



Monsieur le Président de la
Cour Européenne des droits de l'Homme
Conseil de l'Europe
67075 Strasbourg Cedex
France

Strasbourg, le 28 novembre 2014

Objet : Tierce intervention, requête n° 46043/14 « Lambert et autres c. France »

Monsieur le Président,

Par courrier en date du 3 novembre 2014, la Clinique des droits de l'homme de l'Institut International des Droits de l'Homme a saisi la Cour européenne des droits de l'homme au titre de l'article 36§2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) et de l'article 44 du règlement de la Cour, afin d'introduire une tierce intervention dans le cadre de la requête n° 46043/14 dans l'affaire Lambert c. France introduite le 23 juin 2014.

Par une lettre en date du 21 novembre 2014, M. J. Callewaert, Greffier adjoint de la Grande Chambre, a autorisé la Clinique des droits de l'homme de l'Institut International des Droits de l'Homme à produire des conclusions portant, d'une part sur un état des lieux des législations et pratiques nationales s'agissant de la question de l'euthanasie et du suicide assisté dans 58 Etats appartenant, notamment, aux continents européen et américain ainsi que l'appréhension de l'euthanasie par le droit international des droits de l'homme ; d'autre part, sur la question de l'émergence ou non d'un consensus sur l'encadrement des modalités pratiques de l'euthanasie passive dans les Etats permissifs.

La Clinique des droits de l'Homme de Strasbourg a été créée en septembre 2013. Mise en place par la Faculté de droit de Strasbourg et l'Institut international des droits de l'Homme, la Clinique est composée à la fois d'étudiants et de professionnels recevant une formation tant théorique que pratique.

La présente affaire, renvoyée en Grande Chambre le 7 octobre 2014, met en lumière des enjeux, inédits devant la Cour, qui dépassent le seul cadre de cette requête et concernent la délicate question de l'euthanasie passive impliquant une absence de consentement expresse du patient. L'affaire, en droit interne, oppose l'épouse de Monsieur Lambert, qui a donné son accord à l'arrêt des soins de son époux décidé par le médecin en chef du CHU de Reims à l'issue d'une procédure collégiale, aux parents de ce patient, quant à eux formellement opposés à une telle décision.

Contrairement aux affaires *Pretty c. Royaume-Uni*¹, *Haas c. Suisse*² ou *Gross c. Suisse*³, la requête ne s'intéresse pas, ici, à l'éventuelle obligation pesant sur l'Etat de permettre à un malade souhaitant mettre fin à ses jours de recourir à l'euthanasie active ou au suicide assisté. Il n'est donc pas question de savoir si le droit au respect de la vie privée inscrit à l'article 8 de la CEDH, protégeant notamment l'intégrité physique et l'autonomie personnelle, implique pour l'Etat de respecter le choix des patients de mettre fin à leurs jours. Au contraire, les requérants souhaitent contester l'autorisation d'une euthanasie passive (arrêt des traitements maintenant un patient en vie) concernant Monsieur Lambert, décidée par le médecin de ce dernier avec l'accord de l'épouse de Monsieur Lambert, et confirmée par le juge interne.

La présente affaire diffère donc des autres par la nature de l'intervention sur la fin de vie en cause (un refus de traitement, une euthanasie passive) comme par la requête elle-même (puisqu'il s'agit ici de contester l'autorisation par l'Etat d'une euthanasie). Toutefois, si la différence est nette dans certains aspects, il est toujours question de la délicate mise en balance à opérer, en matière de fin de vie, entre l'obligation de protection de la vie de l'article 2 de la CEDH et des impératifs de respect de l'autonomie personnelle, dont le contenu a été défini par la Cour au titre de l'article 8 de la Convention.

Dans cette appréciation, le consentement tient une place fondamentale, dans la mesure où il conditionne le choix du patient et donc son autonomie personnelle. C'est sur ce point que l'affaire est inédite devant la Cour : le patient ne peut exprimer lui-même son consentement, alors recherché auprès des membres de la famille dont les opinions divergent. C'est donc, à notre sens, sous le prisme de l'encadrement par l'Etat des modalités d'expression du consentement à l'euthanasie passive que la question doit être traitée, consentement que le patient ne peut lui-même exprimer.

Après avoir présenté à la Cour un état des lieux des législations au sein du Conseil de l'Europe démontrant une absence de consensus européen en matière d'euthanasie (I), cette tierce intervention se penchera sur la position d'Etats tiers au Conseil de l'Europe et sur celle d'organes universels permettant également de conclure à une absence de consensus ou de tendance internationale en la matière (II)⁴. Les conclusions de la tierce-intervention s'attacheront enfin à démontrer la nécessité d'une large marge d'appréciation de l'Etat permissif dans l'encadrement de l'euthanasie passive (III).

¹ *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002, req. n° 2346/02.

² *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, req. n° 31322/07.

³ *Gross c. Suisse*, 14 mai 2013, req. n° 67810/10.

⁴ Le choix des Etats dont la législation a fait l'objet de la présente étude résulte tant de la disponibilité des informations les concernant que de la nécessité de préserver une cohérence en comparant ce qui est comparable.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
I. L'ABSENCE DE CONSENSUS SUR L'EUTHANASIE EN EUROPE	5
A. L'EXISTENCE D'UNE POSITION COMMUNE AU CONSEIL DE L'EUROPE	5
1. La Convention d'Oviedo	5
2. Le Comité de bioéthique	6
B. LA GRANDE DIVERSITE DES LEGISLATIONS INTERNES	7
1. Quatre Etats autorisent l'euthanasie active	7
2. Seize Etats autorisent expressément l'euthanasie passive uniquement.	10
3. Un Etat interdit expressément l'euthanasie active et le suicide assisté, et ne prévoit rien quant à l'euthanasie passive	14
4. Deux Etats demeurent silencieux sur la question de l'euthanasie mais interdisent le suicide assisté	15
5. Onze Etats interdisent toute forme d'euthanasie	15
TABLEAU DE SYNTHESE DES ETATS EUROPEENS	17
II. L'ABSENCE DE CONSENSUS SUR L'EUTHANASIE DANS LE RESTE DU MONDE	20
A. LES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX RELATIFS A L'EUTHANASIE	20
B. UNE TENDANCE NETTE A L'AUTORISATION DE L'EUTHANASIE PASSIVE DANS LES LEGISLATIONS INTERNES EN AMERIQUE DU NORD	21
1. Aux Etats-Unis	21
2. Au Québec	22
TABLEAU DE SYNTHESE AMERIQUE DU NORD	23
C. L'ABSENCE DE CONSENSUS EN AMERIQUE LATINE	24
1. Un Etat n'a pas tout à fait autorisé l'euthanasie active, mais un processus est en cours	24
2. Dix Etats interdisent euthanasie active et suicide assisté mais autorisent l'euthanasie passive	24
3. Sept Etats interdisent pénalement l'euthanasie active et le suicide assisté mais ne prévoient pas d'interdiction de l'euthanasie passive	27
TABLEAU DE SYNTHESE AMERIQUE LATINE	29
D. L'ABSENCE DE CONSENSUS DANS LE RESTE DU MONDE	31
TABLEAU DE SYNTHESE DU RESTE DU MONDE	33
III. CONCLUSIONS	34
a) <i>Quant à l'absence de consensus sur l'autorisation ou l'interdiction de l'euthanasie, même passive</i>	35
b) <i>Quant à la présence d'un consensus pour encadrer strictement les modalités de l'euthanasie passive dans les Etats permissifs</i>	35

c) <i>Quant à l'absence de consensus sur le moment de l'euthanasie : l'état du patient</i>	35
d) <i>Quant à la place fondamentale du consentement du patient dans l'euthanasie passive</i>	36
e) <i>Quant à l'absence de consensus sur l'encadrement des modalités d'expression du consentement</i>	36
f) <i>Quant à l'absence de consensus sur la possibilité pour un tiers de se prononcer en l'absence de consentement exprimé - même de manière anticipée - par le patient</i>	37
g) <i>Synthèse</i>	37

I. L'ABSENCE DE CONSENSUS SUR L'EUTHANASIE EN EUROPE

La Clinique souhaite dans un premier temps, après avoir rappelé l'existence d'une position commune au sein du Conseil de l'Europe concernant la fin de la vie (A), présenter à la Cour un état des lieux des législations européennes pertinentes en matière d'euthanasie (B), dont il ressort clairement qu'il n'existe aucun consensus pour l'autoriser ou l'interdire, qu'elle soit active ou passive, ou qu'il s'agisse de suicide assisté.

L'euthanasie passive comprend le refus d'acharnement thérapeutique, dans la mesure où ce dernier n'est que l'expression d'une conditionnalité plus forte du renoncement aux soins, et n'en est qu'une déclinaison intervenant « au dernier moment ».

A. L'EXISTENCE D'UNE POSITION COMMUNE AU CONSEIL DE L'EUROPE

La fin de vie et les questions qu'elle soulève en termes de dignité de la personne sont une des préoccupations actuelles des Etats membres du Conseil de l'Europe, même si les approches culturelles et sociétales peuvent être variables.

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe indiquait, en 1999, que « l'obligation de respecter et de protéger la dignité d'un malade incurable ou d'un mourant est la conséquence naturelle de la dignité inviolable inhérente à l'être humain à tous les stades de la vie. Ce respect et cette protection se traduisent par la création d'un environnement approprié qui permet à l'être humain de mourir dans la dignité ».

1. La Convention d'Oviedo

Sous recommandation de l'Assemblée parlementaire, a été élaborée une convention, adoptée par le Comité des ministres le 19 novembre 1996 : la 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, dite Convention d'Oviedo, est entrée en vigueur le 1^{er} décembre 1999.

La Convention a été ratifiée par la France le 13 décembre 2011, pour laquelle elle est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2012.

La Convention vise à protéger l'être humain et son maintien en vie, sans régler de manière explicite et formelle les questions de fin de vie. Elle pose d'importants principes et ouvre la voie, sans pour autant faire mention explicitement des conditions particulières à prévoir dans le cas des malades incurables et des mourants qui souhaiteraient mettre fin à leur vie.

Ainsi, l'article 5 de la Convention prévoit le principe du consentement aux soins médicaux : « 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. »

L'article 6 de la Convention envisage une protection particulière en matière d'intervention médicale pour les personnes qui n'auraient pas ou plus la capacité de consentir. En vertu de cet article, aucune intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir. Toutefois, dans le cas où un majeur serait dans l'incapacité de consentir à un traitement ou une intervention le concernant et en raison d'un handicap

mental, d'une maladie, ou d'un motif similaire, l'intervention ne pourra être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi. Cette personne recevra ainsi les informations nécessaires quant aux conséquences et aux risques de l'intervention ou du traitement.

2. Le Comité de bioéthique

Le Comité directeur pour la bioéthique, devenu Comité de bioéthique le 1^{er} janvier 2012, a adressé aux Etats membres du Conseil de l'Europe en 2001 un questionnaire relatif aux lois et pratiques internes en matière de fin de vie.

En mai 2014, le Comité de bioéthique a publié un « guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie », destiné à la fois aux professionnels de santé et aux familles. Ce guide résume les grandes questions éthiques posées par la fin de vie, et propose des lignes directrices aux Etats concernant la mise en œuvre du processus décisionnel relatif aux traitements médicaux au moment de la fin de la vie, notamment dans les cas où le patient n'est plus en mesure d'exprimer un consentement éclairé.

Ce guide s'inscrit dans la continuité de la Convention d'Oviedo : sans préconiser l'euthanasie active, le guide énonce un certain nombre de principes fondamentaux relatifs à la fin de vie des personnes atteintes de maladies incurables ou en phase terminale.

Au cœur de ces principes, se trouve celui du respect du consentement du patient, libre, éclairé et préalable à toute intervention sur la personne, et étroitement au droit au respect de la vie privée consacrée à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme.

L'évaluation du degré d'autonomie du patient, et donc de sa capacité effective à participer au processus de décision, constitue selon le guide un enjeu majeur de ce processus décisionnel de fin de vie, en particulier pour les patients dont la diminution des capacités fonctionnelles est telle qu'elle limite leur aptitude à y participer.

Lorsque le patient ne peut intervenir directement dans le processus décisionnel, la mise en place d'une délibération collective est un moyen de répondre à un souci d'objectivité nécessaire à sa protection. Si le patient est dans l'incapacité de participer au processus décisionnel, la décision sera prise par un tiers, selon des modalités prévues par la législation nationale en vigueur.

Néanmoins, bien que n'étant pas en état d'exprimer sa volonté quant aux conditions de la fin de sa vie au moment de la prise de décision, le patient peut être intégré au processus décisionnel par le biais d'une déclaration anticipée.

Il existe ainsi une position commune au sein des instances du Conseil de l'Europe, promouvant une euthanasie passive (arrêt d'un traitement visant à prolonger la vie), avec en son centre le principe du consentement du patient.

Si le consentement direct, exprès et éclairé du patient est préféré, il est néanmoins possible de prévoir un consentement des proches lorsque le patient ne peut participer au processus décisionnel de fin de vie, selon des modalités laissées aux législations internes.

En dépit d'une telle position commune, les législations des Etats parties demeurent diversifiées. Ces derniers semblent ainsi peu enclins à adopter une législation similaire en droit interne.

B. LA GRANDE DIVERSITE DES LEGISLATIONS INTERNES

Il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus en Europe pour autoriser ou interdire l'euthanasie active ou passive. Parfois expressément autorisée, parfois expressément interdite, il arrive qu'il n'en soit simplement pas fait mention dans la loi.

1. Quatre Etats autorisent l'euthanasie active

La **Belgique** a rendu l'euthanasie active légale par la loi du 28 mai 2002, qui définit les conditions dans lesquelles elle ne constitue pas une infraction pénale.

La demande expresse d'euthanasie est légale si le patient est majeur (ou mineur émancipé) au moment de sa demande, capable et conscient. La demande écrite doit être formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée. Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue et la souffrance physique et/ou psychique doit être constante, insupportable et inapaisable. L'état du patient doit être dû à une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Le médecin n'a pas obligation d'accéder à la demande du patient.

Le patient a la possibilité de rédiger une déclaration anticipée de volonté (demande explicite à ce que l'euthanasie soit pratiquée) conformément aux conditions prévues par la loi. Le contrôle du respect des conditions se fait par le médecin et un double contrôle par un autre praticien est prévu quant à la souffrance persistante et à l'absence d'issue de la situation.

Il existe un contrôle *a posteriori* effectué par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation. La Commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie. La Commission vérifie que la loi a bien été appliquée et peut transmettre le dossier à la justice.

L'euthanasie passive est également autorisée, par la loi du 22 août 2002. Le malade doit consentir à refuser les soins, quel que soit le traitement envisagé (article 8). Ce consentement peut être exprimé à l'avance (article 8§4). Le patient peut aussi avoir désigné un mandataire. La personne habilitée à donner son consentement à l'arrêt des soins pour le patient sera en priorité l'époux, ou à défaut les descendants, puis les parents, puis les frères et sœurs. Elle doit de plus démontrer que sa décision correspond à la volonté expresse du patient. En cas d'incertitude sur la volonté du patient, ou d'accord entre les membres de la famille, le médecin procède dans son intérêt. Si le patient est en phase terminale, le médecin est uniquement dans l'obligation de prodiguer des soins de confort.

Le **Luxembourg** autorise l'euthanasie active ainsi que l'assistance au suicide depuis la loi du 16 mars 2009 « relative à l'euthanasie et l'assistance au suicide », sous certaines conditions, énumérées à l'article 2§1 de la loi : « le patient est majeur capable et conscient au moment de sa demande ; la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et, le cas échéant, répétée, et elle ne résulte pas d'une pression extérieure ; 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 ; la demande du patient d'avoir recours à une euthanasie ou une assistance au suicide est consignée par écrit ».

Une obligation d'information du patient pèse sur le médecin, qui doit lui-même « s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation si des dispositions de fin de vie au nom du patient y sont enregistrées » (article 2§2.7 de la loi).

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même ou par une personne majeure de son choix s'il est dans l'impossibilité physique de le faire.

Le patient a la possibilité d'émettre une déclaration anticipée de fin de vie. Celle-ci prend effet lorsque le médecin constate que le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'il est inconscient, et que la situation est irréversible selon l'état actuel de la science. Cette déclaration doit être enregistrée par la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation (il est possible de retirer une telle déclaration, et il faut la renouveler tous les cinq ans).

Le médecin procédant à une euthanasie ou une assistance au suicide doit déposer une déclaration officielle à la même Commission.

L'euthanasie passive est également autorisée, par la loi du 16 mars 2009 sur les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie, également en son article 2. Le patient doit être en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. Le médecin peut alors refuser ou s'abstenir de procéder à des examens et traitements qui n'apporteraient au patient ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison.

Si la personne se trouve dans l'incapacité physique d'exprimer sa volonté relative à sa fin de vie, le médecin cherche à établir sa volonté présumée. Pour cela, il peut faire appel à une personne de confiance désignée au préalable par le patient, et à toute personne susceptible de connaître sa volonté. Le patient a également la possibilité d'exprimer sa volonté par une déclaration anticipée, dans les conditions prévues par la loi.

Aux **Pays-Bas**, la loi relative au contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et au contrôle de l'assistance au suicide du 12 avril 2001 autorise l'euthanasie active. C'est le premier pays européen à voir autorisé l'euthanasie active ainsi que le suicide assisté. Deux principes irriguent la loi : la liberté de l'individu et la relation de confiance entre médecin et patient.

La légalité de l'euthanasie pratiquée est conditionnée au respect de critères de minutie, mentionnés à l'article 293 du Code pénal et définis à l'article 2 de la loi du 12 avril 2001. Pour qu'une euthanasie soit légale, le médecin doit avoir respecté six conditions : il doit avoir acquis la conviction que le patient a formulé sa demande librement, de façon mûrement réfléchie et constante ; il doit avoir acquis la conviction que les souffrances du patient étaient sans perspectives d'amélioration et insupportables ; il doit avoir informé le patient de sa situation et de ses perspectives ; il doit être parvenu, en concertation avec le patient et compte tenu de la situation de ce dernier, à la conviction qu'aucune autre solution n'était envisageable ; il doit avoir consulté au moins un autre médecin indépendant qui a examiné le patient et s'est fait une opinion quant aux critères de minutie précédents ; il doit avoir pratiqué l'interruption de vie avec toute la rigueur médicalement requise.

Par ailleurs, le patient doit avoir exprimé un consentement suffisamment éclairé, et l'opinion d'un deuxième médecin est nécessaire. Le patient doit également souffrir d'une maladie incurable.

En pratique, les associations professionnelles des médecins et des infirmiers ont élaboré des directives sur la bonne pratique médicale de l'euthanasie, en vue d'un contrôle renforcé et d'un meilleur aiguillage des professionnels de santé concernés. Ces directives traitent notamment des définitions de l'euthanasie et du suicide assisté, de la signification des critères de minutie, de sujets pratiques, d'options disponibles pour ceux ayant des objections morales, et des implications juridiques potentielles.

La Suisse est un cas unique. Elle autorise l'euthanasie active mais en introduisant une distinction particulière entre euthanasie active directe (administrer une substance létale) et euthanasie active indirecte (administrer une substance pour soulager la souffrance de la personne mais écourtant la durée de vie). Cette distinction n'est pas expressément formulée dans la loi, qui se contente de protéger les patients des abus.

La première est assimilée à l'homicide par compassion, dans la mesure où, réprimée par l'article 114 du Code pénal suisse et non par l'article 111 qui traite de l'homicide classique, elle bénéficie d'un atténuation de peine si la personne a agi en cédant à un mobile honorable (comme la pitié) et sur demande sérieuse et insistante de la personne euthanasiée. La peine maximale est alors abaissée de cinq à trois ans d'emprisonnement.

L'euthanasie active indirecte et l'euthanasie passive sont autorisées par les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales de 1995. Concernant l'euthanasie passive, le patient doit être en mesure d'exprimer son consentement éclairé (le médecin doit l'avoir informé sur le traitement envisagé, sur le coût, sur les répercussions de la maladie et du traitement sur son mode de vie, ainsi que sur les alternatives thérapeutiques. Si cela s'avère impossible, il faut recourir à l'avis du représentant du patient ou à tout autre indice laissant apparaître la volonté du patient. Si l'urgence prévaut ou qu'aucun élément ne peut éclairer le médecin, la décision de ce dernier doit être prise en accord avec les intérêts du patient.

Le suicide assisté « motivé par un mobile égoïste » est puni par l'article 115 du Code pénal de cinq ans d'emprisonnement maximum, si le suicide a été consommé ou tenté. C'est la règle de principe, confirmée par la jurisprudence (v. par ex. Tribunal fédéral suisse, arrêts du 11 juin 2009 6B 48/2009 et 6B 14/2009).

Indirectement donc, sans mobile égoïste, une personne peut décider d'apporter une aide au suicide. Elle doit alors vérifier si la maladie dont souffre le patient permet de considérer que la fin de vie est proche, si des alternatives de traitement ont été proposées au patient et mises en œuvre si celui-ci l'a souhaité, si le patient est capable de discernement, et si son désir de mourir est mûrement réfléchi, persistant, et ne résultant pas d'une pression extérieure. Ces conditions doivent avoir été également vérifiées par une tierce personne, non nécessairement un médecin.

Ensuite, sont distingués les patients capables de discernement et ceux qui n'en sont pas capables. Pour les premiers, le consentement est fondamental : un traitement médical contre la volonté exprimée du patient ou contre « les intérêts bien compris du patient » capable de discernement est inadmissible. Il est important de noter qu'un mineur ou un majeur sous curatelle peut être capable de discernement également, lorsqu'il s'agit de consentir à un traitement.

Pour les seconds, les incapables de discernement, la personne habilitée à représenter le patient prendra la décision. L'habilitation peut d'abord résulter d'une directive anticipée du patient, ou d'un mandat pour cause d'inaptitude. Elle peut également résulter d'une mise sous curatelle, le curateur ayant un droit de représentation pour les décisions médicales. Elle peut enfin être conférée à des proches et autres personnes de référence qui offrent régulièrement au patient une assistance personnelle (conjoint ou partenaire enregistré, personne faisant ménage commun avec le patient, descendants, parents, frères et sœurs). Si le patient est incapable et n'a pas de représentant, le médecin doit agir, en obéissant à deux critères : la dignité humaine et la qualité de vie, ce qui doit le conduire à rechercher l'intérêt du malade, sa volonté présumée, son appréciation de la qualité de la vie en tenant compte de l'avis des proches.

2. Seize Etats⁵ autorisent expressément l'euthanasie passive uniquement.

Souvent, ces Etats combinent autorisation de l'euthanasie passive avec des atténuements de la peine en cas de condamnation pour euthanasie active ou suicide assisté.

C'est le cas de l'Albanie. L'article 20 du Code de déontologie médicale de 1998 rend possible la pratique de l'euthanasie passive. Il prévoit que « les souhaits d'un patient bien informé souffrant d'une maladie incurable en ce qui concerne la prolongation artificielle de sa vie doivent être respectés dès lors qu'ils ont été exprimés clairement alors qu'il était pleinement conscient, ou, s'il est inconscient, s'ils sont exprimés par sa famille ». Le malade doit être en phase terminale et la volonté du patient ou de sa famille doit être exprimée par écrit.

L'Allemagne interdit l'euthanasie active de la même manière qu'un homicide (article 216 du Code pénal), mais l'euthanasie passive est autorisée.

La jurisprudence du Tribunal constitutionnel fédéral allemand et la loi fondamentale reconnaissent au malade incurable le droit de refuser des soins. Le Code professionnel modèle des médecins allemands prévoit ainsi, en son article 16, que les « médecins peuvent, en donnant la priorité à la volonté du patient, s'abstenir de dispenser des mesures visant à prolonger la vie et se limiter à atténuer les symptômes seulement si le report d'un mort inévitable constituerait simplement une prolongation inacceptable des souffrances de la personne en fin de vie ».

L'arrêt des soins est considéré comme justifié sur le malade a demandé clairement qu'on ne le maintienne pas en vie. Si le malade a donné son consentement éclairé, la jurisprudence et la loi sont d'accord pour reconnaître au malade incurable le droit de refuser les soins. Si le malade a exprimé clairement sa volonté à l'avance, ses volontés s'imposent au corps médical, à condition qu'il se trouve en fin de vie et qu'il n'ait pas ultérieurement émis, à l'aide d'un geste ou d'une mimique, un souhait contraire.

Le Tribunal fédéral constitutionnel a ainsi jugé (Tribunal fédéral constitutionnel, arrêt du 13 septembre 1994, StR 357/94) que l'arrêt d'un traitement palliatif d'un patient en fin de vie avec le consentement de ce patient n'engage pas la responsabilité pénale du médecin. Cela vaut même si l'interruption du traitement doit être effectuée en arrêtant ou en débranchant activement un appareil médical (Tribunal fédéral constitutionnel, arrêt du 25 juin 2010, StR 454/09).

En recourant au droit civil, il est possible de désigner ou de faire désigner par le juge des tutelles un mandataire habilité à décider à la place de l'intéressé ou de sa famille.

En Autriche, l'article 75 du Code Pénal punit l'euthanasie active directe, bien qu'une peine moins lourde soit prévue pour l'homicide perpétré « à la demande sérieuse et urgente de la victime ». L'article 110 du Code Pénal prévoit que l'euthanasie passive par arrêt d'un traitement médical peut être demandée légalement par le patient. Le patient se voit en effet reconnaître le droit à l'autodétermination en cas de danger de mort. Le patient peut, de façon anticipée, faire part de sa volonté par « testament ». La Cour Suprême de Justice, dans un arrêt du 7 juillet 2008 (06 Ob. 286/07P), a reconnu la possibilité de recourir au « refus présumé », permettant d'établir, alors même que le patient ne serait plus en état de le faire, la volonté de celui-ci de refuser un traitement, en recourant à une preuve orale ou écrite témoignant de sa volonté. A défaut, le médecin doit privilégier une décision en faveur de la vie.

Au Danemark, euthanasie active (article 239 du Code pénal) et suicide assisté (article 240 du Code pénal) sont interdits et pénalement réprimés. Les peines sont toutefois atténuées en raison du mobile lié à la volonté de faire cesser des souffrances (v.

⁵ Parmi ceux faisant l'objet de cette étude.

par exemple art. 84 et 85 du Code pénal, qui atténuent la peine lorsque l'individu a agi sous l'impulsion d'une « émotion forte »).

L'euthanasie passive est en revanche autorisée. La loi de 1992 sur l'exercice de la profession médicale oblige le médecin à avoir le consentement du patient avant de commencer ou poursuivre le traitement du patient (article 6). Par ailleurs, le caractère obligatoire du consentement du patient est renforcé par la loi n° 482 du 1er juillet 1998 sur le statut des patients, qui vise notamment à préserver le libre arbitre des malades.

Le patient a la possibilité d'émettre une directive anticipée prévoyant son refus de subir un traitement prolongeant sa vie (c'est-à-dire n'offrant aucune perspective de guérison, d'amélioration ou de soulagement), mais le médecin n'est lié au choix anticipé du patient que lorsque celui-ci se retrouve en phase terminale (s'il est mourant et que sa mort est inévitable), et non en cas d'affection grave et invalidante. Le consentement ne peut être donné par des proches ou un tuteur que lorsque le malade se trouve en phase terminale. Seul un malade en fin de vie, dont la mort est imminente ou inévitable, et en pleine capacité, peut choisir de n'être pas soigné, voire exiger des soins accélérant son décès.

Un médecin peut décider de ne pas maintenir en vie un patient qui ne pourrait plus exprimer sa volonté et qui serait condamné, même si ce dernier n'en a pas exprimé le souhait auparavant.

En Espagne, l'euthanasie active est interdite par l'article 143§2 du Code pénal. Le suicide assisté est interdit par l'article 143§4 du Code pénal. ce sont les communautés autonomes qui légifèrent sur la question. La Catalogne a reconnu la première aux malades, dès 2000, le droit de refuser un traitement médical et de donner des directives anticipées. Une loi de 2002 est venue encadrer la possibilité qu'ont les communautés autonomes de légiférer en la matière (loi 41/2002 du 14 novembre 2002 relative à l'autonomie du patient ainsi qu'aux droits et obligations en matière d'information médicale). En vertu de cette loi, les dix-sept régions espagnoles ont adopté une réglementation sur les droits des malades en fin de vie, prévoyant des modalités variables, notamment pour ce qui est du consentement du patient par directive anticipée, et autorisent ainsi l'euthanasie passive⁶. Néanmoins, si les modalités d'expression du consentement varient, la loi nationale oblige les médecins à tenir compte de ce consentement du patient, quand bien même il entrainerait le décès. Le chapitre IV de la loi est ainsi consacré au respect de l'autonomie du patient. Le malade doit être informé de façon claire et compréhensible des traitements proposés ainsi que des avantages et inconvénients pouvant en résulter, afin de pouvoir donner son consentement ou de faire part de son refus. La loi n'exige un écrit de la part de l'intéressé qu'en cas de risque pour celui-ci. Le patient peut de plus donner une directive anticipée.

Le consentement peut également être donné par un tiers (articles 9 et 11 de la loi), qui doit tenir compte des circonstances particulières et de l'intérêt du patient, dans le respect de sa dignité.

En Finlande, l'euthanasie active est interdite, mais l'euthanasie passive est légale : l'acte sur le statut et les droits des patients de 1992, ainsi que l'acte sur la sécurité des patients de 2007 confèrent aux patients le droit de refuser un traitement planifié ou qui va être mis en œuvre.

Les directives de fin de vie formulées de manière anticipée sont en principe contraignantes pour le médecin. Il peut y avoir des exceptions, si la déclaration correspondante est ancienne, particulièrement si de nouveaux traitements ont été mis au point pour

⁶ Aragon (Loi 10/2011), Andalousie (décret 59/2012), Asturies (décret 4/2008), Baléares (loi 5/2003), communauté autonome basque (décret 270/2003), Canaries (décret 13/2006), Cantabrie (loi 7/2002), Castille-la-Manche (loi 6/2005), Castille et Léon (loi 8/2003), Catalogne (loi 21/2000), Estrémadure (loi 6/2005), Galice (loi 3/2005), Madrid (décret 15/2006), Murcie (décret 80/2005), Navarre (loi 8/2011), la Rioja (loi 9/2005) et Valence (loi 1/2003).

l'affection dont souffre le patient car il n'est pas certain que la directive donnée reflète véritablement ce que le patient souhaiterait à l'heure actuelle.

La **Géorgie** interdit pénalement l'euthanasie active (article 110 du Code pénal), prévoyant néanmoins une peine atténuée par rapport à l'homicide classique, mais autorise l'euthanasie passive. L'article 23 de la loi sur les droits des patients donne au patient le droit de refuser un traitement, s'il est dans la capacité de prendre une telle décision, et s'il est pleinement informé des conséquences de ce refus.

A noter que la mort cérébrale correspond à la mort du patient, les soins pouvant alors être arrêtés.

Le consentement est exprimé par le patient, ou à défaut, s'il est dans l'incapacité de le faire, par sa famille ou son représentant légal, ou à défaut le médecin (article 148§2 de la loi sur les soins de santé).

Pour éviter les abus, l'article 25 de la loi sur les droits des patients prévoit la possibilité pour le personnel de santé d'aller devant le juge s'il estime que la décision de la famille ou du représentant du patient est contraire aux intérêts de santé de celui-ci.

La **Hongrie** interdit le suicide assisté (Section 162 du Code pénal), ainsi que l'euthanasie active (Section 161 du Code pénal). L'euthanasie passive est en revanche autorisée par la loi CLIV de 1997 sur les soins de santé. Les traitements maintenant en vie ou les interventions destinées à sauver la vie peuvent cependant seulement être refusés par le patient souffrant d'une sérieuse maladie qui conduit à la mort dans un bref délai et est incurable. Les conditions entourant le recours à l'euthanasie passive sont cependant strictement définies par cette même législation. Trois médecins doivent avoir examiné le patient et vérifié son consentement éclairé. Il est possible d'exprimer de façon anticipée son refus à recevoir des soins ou de désigner une personne qui exercera ce droit le moment venu.

En **Italie**, l'euthanasie active est interdite par le Code pénal sous la qualification d'« homicide avec consentement » de la personne (article 579 du Code pénal). La peine prévue, de six à quinze ans d'emprisonnement, est moins lourde que celle prévue pour l'homicide classique, égale ou supérieure à vingt-et-un ans (article 575 du Code pénal).

Le suicide assisté est également interdit : l'article 580 du Code pénal italien dispose que « quiconque détermine le suicide d'autrui, renforce sa volonté ou facilite dans quelque mode que ce soit, est puni, si le suicide survient, d'une peine de cinq à douze ans d'emprisonnement. » Le même article prévoit que si la personne suicidaire est mineure de moins de quatorze ans ou privée de discernement, l'infraction sera requalifiée en homicide.

En l'absence de tout cadre juridique, l'interruption du traitement thérapeutique d'un malade est toutefois tolérée. En effet, la Constitution italienne dans son article 32 indique que « nul ne peut être contraint à un traitement médical déterminé si ce n'est par une disposition de la loi ». Cette loi doit en plus respecter « les limites imposées par le respect de la personne humaine ». Le 16 octobre 2007, la Cour de Cassation (C. cass, arrêt du 16 octobre 2007, sentenza n° 21748/2007) a affirmé que l'autorité judiciaire peut autoriser, à la demande du tuteur du patient, l'interruption de l'alimentation en présence d'un état végétatif permanent irréversible et de la preuve qu'en possession de toutes ses facultés, le malade se serait opposé au traitement médical.

L'**Irlande** interdit expressément le suicide assisté (article 2 du Criminal Law (suicide) Act 1993). En avril 2013, dans l'affaire Fleming (Cour suprême, Marie Fleming v. Ireland, arrêt du 10 janvier 2013, n°2012 10589 P) la Cour suprême a refusé de considérer qu'il existe un droit constitutionnel à mourir ou à être assisté pour mourir.

En revanche, l'euthanasie passive est permise (Guide to professional conduct and ethics for registered medical practitioners du Medical Council du 13 novembre 2009, section B §22).

La **Lettonie** interdit l'euthanasie active (Section 117 du Code pénal), la comprenant comme un meurtre avec circonstances aggravantes, mais autorise l'euthanasie passive, par l'article 23 de la loi sur le traitement médical, adoptée le 12 juin 1997.

Le patient a ainsi le droit de refuser, de manière partielle ou totale, un examen ou traitement proposé, à la condition d'y consentir expressément avec sa signature. Dans le cas où le patient est mineur ou, en raison de son état de santé, incapable de comprendre les conséquences de ses actions, les membres de sa famille, ou s'ils n'existent pas, les parents les plus proches ou les représentants légaux du patient (personnes ayant la tutelle, gardiens) ont le droit et la responsabilité de prendre les décisions pertinentes. Le médecin a alors le devoir d'expliquer au patient ou à défaut aux personnes précitées les conséquences d'un tel refus. La loi lettone ne prévoit pas la possibilité d'un suicide assisté.

A **Monaco**, l'euthanasie active et le suicide assisté ne sont pas expressément mentionnés par la loi. En l'absence de législation spécifique, ils semblent entrer dans le champ de l'homicide (article 220 du Code pénal) avec préméditation (article 223 du Code pénal), et peut-être même dans le champ de l'homicide par empoisonnement (article 226 du Code pénal).

Néanmoins, l'euthanasie passive est autorisée par le Code de déontologie médicale adopté en 2002. Le patient a en effet le droit de refuser un traitement une investigation (article 35). De plus, l'article 36 oblige le médecin à « s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. » Le consentement du patient doit être impérativement recherché (article 35). En cas d'impossibilité pour le patient d'exprimer sa volonté, le médecin doit recueillir le « consentement libre et éclairé des personnes désignées » conformément à la loi (article 36). Le patient n'a pas la possibilité d'émettre de directive anticipée. Le médecin a l'obligation d'informer et de motiver sa décision de limitation ou d'arrêt de traitement, et il doit dans tous les cas accompagner cet arrêt de traitement de soins palliatifs.

En **Norvège**, la notion d'euthanasie est absente des textes. Néanmoins, le suicide assisté est prohibé (Section 236 du Code pénal), bien que l'infraction bénéficie d'une circonstance atténuante (Section 235 du Code pénal) à condition que la personne ait agi par compassion à l'égard d'un malade en phase terminale, ou avec le consentement du suicidé.

En principe, en vertu de la section 7 de la loi relative au personnel de santé, le personnel de santé doit fournir, en cas d'urgence, les soins de santé dont il est capable et qui sont supposés d'importance vitale. Conformément à la section 4-9 de la loi relative aux droits des patients, les soins de santé nécessaires sont donnés, même si le patient est incapable de donner son consentement, et même s'il s'oppose au traitement.

L'euthanasie passive est néanmoins autorisée, à certaines conditions, prévues par la section 4-9 de la loi relative aux droits des patients : le patient a le droit de s'opposer à un traitement (recevoir du sang, interrompre une grève de la faim) en raison d'une conviction sérieuse.

S'il est mourant, il peut s'opposer à un traitement destiné à prolonger sa vie (le consentement doit être éclairé). En cas d'impossibilité d'exprimer son consentement, le personnel de santé peut interrompre les soins de santé si la personne apparentée au patient exprime des souhaits en ce sens, si le personnel de santé, basé sur une évaluation indépendante, constate également que cela correspond aux souhaits du patient, et devrait donc être clairement respecté.

Le Portugal interdit le suicide assisté (article 135 du Code pénal), comme l'euthanasie, laquelle peut revêtir deux qualifications différentes, selon qu'elle soit volontaire, c'est-à-dire pratiquée à la demande du patient (homicide à la demande de la victime, prévu par l'article 134 du Code pénal) ou non (homicide « privilégié », prévu par l'article 133 du Code pénal). Les sanctions sont les mêmes (entre un et cinq ans d'emprisonnement).

Le nouveau Code déontologique des médecins, adopté en janvier 2014, autorise l'euthanasie passive de manière indirecte, sous sa forme minimale. En vertu de celui-ci, en effet, « l'utilisation de moyens extraordinaires pour mettre fin à la vie (...) peut être autorisée en cas de mort cérébrale ou à la demande du malade. » En aucun cas, ne peuvent être abandonnées l'hydratation ou l'alimentation du patient, même administrées artificiellement. La règle ne semble qu'induire l'interdiction de l'acharnement thérapeutique.

Au Royaume-Uni, l'euthanasie active est interdite et peut être poursuivie sur la base d'un homicide (Homicide Act 1957). Le suicide assisté est quant à lui interdit par le Suicide Act de 1961 (Section 21 du Suicide Act 1961), pour l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Irlande du nord. L'article 2 du Suicide Act de 1961 dispose notamment que « quiconque aide, se fait le complice de, conseille ou provoque le suicide d'une autre personne ou une tentative d'une autre personne pour se suicider sera passible d'une peine de prison d'une durée maximale de quatorze ans » Toutefois, depuis quelques années, la justice rend moins probables les poursuites contre une personne aidant un proche à se suicider par compassion, à condition que ce dernier en ait clairement exprimé l'intention. » Pour ce qui est de l'Ecosse, le suicide assisté est couvert par la loi relative à l'homicide.

En revanche, l'euthanasie passive (refus de traitement) est autorisée (selon une directive du *General Medical Council* sur les « soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie : comment prendre les bonnes décisions », du 1^{er} juillet 2010), à la condition que le patient en ait exprimé la volonté expressément directement ou par une directive anticipée (v. par ex. Cour suprême, 2002, Mrs B c. An NHS Hospital Trust).

La Suède interdit l'euthanasie active (Chapitre 3, Section 1 du Code pénal), ainsi que le suicide assisté (Chapitre 3, Section 2 du Code pénal). L'acte d'euthanasie est considéré comme un meurtre de second degré, l'infraction est alors passible de six à dix ans d'emprisonnement (Chapitre 3, Section 2 du Code pénal), bien qu'il soit possible qu'en cas de circonstances exceptionnelles, la peine soit annulée (Chapitre 33, Section 4 du Code pénal).

Elle autorise néanmoins l'euthanasie passive depuis avril 2010, par une décision du Bureau national pour la santé et le bien-être, organe officiel de gestion de la politique de santé en Suède. Ainsi, au regard des conditions énoncées, il semble que les médecins ne doivent pas administrer des traitements dont les patients ne veulent pas et doivent fournir des somnifères ou de la morphine pour diminuer la douleur avant de débrancher les dispositifs qui maintiennent en vie.

3. Un Etat interdit expressément l'euthanasie active et le suicide assisté, et ne prévoit rien quant à l'euthanasie passive

En Lituanie, l'euthanasie est considérée comme un meurtre, passible d'une peine de réclusion de vingt ans, et même dans certains cas à perpétuité (article 129 du Code pénal). Le code pénal considère que le meurtre a été commis avec circonstances aggravantes, parce que le malade, tué par euthanasie, est considérée comme une personne vulnérable. Le suicide assisté est également sanctionné pénalement (article 134 du Code pénal).

Une proposition de loi émanant de Marija Ausrine Povilionienė, actuellement en discussion au Parlement lituanien, a pour but de légaliser l'euthanasie sous certaines conditions (à partir du 1^{er} janvier 2016 si elle est acceptée) : la demande ne peut être déposée que par le malade lui-même, qui doit être conscient de ses actes. Les médecins doivent vérifier qu'il était sain d'esprit au moment de la demande.

4. Deux Etats demeurent silencieux sur la question de l'euthanasie mais interdisent le suicide assisté

Concernant **Malte**, le suicide assisté est pénalement sanctionné (article 213 du Code pénal) alors que rien n'est précisé quant à l'euthanasie, et ce qu'elle soit active ou passive.

De la même manière, si la **Turquie** n'interdit pas expressément l'euthanasie, dans la mesure où la loi est silencieuse et ne la mentionne pas, le suicide assisté est, lui, interdit par l'article 84 du Code pénal.

5. Onze Etats interdisent toute forme d'euthanasie

C'est le cas de l'**Azerbaïdjan**. En vertu de la loi sur la protection de la santé du 26 juin 1997, ainsi que de l'article 18 al. 135 de la partie VIII du Code pénal, l'euthanasie est interdite, que ce soit « l'accélération de la mort par tout moyen ou action, ou stopper des mesures artificielles de maintien en vie ».

La **Bulgarie** interdit totalement l'euthanasie (article 97 de la loi sur la santé) comme le suicide assisté (article 127§1 du Code pénal).

La **Croatie** interdit l'euthanasie (article 94 du Code pénal) comme le suicide assisté (article 96 du Code pénal).

La **Grèce** interdit le suicide assisté à l'article 301 du Code pénal. Hormis cette précision, la loi ignore totalement la dénomination d'« euthanasie », mais il existe une infraction qualifiée d'homicide par compassion, qui prévoit une peine atténuée par rapport à l'homicide classique (article 300 du Code pénal). La qualification d'homicide par compassion est conditionnée : la personne doit souffrir d'une maladie incurable, et la demande d'euthanasie émanant d'elle est sérieuse et répétée, avec insistance. L'euthanasie passive, faite par le médecin, entre quant à elle dans le champ de l'article 307 du Code pénal qui pénalise le refus d'assistance à personne en danger.

Il existe un code de déontologie médicale, mais celui-ci se borne à faire obligation aux médecins de respecter et sauver les vies humaines.

En **République de Macédoine**, l'euthanasie est formellement interdite par l'article 124 du Code pénal de même que le suicide assisté (article 128§1 du Code pénal).

Le **Monténégro** interdit de manière formelle le suicide assisté (article 149§2 du Code pénal) et l'euthanasie (article 47 du même code).

La **Pologne** interdit l'euthanasie, qualifiée pénalement de « crime euthanasique » (article 150 du Code pénal), ainsi que le suicide assisté (article 151 du Code pénal). Trois conditions doivent être réunies pour qu'il y ait crime euthanasique, sanctionné de trois mois à cinq ans de prison : il faut qu'il ait été effectué à la demande du patient, que l'auteur de cet acte ait accepté de le faire par une intention évidente et enfin que la maladie dont était victime le patient était mortelle. Ce dernier critère a été rajouté par la

jurisprudence. Toutefois, un tempérament a été ajouté en 1997 par le biais de l'insertion d'un §2 à l'article 150 du Code pénal. Ce nouveau paragraphe ne vient pas dépenaliser l'euthanasie mais permet au juge d'atténuer la peine d'emprisonnement ou même de ne pas l'appliquer du tout, sous des conditions très strictes.

La **Roumanie** interdit l'euthanasie active (article 121 du Code de déontologie médicale, adopté en mars 2005) et le suicide assisté (article 122 du Code de déontologie médicale).

En **Russie**, la loi fédérale du 21 novembre 2011 et plus précisément son article 45, vient interdire expressément l'euthanasie, considérant que cette interdiction fait partie des « bases de la sécurité de santé des citoyens en Russie ».

L'article 150§3 du Code pénal de **Saint Marin** interdit expressément l'euthanasie, quelle qu'elle soit. Le suicide assisté, quant à lui, est interdit par l'article 151§1 du Code pénal.

La **Serbie** interdit l'euthanasie active et passive, (article 117 du Code pénal) ainsi que le suicide assisté (article 119§2 du Code pénal), et prévoit une peine allant de six mois à cinq ans d'emprisonnement pour ces deux infractions. L'interdiction de l'euthanasie est même inscrite dans la Constitution serbe (article 24).

TABLEAU DE SYNTHÈSE DES ETATS EUROPEENS

Etats concernés	Euthanasie active	Euthanasie passive	Etat de santé du patient	Mode d'expression du consentement du patient prévu	Modalité en cas d'incapacité du patient à exprimer son consentement
Belgique	<i>Autorisée (loi du 28 mai 2002)</i>	<i>Autorisée (loi du 22 août 2002)</i>	<i>Affection accidentelle ou pathologique grave et incurable entraînant des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et inapaisables.</i>	<i>Euthanasie active : demande libre, claire, éclairée, réfléchie, répétée. Euthanasie passive : conditions plus souples. Directive anticipée possible dans les deux cas</i>	<i>Représentation possible par désignation du patient ; sans désignation, décision prise en priorité par l'époux, puis le descendant, puis l'ascendant, puis le frère ou la sœur. Le médecin tranche en cas d'incertitude</i>
Albanie	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée (Code de déontologie médicale 1998)</i>	<i>Maladie incurable, phase terminale, soins prolongeant artificiellement la vie</i>	<i>Direct, clair et éclairé, par écrit</i>	<i>Représentation possible (famille)</i>
Allemagne	<i>Interdite (art. 216 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (code professionnel modèle des médecins + jurisprudence)</i>	<i>Maladie incurable, soins prolongeant artificiellement la vie</i>	<i>Direct, clair, éclairé ; possibilité de directive anticipée</i>	<i>Le juge peut désigner un mandataire décidant pour le patient ou sa famille</i>
Autriche	<i>Interdite (art. 75 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (article 110 du Code pénal + jurisprudence)</i>	<i>Silence de la loi</i>	<i>Direct ou directive anticipée</i>	<i>Détermination de la volonté du patient par preuve orale ou écrite non équivoque</i>
Azerbaïdjan	<i>Interdite (loi du 26 juin 1997 et art. 18 al.135 du Code pénal)</i>		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
Bulgarie	<i>Interdite (art. 97 de la loi sur la santé)</i>		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
Croatie	<i>Interdite (art. 94 du Code pénal)</i>		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
Danemark	<i>Interdite (art. 239 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (loi de 1992 + loi du 1er juillet 1998)</i>	<i>Maladie incurable, mort imminente ou inévitable</i>	<i>Direct ou par directive anticipée, ne lie le médecin que si en phase terminale</i>	<i>Représentation possible (proche, tuteur) ou décision du médecin</i>
Espagne	<i>Interdite (art. 143§2 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (loi du 14 novembre 2002)</i>	<i>Dépend des communautés autonomes</i>	<i>Direct, clair, éclairé, par écrit</i>	<i>Peut-être donné par un tiers</i>
Finlande	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée (loi de 1992 et Acte sur la sécurité des patients de 2007)</i>	<i>Silence de la loi</i>	<i>Direct, clair et éclairé ; directive anticipée possible</i>	<i>Silence de la loi</i>
Géorgie	<i>Interdite (art. 110 du Code Pénal)</i>	<i>Autorisée (loi sur les droits des patients de 2000)</i>	<i>Silence de la loi</i>	<i>Direct, clair et éclairé</i>	<i>Représentation possible, ou à défaut décision du médecin ; décision du juge en cas de désaccord entre médecin et famille</i>
Grèce	<i>Interdite (art. 300 du Code pénal - homicide par compassion avec atténuation de peine sous conditions)</i>		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>

Hongrie	<i>Interdite (Section 161 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (loi CLIV de 1997)</i>	<i>Maladie sérieuse et incurable entraînant la mort dans un bref délai</i>	<i>Direct, clair et éclairé ; déclaration anticipée possible</i>	Silence de la loi
Irlande	<i>Interdite (jurisprudence)</i>	<i>Autorisée (Guide to professional conduct and ethics du 13 novembre 2009)</i>	<i>Soins inutiles qui ne font que maintenir artificiellement la vie</i>	<i>Direct, clair et éclairé</i>	<i>Le médecin peut décider seul</i>
Italie	<i>Interdite (art. 579 du Code pénal - homicide avec consentement, atténuation de peine sous conditions)</i>	<i>Autorisée (Constitution + jurisprudence)</i>	Silence	<i>Direct, clair et éclairé</i>	<i>Représentation possible du tuteur du patient en cas d'état végétatif irréversible</i>
Lettonie	<i>Interdite (Section 117 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (loi du 12 juin 1997 sur le traitement médical)</i>	Silence de la loi	<i>Direct, exprès, éclairé, par écrit</i>	<i>Représentation possible (famille, proches, tuteur légal)</i>
Lituanie	<i>Interdite (art. 129 du Code pénal - circonstance aggravante car personne vulnérable).</i>	Silence de la loi	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Luxembourg	<i>Autorisée (loi du 26 mars 2009)</i>	<i>Autorisée (loi du 16 mars 2009)</i>	<i>Situation médicale sans issue, souffrance psychique ou physique constante et insupportable</i>	<i>Euthanasie active : demande réfléchie, libre et répétée, par écrit. Euthanasie passive : conditions moins lourdes. Directive anticipée possible.</i>	<i>Le médecin cherchera la volonté présumée du patient en faisant appel à ses proches</i>
République de Macédoine	<i>Interdite (art. 124 du Code pénal)</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet
Malte	<i>Silence de la loi</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet
Monaco	<i>Interdite (articles 220, 223 et 226 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (Code de déontologie médicale de 2002)</i>	<i>Soins inutiles ou ne font que maintenir artificiellement la vie</i>	<i>Direct, exprès, éclairé</i>	<i>Représentation par les personnes désignées par la loi</i>
Monténégro	<i>Interdite (art. 47 du Code pénal)</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet
Norvège	<i>Interdite (Sections 235 et 236 du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (section 4-9 loi relative aux droits des patients)</i>	<i>En cas de conviction sérieuse ou si le patient est mourant</i>	<i>Direct éclairé (et exprès pour la conviction sérieuse)</i>	<i>Représentation possible (proche), avec confirmation du personnel de santé</i>
Pays Bas	<i>Autorisée (loi du 12 avril 2001)</i>	<i>Autorisée (loi du 12 avril 2001)</i>	<i>Maladie incurable avec souffrances insupportables et sans perspective d'amélioration</i>	<i>Demande constante, libre, réfléchie, éclairée</i>	<i>Silence de la loi</i>
Pologne	<i>Interdite (art. 150 du Code pénal - atténuation de peine sous conditions)</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet
Portugal	<i>Interdite (art. 133 et 134 du Code pénal - homicide par compassion avec peine moins lourde)</i>	<i>Autorisée (code déontologique des médecins de janvier 2014)</i>	<i>Interdiction de l'acharnement thérapeutique seulement</i>	<i>Demande expresse du patient</i>	<i>En cas de mort cérébrale</i>
Roumanie	<i>Interdite (art. 121 du Code de déontologie médicale)</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet

Royaume-Uni	<i>Interdite (Homicide Act de 1957)</i>	<i>Autorisée (directive du General Medical Council du 1er juillet 2010)</i>	Silence	<i>Direct, exprès ; possibilité de directive anticipée</i>	Sans objet
Russie	<i>Interdite (loi fédérale du 21 novembre 2011)</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet
Saint Marin	<i>Interdite (art. 150§1 du Code pénal)</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet
Serbie	<i>Interdite (art. 117 du Code pénal + article 24 Constitution)</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet
Suède	<i>Interdite (Section 1 du Chap. III du Code pénal)</i>	<i>Autorisée (décision du Bureau national pour la santé et le bien-être d'avril 2010)</i>	Silence de la loi	<i>Direct, clair, éclairé</i>	Silence de la loi
Suisse	<i>Euthanasie active directe prohibée (article 114 du code pénal) mais euthanasie active indirecte autorisée (directive médico-éthique de l'Académie suisse des sciences médicales de 1995)</i>	<i>Autorisée (directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales de 1995)</i>	<i>Maladie incurable</i>	<i>Direct, clair, éclairé, réfléchi, persistant, sans pression extérieure ; directive anticipée possible</i>	<i>Représentation possible (conjoint, concubin, descendant, parent, frère ou sœur, curateur, tuteur). A défaut le médecin recherche sa volonté présumée</i>
Turquie	<i>Silence de la loi</i>		Sans objet	Sans objet	Sans objet

II. L'ABSENCE DE CONSENSUS SUR L'EUTHANASIE DANS LE RESTE DU MONDE

Bien qu'en Amérique latine, il semble se dessiner une tendance à admettre l'euthanasie passive, celle-ci demeure hypothétique dans la mesure où les Etats ont parfois intégré expressément cette possibilité dans leur législation, et parfois laissé un vide.

A. LES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX RELATIFS A L'EUTHANASIE

L'euthanasie, active ou passive, ainsi que le suicide assisté ne sont que peu traités au niveau universel, dans la mesure où la question n'intéresse pas l'ensemble des organes internationaux de protection des droits de l'homme. Néanmoins, la question a pu être soulevée.

1. Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies

Dans ses observations finales relatives à l'examen périodique universel des Pays-Bas du 15 juillet 2009, le Comité a eu l'occasion d'apprécier la licéité de la loi néerlandaise de 2001 « de contrôle d'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide », entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002. Cette loi prévoit notamment une exonération de responsabilité pénale du médecin lorsqu'il euthanasie un patient dans le respect d'un certain nombre de conditions.

La législation néerlandaise ne dépénalise pas l'euthanasie, mais elle l'encadre. L'euthanasie active, l'incitation au suicide et le suicide assisté demeurent juridiquement des infractions pénales, mais la loi introduit une exonération de responsabilité pénale au bénéfice du médecin qui respecte cinq conditions, cinq « critères de minutie » :

- la demande du patient doit être volontaire et mûrement réfléchie. Le consentement du patient qui n'est plus en état de l'exprimer peut être pris en compte, s'il a préalablement établi une déclaration écrite en ce sens et est âgé d'au moins 16 ans,
- les souffrances du patient doivent être insupportables et sans perspective d'amélioration,
- le patient doit avoir été pleinement informé de sa situation et des perspectives qui sont les siennes,
- le médecin et le patient doivent être parvenus conjointement à la conclusion qu'il n'existe pas d'autre solution raisonnable,
- un autre médecin indépendant doit avoir été consulté et doit avoir donné par écrit son avis sur le respect des précédents critères. Dans l'hypothèse où la demande d'euthanasie est formulée par un patient souffrant de troubles mentaux, deux médecins indépendants doivent avoir été consultés dont au moins un psychiatre.

La loi s'applique également aux mineurs, avec un dispositif spécifique d'encadrement.

Le Comité a estimé que la législation des Pays-Bas sur l'euthanasie était contraire au Pacte relatif aux droits civils et politiques, dans la mesure où la loi permet à un médecin d'autoriser l'euthanasie sans recourir à l'avis d'un juge, et en raison du fait que le second avis médical requis puisse être obtenu par le biais d'une ligne téléphonique d'urgence :

Le §7 (p.3) des observations finales est ainsi libellé : « *le Comité reste préoccupé par l'étendue de l'euthanasie et de l'aide au suicide dans l'État partie. En application de la loi relative à l'interruption de la vie sur demande et à l'aide au suicide, même s'il faut l'avis d'un second médecin, un médecin peut mettre fin à la vie d'un patient sans que la décision ne fasse l'objet d'un examen indépendant conduit par un juge ou un magistrat pour*

s'assurer qu'elle n'est pas le résultat de pressions morales ou d'une mauvaise appréciation (art. 6). Le Comité réitère ses recommandations antérieures à ce sujet et demande instamment le réexamen de cette législation à la lumière de la reconnaissance du droit à la vie consacrée dans le Pacte.

2. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Le comité d'experts de l'OMS ne s'est prononcé qu'une fois sur la question de l'euthanasie, dans un rapport de 1994 n° 804. Au regard de l'examen des législations qui précède et en dépit de l'ancienneté de ce rapport, celui-ci paraît pertinent.

Dans ce rapport, le comité d'experts admet dans un premier temps qu'il est justifiable, eu égard à des considérations éthiques, d'arrêter d'administrer certains traitements médicaux destinés à prolonger la vie d'un patient, si ces traitements sont contraires à la volonté du malade. Il est donc favorable à l'euthanasie passive.

Néanmoins, le comité estime la légalisation de l'euthanasie active non nécessaire, au regard de l'apparition de méthodes multiples et modernes de soins palliatifs. Il considère qu'il existe, désormais, et grâce à cette prolifération de soins palliatifs, une solution envisageable au problème de la mort du patient dans la souffrance. Il est donc préférable de concentrer les travaux et efforts des organismes pertinents en matière de santé sur la mise en application des méthodes de soins palliatifs, plutôt que de rechercher la légalisation de l'euthanasie.

B. UNE TENDANCE NETTE A L'AUTORISATION DE L'EUTHANASIE PASSIVE DANS LES LEGISLATIONS INTERNES EN AMERIQUE DU NORD

1. Aux Etats-Unis

La question de l'encadrement de la fin de la vie est laissée à la compétence des Etats fédérés. Pour autant, l'euthanasie est interdite au même titre qu'un homicide dans la totalité des Etats fédérés. Aucun Etat n'a à ce jour autorisé l'euthanasie active.

Pour autant, l'euthanasie passive est appliquée, en droit ou en pratique, dans plus de quarante Etats. Le droit pour une personne capable de refuser un traitement médical et le droit à l'intégrité corporelle sont des droits constitutionnels établis depuis la jurisprudence Union Pacific Railroad co. v. Botsford de 1891.

Le consentement du patient est au cœur de l'euthanasie passive dans les Etats fédérés. Il doit être exprimé clairement. Il peut être exprimé par déclaration anticipée. Si le patient n'a pas donné d'instruction à l'avance et qu'il est dans l'incapacité d'exprimer son consentement, l'arrêt du traitement sera possible dans la mesure où la volonté du patient pourra être établie sans ambiguïté (Cour suprême fédérale, 1990, Cruzan v. Missouri Department of Health).

La plupart des Etats (quarante-quatre sur cinquante) interdisent par ailleurs le suicide assisté, que l'interdiction résulte d'une loi expressément adoptée par l'Etat lui-même (c'est le cas pour quarante Etats sur quarante-quatre), ou d'un principe dégagé par la *Common Law* (quatre Etats sur quarante-quatre).

Le suicide assisté est possible aujourd'hui dans quatre Etats.

En **Oregon**, la Measure 16 de 1994 (entrée en vigueur en 1997) autorise le suicide assisté pour les patients dont l'espérance de vie est inférieure à six mois. Le médecin peut délivrer une ordonnance de prescription d'un médicament létal à certaines conditions, prévues par la loi.

Dans l'Etat de **Washington**, le *Death with dignity Act* de 2008 prévoit le suicide assisté dans des conditions similaires à l'Oregon.

Le **Vermont**, par le *Patient Choice at End of Life Act* du 20 mai 2013, autorise le suicide assisté dans des conditions identiques à la législation de l'Oregon. Néanmoins, à partir du 1^{er} juillet 2016, certaines conditions seront assouplies.

Enfin, la Cour suprême du **Montana** a infirmé, dans une affaire *Baxter c. Montana* du 31 décembre 2009, un jugement qui concluait à l'illégalité de l'assistance au suicide d'une personne en phase terminale. Les médecins ont ainsi le droit de prescrire des doses létales de médicaments, pourvu que le patient soit en mesure de se les administrer lui-même. De plus, le médecin ne verra pas sa responsabilité engagée s'il agit en exécutant la volonté exécutée par le patient, par exemple en arrêtant un traitement qui le maintiendrait en vie. Cette jurisprudence ne s'applique qu'aux médecins.

Trois Etats ont un régime relativement flou quant au suicide assisté : l'Utah n'a pas de législation relative au suicide assisté, à l'instar de la Virginie. Le Wyoming, enfin, souffre d'une opacité totale dans la mesure où l'absence de législation en la matière coexiste avec la non-reconnaissance des crimes définis par la *Common Law*.

2. Au Québec

Au **Québec**, la loi concernant les soins de fin de vie du 10 juin 2014 entrera en vigueur le 10 décembre 2015.

Cette loi prévoit deux volets :

- les droits, l'organisation et l'encadrement relatifs aux soins de fin de vie,
- et la mise en place du régime des directives médicales anticipées.

Cette loi apparaît comme le fruit d'un consensus social et consacre des principes affirmés durant plusieurs décennies d'évolution jurisprudentielle : **l'autonomie personnelle et la dignité pour tous** (article 2).

La consécration du principe d'autonomie personnelle par le juge s'est faite par étapes.

En effet, le droit canadien confère un **caractère sacré à la vie**. L'article 14 du Code pénal interdit de consentir à sa mort, par action ou omission, et l'article 241 du même code dispose quant à lui qu' « est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de quatorze ans quiconque, selon le cas, conseille à une personne de se donner la mort ; aide ou encourage quelqu'un à se donner la mort, que le suicide s'ensuive ou non ».

D'un autre côté, l'article 19 du code civil consacre le **principe d'inviolabilité de la personne humaine** : « nul ne peut porter atteinte à la personne d'autrui sans son consentement ou sans y être autorisé par la loi ». L'autonomie personnelle est développée à partir de cette disposition. Suite à une réforme de 1989, l'article 19.1 énonce que « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature ».

Dans un arrêt de 1992 *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec* (R.J.Q. 361. CS.), la Cour suprême consacre le droit de refuser des soins indispensables au maintien de la vie, dans le champ de l'autonomie personnelle.

Concernant le **suicide assisté**, la Cour suprême du Canada estime que l'article 241 du Code pénal, qui érige le suicide assisté en infraction pénale, n'est pas inconstitutionnel (Affaire *Sue Rodriguez*, 30 septembre 1993). A l'époque, le juge Cory estimait que « le droit de mourir avec dignité devrait être aussi bien protégé que n'importe quel autre aspect du droit à la vie ». Pour l'actuelle juge en chef de la Cour suprême du Canada McLachlin (à l'époque juge en chef de la Cour suprême de Colombie-Britannique), « on demande à Sue Rodriguez de porter le poids du risque que d'autres personnes, dans d'autres

circonstances, agissent criminellement pour tuer d'autres personnes ou pour les convaincre de se suicider. »

Néanmoins, la Cour suprême de Colombie-Britannique a estimé, en 2012, dans une affaire *Carter c. Canada* (BCSC 886), que l'interdiction du suicide assisté est contraire à la Charte canadienne des droits et libertés, la « théorie de la pente glissante » (qui voudrait que l'autorisation du suicide assisté entraîne des abus) n'étant pas avérée dans les pays qui ont légalisé le suicide assisté.

Le suicide assisté demeure interdit, la loi de juin 2014 ne l'ayant pas autorisé.

TABLEAU DE SYNTHÈSE AMÉRIQUE DU NORD

Etats concernés	Euthanasie active	Euthanasie passive	Etat de santé du patient	Mode d'expression du consentement du patient prévu	Modalité en cas d'incapacité du patient à exprimer son consentement
Canada (Québec uniquement)	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée (CS Québec, arrêt Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec de 1992)</i>	Silence	Silence	Silence
Etats-Unis	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée et appliquée en pratique dans plus de quarante Etats (Case Union Pacific Railroad co. v. Botsford 1891)</i>	Silence	<i>Direct, clair, non équivoque ; déclaration anticipée possible</i>	<i>Possibilité d'arrêt du traitement si la volonté du patient est établie sans ambiguïté</i>

C. L'ABSENCE DE CONSENSUS EN AMERIQUE LATINE

Les Etats latino-américains sont globalement assez conservateurs sur la question de l'euthanasie. Ils ont fait le choix d'**interdire l'euthanasie active** (qu'ils nomment « homicide par compassion » lorsqu'elle est pénalement interdite, ou « mort digne ») et le suicide assisté. Toutefois, la spécificité de l'euthanasie est tout de même prise en compte, dans la mesure où les législations prévoient des peines moins lourdes pour l'infraction d'homicide par compassion que pour l'infraction d'homicide « classique ».

En revanche, **concernant l'euthanasie passive, la question ne fait pas consensus**. Il arrive que l'euthanasie passive soit expressément autorisée, il arrive également qu'elle ne soit pas prévue au sein des dispositions pénales interdisant euthanasie active et suicide assisté. Il arrive enfin qu'il n'y ait aucune disposition légale encadrant l'euthanasie, quelle qu'elle soit. Quoiqu'il en soit, **l'euthanasie passive n'est jamais interdite expressément**.

1. Un Etat n'a pas tout à fait autorisé l'euthanasie active, mais un processus est en cours

Le cas de la **Colombie** est particulier. Le droit de mourir dignement a été reconnu par la Cour constitutionnelle, mais l'exécutif et le législatif n'ont pas encore suivi. Légalement, l'« homicide par compassion » est sanctionné d'une peine d'emprisonnement pouvant aller de six mois à trois ans (article 326 du Code pénal de 1936, article 106 actuel du Code pénal). En revanche, est prévu le droit du patient de mourir avec dignité, dans la résolution n°13437 de 1991, en son article 1-10, mais il ne s'agit ici que d'euthanasie passive (la disposition autorise, dans le respect de la volonté du patient, à ce que le processus de mort continue son cours naturel en phase terminale de la maladie).

Néanmoins, une décision de la Cour constitutionnelle C-239 du 20 mai 1997 autorise l'euthanasie. La Cour estime en effet que si l'Etat a le devoir de protéger la vie, tout en respectant la dignité humaine et le libre développement personnel de l'individu, ce devoir cède le pas, concernant les patients en phase terminale, à leur souhait de mourir dignement, consenti de manière éclairée. Le droit fondamental de vivre dignement implique le droit de mourir dignement et d'être assisté pour mourir, en cas de maladie en phase terminale engendrant des douleurs insupportables et incompatibles avec l'idée de dignité, et l'Etat ne peut s'y opposer. Le consentement du patient doit être libre, non-équivoque et éclairé. L'euthanasie doit être réalisée par un médecin, qui ne pourra être poursuivi pénalement s'il agit selon la volonté du patient.

Un projet de loi de 2012 est actuellement en discussion au Congrès. Celui-ci prévoit l'euthanasie active expresse. L'article 106 de ce projet dispose que le médecin traitant ne pourra faire l'objet de poursuites pénales s'il obtient le consentement libre et éclairé du patient tout en respectant la procédure de soin due, conformément à la loi régulant la fin de vie de manière digne et humaine. L'article 107 autorise le suicide assisté selon les mêmes conditions.

2. Dix Etats interdisent euthanasie active et suicide assisté mais autorisent l'euthanasie passive

L'**Argentine** autorise l'euthanasie passive depuis une loi n°26742 du 9 mai 2012. Cette loi modifie la loi n°26529 du 21 octobre 2009.

Désormais, si un patient est atteint d'une maladie incurable ou en phase terminale, ou ayant subi des lésions qui le placent dans une situation similaire, il peut refuser tout traitement ou assistance de nature vitale, si leur utilisation est extraordinaire, ou disproportionnée, ou inductive d'une souffrance démesurée (article 1§3). Le consentement doit être éclairé par une information claire, précise et adéquate (article 2) et exprimé par écrit.

Le patient a la possibilité, s'il est majeur et capable, d'établir une directive anticipée par écrit, devant un notaire ou un juge et en présence de témoins, pour exprimer sa volonté d'accepter ou refuser des soins (article 6 de la loi). Cette directive anticipée est révocable.

Le **Chili**, par la loi sur les droits et devoirs des patients et du corps médical n° 20584 du 24 avril 2012, interdit l'euthanasie active et le suicide assisté.

L'article 14 de la loi est ainsi libellé : « Toute personne peut exprimer son consentement d'être soumise ou non à des traitements ou procédés médicaux, dans les limites fixées par l'article 16. Ce droit doit être exercé librement, de manière volontaire, expresse et éclairée, et le professionnel de santé devra par conséquent délivrer des informations adéquates, suffisantes et compréhensibles (...). En aucun cas le refus de traitement ne pourra avoir comme objectif l'accélération artificielle de la mort, la réalisation d'euthanasie ou l'aide au suicide. »

L'article 16 de la loi dispose que « La personne informée que son état de santé est en phase terminale a le droit d'exprimer son consentement d'être soumise ou non à un quelconque traitement qui aurait pour effet de prolonger artificiellement sa vie ». L'article 16 précise en outre qu'il peut être dérogé au droit qu'il prévoit pour des raisons de santé publique.

Il s'agit d'une manifestation de l'euthanasie passive, autorisée sur la base d'une forme d'acharnement thérapeutique, dont les frontières sont en réalité déterminées par la distinction entre accélération artificielle de la mort et prolongation artificielle de la vie.

Le **Costa Rica** interdit l'euthanasie active (en tant qu'homicide par compassion, à l'article 116 du Code pénal) et le suicide assisté (article 115) mais il est prévu un pardon judiciaire pour l'homicide par compassion (article 93 du Code pénal). Le juge décide d'octroyer ce pardon sur la base d'un rapport préalable de l'Institut de Criminologie établi sur la personne du condamné, qui vérifie si la personne en cause a accédé aux requêtes réitérées de la victime et que le but était d'accélérer une mort inévitable.

De plus, la loi n° 8239 du 2 avril 2002 sur les droits et devoirs des usagers des services de santé publique et privée prévoit le droit pour un patient de refuser un traitement ou un examen médical (article 2 h) sauf situation d'urgence, ainsi que la possibilité d'obtenir le consentement d'un représentant légal lorsque c'est possible et pertinent, si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté (article 2 i). En l'absence de représentant légal et en cas d'urgence, le consentement du patient doit être supposé.

En **Equateur**, la loi n° 77 sur les droits et la protection du patient du 3 février 1995 et révisée le 22 décembre 2006 garantit au patient un droit de décider s'il veut recevoir ou non un traitement, le personnel médical devant l'informer des conséquences qu'entraînera sa décision (article 6). Le médecin n'est pas autorisé à abrégé la vie du patient, il ne peut qu'atténuer ses souffrances (article 90). Toutefois, une fois la mort cérébrale du patient établie, le médecin ne pourra pas commettre un acte médical visant à prolonger inutilement « les signes vitaux des structures résiduelles ».

L'euthanasie active est donc interdite. En revanche, l'euthanasie passive est autorisée (article 92), « dans les cas où les indicateurs médicaux et instrumentaux révèlent des situations insurmontables ou incompatibles avec la dignité humaine ». Il appartiendra alors au médecin et à la famille de décider de suspendre les actes médicaux. En cas de controverse, une junta médicale, composée de trois spécialistes du cas concerné, interviendra.

Le **Guatemala** interdit l'euthanasie active. Le Code de déontologie médicale de 2009, révisé en 2014, prohibe l'euthanasie active, « encore moins pour préserver d'une souffrance encore plus grande (article 47) ou pour satisfaire un droit à une mort digne ».

Néanmoins, son article 41 précise que le médecin peut être libéré de son obligation d'assistance si le patient refuse de se soumettre à un traitement ou un examen que le médecin a jugé nécessaire. Il faut un consentement écrit du patient avec signature ou empreinte digitale. De la même manière, le médecin est libéré de son obligation si le patient demande une opération que le médecin juge inadéquates ou inacceptables pour des raisons éthiques ou scientifiques.

En vertu de l'article 45, si le patient est atteint d'une maladie en phase terminale, le médecin doit éviter d'entreprendre des actes de diagnostic ou thérapeutiques sans espoir et qui supposeraient des dérangements ou souffrances additionnels et inutile.

Le **Mexique** prohibe pénalement le suicide assisté (article 142 du Code pénal fédéral) et l'euthanasie active (article 166 bis 21 de la loi générale de santé du 18 décembre 2007) mais reconnaît l'euthanasie passive, à l'article 1 de la loi sur la volonté anticipée du 7 janvier 2008. Une personne peut ainsi refuser d'être soumise à des moyens, traitements ou procédés médicaux qui ont pour but de prolonger la vie de manière non-nécessaire. Il s'agit ici de protéger la dignité de la personne. Néanmoins, le personnel de santé ne pourra à aucun moment administrer des substances entraînant le décès du patient de manière intentionnelle, même s'il est en phase terminale (article 46).

En **République dominicaine**, la loi générale sur la santé n°42-2001 du 8 mars 2001 prévoit uniquement, en son article 28 h), le droit pour le patient d'accepter ou refuser d'assumer un traitement, sauf risque pour la santé publique. Par ailleurs, en vertu de l'article 28 j), le patient ne peut être soumis à des traitements médicaux ou chirurgicaux s'ils impliquent de graves risques pour son intégrité physique, sa santé ou sa vie, sauf volonté du patient en ce sens, qui doit avoir exprimé son consentement par écrit (lui-même ou la personne responsable en cas d'incapacité à donner son consentement). Dans les cas où le patient ne peut exprimer son consentement ou son absence de consentement à un traitement (qu'il soit mineur, incapable mental, patient non-conscient), sa famille directe, son tuteur ou son médecin principal le peuvent.

Le **Panama** interdit expressément l'euthanasie active. La loi n°68/2003 du 20 novembre 2003 relative aux droits et obligations des patients en matière d'information et de consentement libre et éclairé interdit l'euthanasie active (article 32). En revanche, la loi permet l'euthanasie passive, consentie pour soi-même ou pour autrui, dans des conditions strictement encadrées.

Il est possible pour un patient de refuser un traitement dans des conditions strictement définies par la loi (article 22) :

- Le patient doit souffrir d'une maladie incurable et en phase terminale ou avoir subi un accident le plaçant dans la même situation.
- Il doit avoir été informé de manière clair et certaine de son état, du pronostic et des possibles alternatives aux traitements cliniques et chirurgicaux.
- Le traitement doit être extraordinaire ou disproportionné par rapport aux perspectives d'amélioration, et engendrer douleur et/ou souffrance.
- Les informations doivent être transmises au patient par un médecin professionnel, en termes clairs et en adéquation avec le niveau de compréhension, l'état psychologique et la personnalité du patient (afin de pouvoir donner un consentement éclairé).
- Si le patient est dans l'impossibilité d'exprimer son consentement, le juge aura 72h pour vérifier ou déterminer qui sera le représentant légal, uniquement pour ce cas-là, et qui donnera son accord conformément aux conditions ci-dessus.

L'article 24 précise les modalités de ce refus.

L'article 33 de la loi de 2003 prévoit la possibilité pour le patient d'exprimer sa volonté quant à un acte médical futur, afin d'anticiper son incapacité future d'exprimer son consentement personnellement. Dans ce cas, le patient peut refuser un traitement futur

pour une situation critique, vitale et irréversible. La vie ne devra pas être rallongée artificiellement (il ne doit pas y avoir de retard abusif ou irrationnel de la mort), et la souffrance pourra être évitée par soins palliatifs. Le patient peut aussi désigner un représentant s'il n'est plus capable d'exprimer sa volonté.

L'Uruguay autorise l'euthanasie passive depuis la loi n°18335 du 26 août 2008 sur les patients et usagers des services de santé. L'article 11 dispose que tout acte médical est réalisé suite à un accord entre le patient ou son représentant légal (après avoir reçu les informations adéquates, nécessaires et de manière continue) et le professionnel de santé. Le consentement du patient doit être exprès et il peut être révoqué à tout moment. Le patient a le droit de refuser des actes médicaux, sauf cas d'urgence, de détresse, ou de force majeure rendant l'accord impossible. Par ailleurs, le patient a le droit de mourir avec dignité, c'est-à-dire de manière naturelle, en paix et sans douleur, évitant d'anticiper la mort ou de prolonger artificiellement la vie du patient quand il n'y a pas de perspective raisonnable d'amélioration (article 17).

La possibilité d'émettre une directive anticipée est prévue par la loi n°18473/2009 du 3 avril 2009, dont l'article 1 indique que toute personne majeure et apte physiquement peut, de manière volontaire, consciente et libre, s'opposer à l'administration de traitements ou procédés médicaux qui l'affectent lui ou la santé d'une autre personne. La volonté peut être exprimée par anticipation, si le malade est en phase terminale, incurable et irréversible. La volonté anticipée sera alors active lorsque la personne se trouvera en situation d'incapacité légale.

Le **Venezuela** prohibe l'euthanasie active mais reconnaît l'euthanasie passive. Le Code de déontologie médicale du 20 mars 1985 prévoit en effet que le médecin puisse voir sa responsabilité exonérée si le patient refuse d'être soumis à un traitement (article 50). Surtout, l'article 77 confère au patient en phase terminale d'une maladie incurable le droit d'exiger qu'on le laisse mourir sans application de mesures extraordinaires de maintien artificiel de la vie. Le non-respect de ce choix peut être considéré comme une violation du droit du malade de mourir en paix.

Le médecin a l'obligation d'atténuer les souffrances du patient, et il ne peut délibérément provoquer la mort du patient, même si cela lui est demandé par ce dernier ou sa famille (article 80).

La loi n°39823/2011 du 19 décembre 2011 sur l'exercice de la médecine rappelle ces règles.

3. Sept Etats interdisent pénalement l'euthanasie active et le suicide assisté mais ne prévoient pas d'interdiction de l'euthanasie passive

La **Bolivie** interdit le suicide assisté et l'euthanasie active en tant qu'« homicide par compassion ». L'article 256 du Code pénal dispose que le suicide assisté (qu'on induise ou qu'on aide au suicide) est sanctionné d'une peine allant de deux à six ans d'emprisonnement. L'homicide par compassion bénéficie d'un traitement particulier : il est défini par le texte comme l'accélération de la mort imminente ou le fait de mettre fin à de graves souffrances dues à des maladies ou lésions corporelles incurables, pour motifs pieux et urgents pour le patient (article 257). Mais en tant qu'infraction, l'homicide par compassion peut se voir appliquer l'article 39 du Code pénal, qui prévoit une peine allant de un à trois ans d'emprisonnement, et ainsi entrer dans le champ des circonstances atténuantes exceptionnelles. Une réduction de peine et même un pardon judiciaire sont possibles.

Le **Brésil** ne prévoit aucune disposition précise relative à l'euthanasie, et la réprime au même titre qu'un homicide classique (article 121 du Code pénal). Le suicide assisté est interdit en vertu de la disposition relative à la participation au suicide (article 122 du Code pénal). Un projet de loi est en discussion pour prévoir un régime spécifique à l'homicide par compassion (similaire à celui des Etats ci-dessus).

A **Cuba**, aucune disposition, même pénale, ne vise expressément l'euthanasie, active ou passive. Le suicide assisté est quant à lui interdit, tombant dans le champ de l'article 266 du Code pénal (la peine encourue va de deux à cinq ans d'emprisonnement). L'absence de disposition n'empêche pour autant pas l'euthanasie d'être interdite également. Celle-ci est assimilée pénalement à un homicide (dont la qualification est prévue aux articles 261 et s. du Code pénal), et la peine encourue va de sept à 15 ans d'emprisonnement.

Le **Honduras** interdit le suicide assisté (article 125 du Code pénal), ainsi que l'euthanasie active : l'« homicide par compassion », prévu par l'article 26§12 du Code pénal, bénéficie d'un régime de réduction de peine.

Le **Nicaragua** interdit le suicide assisté comme l'euthanasie active. L'article 142 du Code pénal prévoit notamment une peine allant de deux à six ans d'emprisonnement pour le fait d'induire au suicide ainsi que pour la coopération à des actes nécessaires au suicide d'une autre personne. La même peine est prévue pour le fait de donner la mort à une autre personne, suite à sa demande expresse et en raison d'une maladie incurable ou d'une souffrance insupportable. En d'autres termes, suicide assisté et euthanasie active sont pénalisés au même titre.

Le **Paraguay** prohibe également pénalement l'euthanasie active en tant qu'« homicide par compassion » (article 106 du Code pénal). Pour que l'infraction d'homicide par compassion (et non d'homicide au sens classique du terme) soit qualifiée, il faut que la victime soit grièvement malade ou blessée, et que ses suppliques soient sérieuses, répétées et insistantes. La peine prévue est alors une privation de liberté d'un maximum de trois ans.

Le **Pérou** interdit l'euthanasie active (traitée comme « homicide par compassion »), à l'article 112 du Code pénal, et la sanctionne d'une peine d'emprisonnement d'un maximum de trois ans. L'article 113 du Code pénal péruvien interdit quant à lui le suicide assisté et le sanctionne d'une peine d'emprisonnement comprise entre un et quatre ans. Pour une telle qualification d'« homicide par compassion » (et non d'homicide au sens classique du terme), la présence d'un consentement exprès, volontaire, et non équivoque du patient est primordiale. L'infraction est caractérisée par la collaboration du patient avec son auteur, et le mobile de ce dernier doit être la compassion. Il faut de plus des douleurs intolérables, physiques et psychologiques, en lien avec une maladie incurable et rendant difficile la vie du patient.

TABLEAU DE SYNTHÈSE AMÉRIQUE LATINE

Etats concernés	Euthanasie active	Euthanasie passive	Etat de santé du patient	Mode d'expression du consentement du patient prévu	Modalité en cas d'incapacité du patient à exprimer son consentement
Argentine	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée (loi n°26742 du 9 mai 2012)</i>	<i>Maladie incurable ou en phase terminale</i>	<i>Direct, clair, éclairé, par écrit ; possibilité de directive anticipée</i>	Silence de la loi
Bolivie	<i>Interdite (art. 257 du Code pénal - homicide par compassion, avec atténuation de peine, voire pardon judiciaire, possible)</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Brésil	<i>Interdite au titre d'un homicide (art. 121 du Code pénal)</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Chili	<i>Interdite (loi n°20584 du 24 avril 2012 sur les droits et devoirs des patients et du corps médical)</i>	<i>Autorisée (art. 16 de la loi)</i>	<i>Phase terminale, il faut que le traitement envisagé prolonge artificiellement sa vie</i>	<i>Direct, volontaire, exprès, éclairé</i>	Silence de la loi
Colombie	<i>Interdite (art. 326 du Code pénal - homicide par compassion avec atténuation de peine) mais autorisée par la jurisprudence (C-239 du 20 mai 1997)</i>	<i>Autorisée (résolution n°13437 de 1991)</i>	<i>Euthanasie active : maladie en phase terminale avec douleurs insupportables et atteinte à la dignité</i>	<i>Direct, libre, non-équivoque, éclairé</i>	Silence de la loi
Costa Rica	<i>Interdite (art. 116 du Code pénal - homicide par compassion, avec pardon judiciaire possible sous condition)</i>	<i>Autorisée (art. 2.h de la loi n°8239 du 2 avril 2002)</i>	Silence de la loi	<i>Direct</i>	<i>Représentation possible, consentement du patient supposé en absence de représentant légal</i>
Cuba	<i>Interdite au titre d'un homicide (art. 261 et s. du Code pénal)</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Equateur	<i>Interdite (art. 90 de la loi n°77 sur les droits et la protection du patient du 3 février 1995)</i>	<i>Autorisée (art. 92 de la loi)</i>	<i>Situation insurmontable ou incompatible avec la dignité humaine</i>	<i>Direct</i>	<i>Représentation possible (famille, médecin). Collège de trois médecins spécialistes en cas de controverse</i>
Guatemala	<i>Interdite (art. 47 du Code de déontologie médicale révisé en 2014)</i>	<i>Autorisée (art. 41 du Code de déontologie)</i>	<i>Maladie en phase terminale</i>	<i>Direct, par écrit, avec signature ou empreinte digitale</i>	Silence de la loi
Honduras	<i>Interdite (art. 116 du Code pénal - homicide par compassion avec atténuation de peine prévu par l'art. 26512 du Code pénal)</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Mexique	<i>Interdite (art. 166 bis 21 de la loi générale de santé du 18 décembre 2007)</i>	<i>Autorisée (art. 1 de la loi sur la volonté anticipée du 7 janvier 2008)</i>	<i>Si le traitement prolonge la vie de manière non-nécessaire</i>	Silence de la loi	Silence de la loi

Nicaragua	<i>Interdite (art. 142 du Code pénal - atténuation de peine sous conditions)</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Paraguay	<i>Interdite (art. 106 du Code pénal - homicide par compassion avec atténuation de peine sous conditions)</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Pérou	<i>Interdite (art. 112 du Code pénal - homicide par compassion avec atténuation de peine sous conditions)</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
République dominicaine	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée (loi n°42-2001 du 8 mars 2001)</i>	<i>Pas de limite, sauf « risque pour la santé publique »</i>	<i>Direct, exprimé par écrit</i>	<i>Représentation possible (famille directe, tuteur, médecin principal)</i>
Panama	<i>Interdite (art. 32 de la loi n°68/2003 du 20 novembre 2003)</i>	<i>Autorisée (art. 22 de la loi n°68/2003)</i>	<i>Malade incurable ou en phase terminale, ou accident plaçant le patient en situation similaire</i>	<i>Direct, libre, clair et éclairé ; possibilité de directive anticipée pour une situation critique, vitale et irréversible</i>	<i>Le juge pourra vérifier ou désigner le représentant légal du patient</i>
Uruguay	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée (art. 11 de la loi du 26 août 2008 sur les patients et usagers des services de santé)</i>	<i>Absence de perspective d'amélioration d'une maladie mortelle</i>	<i>Direct, libre, clair et éclairé ; possibilité de directive anticipée prévue par la loi 18473/2009 du 3 avril 2009</i>	Silence de la loi
Venezuela	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée (art. 77 du Code de déontologie médicale du 20 mars 1985)</i>	<i>Phase terminale d'une maladie incurable</i>	<i>Direct</i>	Silence de la loi

D. L'ABSENCE DE CONSENSUS DANS LE RESTE DU MONDE

En **Australie**, la situation est assez complexe.

En droit, le Territoire du Nord avait autorisé le suicide assisté sous de strictes conditions par le *Rights of the Terminally Ill Act* du 25 mai 1995. Mais le Commonwealth d'Australie a ensuite ôté aux territoires la compétence de légiférer en matière d'autorisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, en adoptant la loi fédérale sur les lois d'euthanasie du 27 mars 1997. L'euthanasie est donc illégale en droit en Australie aujourd'hui, sur l'ensemble du territoire. L'euthanasie active est comparée à un homicide (ex : articles 26 162 du Code pénal du Territoire du Nord). Quant au suicide assisté, il est pénalement réprimé également.

L'euthanasie passive est néanmoins légalisée dans certains Etats, à travers le refus de traitements médicaux possible. C'est le cas de l'Etat de Victoria par une loi du 24 mai 1988 relative aux traitements médicaux, du Territoire du Nord par une loi sur la mort naturelle de 1988, du Territoire de la Capitale Australienne par une loi sur le traitement médical de 1994.

En pratique, néanmoins, il existe des tempéraments. Certains sont présents dans la loi directement : ainsi, le médecin pourra être exempt de sanctions pénales lorsqu'il administrera raisonnablement et de bonne foi, à un patient ayant donné son accord, des soins palliatifs ayant pour effet indirect d'accélérer l'heure de la mort (section 282A du Code pénal du Queensland ; Section s 259 du Code pénal d'Australie occidentale ; section 17 du Consent to Medical treatment and Palliative care act de 1995 d'Australie du Sud).

Des jurisprudences vont dans le même, concernant la responsabilité du médecin : Dans une affaire Brightwater Care Group (inc) vs. Rossiter du 20 août 2009 (WASC 229), la Cour suprême d'Australie occidentale a fait application de principes de *Common Law* pour rendre un avis favorable à l'euthanasie passive : la présomption selon laquelle une personne majeure bénéficie de la capacité mentale pour accepter ou refuser un traitement médical (§23) ; le principe d'autonomie et d'auto-détermination qui sous-tend la condition du consentement éclairé à tout traitement médical (§24) ; le fait qu'un individu ne soit pas obligé de consentir à un traitement médical et qu'un médecin ne soit pas obligé de fournir ce traitement sans le consentement du patient, quand bien même l'absence de traitement conduirait à la mort du patient (§26) ; le fait qu'un médecin appliquant un traitement auquel le patient s'était opposé commette une violation de son intégrité physique.

De même, dans une affaire H Ltd vs J. de 2010 (SASR 352, 240 FLR 402), la Cour suprême d'Australie du Sud a estimé légale une directive anticipée d'une patiente préconisant l'interruption d'alimentation en nourriture et en eau ainsi qu'en insuline, ou de tout autre traitement exceptés ceux visant à soulager la douleur, lorsqu'elle attendrait le stade terminal de sa maladie ou un état végétatif.

Enfin, dans une affaire R vs Maxwell du 24 juillet 2003 (VSC 278), la Cour suprême de Victoria a prononcé une peine de dix-huit mois avec sursis pour un homme qui a aidé sa femme à mourir par euthanasie active, sur les instructions de cette dernière, alors qu'il avait tenté de la persuader de ne pas le faire. La Cour a pris en compte la situation particulièrement tragique de l'accusé.

En **Nouvelle-Zélande**, la législation ne vise pas explicitement l'euthanasie, mais celle-ci semble néanmoins interdite à la lecture de certaines dispositions. Le suicide assisté est pénalement réprimé par le Crime Act de 1961 (sections 179 et 180). L'euthanasie active est assimilée à un meurtre (sections 158 et 164), l'euthanasie passive entrant quant à elle dans le champ de la non-assistance à personne en danger (section 157) ou de l'infraction caractérisée par l'accélération de la mort de quelqu'un (section 164), selon les cas.

Selon le Protection of Personal and Property Rights Act de 1988, il est possible pour un individu de donner procuration à autrui pour qu'il prenne des décisions à sa place, au cas où il serait frappé d'incapacité. Néanmoins, le mandataire ne peut prendre la décision de refuser un traitement qui pourrait sauver la vie de la personne frappée d'incapacité (partie 2, section 18).

En vertu du Judicature Act de 1908, la Cour suprême est compétente pour autoriser, refuser ou suspendre tout traitement médical concernant une personne frappée d'incapacité juridique (sections 16 et 17). C'est la doctrine *parens patriae*. Ce principe a été utilisé par la Cour suprême pour autoriser le retrait de la nourriture et de l'hydratation d'un patient en état végétatif (Re G [1997] NZFLR 362). Seule la Cour suprême peut donc autoriser une euthanasie passive.

Plusieurs tentatives de régulation par la voie législative ont avorté, faute de soutien politique (ex : *End of life choice bill* de 2013).

En Israël, avant 2005, l'euthanasie sous toutes ses formes était poursuivie pénalement. Le terme d'euthanasie est traduit en hébreu comme un « meurtre charitable ».

Suite à une augmentation des cas d'euthanasie passive ou active, pratiquée par des proches de patients en fin de vie, a été adoptée la loi n°2039 du 15 septembre 2005 « sur le malade en fin de vie », autorisant l'euthanasie passive.

Cette loi indique que doit être faite la balance entre la valeur de la vie sacrée et la valeur de l'autonomie de la volonté de l'être humain ainsi que l'importance de la qualité de vie. Le texte permet aux malades ayant une espérance de vie de moins de six mois de s'opposer à recevoir des traitements à vocation curative. Si l'espérance de vie est de moins de deux semaines, le patient peut également demander et obtenir l'arrêt des soins destinés à maintenir en vie ou des soins palliatifs.

Le texte insiste sur l'expression de la volonté du patient, qui doit avoir, par écrit, soit exposé ses volontés précises quant au refus de soins, soit désigné une personne de confiance qui serait en mesure d'exprimer ses volontés s'il ne pouvait plus être en état de le faire.

L'article 19 explicite bien qu'il ne s'agit d'autoriser que l'euthanasie passive et que l'euthanasie active demeure interdite, comme le suicide assisté. Le texte vise à éviter l'acharnement thérapeutique.

C'est pourquoi la Cour suprême continue de condamner au pénal les auteurs d'euthanasies actives : elle rappelle à ce titre qu'il lui appartient de « suivre le principe du respect de la vie sacrée », tout en tenant compte des « circonstances » pour prononcer des peines clémentes (voir not. Cour suprême de l'Etat d'Israël, 24/12/2009, aff. 4688/09).

Un projet de loi autorisant une forme restrictive de suicide assisté pour les patients ayant une espérance de vie de moins de six mois est actuellement en discussion au Parlement. Il prévoit que le patient, sous condition de faire état, devant son médecin, par oral et par écrit, de sa volonté, pourrait se voir prescrire une dose mortelle de substances.

En Inde, la Cour suprême a autorisé l'euthanasie passive dans une décision rendue à propos de l'affaire Aruna Shanbaug du 7 mars 2011, à condition que la mort soit induite d'un retrait de l'assistance respiratoire et alimentaire. La décision finale appartient à la Cour suprême elle-même, qui statue sur proposition d'euthanasie passive des médecins.

TABLEAU DE SYNTHÈSE DU RESTE DU MONDE

Etats concernés	Euthanasie active	Euthanasie passive	Etat de santé du patient	Mode d'expression du consentement du patient prévu	Modalité prévue en cas d'incapacité du patient à exprimer son consentement
Australie	<i>Interdite (Code pénal de chaque Etat)</i>	<i>Légalisée dans certains Etats (Etat de Victoria, Territoire du Nord, Territoire de la capitale australienne). Pour les autres Etats : tempéraments apportés dans le Code Pénal pour exempter les médecins de leur responsabilité pénale et reconnaissance jurisprudentielle du refus de traitement</i>	<i>Stade terminal, état végétatif</i>	<i>Consentement exprès ou directive anticipée</i>	Silence de la loi
Nouvelle-Zélande	<i>Interdite (Crime Act 1961)</i>	<i>Interdite Crime Act 1961 sauf autorisation de la Cour suprême</i>	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Israël	<i>Interdite (Disposition pénale - Homicide)</i>	<i>Autorisée Loi du 15/09/2005 sur le malade en fin de vie</i>	<i>Espérance de vie inférieure à 6 mois</i>	<i>Direct, par écrit ; directive anticipée possible</i>	Silence de la loi
Inde	<i>Interdite</i>	<i>Autorisée par la jurisprudence</i>	<i>Maintenu en vie artificiellement</i>	Silence	<i>Sur proposition du médecin, autorisation par le juge</i>

III. CONCLUSIONS

Afin d'appréhender la présente étude dans sa globalité, il est nécessaire d'opérer au préalable une mise en perspective au regard de l'euthanasie passive. En effet, là où l'euthanasie active nécessite un acte positif de la part d'une autre personne que le malade, l'euthanasie passive n'implique qu'une omission, celle d'administrer au patient un traitement dont on sait qu'il est obligatoire pour assurer sa survie.

C'est pourquoi, en matière d'euthanasie passive, **il est indispensable de considérer que toute législation permissive d'un Etat pourrait potentiellement se heurter non à l'obligation de respecter le droit à la vie consacré à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, mais bien à l'obligation de protection de la vie qui découle, d'après une jurisprudence constante de la Cour, de cette même disposition⁷.** Cette obligation peut impliquer, dans certaines circonstances bien définies, une obligation positive pour les autorités de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu dont la vie est menacée⁸. Le droit en cause ici est de ce fait celui prévu à la première phrase de l'article 2 de la Convention : « le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi ». C'est donc la « loi » qui doit entourer le droit à la vie de toutes les précautions nécessaires afin d'éviter, dans la mesure du possible, des atteintes que l'on aurait pu et dû éviter.

Dans l'affaire *Haas c. Suisse*⁹, la Cour a affirmé partager « le point de vue du Tribunal fédéral, selon lequel *le droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention oblige les Etats à mettre en place une procédure propre à assurer qu'une décision de mettre fin à sa vie correspond bien à la libre volonté de l'intéressé* ».

Concernant les détenus, personnes vulnérables, la Cour a reconnu que les « mesures qui peuvent raisonnablement être prises pour protéger un détenu contre lui-même sont soumises aux restrictions imposées par les autres clauses de la Convention, tels les articles 5 et 8, de même que par les principes plus généraux de l'autonomie personnelle »¹⁰.

Partant, l'obligation de protection de la vie de l'article 2 doit être tempérée par l'autonomie personnelle, tel qu'elle a été reconnue par la Cour au titre de l'article 8 de la Convention : le « droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de former librement sa volonté à ce propos et d'agir en conséquence (...), l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention »¹¹.

Contrairement aux précédentes affaires que la Cour a eu à examiner en matière de fin de vie, **il s'agit ici non de revendiquer un droit à l'euthanasie mais bien de contester la permission par l'Etat d'une euthanasie passive.**

Cela ne remet toutefois pas en cause la nécessité pour l'Etat de rechercher un équilibre entre les intérêts en cause : d'un côté, le respect d'une obligation de protection de la vie à l'égard de l'individu, contre lui-même y compris. De l'autre, le respect de l'autonomie personnelle de l'individu¹², à travers son droit à refuser un traitement médical. Ce constat de présence d'une incompatibilité entre les intérêts en cause découle d'une jurisprudence constante de la Cour¹³.

⁷ V. par ex. *L.C.B. c. Royaume-Uni*, 9 juin 1998, req. n°23413/94, §36.

⁸ *Keenan c. Royaume-Uni*, 3 avril 2001, req. n°27229/95.

⁹ *Haas c. Suisse*, précité, §58.

¹⁰ *Pretty c. Royaume-Uni*, précité, §41, citant *Keenan c. Royaume-Uni*, précité, §92.

¹¹ *Haas c. Suisse*, précité, §51, §55 ; *Pretty c. Royaume-Uni*, précité, §41 et s.

¹² *Pretty c. Royaume-Uni*, *ibid.*, §61.

¹³ V. par ex. *Pretty c. Royaume-Uni*, *ibid.*, §41 et §62 et s.

Un Etat pourrait donc adopter une législation autorisant et encadrant l'euthanasie passive, sans manquer à son obligation de protection de la vie, à certaines conditions. Ces précisions liminaires ayant été apportées, nous souhaitons exposer les conclusions de la présente étude à la lumière de l'affaire qu'il appartient à la Cour de juger.

a) *Quant à l'absence de consensus sur l'autorisation ou l'interdiction de l'euthanasie, même passive*

La première conclusion de cette étude réside dans un constat sans appel, celui de **la pluralité des conceptions entourant la fin de vie dans le monde**. Il n'existe, à l'heure actuelle, **aucun consensus au sein des Etats membres du Conseil de l'Europe** - comme au sein des autres Etats dont la législation a été analysée ici, pour autoriser ou non le suicide assisté ou l'euthanasie, même passive.

b) *Quant à la présence d'un consensus pour encadrer strictement les modalités de l'euthanasie passive dans les Etats permissifs*

Dans la totalité des Etats permissifs, la législation vient encadrer strictement les modalités de l'euthanasie passive. Il s'agit systématiquement de reconnaître au patient un droit de refuser des soins, un tel refus pouvant entraîner son décès dans la mesure où les traitements envisagés sont vitaux.

L'euthanasie passive, si elle est autorisée, est inscrite dans une loi spécifique, un code de déontologie propre au corps médical, ou ancrée dans une jurisprudence forte. **Deux éléments sont systématiquement présents, là encore, dans les législations permissives : le moment où l'euthanasie peut être pratiquée (eu égard à l'état du patient) et le consentement du patient.**

c) *Quant à l'absence de consensus sur le moment de l'euthanasie : l'état du patient*

Les Etats ne s'accordent pas quant à la question du moment de l'euthanasie, eu égard à l'état de santé du patient. Il est vrai que les critères sont redondants : la présence d'une maladie incurable, la présence d'une maladie en phase terminale, des souffrances insupportables, le caractère artificiel et excessif du maintien en vie du patient par les traitements envisagés, etc... Néanmoins, ces critères sont tantôt alternatifs, tantôt cumulatifs, et leur présence varie d'une législation à l'autre.

Par exemple, un certain nombre d'Etats autorisent l'arrêt des soins pouvant entraîner la mort (donc une euthanasie passive) si l'administration du traitement en cause aurait pour effet de maintenir la vie de manière artificielle.

D'autres exigent même que le patient soit en état de mort cérébrale. Si les soins ont ici aussi pour effet de maintenir artificiellement la vie de manière strictement organique, la condition apparaît néanmoins beaucoup plus stricte. Il ne s'agit même plus d'euthanasie passive, dans la mesure où le patient est considéré comme mort sur le plan cérébral.

Il convient de préciser que l'acharnement thérapeutique est interdit systématiquement lorsque l'euthanasie passive est autorisée. Le refus d'acharnement thérapeutique semble ainsi pouvoir être qualifié de forme « minimale » d'euthanasie passive.

d) Quant à la place fondamentale du consentement du patient dans l'euthanasie passive

L'importance du consentement est reconnue par la Cour elle-même : elle a estimé que le choix d'éviter une vie indigne tombe dans le champ de l'article 8¹⁴. Plus précisément, « le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de former librement sa volonté à ce propos et d'agir en conséquence, est l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention¹⁵. C'est pourquoi la Cour a déjà reconnu une obligation pesant sur les Etats de « mettre en place une procédure propre à assurer qu'une décision de mettre fin à sa vie corresponde bien à la libre volonté de l'intéressé »¹⁶.

Même sous sa forme passive, l'euthanasie doit demeurer respectueuse de la volonté du patient, de son autonomie personnelle. C'est l'importance donnée à l'expression de la volonté du malade qui justifie, dans les Etats permissifs, le recours à l'euthanasie passive. Il est donc nécessaire de s'assurer du consentement du patient à travers une procédure encadrant son expression.

e) Quant à l'absence de consensus sur l'encadrement des modalités d'expression du consentement

Les modalités d'expression du consentement sont encadrées systématiquement par les Etats lorsqu'ils autorisent l'euthanasie, quelle qu'elle soit, en raison de la place centrale que ce consentement occupe.

Pour autant, la ressemblance entre législations s'arrête là. Car les procédures de vérification du consentement ne sont pas les mêmes, les formes dans lesquelles il doit être exprimé n'étant appréciées avec la même rigueur.

Beaucoup de législations sont extrêmement lapidaires sur ce point, se contentant d'affirmer le droit du patient de refuser des soins, lorsqu'il exprime sa volonté de manière claire, libre et éclairée. Le support de l'expression de la volonté du patient est rarement mentionné. Lorsqu'il est mentionné, même si dans ce cas, l'écrit est quasi-systématiquement exigé.

Certains Etats prévoient la possibilité pour le patient d'émettre une directive anticipée dans le cas où il lui serait impossible d'exprimer son consentement ultérieurement. Cette directive anticipée a soit pour objet de désigner un représentant légal chargé de prendre lui-même les décisions au moment fatidique, soit de déterminer ce qui devra être fait (si le patient accepte ou non l'euthanasie, et dans quel cas).

La difficulté réside dans l'incomplétude des législations nationales sur l'expression du consentement du patient, notamment quant au fait de prévoir la détermination de sa volonté la plus directe possible. Sans imposer une directive anticipée systématique (de choix d'euthanasie ou de choix d'un représentant), il serait possible de l'exiger dès lors que le risque de perdre sa capacité de discernement est réel, notamment en raison du type ou du stade de la maladie.

Sans un tel mécanisme « préventif », peut survenir la situation dans laquelle le patient est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté et n'a pas émis de directive anticipée, même de choix de représentant. Il appartient alors à une tierce personne de se prononcer.

¹⁴ *Pretty c. Royaume-Uni*, précité, §67.

¹⁵ *Haas c. Suisse*, précité, §51.

¹⁶ *Haas c. Suisse*, précité, §58.

f) **Quant à l'absence de consensus sur la possibilité pour un tiers de se prononcer en l'absence de consentement exprimé - même de manière anticipée - par le patient**

Peu d'Etats permettent qu'une tierce personne se prononce lorsque le patient n'a pas désigné celle-ci pour décider de son éventuelle euthanasie passive.

Les Etats sont divisés sur ce point-ci également : certaines législations exigent de rechercher la volonté du patient à tout prix, à travers un faisceau d'indices, la décision finale appartenant alors au médecin, voire au juge, une fois le consentement du patient « déterminé ».

D'autres font intervenir un proche du malade. Or, pour ces derniers, les règles divergent fortement. La quasi-totalité des Etats ici se bornent à rendre possible l'accord d'un proche, sans déterminer quel proche est le plus à même de définir le mieux ce qui correspondrait au consentement du patient, bien qu'il arrive qu'un texte prévoie une appréciation *in concreto* de la situation pour savoir quel proche connaissait le mieux la volonté du malade.

Seul un Etat, la Belgique, a opéré une gradation parmi les proches : le choix de l'époux ou de l'épouse prime, à défaut celui des descendants, à défaut celui des ascendants, à défaut celui des frères et sœurs, sans se préoccuper de la proximité dudit proche avec le malade dans chaque cas. Le proche doit néanmoins prouver que sa décision correspond à la volonté expresse du malade. En cas de doute, et c'est une règle reprise dans plusieurs Etats, le médecin procédera « dans l'intérêt du patient ».

g) **Synthèse**

Il n'existe à l'heure actuelle aucune communauté de vues concernant l'autorisation ou l'interdiction de l'euthanasie passive.

Et même dans les Etats permissifs, il est difficile de déterminer une communauté de vues au sein des Etats parties quant aux modalités d'encadrement de l'euthanasie passive, en dépit de l'existence systématique de deux volets dans cet encadrement : l'état du patient permettant la mise en oeuvre de l'euthanasie et le consentement du malade.

S'il n'existe pas de consensus quant à l'état du patient, ce n'est pas le cas du consentement : c'est bien l'autonomie personnelle que l'Etat utilise pour tempérer le droit à la vie. La volonté du patient est primordiale, et la recherche du consentement est donc, dans tous les cas, au cœur de l'encadrement de la procédure d'euthanasie passive.

Il ressort de nos recherches qu'un consensus est clairement établi sur ce point : **la recherche du consentement exprès du patient doit être la première préoccupation.** Tous les Etats en assurent la primauté. Ce n'est qu'à défaut, ensuite, que certains prévoient qu'une tierce personne pourra intervenir à la place du malade, ou pour rechercher sa volonté par tous moyens (pour les proches, les médecins ou le juge), ou encore pour exprimer son consentement en qualité de représentant (pour les proches). Et à défaut, encore, c'est le médecin qui prendra la décision, dans l'intérêt du patient.

Les modalités d'encadrement de l'expression du consentement du patient ne font donc l'objet d'aucun consensus. Il en résulte que l'Etat devrait avoir une marge de manœuvre, inscrite dans un **rapport de « très stricte proportionnalité »**, pour opérer un équilibre entre l'autonomie personnelle du patient et la protection de sa vie, en respectant certains impératifs : dans tous les cas, la procédure d'euthanasie passive doit rechercher à établir

le consentement du patient, soit directement, soit par directive anticipée, soit par le biais de la représentation.

La procédure doit également permettre de contester la décision prise, et elle doit se placer sous le prisme du principe de précaution : la réglementation doit prévoir le cas du patient dont on sait qu'il ne pourra, au moment de choisir ou non un arrêt des soins, exprimer une volonté éclairée, claire et lucide, par exemple en obligeant à donner une directive anticipée¹⁷.

En l'absence d'une telle directive anticipée, il apparaît que l'article 2 de la Convention ne peut contraindre l'Etat à maintenir en vie une personne de manière artificielle dans un état végétatif, sans perspective d'amélioration. Le droit à la vie doit se conjuguer avec les possibilités réelles que la vie continue, et on ne peut imposer à l'Etat d'assurer la continuation d'un état végétatif sans espoir d'amélioration. Une telle exigence serait difficilement conciliable avec les impératifs qui commandent l'autonomie personnelle. La volonté du patient doit alors être déterminée autrement, et c'est ici que les proches interviennent.

Or, si seul l'Etat belge a opéré une hiérarchisation dans l'intervention des proches, selon leur rapport avec le malade, et si la plupart du temps rien n'est dit, il peut être nécessaire pour le législateur de prévoir le cas du désaccord entre les proches. Dans ce cas, un arbitrage des médecins, voire du juge, pourrait être une solution. Mais la détermination de la volonté véritable du malade et de son représentant idoine ne peut qu'être induite d'une appréciation précise des faits, qu'il appartient à l'Etat d'opérer (en prévoyant comment déterminer la personne qui représentera le patient ou qui recherchera sa volonté) et dont le contrôle doit incomber au juge du fond, ainsi que la Cour l'a rappelé dans l'affaire *Pretty*¹⁸.

L'Etat devrait bénéficier d'une certaine marge de manœuvre, dans la mesure où la présente affaire nécessite à la fois de se positionner sur un débat éthique, et à la fois de se prononcer sur une question relevant d'une appréciation en détails des faits d'espèce : le consentement du patient et les modalités de sa vérification.

Un Etat autorisant l'euthanasie passive et l'entourant de garanties procédurales qui définissent clairement les conditions dans lesquelles elle peut être pratiquée, qui reposent sur l'état du patient, qui sont respectueuses de sa volonté, qui déterminent le caractère inutile et sans espoir du traitement, et qui permettrait un contrôle du juge du fond, pourrait être considéré comme respectant un rapport de « très stricte proportionnalité », et donc respectant l'obligation positive de protection de la vie pesant sur lui.

¹⁷ V. par ex. le cas du Danemark.

¹⁸ *Pretty c. Royaume-Uni*, précité, §41 : « la mesure dans laquelle un Etat permet ou cherche à réglementer la possibilité pour les individus en liberté de se faire du mal ou de se faire faire du mal par autrui peut donner lieu à des considérations mettant en conflit la liberté individuelle et l'intérêt public qui ne peuvent trouver leur solution qu'au terme d'un examen des circonstances particulières de l'espèce ».