § 31

⁴¹ DPP/CPS, « No charges following death of Raymond Cutkelvin », 25 juin 2010

des services de l'association. Il faudrait remarquer qu'aucune relation préalable ne liait les deux personnes et tenir en compte que le médecin n'avait aucun profit. Il a agi seulement motivé par la compassion envers l'individu souffrant et par la conviction que la législation au Royaume-Uni interdisant le suicide assisté n'était pas correct moralement⁴². C'est le motif de la décision du Directeur des Poursuites Publiques de ne pas poursuivre pénalement ce médecin qui, par ailleurs, avait déclaré au préalable publiquement sa soutenance puissante à l'assistance au suicide en faveur des malades en phase terminale et à la nécessité d'un changement de la législation relative⁴³.

De plus, la jurisprudence de la Cour de Strasbourg pourrait être utilisée pour le renforcement de l'existence d'un droit de la liberté de la conscience du médecin en relation avec l'assistance au suicide. A cet essai contribue le fait que les dernières années l'interprétation du champ d'application de l'article 9 de la CEDH est devenue beaucoup plus ample. L'affaire Bayatyan contre Arménie⁴⁴, relative à la possibilité, pour la première fois, des objecteurs en conscience de s'abstenir de leur service militaire, donne un outil juridique à la doctrine pour poser une conviction sous la protection de l'article 9 de la CEDH et par conséquent octroyer aux médecins le droit à la liberté de conscience. Cet outil en l'espèce, consiste à trois conditions qui doivent être remplies pour que l'assistance au suicide par un médecin ne soit pas illégale. Ainsi, conformément à l'examen Bayatyan⁴⁵, la conviction du médecin peut être protégée premièrement, s'il existe un « *conflit sérieux et insurmontable* » entre une interdiction légale et la conscience de la personne. En l'occurrence, le conflit est de cette façon qualifiée, puisque le médecin soutenant l'assistance au suicide, soit il ne suit pas ses convictions soit il commet une infraction, envisageant le risque d'être sanctionné. Ensuite, la conviction doit être régie de cohérence suffisante, sérieuse et d'importance ; c'est évidemment un élément qui pourrait provoquer des problèmes de preuve. Enfin, les motifs pour l'acte du médecin doivent découler de ses convictions et non de la poursuite d'un profit personnel⁴⁶.

En outre, un dernier élément important concernant le fondement de la possibilité d'un médecin d'accorder son assistance au suicide d'une personne, sur le droit à la liberté de la conscience, est le principe de proportionnalité dont l'application est toujours nécessaire, quand il y a une ingérence à un droit fondamental, comme le droit déduit de l'article 9 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. A la lumière de cette analyse, l'exemple de Carter contre Canada⁴⁷ peut servir comme inspiration, puisque la Cour Suprême de Canada avait estimé qu'une interdiction totale de l'assistance au suicide n'est pas nécessaire pour la protection des personnes vulnérables, au motif que ce but légitime pourrait être accompli par de moyens moins stricts et limitants⁴⁸.

⁴² John Adenitire, « A conscience-based human right to be "doctor death" », Public Law 2016, octobre, p. 616

⁴³ BBC, « No prosecution for right-to die doctor », publié le 25 juin 2005, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.bbc.com/news/10414767>

⁴⁴ Cour EDH, 7 juillet 2011, Bayatyan contre Arménie, n° 23459/03

⁴⁵ Cour EDH, 7 juillet 2011, Bayatyan contre Arménie, § 110

⁴⁶ Op. cit, « A conscience-based human right to be "doctor-death" », p. 617-618

⁴⁷ Cour Suprême de Canada, 6 février 2015 SCC 5, Carter contre Canada

⁴⁸ Cour Suprême de Canada, 6 février 2015, Carter contre Canada, § 117

SECTION B- Jurisprudence de la Cour EDH

Malgré l'existence d'un contexte juridique théoriquement suffisant et solide, la Cour Européenne des Droits de l'Homme refuse de reconnaître un droit à la mort, déduit du droit à la vie consacré dans l'article 2 de la CEDH, estimant que la protection de la vie humaine se pose au-dessus de tous les autres droits, sans qu'il ait la possibilité d'effectuer aucune dérogation à ce principe. Ainsi, la Cour dans un grand nombre d'arrêts confirme que même si l'étendue du droit à la vie est assez vaste, créant des obligations de nature positive et négative aux Etats, néanmoins, un droit de revendiquer le droit à la mort envers l'Etat ne peut pas être accepté⁴⁹. La seule façon avec laquelle la Cour reconnaît le droit à l'euthanasie active ou passive ou au suicide assisté, est aux cas où elle accorde une marge d'appréciation aux Etats, puisque l'euthanasie constitue un sujet qui est très loin d'un consensus au plan européen. Seulement quatre pays européens disposent d'un cadre législatif autour de l'euthanasie, tandis que les autres, parmi lesquels se trouvent la France et la Grèce, autorisent certaines formes de la fin de vie, comme la sédation profonde et continue ou interdisent totalement toute acte contre la vie.

Dans ce chapitre on va présenter certains arrêts rendus par la Cour de Strasbourg pour illustrer ce sujet controversé encore plus largement.

1) Affaire Pretty c. Royaume Uni, 2002

Il s'agirait d'une ressortissante britannique, âgée de 43 ans, mariée, qui souffrait d'une maladie incurable de caractère neurodégénératif, c'est-à-dire d'une sclérose latérale amyotrophique ayant pour résultat l'incapacité totale d'effectuer quelconque mouvement. Ainsi, Mme Pretty s'était trouvée dans une phase terminale de sa maladie et elle désirait de s'échapper des souffrances et du fait qu'elle n'avait plus aucune autonomie avec une perte complète de sa dignité⁵⁰. Pourtant, à cause de la susdite maladie avec des conséquences négatives corporelles, elle ne pouvait pas réaliser elle-même le suicide souhaité et c'est pourquoi elle avait demandé au ministère public de ne pas poursuivre pénalement son mari s'il l'aidait à l'acte de suicide, puisque le suicide assisté est interdit dans l'ordre juridique anglais, selon l'Acte de Suicide de 1961. Conformément à cette législation, une personne commet un crime si elle procède à un acte d'encourager ou d'assister le suicide ou la tentative du suicide d'une autre personne et si cet acte était visé à encourager ou assister le suicide ou la tentative de suicide. Une peine de quatorze ans le plus est prévu, sauf le cas que le Directeur de Poursuites Publiques accorde son consentement à ne pas procéder à des poursuites⁵¹. Comme le ministère public a rejeté la demande de la requérante, elle a saisi la Cour Européenne des Droits de l'Homme, et elle a invoqué la violation des articles 2, 3, 8, 9 et 14 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales. En ce

⁴⁹ Voir ainsi le Guide sur l'article 2 de la CEDH, disponible à l'adresse électronique suivante :

https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_2_FRA.pdf

⁵⁰ Cour EDH, 29 juillet 2002, Pretty contre Royaume Uni, n° 2346/02, §§ 7-8

⁵¹ Op. cit., « From Pretty to Nicklinson: changing judicial attitudes to assisted dying », p. 300

qui concerne l'article 3 de la CEDH ⁵² dans lequel est interdite toute action inhumaine et dégradante, c'est-à-dire, toute action capable de porter atteinte à la dignité humaine, est évident le fait que l'argumentation de Mme Pretty se fonde sur la violation alléguée de sa dignité⁵³, soutenant essentiellement que l'Etat a l'obligation non seulement négative, mais aussi positive de mettre une fin à ses souffrances dégradantes.

2) Affaire Haas c. Suisse, 2011

Dans cet arrêt, la Cour de Strasbourg a confirmé encore une fois que l'article 8 de la CEDH consacré au respect du droit à la vie privée et familiale n'impose pas à l'Etat l'«*obligation positive*» d'assurer la création des conditions pour qu'une personne commet du suicide. En l'espèce, il s'agirait d'un homme affecté d'une maladie grave psychique (trouble bipolaire) depuis plusieurs années, à cause de laquelle il estimait qu'il ne pouvait plus vivre une vie digne et c'était la raison de ses tentatives de se suicider, avant qu'il demande d'obtenir une ordonnance pour une substance létale par les médecins de l'association pour le suicide assisté en Suisse, «*Dignitas*» mais sans aucun résultat⁵⁴. Sa demande de se procurer l'ordonnance pour avoir d'accès au pentobarbital de sodium s'est adressée par la suite à des autorités qui à leur tour l'ont

⁵² Convention Européenne des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales, article 3 : « *Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants* ».

⁵³ Cour EDH, 29 avril 2002 Affaire Pretty c. Royaume Uni, §§ 44, 45 : « *Devant la Cour, la requérante a principalement axé ses griefs sur l'article 3 de la Convention. Elle soutient que la souffrance à laquelle elle se trouve confrontée participe d'un traitement dégradant au sens de l'article 3 de la Convention. Atteinte d'une atroce et irréversible maladie en phase terminale, elle serait vouée à connaître une mort extrêmement pénible et indigne, laquelle surviendrait lorsque les muscles contrôlant sa respiration et sa déglutition seraient affaiblis à un point tel qu'elle développerait des problèmes d'insuffisance respiratoire et de pneumonie. Le Gouvernement ne serait certes pas directement responsable de ce traitement, mais la Cour aurait établi dans sa jurisprudence qu'en vertu de l'article 3 il pèse sur l'Etat non seulement une obligation négative de s'abstenir d'infliger pareil traitement à ses citoyens, mais également une obligation positive de les en protéger. En l'espèce, cette obligation consisterait à prendre les mesures requises pour prémunir Mme Pretty contre la souffrance qu'il lui faudra autrement endurer. 45. La requérante soutient qu'il n'y a pas place, dans le domaine de l'article 3 de la Convention, pour établir un équilibre entre son droit à être protégée contre un traitement dégradant et quelque intérêt général concurrent que ce soit, car le droit consacré par l'article 3 revêt un caractère absolu. En tout état de cause, l'équilibre ici ménagé serait disproportionné, le droit anglais édictant une prohibition générale du suicide assisté excluant toute prise en compte des particularités des cas individuels. Du fait de cette interdiction générale, la requérante se serait vu dénier le droit de se faire assister par son mari pour éviter la souffrance qui l'attend sans que l'on eût examiné en aucune manière les circonstances uniques de sa cause, notamment le fait que la maladie n'a pas entamé son intellect ni sa capacité à prendre des décisions, qu'elle n'est pas vulnérable et n'a pas besoin d'être protégée, que sa mort imminente ne peut être évitée, que si la maladie suit son cours elle va endurer des souffrances et une indignité terribles et que son souhait de se faire assister par son mari n'affecterait personne d'autre que lui-même et les membres de leur famille, lesquels soutiendraient entièrement sa décision. Sans pareille prise en compte des particularités de chaque espèce, les droits de l'individu ne pourraient être protégés».*

⁵⁴ Cour EDH, 20 janvier 2011, Haas contre Suisse, n° 31322/07, § 7

rejeté⁵⁵. Face à l'argument du requérant au sein de la Cour Européenne des Droits de l'Homme, que la Suisse avait violé son droit déduit par l'article 8 de la CEDH de mettre fin à ses jours d'une façon digne, la Cour, même si elle a reconnu que la décision d'une personne de la modalité et du point temporel de sa mort sous condition du discernement, appartient aux aspects de la « vie privée » de l'article 8 de la CEDH⁵⁶, cependant, cette reconnaissance ne se traduit pas à l'existence d'une obligation positive de l'Etat qui dispose d'une large marge s'appréciation à la matière, de faciliter le suicide d'un individu, notamment avec une dérogation à la loi qui exige une ordonnance pour l'accordement de la substance létale. Par ailleurs, il est souligné que le cadre restrictif suisse autour de l'accès au pentobarbital de sodium est tout à fait justifié par le but légitime de protéger la santé et la sécurité publique, prévenant le crime⁵⁷, puisqu'un système facilitant le suicide assisté peut très facilement subir des abus en dépit des individus.

3) Affaire Koch contre Allemagne, 2012

La Cour de Strasbourg, suivant sa jurisprudence antérieure selon laquelle aucune obligation positive n'incombe aux Etats en ce qui concerne le suicide assisté, elle, néanmoins, dans cet arrêt, réalise un pas vers une plus ample conceptualisation du terme de la « victime » qui a intérêt à agir après la violation alléguée d'un de ses droits accordés par la CEDH. Plus particulièrement, l'épouse du requérant était paralysée après un accident en 2002, sans la possibilité dès lors de vivre la vie digne qu'elle souhaitait, puisqu'à cause de sa tétraplégie, elle avait constamment besoin d'une assistance respiratoire et de soins médicaux⁵⁸. Ainsi, à la suite du rejet de sa demande adressée à l'Institut Fédéral des produits pharmaceutiques et médicaux d'accéder au pentobarbital sodique, elle a réalisé le suicide désiré en Suisse au sein de l'association Dignitas⁵⁹. Le requérant a engagé des actions aux juridictions allemandes pour parvenir à l'affirmation de l'illégalité de la décision de l'Institut Fédéral de ne pas autoriser la dose létale à son épouse, mais sans succès⁶⁰. Devant la Cour de Strasbourg, M. Koch a développé l'argument que le refus des juridictions allemandes d'examiner le fond de sa plainte concernant le refus de l'Institut, avait violé les droits du champ de l'article 8 de la CEDH non seulement à l'égard de sa femme, mais aussi son droit à la vie privée et familiale⁶¹. Face à cette argumentation, la Cour a estimé que les critères relatifs à la possibilité d'un proche d'engager une action devant elle au nom de l'individu défunt,

⁵⁵ Affaire Haas contre Suisse, Arrêt du 20 janvier 2011, § 8-15

⁵⁶ Affaire Haas contre Suisse, Arrêt du 20 janvier 2011, § 51

⁵⁷ Affaire Haas contre Suisse, Arrêt du 20 janvier 2011, §§ 56-58

⁵⁸ Cour EDH, 19 juillet 2012, Koch contre Allemagne, n° 497/09, § 8

⁵⁹ Affaire Koch contre Allemagne, Arrêt du 19 juillet 2012, §§ 9-12

⁶⁰ Affaire Koch contre Allemagne, Arrêt du 19 juillet 2012, §§ 15-20

⁶¹ Affaire Koch contre Allemagne, Arrêt du 19 juillet 2012, § 27

posés par sa jurisprudence précédente, s'appliquent également pour apprécier si ce proche peut invoquer la violation de ses propres droits quant à l'article 8 de la CEDH⁶².

Ainsi, la Cour, étant donné que la relation entre le requérant et son épouse était « *exceptionnellement étroite* », a accepté d'examiner la violation alléguée de l'article 8 de la CEDH concernant le requérant, mais a rejeté le volet de la requête quant à la violation des droits de la femme, avec le motif que le caractère non transférable du susdit article ne permet pas l'invocation des droits relatifs au nom d'une autre personne⁶³.

4) Affaire Lambert et autres contre France, 2015, 2019

En ce qui concerne cette affaire célèbre⁶⁴ qu'on va analyser en droit interne français, dans la deuxième partie de cette étude, la Cour Européenne des Droits de l'Homme constate de nouveau l'absence de consensus au niveau européen sur le traitement des questions autour de la fin de vie, donnant de cette façon la possibilité aux Etats-Membres du Conseil de l'Europe une ample marge d'appréciation. En l'espèce, c'est la première fois que les requérants devant la Cour ne demandent pas l'affirmation du droit de choisir la mort, mais ils s'opposent à une décision médicale validant l'interruption des traitements. Plus particulièrement, quelques relatifs de Vincent Lambert - homme tétraplégique se trouvant en dépendance complète- ont saisi la Cour de Strasbourg développant l'argumentation que la France avait commis une violation des articles 2, 3 et 8 de la CEDH quant au droit à la vie, à l'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants et au droit à la vie privée et familiale, avec l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat, validant la décision médicale de l'arrêt de l'hydratation et d'alimentation du patient⁶⁵. Cependant, la Cour a estimé qu'étant donné la clarté et la précision du cadre législatif en France sur ce domaine, il n'y avait aucune dérogation concernant les droits du patient⁶⁶, concluant que la France a respecté les obligations positives et négatives découlant de l'article 2 de la CEDH. De plus, la Cour a tenu la même position pendant une autre requête des parents de Vincent Lambert pour que des mesures provisoires soient mises en œuvre provoquant la suspension de la décision du Conseil d'Etat autorisant l'arrêt des traitements⁶⁷, estimant qu'il n'existait aucun élément nouveau justifiant une différenciation au contenu de sa décision antérieure.

⁶² Affaire Koch contre Allemagne, § 44, ou sont cités les critères exigés : « 1. L'existence d'une relation familiale étroite, 2. Le fait que le requérant ait un intérêt personnel ou juridique suffisant à l'issue de la procédure, 3. Le fait que le requérant ait auparavant exprimé un intérêt pour l'affaire ».

⁶³ Affaire Koch contre Allemagne, § 79

⁶⁴ Cour EDH, 5 juin 2015, Lambert et autres contre France, n° 46043/14

⁶⁵ Conseil d'Etat, 24 juin 2014, n° 375081

⁶⁶ Cour EDH, 5 juin 2015, Lambert et autres contre France, § 181

⁶⁷ Cour EDH, Lambert et autres contre France, 30 avril 2019, n° 21675/19

PARTIE 2 : Les régimes juridiques spéciaux en Grèce, France, Pays Benelux, Suisse et Allemagne

Section A : Les régimes juridiques en Grèce et en France

CHAPITRE 1 : Grèce

Le législateur pénal grec n'accorde pas le droit à mourir et interdit complètement l'acte de l'euthanasie sous toutes ses formes (active, passive, suicide assisté), dans le cadre de la considération du droit à la vie comme un droit absolu dont la protection ne peut pas être violée. Ainsi, au sein du système juridique grec, même si le titulaire du droit ou son entourage ne donne pas de valeur à ce droit, aucune dérogation ne peut être permise⁶⁸.

Conformément à la protection absolue du droit à la vie, le Code Pénal grec comprend une disposition générale en ce qui concerne l'acte d'homicide⁶⁹ et sans réaliser aucune référence au sujet de l'euthanasie, prévoit deux dispositions relatives, celles des articles 300 et 301, l'homicide sur la demande de la victime⁷⁰ et la participation au suicide, respectivement. Pourtant, la tentative du suicide reste impunie, comme dans d'autres pays européens⁷¹, mais comme le rapport explicatif de la loi pénale indique, celui qui provoque à un autre la volonté de commettre un suicide ou il l'aide à l'accomplissement de cet acte, est puni, puisqu' il ne dispose pas sa même vie- un acte qui ne saurait pas être puni dans le cadre de l'autorisation des actes autodestructeurs⁷²- mais la vie d'une autre personne⁷³. En analysant la disposition de l'article 300 on observe que, d'une manière, elle pourrait théoriquement régler une forme d'euthanasie, puisqu' en l'espèce la loi isole un cas spécial d'« euthanasie » qu'elle ne considère pas comme impunie, mais en réalité elle prévoit un traitement moins strict que pour l'acte d'homicide⁷⁴. La raison pour cette qualification se trouve dans la formulation de l'article⁷⁵ qui est très proche à la base juridique de l'euthanasie dans les systèmes législatifs des autres pays qui l'ont légalisée, c'est-à-dire la compassion pour la victime qui est frappée par une affection incurable. Cependant, selon le rapport explicatif antérieure de la loi pénale, en ce qui concerne le contenu de l'article 300, l'acte de l'euthanasie est exclu comme pouvant être la raison pour des abus et mettre en péril la vie des patients selon les

⁶⁸ Op. cit, « Euthanasie: un sujet épineux ». P.74

⁶⁹ Article 299, Partie Spéciale, Code Pénal grec

⁷⁰ Avant le vote du nouvel Code Pénal le 6 juin 2019, le titre de l'article 300 était « Suicide avec consentement »

⁷¹ Royaume Uni, Acte de Suicide 1961

⁷² Paraskevopoulos, « Responsabilité pénale par des actes autodestructeurs », Revue de Criminologie Grecque, 3-4/1989, p. 60

⁷³ Ioannis Bekas, « La protection de la vie et de la santé dans le Code Pénal », P.N. Sakkoulas 2004, p. 264

⁷⁴ Op. cit, , « Euthanasie : un sujet épineux », p. 86

⁷⁵ Article 300 du Code Pénal grec : « *Celui qui a décidé et a exécuté d'homicide sur une demande sérieuse et intention de la victime et par pitié pour elle qui souffrait d'une affection incurable, est puni de l'emprisonnement* ».

intérêts et la volonté de leur entourage⁷⁶. Par conséquent, un tel acte est puni mais par des moyens moins rigoureux⁷⁷, à cause de la considération de la personnalité de l'auteur comme moins dangereuse, prenant en compte le fait que le sentiment de la compassion est le motif pour l'acte en l'espèce et la conscience de droit⁷⁸

De plus, quant au nouvel article 301 du Code Pénal Grec⁷⁹ qui a été voté par le Parlement Grec avec la loi n° 4619/ 2019, on remarque que l'auteur de l'infraction de la participation au suicide est puni non pour son assistance mais pour l'acte autonome contre la personne vulnérable. Ainsi, dans ce cadre, le fait de convaincre l'autre personne est maintenu comme une forme de l'infraction de ce crime, mais en ce qui concerne l'assistance, la loi est devenue moins rigoureuse, prévoyant que la punition s'impose seulement si sans cette assistance la réalisation du suicide ne saurait pas être possible⁸⁰.

Enfin, quant aux devoirs découlant de la profession du médecin, tout acte ou omission qui pourrait conduire à l'abrégement de la vie du patient, même s'il se trouve dans une situation de santé sans aucune perspective d'amélioration, est interdite⁸¹ et c'est possible de créer de responsabilité disciplinaire et pénale pour le médecin violant la loi⁸².

Ce cadre juridique totalement interdisant du droit à mourir a été critiqué à plusieurs reprises, non seulement par une partie de la doctrine grecque mais aussi par une partie large de l'opinion publique, ayant pour conséquence un débat sans solution. Ce débat a pris une dimension pratique encore une fois avec la demande de procéder à l'euthanasie du journaliste Vellios en 2016⁸³, qui malgré ses essais et sa position exprimée que le choix de la mort digne doit être assurée pour chaque individu dans le cadre du droit à l'auto-détermination, n'est pas parvenu de porter le sujet au sein du Parlement pour une éventuelle adoption d'une législation relative à l'euthanasie. Ainsi, on s'aperçoit qu'en Grèce on se trouve extrêmement loin d'une approche plus conciliante du pouvoir décisif de la personne sur la fin de sa vie, à cause de l'existence des préjudices et des convictions énormément influencées par l'Eglise.

⁷⁶ Op. cit., « Le droit à l'euthanasie-athanasie », p. 105

⁷⁷ Symeonidou- Kastanidou E., « Crimes contre la vie (Articles 299-307 du Code Pénal) », Sakkoulas Athènes-Thessalonique 2001, p. 426

⁷⁸ Gafos I, « Droit Pénal, Partie Spéciale », ouvrage D, Sakkoulas 1963, p. 28

⁷⁹ Article 301 du Code Pénal grec : « *Celui qui a persuadé un autre à se suicider, si le suicide a été réalisé ou une tentative a eu lieu, ainsi que celui qui a donné d'aide pour sa réalisation, qui ne serait pas possible autrement, est passible d'une peine d'emprisonnement* », disponible à l'adresse électronique suivante: <https://collab.lawspot.gr/sites/default/files/mashup/feka/2019/fek-95-2019.pdf>

⁸⁰ Voir ainsi l'Exposé des Motifs de la loi n° 4619/2019, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/k-poinkod-eis-NEO.pdf>

⁸¹ Article 29 al. 1 et 3 concernant les décisions de la fin de vie du Code Hellénique de Déontologie Médicale (Loi Grecque, n° 3418/2005)

⁸² Article 338, Loi Grecque n° 4512/2018

⁸³ Pavlos Papadopoulos, « Euthanasie et pouvoir », Kathimerini, publié le 18/7/2019, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.kathimerini.gr/1034475/opinion/epikairothta/politikh/ey8anasia-kai-e3oysia>

CHAPITRE 2 : France

Le droit français, même s'il ne consacre pas directement un droit à l'euthanasie, dès 2005 avec la loi Léonetti pour la première fois, prévoit le droit au refus des traitements dans le cadre de l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Ainsi, la législation n'arrive pas au point de donner le droit à la mort, selon les articles 37 et 38 du Code de Déontologie Médicale : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement* » et « *...Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* ». ⁸⁴

Dans ce chapitre, on va mentionner les dernières lois les plus importantes, relatives au sujet de l'arrêt des traitements et de la fin de vie, avant la loi fameuse et innovatrice Clayer - Léonetti de 2016, ainsi que certains arrêts du Conseil d'Etat, qui ont contribué à l'adoption de la législation en l'espèce.

Titre 1: Une évolution constante des lois

La première législation importante concernant la fin de vie était la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs prévoyant dès le premier article que « *toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.* » ⁸⁵

Cependant, la pratique médicale et quotidienne a rapidement fait indispensable l'adoption d'une nouvelle législation, afin que les défis émergents, d'une part, de la protection de la santé de la personne et, d'autre part, de la sauvegarde des droits des patients, soient vaincus. Un exemple important tiré de la jurisprudence française est l'affaire Vincent Humbert (2003) ⁸⁶ dont la demande envers le Président de la République de lui donner le droit de mourir a eu pour conséquence la naissance de la loi Léonetti de 2005 ⁸⁷.

⁸⁴Voir ainsi « Le code de déontologie-Devoirs envers les patients », Conseil National de l'ordre des Médecins, disponible à l'adresse électronique suivante :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-38-soins-mourants-accompagnement>

⁸⁵ Voir ainsi « Contribution du Comité Consultatif National d'Ethique à la révision de la loi de bioéthique », Avis No. 129 du Comité Consultatif National d'Ethique, publié le 2018-09-25, disponible à l'adresse électronique suivante :

https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_129_vf.pdf

⁸⁶Voir ainsi, Le Figaro, « Vincent Humbert, l'homme qui a relancé le débat sur la fin de vie, publié en 2018-08-03, disponible à l'adresse électronique suivante :

<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/08/03/01016-20180803ARTFIG00020-vincent-humbert-l-homme-qui-a-relance-le-debat-sur-la-fin-de-vie.php>

⁸⁷ Vincent Humbert était un jeune homme qui est devenu tétraplégique, muet et aveugle à cause d'un accident de la route. Après l'inefficacité de sa demande adressée au Président de la République, sa mère en 2003 l'a injecté des barbituriques qui ne l'ont pas tué. Humbert était finalement mort à cause de son médecin qui l'a injecté de chlorure de potassium. En 2006, après plusieurs années de procédures pénales, la juge d'instruction a rendu une ordonnance de non-lieu considérant que l'état de contrainte morale a conduit la mère et le médecin de Vincent Humbert à leurs actes.

Plus précisément, le fruit du débat intense qui avait éclaté en France pendant les années 2000, c'est à dire la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (dite loi Léonetti), relative aux droits des malades et à la fin de vie, qui a institué le droit au refus des traitements, a introduit dans le Code de la Santé Publique, au sein de l'article L. 1111-10 la disposition suivante: « *Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix* ». ⁸⁸ De cette manière, le droit du patient à une mort digne a été prévue et l'interdiction de l'obstination déraisonnable a donné le caractère nécessaire d'évolution que les droits des patients avaient besoin pour être renforcés autour de la question de la fin de leur vie. Plus particulièrement, le refus de l'obstination déraisonnable était énoncé dans l'article L 1110-5 al. 2 du Code de la Santé Publique en définissant comme déraisonnables les actes de soins « *inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* ». Ainsi, l'examen de l'existence d'une obstination déraisonnable de la part du médecin constitue une œuvre des plus difficiles à compléter, puisqu'une telle appréciation éventuelle peut faire l'objet d'examen par le juge qui va se prononcer sur le bien-fondé de la décision médicale pour aboutir à la caractérisation de l'arrêt des traitements comme une décision légale ou non. L'équilibre est évidemment subtil, notamment parce que pour l'appréciation complète d'une obstination déraisonnable, le médecin ne s'appuie pas seulement sur les trois critères légaux, c'est-à-dire l'inutilité des traitements, leur disproportion ou leur seul résultat éventuel du maintien artificiel de la vie; il y a également d'autres facteurs médicaux ou non médicaux pour prendre en compte ⁸⁹, comme l'état du patient en actuel et les perspectives d'évolution ou les directives anticipées qui sont devenues contraignantes plus tard, avec la Loi Clayes-Léonetti du 2016.

Les deux axes principaux de cette loi innovante étaient, premièrement, l'encadrement des situations au sein desquelles le médecin aurait la possibilité de procéder à l'arrêt et à la limitation des traitements ou au soulagement des souffrances, malgré le fait qu'un tel comportement pourrait aboutir au décès du patient; en second lieu, le renforcement des droits des patients était accompli, avec l'obligation du médecin de respecter la volonté du malade en mettant une fin à la période de ses souffrances, même si le patient ne se trouve pas dans un état d'exprimer sa volonté. ⁹⁰

⁸⁸ Op. cit., « Droit de la Bioéthique », p. 197

⁸⁹ Paul Véron, François Violla, « Arrêt des traitements : deux premières applications de la loi du 2 février 2016 », AJDA 2017, p.301

⁹⁰ Op. cit., « Les pratiques médicales de fin de vie à l'épreuve du droit », p. 427

L'affaire Lambert analysée dans le cadre des faits et de la procédure en droit interne

Dans ce cadre conceptuel spécifique, il serait nécessaire de faire une référence à l'affaire fameuse de Vincent Lambert, qui a occupé la justice, surpassant le niveau du droit interne et venant jusqu' à la Cour Européenne des Droits de l'Homme, comme on a vu dans la première partie de cette étude. Grace à cette affaire, les vides législatifs de la loi Léonetti de 2005 sont venus à la lumière provoquant un débat important de plus de dix ans. Ainsi, c'était notamment la question de la qualification de l'hydratation et de la nutrition comme des soins ou des traitements qui pourraient être interrompus qui a conduit certaines années plus tard à la promulgation de la loi Clayes-Léonetti de 2016.

En l'occurrence, Vincent Lambert était un homme âgé de 42 ans, marié, qui avait un accident de la route en 2008. Cet accident lui a provoqué des lésions graves cérébrales à cause desquelles il s'était trouvé dans l'état de conscience minimale, c'est à dire « pauci-relationnel ». Plus particulièrement, se distinguent trois niveaux en ce qui concerne le degré de gravité des personnes qui sont sans conscience. En premier lieu, la personne dans le coma est complètement inconsciente. Par la suite, la personne trouvée dans l'état « végétatif chronique » qui est capable de développer des réactions, mais seulement comme des réflexes mécaniques. Troisièmement, se distingue l'état « pauci-relationnel » d'une personne, où la situation de conscience minimale lui permet d'avoir des réactions en relation avec sa conscience, mais sans la possibilité de communiquer⁹¹. Cela compte tenu, on constate que l'homme tétraplégique de la susdite affaire s'était trouvé dans la situation la plus légère des trois états sans conscience, mais pourtant, Lambert n'était pas capable d'effectuer aucun acte de la vie quotidienne sans assistance. Par conséquent, il était obligé de recevoir l'alimentation et l'hydratation par voie entérale sans avoir aucune autonomie fonctionnelle. Ainsi, en 2010, les médecins chargés de son traitement décident de déclencher la procédure collégiale, en accord avec l'épouse de Lambert, selon les dispositions de la loi Léonetti de 2005, afin qu'ils aboutissent à l'arrêt des traitements. Cependant, le fait qu'ils n'avaient pas informé de cette procédure les parents du patient, a résulté à un arrêt du Tribunal Administratif de Châlons-en-Champagne⁹² après le recours des parents en référé, qui ordonnait la reprise de l'hydratation et de l'alimentation de Lambert et rejetait la décision médicale de l'arrêt des traitements pour vice de forme⁹³. Cependant, ont suivi plusieurs

⁹¹ Xavier Ducrocq, « Etats pauci-relationnels : fin de vie ou grand handicap ? », interview publié le 14 octobre 2015 au site Gèneéthique, disponible à l'adresse électronique suivante :

<http://www.genethique.org/fr/etats-pauci-relationnels-fin-de-vie-ou-grand-handicap-64146.html#.XW6yQygzbiU>

⁹² TA de Châlons-en-Champagne, 11 mai 2013, n° 1300740

⁹³ « Considérant qu'en l'absence de directives anticipées de M. A. X., telles que prévues à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique et dans les formes prévues à l'article R. 1111-17 du même code et en l'absence d'une personne de confiance telle que prévue à l'article L. 1111-6 du code précité, la procédure collégiale prévue à l'article L. 1111-4 du code précité et définie à l'article R. 4127-37 de ce code devait être poursuivie avec la famille de M. A. X., quand bien même la famille était divisée sur le devenir de M. A. X., ainsi que cela a été précisé à l'audience ; que si l'épouse de M. A. X. a été associée à une « réflexion » collégiale à compter du 04 février 2013, il résulte de l'instruction, et notamment des explications apportées à l'audience par le Dr W., que les parents de M. A. X. n'ont pas été informés de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale et ce, dès qu'elle a été prise ; qu'il résulte également de l'instruction que la décision d'arrêter l'alimentation et de limiter l'hydratation n'a pas pris

déclenchements de procédure collégiale, nombreuses décisions médicales et nombreux arrêts, jusqu'au point que le Conseil d'Etat, après avoir demandé⁹⁴ une expertise médicale supplémentaire et des avis non seulement d'organismes comme l'Académie Nationale de Médecine, mais aussi de Jean Léonetti, pour qu'il obtienne des clarifications sur les notions délicates de « l'obstination déraisonnable » et du « maintien artificiel de la vie », a finalement prononcé en faveur de l'arrêt des traitements⁹⁵, estimant « *qu'en adoptant les dispositions de la loi du 22 avril 2005, insérées au code de la santé publique, le législateur a déterminé le cadre dans lequel peut être prise, par un médecin, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ; qu'il résulte des dispositions précédemment citées, commentées et éclairées par les observations présentées, en application de la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux du 14 février 2014, par l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. B...K..., que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ; que ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et qu'ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que le patient soit ou non en fin de vie ; que, lorsque ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre sa vie en danger, être prise par le médecin que dans le respect des conditions posées par la loi, qui résultent de l'ensemble des dispositions précédemment citées et notamment de celles qui organisent la procédure collégiale et prévoient des consultations de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; que si le médecin décide de prendre une telle décision en fonction de son appréciation de la situation, il lui appartient de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs ;* ». En conséquence, on constate que l'affaire de Vincent Lambert était l'inspiration pour la modification du cadre législatif précédent, dans lequel il existait plusieurs obscurités mettant des obstacles à l'essai des professionnels de santé de promouvoir le bien-être des patients et à l'œuvre du juge de garantir la sauvegarde des droits et des libertés fondamentales. Ainsi, la promulgation de la loi Clayes-Léonetti de 2016 a constitué le pas nécessaire à l'époque pour une avancée réelle dans le domaine des droits des patients.

en compte les souhaits des parents de M. A. X. ; qu'enfin, il résulte de l'instruction que les parents de M. A. X. n'ont pas été informés de la nature et des motifs de cette décision ; qu'en conséquence, les requérants sont fondés à soutenir que la procédure prévue à l'article R. 4127-37 du code de la santé publique a été méconnue" ».

⁹⁴ Conseil d'Etat, 14 février 2014, ordonnance n° 375081

⁹⁵ Conseil d'Etat, 24 juin 2014, n° 375081

Evaluation de la loi Clayes-Léonetti du 2 février 2016 et clarification des termes

Par la suite, l'avancée remarquable en ce qui concerne les droits des personnes en fin de vie, était **la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 dite loi Clayes – Léonetti**, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Dans le cadre d'une analyse plus profonde, cette loi autorise l'arrêt et la limitation des traitements en réalisant une distinction entre la personne malade consciente et la personne malade qui se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté. Ainsi, quant à la personne capable d'exprimer sa volonté, l'article L. 1111-4 dans la section des Principes Généraux du Code de la Santé Publique prévoit que « *Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* », donnant ainsi le droit au refus de traitement à toute personne, sans exiger une situation de fin de vie. C'est évidemment une grande nouveauté de la loi de 2016, puisque la volonté du patient guide les actes du médecin en lui s'imposant- après une information éclairée des conséquences de cette décision, selon l'art. 1111-4 du Code de la Santé Publique : « *Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical* ». Sous les conditions de la loi précédente, le médecin ne respectait pas la volonté du malade, mais il devrait essayer de le convaincre de changer sa décision.⁹⁶

De plus, la loi de 2016 prévoit explicitement que la nutrition et l'hydratation artificielles ont le caractère des traitements qui peuvent être arrêtés au cas de l'obstination déraisonnable ou s'ils sont considérés comme « *inutiles, disproportionnés ou seulement destinés au maintien artificiel de la vie* »⁹⁷. Par contre, pendant les années précédentes, les professionnels de santé les considéraient comme des soins médicaux auxquels la dérogation n'était pas permise à cause de leur caractère obligatoire. Par ailleurs, cette opinion était également tenue au sein de l'Institut Européen de Bioéthique qui avait proclamé en 2010 que « *L'administration d'eau et de nourriture, même à travers des voies artificielles, représente un moyen naturel d'entretien de la vie. Elle est éthiquement due aussi longtemps qu'elle atteint sa finalité propre, ce qui suppose que les nutriments peuvent être assimilés correctement. Il s'agit d'un soin de base – en principe, aisé à mettre en œuvre, non contraignant et peu onéreux –, et non d'un traitement médical. En effet, l'alimentation et l'hydratation, au même titre que l'hygiène corporelle, répondent à un besoin énergétique fondamental de tout organisme, qu'il soit sain ou malade* »⁹⁸.

En outre, la procédure collégiale est bien établie⁹⁹. dans l'article L. 1110-5-1 du Code de la Santé Publique, tandis que la personne de confiance est prévue dans l'article L.

⁹⁶ Op. cit., Droit de la Bioéthique, p. 199

⁹⁷ Article L.1110-5-1 du Code de la Santé Publique

⁹⁸ Etienne Montero, « Accompagner la personne en fin de vie : repères éthiques », Les dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique, publié le 15 février 2010, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2019-04/doc-1554801341-7.pdf>

⁹⁹ Cecile Castaing, Marie Lamarche, « Les malades en fin de vie », MONTESQUIEU LAW REVIEW, numéro .5 2017, p. 23 à 28

1111-6 du CSP, dont l'inspiration se trouve dans un avis du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) du 12 juin 1998¹⁰⁰, qui saurait mettre en avance le sujet de « *la possibilité pour toute personne de désigner pour elle-même un « représentant » (ou mandataire ou répondant), chargé d'être l'interlocuteur des médecins aux moments où elle est hors d'état d'exprimer elle-même ses choix* ». Pourtant, le rôle de cette personne, prévue seulement pour les majeurs, est exclusivement consultatif, sans lier le médecin qui décide, mais révélant simplement les valeurs et les souhaits du malade¹⁰¹, donnant son témoignage et non son avis.

La loi consacre également le droit au traitement de la souffrance, qui est constitué du droit à l'accompagnement et aux soins palliatifs et du droit à l'analgésie et la sédation profonde et continue¹⁰².

TITRE 2: Clarification des termes

- La souffrance

En outre, pour décrire correctement la nuance de la souffrance mentionnée dans le Code de la Santé Publique, comme la condition qui impose des soins palliatifs visant à soulager le patient, on doit réaliser une comparaison avec la notion de la « douleur » qui existait dans la législation avant la loi de 2016. Plus précisément, le terme de la douleur tend à être lié avec l'expérience physique caractérisée comme « désagréable » d'une personne, tandis que la « souffrance » est en général conceptualisée comme une situation avec des paramètres multiples, non seulement physiques, mais aussi morales, même émotionnelles¹⁰³. De cette façon, le domaine couvert par le terme de la « souffrance » est beaucoup plus large permettant d'englober des « troubles » par exemple mentales, qui peuvent résulter autant d'une affection physique que d'une affection psychiatrique. De plus, grand intérêt présente le rapport du Comité National du Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi luxembourgeoise de 2009 -qu'on va analyser dans un chapitre suivant- selon laquelle la souffrance est notamment de nature subjective qui dépend le plus au caractère du patient, ses expériences vécues et ses convictions.

¹⁰⁰ Voir ainsi Avis n° 58 du 12 juin 1998 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) concernant le consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche, disponible à l'adresse électronique suivante: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis058.pdf>

¹⁰¹ Op. cit, « Droit de la Bioéthique », p. 205

¹⁰² Code de la Santé Publique, art. L. 1110-5-3 et art. L. 1110-5-2

¹⁰³ Voir ainsi Avis n° 73 du 11 septembre 2017 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique concernant l'euthanasie dans les cas des patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques, disponible à l'adresse électronique suivante : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_73_euthanasie_0.pdf

- Les soins palliatifs

En ce qui concerne l'aspect des soins palliatifs, l'Organisation Mondiale de la Santé a donné en 2002 une définition complète¹⁰⁴ qui sans doute a contribué à la meilleure compréhension du sujet et l'élévation du niveau de l'encadrement législatif français. Le Code de la Santé Publique dans l'article L.1110-10 définit les soins palliatifs comme « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* », tandis que dans l'article L. 1110-9 est formé le principe que « *toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement* ».

- La sédation profonde et continue

Le droit à la sédation profonde et continue, qui rend possible l'euthanasie passive en France¹⁰⁵, accordé dans l'article L. 1110-5-2 du Code de la Santé Publique est mis en place exclusivement sous des conditions très strictes. Plus particulièrement, il s'applique au cas où le patient, frappé par une affection grave et incurable, est conscient et veut éviter la souffrance insupportable et l'obstination déraisonnable, en se trouvant dans une phase avancée ou terminale. Autrement dire, il faut qu'il y ait un pronostic vital engagé et à court terme, avec une fin de vie proche et que la souffrance du patient soit réfractaire aux traitements, afin que pour le contenu de la décision médicale soit la sédation profonde¹⁰⁶. Et par la suite, au cas où le patient se trouve dans une situation hors d'exprimer sa volonté, la décision de l'octroi des antalgiques ou d'autres substances visant à amoindrir ou éliminer la souffrance, est prise à travers une procédure collégiale, avec la consultation avec la personne de confiance, la famille ou les proches et sous la condition que le patient n'avait pas exprimé auparavant son opposition¹⁰⁷. Par ailleurs, tous ces dispositions concernant la sédation quand le patient

¹⁰⁴ Organisation Mondiale de Santé (OMS)-Définition de 2002 : « *Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.* », disponible à l'adresse électronique suivante: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>

¹⁰⁵ Patrick Courbe, Fabienne Jault-Seseke, « Droit des personnes, de la famille et incapacités », Dalloz 2018, p. 14

¹⁰⁶ Op. cit, « Les malades en fin de vie », p. 27

¹⁰⁷ Code de Santé Publique, art. R. 4127-37-3

n'est pas capable de s'exprimer, ont été trouvées conformes à la Constitution par le Conseil Constitutionnel¹⁰⁸.

L'importance du susdit droit est énorme, puisque, d'une manière cette méthode peut abrégé la vie du patient, après avoir provoqué une altération de la conscience. Concrètement, la législation applique la théorie morale du double-effet, selon lequel un effet est recherché – l'extinction de la souffrance- et l'autre effet qui est le décès du malade, n'est pas recherché mais seulement accepté¹⁰⁹. Essayant de mieux concevoir le développement de la théorie du double effet, dont l'origine se trouve à la didascalie de Thomas Aquinas¹¹⁰, la doctrine a formé quatre critères qui sont indivisiblement liés avec le principe de la proportionnalité :

- L'acte doit être bon moralement ou au moins, il devrait être neutre.
- L'effet négatif (dans ce cas, la mort du patient) ne peut pas être le moyen pour que l'effet positif soit accompli.
- L'effet négatif est prévu et toléré tandis que l'effet positif est directement visé.
- Le motif pour lequel quelqu'un procède au bon acte doit surpasser l'effet négatif non visé.¹¹¹

Par conséquent, on observe que, malgré l'absence d'une autorisation de l'euthanasie active, la culture palliative, déjà dès la loi Léonetti de 2005, régit le cadre juridique des droits du patient en France, tandis que voie est ouverte pour l'euthanasie passive. La raison pour cela est le fait que dans la conscience médicale et législative française, le fait de « laisser mourir » se distingue appréciablement de l'euthanasie directe, c'est-à-dire l'acte provoquant la mort avec l'administration d'un médicament destiné exclusivement à ce but. Par ailleurs, toutes les évolutions au sein du régime législatif référé ci-dessus ont été réalisées dans le cadre de l'effort d'améliorer les conditions de la souffrance et de l'accompagnement des patients soit qu'ils se trouvent en situation de fin de vie ou non.¹¹² Enfin, c'est manifeste le constat qu'avec le caractère obligatoire des directives anticipées pour le médecin¹¹³, le renforcement du rôle de la personne de la confiance et la possibilité pour le malade de se faire mourir, même d'une façon indirecte, la volonté du patient se pose au centre et ses droits réjouissent d'un respect plus stable et solide que toujours.

¹⁰⁸ Conseil Constitutionnel, 2 juin 2017, n° 632 QPC

¹⁰⁹ Op. cit., « Droit de la Bioéthique », p. 209

¹¹⁰ Timothy R. Deer, Michael S. Leong, Albert L. Ray, *The American Academy of pain medicine*, Lynn R. Webster, « Treatment of chronic pain by Integrative Approaches », Springer 2015, p. 304

¹¹¹ John Lombard, « Sedation of the terminally ill patient : the role of the doctrine of double effect », *Medico-Legal Journal of Ireland (M.L.J.I.)*, 2015, p. 24

¹¹² Yvaine Buffelan-Lanore, Virginie Larribau-Terneyre, « Droit Civil, Introduction Biens Personnes Famille », Dalloz 2017, p. 339

¹¹³ Sauf les cas suivants selon l'article du Code de la Santé Publique : « *en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale (dans le cas dernier, la procédure collégiale est mise en place pour une décision légale de refus d'application des directives anticipées)*. Voir ainsi le site officiel de la République Française à l'adresse électronique suivante : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>

TITRE 3: DEUX AFFAIRES EN L'APPLICATION DE LA LOI DE 2016

A ce point, il serait intéressant de faire une référence à deux décisions qui étaient les premières à découler d'une application stricte de la loi Clayes- Léonetti de 2016, l'une du Tribunal Administratif de Lyon¹¹⁴ et l'autre du Tribunal Administratif de Marseille¹¹⁵. Ces deux arrêts montrent la difficulté d'appliquer d'une manière juste la susdite loi, puisqu'il semble que d'autres facteurs, comme l'âge du patient, jouent un rôle significatif quant à l'appréciation de l'obstination déraisonnable pour la prise de la décision médicale d'un arrêt des traitements, notamment quand on est envisagé face à une situation d'absence de toute conscience, des directives anticipées et d'une personne de confiance choisie par avance. Par ailleurs, c'est manifestement assez difficile non seulement pour le médecin mais aussi pour le juge qui va statuer sur ce sujet, de distinguer les cas où des limites doivent s'imposer à la poursuite des traitements à cause de la prépondérance de la raison.

Plus précisément, la première affaire concerne un patient âgé de 79 ans, affecté par une maladie diabétique et une cardiopathie ischémique qui s'était trouvé dans une situation de coma après un épisode d'hypoglycémie, étant tout à fait inconscient. Ainsi, le médecin, à défaut d'une personne de confiance et des directions anticipées, a considéré dans le cadre de la procédure collégiale exigée que l'obstination déraisonnable était impliquée rendant la décision de l'arrêt des traitements inévitable. C'est assez étonnant le fait et en même temps souligne le vide législatif du régime juridique actuel, que l'opinion de la famille qui n'était pas d'accord d'arrêter les soins, n'était pas pris en compte ni par le médecin ni par le Tribunal Administratif de Lyon. En l'occurrence, le juge des référés n'a pas ordonné une expertise médicale supplémentaire que la famille avait demandée et a rejeté sa requête, concluant que la décision médicale attaquée de l'arrêt des traitements « *n'a pas porté une atteinte manifestement illégale a une liberté fondamentale* ». D'autre part, le Tribunal Administratif de Marseille a donné raison aux parents qui avaient demandé, a l'intérêt de leur fille mineure âgée d'un an- elle avait été affectée par un entérovirus provoquant des lésions neurologiques graves avec la dépendance suivie a une respiration et une alimentation de façon artificielle-, de suspendre la décision médicale d'arrêt des traitements sur la base de l'article L. 521-2 du Code de Justice Administrative¹¹⁶. En l'espèce, le juge des référés a statué que l'obstination déraisonnable ne pouvait pas être bien établie, le délai dans lequel les médecins avaient pris leur décision de mettre une fin aux thérapeutiques actives n'était pas suffisamment long, tandis que l'opinion des parents qui s'opposaient puissamment à l'arrêt des traitements devrait constituer un facteur important dans le cadre de la procédure de la prise d'une décision médicale. Par ailleurs, cette affaire a également été

¹¹⁴ TA Lyon, 9 novembre 2016, Mme J. et autres, n° 1607855

¹¹⁵ TA Marseille, 8 février 2017, M. et Mme E..., n° 1608830

¹¹⁶ Article L. 521-2 du Code de Justice Administrative : « *Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures* ».

introduite au Conseil d'Etat¹¹⁷ qui a confirmé totalement l'arrêt du Tribunal Administratif de Marseille, soulignant également l'incertitude qui était conclue sur l'évolution de la situation de la patiente, ne permettant pas de déduire la condition de l'obstination déraisonnable.

SECTION B: Les systèmes juridiques d'autres pays européens

L'absence de consensus en Europe sur la matière du droit à la mort devient évidente si on observe que seulement quatre pays, les Pays-Bas, la Belgique, la Suisse et le Luxembourg ont créé un contexte juridique concret autour de l'euthanasie.

Pays-Bas

La loi néerlandaise du 12 avril 2001 ne procède pas à la dépénalisation de l'euthanasie et de l'aide au suicide, mais en modifiant le Code Pénal accorde la possibilité à un médecin d'effectuer l'acte euthanasique sans qu'il soit poursuivi, sous des conditions très particulières. Il s'agit, comme au sein de la loi belge, d'une souffrance sans issue et insupportable du patient, après une demande volontaire et réfléchie et avec la consultation d'un autre médecin indépendant¹¹⁸.

Belgique

La Belgique a procédé à la décriminalisation de l'euthanasie avec la loi du 28 mai de 2002, en prévoyant un cadre très strict et en définissant, dans l'article 14 de ladite loi l'euthanasie comme « *l'acte par lequel un médecin met intentionnellement fin à la vie d'un patient à la demande de celui-ci, exprimée éventuellement sous la forme d'une déclaration anticipée* ». Cette définition a été inspirée par le premier avis du Comité Consultatif de Belgique¹¹⁹ et la loi néerlandaise. Ainsi, on observe que la loi belge autorise non seulement l'euthanasie active qui constitue à un acte positif d'une autre personne que le malade avec l'intention de lui accorder la mort souhaitée¹²⁰ mais aussi toutes les autres formes, puisqu'il n'y a aucune distinction entre elles. Quant aux conditions de substance qui doivent être réunies pour l'application licite de l'acte euthanasique, elles sont prévues dans l'article 3 de la loi belge¹²¹ et parallèlement, un

¹¹⁷ (Affaire Marwa), Conseil d'Etat, 8 mars 2017, n°408146

¹¹⁸ Stephanie Hennette -Vauchez, Diane Roman, « Droits de l'Homme et libertés fondamentales », édition n° 3 Dalloz 2017, p. 611

¹¹⁹ Avis n° 1 du 12 mai 1997 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, disponible à l'adresse électronique suivante : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/7946414/Avis%20n%C2%B01%20du%2012%20mai%201997%20concernant%20l%E2%80%99opportunit%C3%A9%20d%E2%80%99un%20r%C3%A8glement%20l%C3%A9gal%20de%20l%E2%80%99euthanasie.pdf

¹²⁰ Jean Pradel, « Droit Pénal Comparé », édition 4 Dalloz 2016, p. 978

¹²¹ Article 3 de la loi belge du 28 mai 2002 :

- A) la demande doit être volontaire, réfléchie et réitérée, formulée indépendamment de toute pression extérieure; cette demande doit émaner d'un patient compétent

ensemble des conditions procédurales doit également être rempli, comme la forme écrite de la demande, l'information complète nécessaire de la part du médecin pour le patient, la consultation avec d'autres médecins, la communication avec les proches¹²². En outre, en ce qui concerne le terme de la souffrance psychique, comme une des conditions légales, et la relation avec le terme « fatigue de vivre » - « *la souffrance psychique d'une personne qui, en raison (d'une combinaison) de facteurs médicaux et/ou non médicaux n'a plus de qualité de vie ou une qualité de vie seulement défailante. Conséquence de ce qui précède, cette personne préfère la mort à la vie* »¹²³ sans aucun fondement médical, il est noté que ce sentiment, peut-être causé par les difficultés de l'âge avancé, ne correspond pas aux conditions de la loi pour effectuer une demande euthanasique¹²⁴.

Une autre remarque qu'on doit mentionner est le fait que la Belgique a réalisé un pas encore plus loin dans sa législation concernant l'euthanasie, puisqu'avec la loi du 28 février 2014, la demande euthanasique est possible pour les mineurs aussi, mais évidemment sous des conditions beaucoup plus strictes. Plus concrètement, une capacité de discernement du patient mineur doit être attestée par un pédopsychiatre ou psychologue, le décès étant prévu à brève échéance, la souffrance a exclusivement un caractère physique, les représentants légaux doivent être d'accord et la demande du patient mineur est prise en compte seulement en temps actuel et non préalablement¹²⁵.

Luxembourg

Le Luxembourg a dépenalisé à son tour l'acte d'euthanasie avec la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, accordant dans le premier article des définitions concrets, prévoyant que l'euthanasie « *est 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 à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle-ci* »¹²⁶. Ces deux formes d'euthanasie, c'est-à-dire de manière active et le suicide assisté, sont possibles au cas particuliers où le patient est affecté d'une maladie incurable et désire de cesser la souffrance insupportable qu'il subit. Ainsi, compte tenues des autres

-
- B) le patient doit faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée
 - C) le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable

¹²² Op. cit, Avis n° 73 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique

¹²³ Institut Européen de Bioéthique, Dossier « Fatigue de vivre et Euthanasie, Ou en est la réflexion en Belgique ? », disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2018-06/doc-1554801302-4.pdf>

¹²⁴ Op. cit, Avis no 73 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique

¹²⁵ Jean Paul Van De Walle, Institut Européen de Bioéthique, Dossier concernant l'euthanasie des mineurs en Belgique, 2014, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20150302-euthanasie-des-enfants.pdf>

¹²⁶ Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg, disponible à l'adresse électronique suivante : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

conditions essentielles pour que cet acte soit légal¹²⁷, on observe qu'il y a un traitement similaire du sujet avec le cadre juridique des autres pays. Cependant, ce traitement est également caractérisé par certaines différences, comme l'acceptation de la « fatigue de vivre » liée avec une poly pathologie comme condition pour une euthanasie légale¹²⁸ ou l'absence de la possibilité de l'accès à l'euthanasie pour les mineurs. En outre, une autre remarque qui doit être citée est l'institution des « dispositions de fin de vie » qui est prévue dans l'article 4 de la loi de 2009 et qui sert de l'expression préalable de la volonté du patient d'effectuer l'euthanasie pour le futur, au cas où il serait trouvé dans une situation d'inconscience irréversible. Le contexte juridique autour de l'euthanasie à Luxembourg est complète par l'action de la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation, qui vise à assurer la bonne application de la susdite loi¹²⁹.

Suisse

Le cadre juridique suisse n'autorise pas l'euthanasie active directe, mais reconnaît le droit au suicide médicalement assisté, à condition que le motif soit altruiste¹³⁰ et qu'il s'agisse d'une personne en fin de vie ou atteinte d'une affection grave et insupportable. La réalisation du processus euthanasique se déroule au sein des associations spéciales, comme la « Dignitas » ou « Exit », à cause de l'opposition de la procédure à la déontologie médicale¹³¹. Plus concrètement, selon la procédure prévue, la mort au patient n'est pas provoquée par un tiers- c'est l'élément qui établit la grande différence

¹²⁷ Voir ainsi l'article 2 de la loi luxembourgeoise de 2009 : *1. N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, si les conditions de fond suivantes sont remplies :*

- 1) *le patient est majeur capable et conscient au moment de sa demande*
- 2) *la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie, et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure*
- 3) *le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique*
- 4) *la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit*

¹²⁸ Voir ainsi le cinquième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2017 et 2018) à l'attention de la Chambre des Députés, rédigée par la Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation (CNCE), disponible à l'adresse électronique suivante:

<http://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>

¹²⁹ Voir ainsi « Euthanasie, Assistance au suicide », en site du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg concernant la Santé : <http://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/euthanasie/index.html>

¹³⁰ Article 115 du Code Pénal Suisse : « *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* ».

¹³¹ Aline Cheynet de Beaupré, « Entre la vie et la mort : juger la fin de vie », Les cahiers de la justice 2017, p. 413

avec l'euthanasie active-, mais le patient lui-même met fin à sa vie après avoir obtenu par l'établissement en l'espèce le produit létal¹³².

C'est intéressant le constat que même dans un pays comme la Suisse ou d'une façon l'euthanasie est permise, le débat sur ce sujet ne jamais cesse d'être vivant au sein des cycles médicaux. En l'occurrence, comme une législation spécifique sur la matière du suicide assisté est absente, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) est le facteur qui crée un cadre d'éthique autour de l'activité médicale avec les directives qu'elle promulgue. En 2018, l'ASSM a publié des directives concernant l'« Attitude face à la fin de vie et à la mort », introduisant le fait des «*souffrances intolérables*» comme une condition suffisante pour donner la mort au patient demandant, sans qu'il y ait besoin de se trouver dans une situation de phase terminale d'une maladie¹³³. Mais ce changement des conditions pour la réalisation de l'aide au suicide a trouvé l'opposition puissante de la Fédération des Médecins Suisses (FMS) qui ont souligné le caractère subjectif de l'intolérance de la souffrance et par conséquent l'insuffisance de ce critère pour un acte tellement grave et sérieux comme donner la mort¹³⁴.

Allemagne

L'Allemagne, motivée par le caractère strict de sa Constitution qui déclare la protection absolue de la vie, interdit expressément l'euthanasie active qui se trouve dans le champ d'application d'homicide intentionnel. Cependant, on observe de dispositions contradictoires face à la position officielle de cet Etat. Concrètement, d'une part, le ministre adjoint de la Santé avait déclaré en 2018 que « *Ce ne peut être le rôle de l'Etat de soutenir activement des actions suicidaires en donnant la permission officielle, administrative, d'acheter des produits suicidaires particuliers (...) Le suicide ne peut être considéré comme une thérapie* ». D'autre part, même si selon la législation de 2015 l'assistance commerciale au suicide assisté est interdit, n'est pas punissable la personne proche qui aide le malade à se suicider¹³⁵. Par ailleurs, à travers la jurisprudence allemande plus conciliante, la forme passive d'euthanasie est tolérée, sous la condition que le patient ait donné son consentement préalable. Deux cas récents tirés par l'œuvre de la Cour Suprême Allemande en 2019 présentent un intérêt particulier, puisque malgré le fait qu'ils n'établissent pas l'autorisation du suicide assisté, ces deux arrêts font prévaloir le droit à l'auto-détermination sur l'obligation du médecin de porter

¹³² Dominique Grouille, « SANTE & SOCIETE, Fin de vie : des options belge, Suisse et orégonaise », La revue du praticien, vol 69, janvier 2019, p. 27, disponible à l'adresse électronique suivante: http://www.sfap.org/system/files/rdp_2019_1_252.pdf

¹³³ Voir ainsi les Directives publiées par l'ASSM le juin 2018 à l'adresse électronique suivante : <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>

¹³⁴ Voir ainsi « Elargissement des conditions de suicide assisté en Suisse: Des médecins appellent de refuser les nouvelles directives », publiée en site Génétique, le 22/10/2018, disponible à l'adresse électronique suivante: <http://www.genethique.org/fr/elargissement-des-conditions-au-suicide-assiste-en-suisse-des-medecins-appellent-refuser-les-70522#.XWowbigzblU>

¹³⁵ Institut Européen de Bioéthique, « Ce ne peut pas être le rôle de l'Etat de soutenir activement des actions suicidaires », publié le 28/2/2019, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/ce-ne-peut-etre-le-role-de-l-etat-de-soutenir-activement-des-actions-suicidaires-1565.html>

assistance, affaiblissant de cette façon l'obligation médicale de protéger la vie humaine¹³⁶.

Chapitre 1: Problématique autour de l'euthanasie dans la pratique européenne

De plus, le fait que la Suisse est un pays qui autorise l'assistance au suicide dans les locaux spéciaux mentionnés ci-dessus, même sous des conditions assez strictes, ainsi que l'existence de la possibilité d'effectuer l'euthanasie aux autres pays référés au-dessus, ne peut en aucun cas être envisagé isolément, puisque le phénomène du « tourisme de la mort » en Europe est tout à fait présent. C'est une situation qui sans doute suscite un grand nombre de problèmes dans le domaine de la recherche de la responsabilité pénale quant aux pays qui interdisent l'euthanasie mais voient leurs ressortissants de voyager à des pays ayant légalisé des formes d'euthanasie pour accomplir leur désir d'avoir une mort à leur choix¹³⁷ ou des médecins qui s'installent dans un pays, comme la Belgique ou la Suisse, pour réaliser l'acte euthanasique. C'est une réalité qui peut être dangereuse dans la pratique médicale en Europe, parce que, malgré le fait que selon une directive européenne de 2005¹³⁸ les médecins ont la faculté d'exercer leur activité professionnelle dans le pays de l'Union Européenne qu'ils désirent dans le cadre du principe de la circulation libre, néanmoins, cette pratique ne correspond pas à l'objectif des institutions créés pour ce but. En l'espèce, la perplexité de cette situation est indiquée par la différenciation des opinions même au sein du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, avec certains membres considérant que si toutes les dispositions de la loi belge de 2002 sont respectées et avec une évaluation *ad hoc* chaque fois des demandes spécifiques d'euthanasie, il n'y pas de problème éthique. Au contraire, d'autres membres estiment que dans le cadre du principe qu'une loi doit être respectée non seulement dans la lettre, mais aussi dans l'esprit, l'installation d'un patient français dans un établissement de repos belge dont l'objectif est d'accorder un séjour de courte durée aux patients avec soins, est totalement opposée à la mission de ces institutions. Et la raison pour cette appréciation est le fait que même une acceptation occasionnelle des tels cas, pourrait devenir une habitude conduisant à un « tourisme de l'euthanasie »¹³⁹, travestissant manifestement la législation et

¹³⁶ Institut Européen de Bioéthique, « Allemagne : la Cour Fédérale déforce l'obligation des médecins de protéger la vie de leurs patients », publié le 9/7/2019, disponible à l'adresse électronique suivante: <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/allemande-la-cour-federale-deforce-l-obligation-des-medecins-de-protoger-la-vie-de-leurs-patients-1639.html>

¹³⁷ C'était le cas de Dr Irwin et Cutkelvin analysé dans la première partie où le médecin avait risqué d'être poursuivi pénalement car il avait aidé économiquement un autre pour commettre le suicide dans l'association spéciale Dignitas en Suisse.

¹³⁸ Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil du 7 septembre 2005, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui a été modifiée par la Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013.

¹³⁹ Synthèse de presse bioéthique « Un tourisme de l'euthanasie en Belgique ? En France, le Conseil de l'Ordre des Médecins se saisit de la question », publié le 12 novembre 2018, en site Généthique, disponible à l'adresse électronique suivante : <http://www.genethique.org/fr/un-tourisme-de->

envisageant l'euthanasie comme une procédure, tandis qu'il s'agit au fond d'une relation complexe avec des personnes multiples (patient, médecin, famille, proches)¹⁴⁰.

CONCLUSION

Après cette analyse, force est de constater que l'existence d'un droit de mourir et la question de quelle place l'Etat doit tenir face à ce sujet controversé, est régi par un grand nombre de paramètres de nature diverse. La difficulté émergeant du traitement de l'euthanasie est évidente non seulement par le fait qu'un très petit pourcentage des pays a légalisé l'acte euthanasique, mais aussi par le fait que même les pays ouverts à cette pratique disposent d'un encadrement juridique différent l'un à l'autre. C'est pourquoi on observe des divergences larges entre les Etats, dont certains, par exemple, autorisent des formes d'euthanasie même pour les mineurs, comme les Pays-Bas.

En outre, la controverse autour de ce sujet n'est pas irrationnelle, puisqu'il y a des facteurs qui exercent une influence énorme. Par exemple, la pratique euthanasique pourrait devenir dangereuse pour la catégorie des personnes vulnérables comme les âgés ou les personnes affectées de troubles graves mentales qui premièrement ont besoin d'aide tant de leur entourage que de la part de l'Etat. D'ailleurs, ce n'est pas rare qu'un individu se tourne vers la demande d'euthanasie ayant besoin seulement d'attention, d'accompagnement et de support psychologique. De plus, c'est souvent très difficile de distinguer vraiment une situation psychique comme la dépression qui peut provoquer au patient des souffrances insupportables et une incapacité totale d'indépendance, d'une situation de mélancolie simple qui pourrait être surpassée au fil de temps. L'œuvre des médecins, tant des psychiatres que des médecins pour les problèmes physiques, est extrêmement difficile. Même aux cas des troubles pathologiques, quant à l'évaluation de l'incurable ou non ou de l'espérance de vie, la certitude ne peut pas être toujours parvenue, non seulement grâce au progrès de la médecine qui continue incessamment, mais aussi à raison des changements imprévisibles à l'état de la santé.

Prenant tout cela en compte, on constate que la formation continue des professionnels de santé dans les domaines de psychologie, de psychiatrie et de pathologie est une nécessité. Par ailleurs, cette obligation des Etats d'assurer l'éducation continue des médecins, constitue la condition dans le cadre de l'Etat de droit et de sécurité sociale, pour l'accomplissement du but visé par les sociétés, de protéger les citoyens et de leur accorder un système de santé qualitatif.

[leuthanasie-en-belgique-en-france-le-conseil-de-lordre-des-medecins-se-saisit-de-la#.XW4dTygzblU](#)

¹⁴⁰ Voir ainsi l'Avis par lettre n° 9 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique « Euthanasie d'un(e) patient (e) français (e) par un médecin français dans une maison de repos belge », publié le 22/10/2018, disponible à l'adresse électronique suivante:

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/web_fr_2018_10_22_-_euthanasie_de_patients_francais_par_un_medecin_francais_dans_une_mr_belge.pdf

Cependant, en ce qui concerne la fin de vie, l'amélioration du système des soins palliatifs qui est évidemment nécessaire afin que les personnes ne se sentent pas isolés et sans aucun aide, constitue seulement le premier pas envers l'élévation du niveau de qualité de vie et l'établissement solide des assurances des droits des citoyens. Ainsi, le développement des politiques spéciales et la focalisation à la culture palliative ne suffisent pas plusieurs fois pour la personne demandant la mort. Et malgré le fait que certaines raisons du refus du droit à l'euthanasie ne semblent pas totalement infondées, comme la protection des individus vulnérables, néanmoins, la politique de la majorité des Etats qui interdisent cette pratique révèle simplement le constat que les sociétés préfèrent fermer les yeux face aux sujets épineux, que d'essayer de trouver une solution. Le « tourisme de la mort » en fait la preuve.

Enfin, force est de constater que le choix de la mort au lieu d'une vie indigne, complètement dépendante et pleine de souffrances, le choix à la suite d'une pensée globale de tous les aspects envisagés et étant motivé du désir d'avoir le dernier mot quant à l'évolution personnelle, constitue la confirmation de l'existence du droit à la dignité humaine et à l'autodétermination. Par ailleurs, l'élément crucial dans des situations de fin de vie est que *la qualité surpasse la durée*.

BIBLIOGRAPHIE

Hellénique

- Anargyros Anapliotis, « Le droit à l'euthanasie- athanasie », ZYMEL 2003
- Antoniou Theodora, « Le respect de la valeur de l'être humain comme un principe et un droit dans la Constitution de 1975 », éditions Ant. N. Sakkoulas 2010
- Ioannis Bekas, « La protection de la vie et de la santé dans le Code Pénal », P.N. Sakkoulas 2004
- Andreas G. Dimitropoulos, « Droits Constitutionnels, Tome III, numéro I-III », édition B' 2008
- Gafos I, « Droit Pénal, Partie Spéciale », ouvrage D, Sakkoulas 1963
- Nestor E. Kourakis, Kalliopi D. Spinelli, « Euthanasie : un sujet épineux », Sakkoulas Ant. N. 2008
- Raikos G. Athanasios, « Politique Générale et Droit Constitutionnel (Tome III), Droits fondamentaux », éditions Bibliothèque Juridique 2018
- Paraskevopoulos, « Responsabilité pénale par des actes autodestructeurs », Revue de Criminologie Grecque, 3-4/1989
- Symeonidou- Kastanidou E., « Crimes contre la vie (Articles 299-307 du Code Pénal) », Sakkoulas Athènes-Thessalonique 2001

Française- Anglaise

Ouvrages

- Jean- René Binet, « Droit de la Bioéthique », LGDJ LEXTENSO éditions 2017
- Yvaine Buffelan-Lanore, Virginie Larribau-Terneyre, « Droit Civil, Introduction Biens Personnes Famille », Dalloz 2017
- Patrick Courbe, Fabienne Jault-Seseke, « Droit des personnes, de la famille et incapacités », Dalloz 2018
- Timothy R. Deer, Michael S. Leong, Albert L. Ray, *The American Academy of pain medicine*, Lynn R. Webster, « Treatment of chronic pain by Integrative Approaches », Springer 2015
- Catherine Gauthier, Sébastien Platon, David Szymczak, « Droit européen des Droits de l'Homme », édition 1^{ère} Dalloz 2016
- Bruno Genevois, « La dignité de la personne humaine, principe symbolique ou réalité juridique », dans le livre « *Mélanges en l'honneur de Robert Badinter, L'exigence de justice* », éditions Dalloz 2016

- Stephanie Hennette -Vauchez, Diane Roman, « Droits de l'Homme et libertés fondamentales », édition n° 3 Dalloz 2017
- R. J. Lifton, « The nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide », N. Y. Basic Books 1986
- Petr Muzny, « La liberté de la personne sur son corps », Dalloz 2010
- Philippe PEDROT, « *Ethique, Droit et Dignité de la personne* », *Mélanges Ch. Bolze*, F. Borella, « Le concept de dignité de la personne humaine », éditions Economica 1999
- Jean Pradel, « Droit Pénal Comparé », édition 4 Dalloz 2016
- René Sève, « Philosophie et théorie du droit », édition 2^e Dalloz 2016

Articles de doctrine

- John Adenitire, « A conscience-based human right to be ‘doctor death’ », Public Law 2016, octobre
- Cecile Castaing, Marie Lamarche, « Les malades en fin de vie », MONTESQUIEU LAW REVIEW, numéro .5 2017
- Aline Cheynet de Beaupré, « Entre la vie et la mort : juger la fin de vie », Les cahiers de la justice 2017
- Maksymilian Del Mar, « Imagining by feeling: a case for compassion in legal reasoning », International Journal of Law in Context, 2017
- Dermot Feenan, « Law and compassion », International Journal of Law in Context 2017
- Marie Grosset, « Les pratiques médicales de fin de vie à l'épreuve du droit », Les cahiers de la justice 2017
- Yannick Lécuyer, « La prise en compte du vieillissement dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », RDSS 2018
- John Lombard, « Sedation of the terminally ill patient : the role of the doctrine of double effect », Medico-Legal Journal of Ireland (M.L.J.I.), 2015
- Sir James Munby, « Why do we ignore dignity? Some comments », European Human Rights Law Review 2019
- Nataly Papadopoulou, « From Pretty to Nicklinson : changing judicial attitudes to assisted dying », European Human Rights Law Review 2017, 3
- Paul Véron, François Vialla, « Arrêt des traitements : deux premières applications de la loi du 2 février 2016 », AJDA 2017

Jurisprudence

Droit Français

- Conseil Constitutionnel, 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC
- TA de Châlons-en-Champagne, 11 mai 2013, n° 1300740
- Conseil d'Etat, 14 février 2014, ordonnance n° 375081
- Conseil d'Etat, 24 juin 2014, n° 375081

- Conseil Constitutionnel, 2 juin 2017, n° 632 QPC
- TA Lyon, 9 novembre 2016, Mme J. et autres, n° 1607855
- TA Marseille, 8 février 2017, M. et Mme E..., n° 1608830
- (Affaire Marwa), Conseil d'Etat, 8 mars 2017, n°408146

Cour Européenne des Droits de l'Homme

- Cour EDH, 22 novembre 1995, S.W. c. Royaume Uni, n° 20166/92
- Cour EDH, 29 avril 2002, Pretty contre Royaume-Uni, n° 2346/02
- Cour EDH, 22 novembre 1995, S.W. c. Royaume Uni, n° 20166/92
- Cour EDH, 7 juillet 2011, Bayatayan contre Arménie, n° 23459/03
- Cour EDH, 20 janvier 2011, Haas contre Suisse, n° 31322/07
- Cour EDH, 19 juillet 2012, Koch contre Allemagne, n° 497/09
- Cour EDH, , 5 juin 2015, Lambert et autres contre France, n° 46043/14

- Cour EDH, Lambert et autres contre France, 30 avril 2019, n° 21675/19

Droit Etranger

- DPP/CPS, « No charges following death of Raymond Cutkelvin », 25 juin 2010
- Cour Suprême de Canada, 6 février 2015 SCC 5, Carter contre Canada

Sites Internet

- Convention Européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, Guide sur l'article 8, disponible à l'adresse électronique suivante : https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_FRA.pdf
- Comité de Bioéthique du Conseil de l'Europe, « Guide sur le processus décisionnel relatif au traitement médical dans les situations de fin de vie », disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.infirmiers.com/pdf/guide-conseil-europe-processus-decisionnels.pdf>
- BBC, « No prosecution for right-to die doctor », publié le 25 juin 2005, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.bbc.com/news/10414767>
- Guide sur l'article 2 de la CEDH, disponible à l'adresse électronique suivante : https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_2_FRA.pdf

- Article 301 du Code Pénal grec disponible à l'adresse électronique suivante : <https://collab.lawspot.gr/sites/default/files/mashup/feka/2019/fek-95-2019.pdf>
- Exposé des Motifs de la loi n° 4619/2019, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/2f026f42-950c-4efc-b950-340c4fb76a24/k-poinkod-eis-NEO.pdf>
- Pavlos Papadopoulos, « Euthanasie et pouvoir », Kathimerini, publié le 18/7/2019, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.kathimerini.gr/1034475/opinion/epikairothta/politikh/ey8anasia-kai-e3oysia>
- « Le code de déontologie-Devoirs envers les patients », Conseil National de l'ordre des Médecins, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-38-soins-mourants-accompagnement>
- « Contribution du Comité Consultatif National d'Ethique a la révision de la loi de bioéthique », Avis No. 129 du Comité Consultatif National d'Ethique, publié le 2018-09-25, disponible à l'adresse électronique suivante : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_129_vf.pdf
- Le Figaro, « Vincent Humbert, l'homme qui a relancé le débat sur la fin de vie », publié en 2018- 08-03, disponible à l'adresse électronique suivante : <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/08/03/01016-20180803ARTFIG00020-vincent-humbert-l-homme-qui-a-relance-le-debat-sur-la-fin-de-vie.php>
- Xavier Ducrocq, « Etats pauci-relationnels : fin de vie ou grand handicap ? », interview publié le 14 octobre 2015 au site Génétique, disponible à l'adresse électronique suivante : <http://www.genethique.org/fr/etats-pauci-relationnels-fin-de-vie-ou-grand-handicap-64146.html#.XW6yQygzblU>
- Etienne Montero, « Accompagner la personne en fin de vie : repères éthiques », Les dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique, publié le 15 février 2010, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2019-04/doc-1554801341-7.pdf>
- Avis n° 58 du 12 juin 1998 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) concernant le consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent a des actes de soin ou de recherche, disponible à l'adresse électronique suivante: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis058.pdf>
- Avis n° 73 du 11 septembre 2017 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique concernant l'euthanasie dans les cas des patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques, disponible à l'adresse électronique suivante : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_73_euthanasie_0.pdf
- Organisation Mondiale de Santé (OMS)-Définition de 2002 disponible à l'adresse électronique suivante: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>
- site officiel de la République Française à l'adresse électronique suivante : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>

- Avis n° 1 du 12 mai 1997 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie, disponible à l'adresse électronique suivante :
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/7946414/Avis%20n%C2%B01%20du%2012%20mai%201997%20concernant%20l%E2%80%99opportunit%C3%A9%20d%E2%80%99un%20r%C3%A8glement%20l%C3%A9gal%20de%20l%E2%80%99euthanasie.pdf
- Institut Européen de Bioéthique, Dossier « Fatigue de vivre et Euthanasie, Ou en est la réflexion en Belgique ? », disponible à l'adresse électronique suivante :
<https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2018-06/doc-1554801302-4.pdf>
- Jean Paul Van De Walle, Institut Européen de Bioéthique, Dossier concernant l'euthanasie des mineurs en Belgique, 2014, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/20150302-euthanasie-des-enfants.pdf>
- Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg, disponible à l'adresse électronique suivante : <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>
- le cinquième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2017 et 2018) à l'attention de la Chambre des Députés, rédigée par la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (CNCE), disponible à l'adresse électronique suivante:
<http://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>
- « Euthanasie, Assistance au suicide », en site du Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg concernant la Santé:
<http://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/euthanasie/index.html>
- Dominique Grouille, « SANTE & SOCIÉTÉ, Fin de vie : des options belge, Suisse et orégonaise », La revue du praticien, vol 69, janvier 2019, p. 27, disponible à l'adresse électronique suivante:
http://www.sfap.org/system/files/rdp_2019_1_252.pdf
- Directives publiées par l'ASSM le juin 2018 à l'adresse électronique suivante :
<https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>
- « Élargissement des conditions de suicide assisté en Suisse: Des médecins appellent de refuser les nouvelles directives », publié en site Génétique, le 22/10/2018, disponible à l'adresse électronique suivante:
<http://www.genethique.org/fr/elargissement-des-conditions-au-suicide-assiste-en-suisse-des-medecins-appellent-refuser-les-70522#.XWowbigzbIU>
- Institut Européen de Bioéthique, « Ce ne peut pas être le rôle de l'État de soutenir activement des actions suicidaires », publié le 28/2/2019, disponible à l'adresse électronique suivante : <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/ce-ne-peut-etre-le-role-de-l-etat-de-soutenir-activement-des-actions-suicidaires-1565.html>
- Institut Européen de Bioéthique, « Allemagne : la Cour Fédérale déforce l'obligation des médecins de protéger la vie de leurs patients », publié le 9/7/2019, disponible à l'adresse électronique suivante: <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/fin-de-vie/euthanasie-et-suicide-assiste/allemande-la-cour->

[federale-deforce-l-obligation-des-medecins-de-protoger-la-vie-de-leurs-patients-1639.html](http://www.genethique.org/fr/un-tourisme-de-leuthanasie-en-belgique-en-france-le-conseil-de-lordre-des-medecins-se-saisit-de-la#.XW4dTygzbiU)

- Synthèse de presse bioéthique « Un tourisme de l'euthanasie en Belgique ? En France, le Conseil de l'Ordre des Médecins se saisit de la question », publié le 12 novembre 2018, en site Génétique, disponible à l'adresse électronique suivante : <http://www.genethique.org/fr/un-tourisme-de-leuthanasie-en-belgique-en-france-le-conseil-de-lordre-des-medecins-se-saisit-de-la#.XW4dTygzbiU>
- l'Avis par lettre n° 9 du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique « Euthanasie d'un(e) patient (e) français (e) par un médecin français dans une maison de repos belge », publié le 22/10/2018, disponible à l'adresse électronique suivante: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/web_fr_2018_10_22_-_euthanasie_de_patients_francais_par_un_medecin_francais_dans_une_mr_belge.pdf

Table des matières

Introduction.....	3
Partie 1 : Les fondements juridiques du droit à l'euthanasie et la jurisprudence de la CEDH	
Section A: Les fondements juridiques.....	4
Chapitre 1 : Une approche historique, sociale et philosophique du droit à la vie	4
Chapitre 2 : La dimension constitutionnelle du droit à la mort à la lumière de la Constitution grecque et française.....	6
Titre 1: Le principe de la dignité humaine dans la Constitution et la législation grecque et française.....	6
Titre 2: La dignité humaine et le droit à l'autodétermination dans le cadre international et européen.....	7
Titre 3 : Une perspective différente, la part médicale: compassion et liberté de conscience	11
Section B : La jurisprudence de la Cour EDH	14
Partie 2: Les régimes juridiques spéciaux en Grèce, France, Pays Benelux et Allemagne	18
Section A: Les régimes juridiques en Grèce et en France.....	18
Chapitre 1: Grèce	18
Chapitre 2: France	20
Titre 1: Une évolution constante des lois.....	20
Titre 2: Clarification des termes.....	25
Titre 3: Deux affaires en l'application de la loi de 2016	28
Section B: Les systèmes juridiques d'autres pays européens	29
Chapitre 1: Problématique autour de l'euthanasie dans la pratique européenne.....	33
Conclusion	34
Bibliographie.....	35

Master 2 franco- hellénique: Droit Public Spécialisé

Université de Bordeaux

