

وزارة الصحة  
اللجنة الوطنية للأخلاقيات الطبية



COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE

## Avis La fin de vie

### Ont participé à la rédaction de cet Avis :

Fekri ABROUG, Membre du CNEM

Mohamed Ali BEN ZINA, Membre de la section technique du CNEM

Hend BOUACHA, Présidente du CNEM

Hafidha CHEKIR, Membre de la section technique du CNEM

Rym GHACHEM ATTIA, Membre de la section technique du CNEM

Wafa HARRAR MASMOUDI, Membre de la section technique du CNEM

Zouheir JERBI, Membre de la section technique du CNEM

Skander MRAD, Membre de la section technique du CNEM

### Personnalités auditionnées :

Pr Othmène BATTIKH, Mufti de la République

Dr Farhat BEN AYED, Professeur Emérite de Carcinologie à la Faculté de Médecine de Tunis

Dr Zouheir HECHMI, Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tunis

M. Habib NAHDI, Sociologue

Pr Youssef SEDDIK, philosophe, anthropologue et islamologue tunisien spécialiste de l'anthropologie du Coran.

Pr Francine TINSA, Professeur de sociologie à la faculté des Sciences Humaines de Tunis

# Avis

## La fin de vie

<b>1. Introduction .....</b>	<b>p.2</b>
<b>2. La fin de vie : Différentes approches</b>	
<b>2.1. Approche sociodémographique.....</b>	<b>p.3</b>
<b>2. 2 Approche médicale.....</b>	<b>p.5</b>
2.2.1 Acharnement thérapeutique	
2.2.2 Gestion de la fin de vie	
2.2.3 Soins palliatifs et accompagnement des malades	
2.2.4 Directives anticipées	
<b>2. 3. Approche psychologique.....</b>	<b>p.8</b>
2.3.1 L'annonce de notre propre mort	
2.3.2 La relation médecin-patient	
<b>2.4 Approche religieuse.....</b>	<b>p.10</b>
2.4.1 Les confessions chrétiennes	
2.4.2 Le judaïsme	
2.4.3 L'euthanasie du point de vue islamique	
<b>2.5 Approche juridique.....</b>	<b>p.15</b>
2.5.1 Tableau comparatif de la fin de vie à travers le monde	
2.5.2 La question de la fin de vie dans le monde musulman	
<b>3. Recommandations.....</b>	<b>p.26</b>

## **1 Introduction**

Le concept de fin de vie est loin d'être univoque. Il englobe des situations aussi diverses que les dernières heures de l'agonie, la phase terminale d'une affection cancéreuse, les dernières semaines d'une maladie incurable telles certaines affections neurologiques dégénératives. Il est, dès lors, plus approprié de parler des fins des vies tant le vécu, l'approche et la gestion de ces situations sont fort différents ?

Les fins de vie ne cessent de susciter des débats et des controverses aussi bien dans la sphère privée qu'au niveau de la société dans son ensemble. Si la mort, inéluctable, reste bien évidemment inchangée, ce sont plutôt les profondes transformations des conditions qui l'entourent qui alimentent pour une large part ces débats et controverses.

En effet, plusieurs changements d'ordre démographique, sociétal, médical, économique ont modifié notre rapport avec la mort. Les progrès réalisés ces dernières décennies en matière d'hygiène de vie et ceux des techniques médicales ont contribué à un allongement remarquable de la durée de la vie et ont repoussé les frontières de la mort. Celle-ci est de moins en moins acceptée. Il y a un risque que les professionnels de la santé se laissent aller à une forme ou une autre d'acharnement thérapeutique par conviction ou pour éviter d'être accusé de ne pas avoir tout fait pour « sauver » le malade. Ces avancées médico-techniques ont inmanquablement mené à une médicalisation des fins de vie sans que l'on accorde à la qualité de vie l'attention requise.

Comment respecter et préserver la dignité en fin de vie ? Quelle serait la meilleure décision à prendre face à des situations souvent complexes ? Quelle réponse apporter à un malade qui demande qu'on l'aide à « partir » pour abrégé ses souffrances ? Quel rôle pour la famille d'un patient en fin de vie et démuné de toute faculté de discernement ? Que faire en cas de désaccord entre les membres de la famille ? Quelle place devraient occuper les soins palliatifs ? Ce ne sont que quelques interrogations soulevées par les professionnels de la santé, les patients, leurs familles et la société.

Cet avis se propose d'ébaucher quelques éléments de réponse à travers un éclairage éthique et interdisciplinaire.

## **2. La fin de vie : Différentes approches**

### **2.1 Approche socio - démographique**

Sur le plan démographique, c'est depuis au moins un demi-siècle que la Tunisie est entrée dans une transition démographique au cours de laquelle elle a vu changer considérablement le niveau et la structure de la mortalité, ce qui s'est traduit par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance ; Cette dernière est passée de 42 ans en 1960 à 74,9 ans en 2014. De même, d'après l'INS, en 2014, 71% des décès déclarés sont survenus après 60 ans, 57,4% après 70 ans et 35,35% après 80 ans<sup>1</sup> et cela se produit souvent suite à de longues maladies nécessitant de longs soins et un

---

<sup>1</sup> Institut National de la Statistique (2015), Annuaire statistique de la Tunisie 2010-2014.

accompagnement médicalisé prolongé. A titre de comparaison, il y a 40 ans, , seuls 30,6% des décès survenaient après 60 ans, 24,6% après 70 ans et 7,06 après 80 ans<sup>2</sup>. Ce changement démographique de la mortalité a induit un changement de la structure de la population, puisque la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans est passée de 5,5% en 1966<sup>3</sup> à plus de 12% en 2014<sup>4</sup>.

Sur un autre plan, la comparaison des statistiques du veuvage selon le genre permet de constater que la proportion des veuves a atteint en 2014, 8,96%, alors que cette proportion n'est que de 1,16% pour les hommes. L'origine de cette différence est attribuée, d'un côté, à la surmortalité masculine dans la mesure où l'espérance de vie à la naissance des femmes a atteint 77,4 ans en 2014 contre 73,9 ans pour les hommes, mais, d'un autre côté, à l'inégalité selon le genre devant le remariage. Au-delà de cet aspect purement démographique, cette différence pose le problème de l'accompagnement familial durant la fin de vie puisque c'est la femme qui en a souvent la charge pour son mari alors que pour elle, la situation est souvent plus aléatoire.<sup>5</sup>

, Il est important de noter qu'en suivant le schéma de la transition démographique et après une première phase où la mortalité a amorcé sa baisse, la fécondité a suivi cette tendance et les données de ces dernières années confirment que le niveau de l'indice synthétique de fécondité a atteint, depuis les années 2000, le seuil de remplacement des générations (2.1 enfants par femme)<sup>6</sup>. Une situation qui s'est aussi accompagnée par la baisse de la taille du ménage qui est passée de 5.5 personnes en 1975 à 4,04 personnes par ménage en moyenne en 2014. Un chiffre qui, loin de rappeler la forme des ménages étendus dans lesquelles survivent des générations successives, est plutôt celui qui correspond aux ménages nucléaires avec un couple et ses deux enfants. Cette situation explique que l'accompagnement des personnes en fin de vie est devenu plus problématique, d'autant plus que notre société est entrain de glisser vers un modèle plus individualiste et donnant peu de possibilités à une solidarité de type traditionnel entre les générations.

La confrontation de cette nouvelle réalité avec la situation sanitaire et épidémiologique de la Tunisie pose un antagonisme entre d'un côté les maladies chroniques et les néoplasies devenues prépondérantes, nécessitant des soins contraignants, un suivi et un accompagnement familial et, de l'autre côté, une disponibilité de moins en moins évidente des membres de la famille. Ainsi d'après les dernières données disponibles à l'INSP, plus de 70% des décès sont dus à cinq pathologies, à savoir : « les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes, les pathologies de l'appareil respiratoire, les maladies métaboliques et les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale »<sup>7</sup>. Les maladies infectieuses et parasitaires ne représenteraient plus que 3,4% de la mortalité générale contre 57,8% pour les maladies chroniques non-transmissibles.<sup>8</sup> En même temps que la disparition des maladies infectieuses, augmente la visibilité des maladies dégénératives et les maladies de société deviennent de plus en plus fréquentes.

---

<sup>2</sup> Institut National de la Statistique (1975), Annuaire statistique de la Tunisie 1974.

<sup>3</sup> Institut National de la Statistique (1966), Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1966.

<sup>4</sup> Institut National de la Statistique (2014), Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014.

<sup>5</sup> Voir sur ce sujet Sophie PENNEC et AL., « Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France », Population N° 4, volume 68, 2013, pp. 585-616.

<sup>6</sup> Les mutations Socio-démographiques de la Famille Tunisienne, Analyses Approfondies des résultats de l'enquête PAPFAM, Office National de la Famille et de la Population, 2006.

<sup>7</sup> Système Tunisien d'information sur les causes de décès : Entraves spécifiques, synthèse des principaux résultats de l'année 2013 et perspectives, INSP, 2015, p. 32.

<sup>8</sup> *Ibid.* p. 41.

La jonction de ces facteurs démographiques et médicaux avec une autre nouvelle caractéristique des ménages, à savoir celle de la pluri-activité familiale ou la pluralité des pourvoyeurs de ressources au sein de la famille avec plus de participation économique des femmes aux revenus de leurs ménages<sup>9</sup>, laisse peu de possibilités aux familles pour accorder aux soins des aînés le temps et l'attention nécessaires.

C'est dans ce contexte que survient le débat sur la fin de vie et sur les décisions que les membres de la famille seraient amenés à prendre lorsque la santé de l'un de leurs parents se trouve dans une situation critique et notamment lorsque tout espoir de guérison est perdu. Les dernières données disponibles sur le lieu de décès montrent que dans 32.8% des cas, le décès survient dans une structure sanitaire avec de grandes disparités selon les régions<sup>10</sup>. Ce chiffre - bien qu'encore assez faible comparé à d'autres pays - devrait cependant être nuancé, dans la mesure où il faudrait tenir compte aussi de l'hospitalisation durant la dernière maladie et pas uniquement au moment du décès. Une enquête plus axée sur cet aspect très important des conditions de la fin de vie, devrait nous éclairer davantage sur ce sujet dont l'ampleur dans les débats publics ne fait que s'amplifier.

## 2.2. Approche médicale

L'objectif de la prise en charge du patient en phase terminale d'une maladie incurable est essentiellement de le faire bénéficier d'un accompagnement médicalisé afin de lui permettre de terminer sa vie dans la dignité. Ceci implique :

- Le rejet de l'acharnement thérapeutique et
- L'accès du patient aux soins palliatifs

### 2.2.1 Acharnement thérapeutique

L'acharnement thérapeutique ou **obstination déraisonnable**, est "le refus par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable".

<sup>11</sup>

L'acharnement thérapeutique est quasi unanimement rejeté. Pour cela, plusieurs arguments sont avancés :

- L'acharnement thérapeutique peut être assimilé à un abus de pouvoir au détriment du patient et de son droit de refus de soins. Il lui fait endurer des souffrances supplémentaires inutiles (« *prolongation artificielle de la souffrance* »).
- Une thérapeutique ne peut être justifiée que si ses bienfaits dépassent les nuisances et les souffrances qu'elle peut engendrer. Il faudrait proportionner le risque par rapport au bénéfice escompté (**principe de proportionnalité**). En fin de vie, cela veut dire qu'il faut être attentif à la qualité du « supplément » de vie qui sera obtenu et éviter les thérapeutiques disproportionnées avec l'état du malade.

Le dilemme éthique qui se pose souvent en fin de vie est le choix entre la durée de vie et la qualité de vie. En effet, la notion de qualité de vie est un paramètre essentiel pour la prise de décision.

---

<sup>9</sup> Office National de la Famille et de la Population, 2006, *Op.cit.* p. 21 et suivantes.

<sup>10</sup> Enquête "Tunisian Health Survey 2016", présentée en juin 2017, Document inédit.

<sup>11</sup> Fin de vie, Arrêt de vie, Euthanasie, Avis du CCNE N°63, 27 Janvier 2000, <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf>

- Une thérapeutique est sans objet quand elle n'apporte aucun bénéfice au patient. Il est licite de l'arrêter (ou de ne pas l'entreprendre) si l'état du patient est jugé désespéré (**principe de futilité**).

### 2.2.2. Gestion de la fin de vie :

La gestion de la fin de vie revêt une acuité particulière dans les services de réanimation.

La dernière année qui précède la mort est devenue l'année la plus coûteuse pour les systèmes de santé en raison de fréquents recours aux hospitalisations et tout particulièrement en réanimation.

Pourtant, le rôle de la réanimation est de permettre une amélioration clinique compatible avec le retour des patients au domicile, et non pas de suppléer indéfiniment les fonctions vitales. La réanimation s'adresse aux patients en situation critique et réversible<sup>12</sup>.

Il apparaît donc qu'un des plus grands défis posés aux réanimateurs c'est la difficulté de discerner a priori (et avec un haut degré de certitude) l'hospitalisation qui présage d'une issue fatale (correspondant à la fin de la vie) de celle qui recèle un potentiel conséquent de récupération permettant un retour à la vie avec une qualité de vie acceptable<sup>13</sup>.

En réanimation, les principes éthiques essentiels prennent une singulière consonance et plus encore en fin de vie. Il s'agit de

- **l'autonomie** ou l'autodétermination du patient lui permettant de choisir lui-même la qualité et l'intensité des soins qui lui seront administrés.
- **la bienfaisance** implique que tout est entrepris dans l'intérêt du patient.
- **la non-malfaisance** correspondant à éviter les traitements délétères ou inefficaces (primum non nocere)
- **la justice distributive** consistant en la distribution aussi juste que possible des biens sociaux, il n'est pas question de tout concentrer sur un seul patient en en privant les autres.

Ces concepts permettent la définition de trois niveaux d'intensité des soins administrés

- **L'engagement thérapeutique maximal** où il est question de suppléer systématiquement toute fonction vitale défaillante.
- **La limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) :**

La limitation peut être définie comme la décision de ne pas intensifier un traitement en cours, même si l'état du patient se détériore (comme par exemple augmenter les doses d'une drogue vaso-active, augmenter le débit d'oxygène) et/ ou ne pas introduire une nouvelle thérapeutique (telle qu'une épuration extra rénale).

L'arrêt des thérapeutiques est la décision d'arrêter tous les traitements actifs tels que l'arrêt de la ventilation artificielle et la décanulation (ablation de la canule de trachéostomie)

**Le raccourcissement actif du processus de mort (RAPM)** correspond aux pratiques euthanasiques que sont le suicide assisté, l'assistance au suicide et l'euthanasie.

- Le suicide médicalement assisté concerne un patient conscient et lucide qui, dans l'intention de mettre fin à ses jours, sollicite et obtient d'un médecin une prescription de médicaments ou les médicaments nécessaires, que le patient s'auto-administre.

---

<sup>12</sup> HALPERN NA., GOLDMAN DA., Tan KS., PASTORES SM., "Trends in Critical Care Beds and Use Among Population Groups and Medicare and Medicaid Beneficiaries in the United States: 2000-2010", in *Critical Care Medicine*, 2016, 44 (8):1490-9.

<sup>13</sup> AKGUN KM., KAPO JM., Siegel MD., "Critical Care at the End of Life", in *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 2015; 36 (6), pp.921-33. Voir également : ANGUS DC, TRUOG RD, "Toward Better ICU Use at the End of Life", in *Jama*, 2016; 315(3), pp.255-6 ; AZOULAY E., METNITZ B., SPRUNG CL., TIMSIT JF., LEMAIRE F., BAUER P., et al., "End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database", in *Intensive care medicine*, 2009; 35(4), pp.623-30; BJORSHOL CA., SOLLID S., FLAATTEN H., HETLAND I, MATHIESEN WT., SOREIDE E., "Great variation between ICU physicians in the approach to making end-of-life decisions", in *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 2016; 60(4), pp.476-84.

- L'assistance au suicide concerne toujours un patient conscient et lucide mais qui est incapable de prendre seul les médicaments qui sont administrés par une tierce personne, il s'agit là d'une simple nuance par rapport au suicide assisté

- L'euthanasie est la décision de mettre fin à la vie par un médecin à la demande explicite d'un patient qui a épuisé tous les traitements curatifs et les soins palliatifs disponibles. Elle permet à un patient de mettre fin à sa vie dans la dignité.

L'euthanasie peut être pratiquée sur un patient qui n'est pas conscient mais qui a rédigé des directives anticipées ou à la demande des parents.

Bien qu'autorisée dans certaines sociétés tout en étant encadrée par des textes juridiques très stricts, l'euthanasie reste proscrite dans la plupart des pays et pose un problème de conscience pour les médecins dont le rôle n'est en aucun cas de donner la mort.

Pour certains, la LATA est qualifiée d'euthanasie passive; cependant, ce terme peut prêter à confusion car le but de la LATA n'est pas de donner la mort mais de laisser la mort prendre son cours naturel.

### 2.2.3 Soins palliatifs et accompagnement des malades

L'Organisation Mondiale de la Santé définit les soins palliatifs comme des soins globaux des patients dont la maladie ne répond plus aux traitements actifs. Leur but est d'offrir la meilleure qualité de vie pour les patients et leurs familles. Les soins palliatifs doivent s'inscrire dans une approche globale intégrant les dimensions psychologique, spirituelle et sociale.

La notion de soins palliatifs, apparue dans les années 1970, visait surtout la fin de vie des patients atteints de cancer ; elle s'est progressivement étendue ensuite au stade terminal d'autres affections. Les soins palliatifs sont pratiqués par une équipe multidisciplinaire et sont actuellement considérés comme un droit des malades.

Ils comprennent :

- Le contrôle de la douleur
- Le contrôle des autres symptômes : troubles du sommeil, escarres, ...
- Les soins d'hygiène et de confort,
- L'hydratation, en évitant les manœuvres instrumentales inutiles, et l'alimentation du patient,
- L'accompagnement du patient

**La lutte contre la douleur** est un devoir pour tout soignant. Même si, dans certains cas, elle accélère la mort (double effet), ce qui soulève le problème de la sédation profonde.

Aujourd'hui, il est généralement admis que soulager la douleur et la souffrance autorise l'usage de drogues (antalgiques ou sédatifs puissants) dont un des effets secondaires et indirects pourrait être d'entraîner la mort.

*"La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation lui ont été proposés sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. La sédation est une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience qui peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue"<sup>14</sup>.*

---

<sup>14</sup> "Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations dans les situations spécifiques et complexes", in *Recommandations de bonnes pratiques*, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, <http://www.sfap.org/system/files/sedation-situations-specifiques-complexes.pdf>

### **L'accompagnement des patients :**

Le patient en fin de vie peut souffrir de différents troubles psychologiques en rapport avec une altération de son image corporelle, sa vulnérabilité, la peur de la mort ou celle de faire souffrir ses proches ...

Ces sources de souffrance doivent être identifiées et apaisées par l'écoute, la communication et le réconfort.

L'équipe de soins palliatifs doit veiller également à maintenir ou recréer les liens familiaux, en apportant à la famille les dispositions matérielles et le soutien psychologique nécessaires pour qu'elle puisse vivre l'accompagnement de son parent dans des conditions de confort matériel et moral satisfaisantes.

Les soins palliatifs visent donc à aider les malades à vivre aussi activement et aussi paisiblement que possible jusqu'à la mort, en respectant ainsi leur dignité.

Ils offrent également un soutien à la famille afin qu'elle puisse résister pendant la maladie du patient et, si possible durant leur deuil.

Ces soins peuvent se pratiquer soit à l'hôpital, soit au domicile du malade.

Les soins palliatifs connaissent aujourd'hui un essor notable dans le monde et leur importance est reconnue dans de nombreux pays où leur accès est considéré comme un droit des malades. Ils restent malheureusement largement insuffisants, dans notre pays.

Les médecins formés pour les soins curatifs ont, en effet, du mal à intégrer les soins palliatifs dans leur pratique. Une formation adaptée pour acquérir une compétence en soins palliatifs pour les médecins est donc nécessaire.

Dans certains pays, les équipes soignantes sont aidées par des bénévoles formés à l'accompagnement, ceci avec l'accord du malade ou de sa famille.

### **2.2.4 Directives anticipées** («volontés anticipées» ou «directives préalables»):

C'est un testament destiné à orienter la décision de l'équipe médicale au cas où le patient ne pourrait plus s'exprimer sur ses volontés concernant les conditions de sa fin de vie notamment la poursuite ou l'arrêt des traitements. Ces directives peuvent être formulées par toute personne capable de discernement qu'elle soit en bonne santé ou lorsqu'elle a déjà une maladie grave même si initialement elles étaient plutôt le fait de patients atteints de maladies incurables.

Les progrès technologiques notamment en réanimation et le changement de paradigme dans la relation médecin patient désormais centrée sur le consentement éclairé expliquent pour une large part cette extension.

### **Enjeux éthiques :**

Fondées sur le principe de l'autonomie, les directives anticipées confortent les droits des malades et des personnes en fin de vie et concourent à garantir que leur « parole sera entendue ».

Elles permettent aussi de mieux cerner la marge de manœuvre des soignants et d'éviter les litiges avec la famille.

Doivent-elles être contraignantes? La question a diversement été abordée.

De plus en plus d'Etats (nord-américains, européens, australiens) ont préféré légiférer et les **rendre non opposables et contraignantes pour l'équipe soignante et pour la famille.**

### **Limites :**



En situation d'urgence, il est souvent impossible de savoir si des directives anticipées ont été rédigées ou non. Les mesures de maintien de vie doivent être entamées. Elles seront modulées par la suite en fonction des directives si elles ont été formulées.

**La validité** des directives au cours du temps a été contestée. Il est en effet difficile lorsqu'on est en bonne santé de se projeter dans la situation de fin de vie, «des sursauts de volonté de vivre » pourrait toujours « se substituer à un renoncement anticipé ». Ce qui implique qu'elles doivent être à tout moment modifiables ou révocables.

#### **Personne de confiance :**

L'auteur des directives peut désigner un proche, un ami ou même son médecin traitant pour prendre toute décision médicale à sa place le jour où il ne sera plus capable de discernement.

En l'absence de directives rédigées, la personne de confiance sera consultée en premier par l'équipe médicale non pas pour donner son avis personnel, mais pour être le témoin des souhaits et des volontés du patient. Même si des directives ont été rédigées la désignation d'une personne de confiance permet aussi d'éviter certaines incertitudes concernant l'interprétation des volontés du malade.

#### **Modalités pratiques :**

L'expérience accumulée dans plusieurs pays a montré que la seule adoption d'un texte est bien insuffisante. La mise en application effective nécessite un large effort d'information par des moyens appropriés aussi bien auprès des professionnels de santé que du grand public.

Il faudrait aussi veiller à encourager les échanges entre le médecin, le malade et ses proches. Un certain formalisme est nécessaire pour aider à leur mise en œuvre. Ainsi plusieurs modèles de formulaire de directives anticipées ont été proposés.

Comment faire connaître aux équipes de santé l'existence de ce document ? Un registre centralisé des directives anticipées mis à jour de façon périodique a été proposé dans certains pays.

#### **Préalable :**

Le développement des soins palliatifs est un préalable obligatoire. Il ne faudrait pas perdre de vue qu'il s'agit surtout d'accompagner les personnes en fin de vie le plus humainement possible et supprimer toute forme de souffrance. La qualité de cet accompagnement et l'idée que l'on s'en fait conditionnent pour une large part les choix de la fin de vie souhaitée.

### **2.3 Approche psychologique**

L'annonce de la fin d'une vie fait émerger, pour chaque individu, des manifestations singulières dont il est nécessaire de tenir compte.

#### **2.3.1 L'annonce de notre propre mort**

L'annonce de notre propre mort est-elle toujours faite et doit-elle être faite ?

La réponse n'est pas simple. Pour le patient, cette annonce est à l'origine d'un grand bouleversement qui l'amène souvent à faire le bilan de toute une vie et d'en évaluer les réussites et les échecs. Certains souhaitent finaliser un projet, s'assurer que leurs proches sont en sécurité, ou répartir leurs biens. Le but ultime étant de mourir en paix autant que faire se peut.

Cette remise en question est suscitée par la peur de la mort, sentiment typiquement humain. "La vie s'organise autour de cet axe : la fin. On sait que toute chose prendra un jour fin sous

la forme actuelle qu'on connaît"<sup>15</sup>. Ce "sentiment de peur qui envahit l'humain et qui se traduit pas l'apparition de signe d'angoisse et d'anxiété"<sup>16</sup>.

"La peur est souvent présente (...). L'origine de la peur est identifiée, contrairement à l'anxiété ou à l'angoisse qui repose sur une sensation diffuse sans objet"<sup>17</sup>.

L'anxiété est un état que chaque personne peut ressentir, le patient en fin de vie y est souvent confronté car bien qu'il soit souvent informé de l'issue fatale de la maladie, le patient se retrouve dans une situation d'attente floue dont la durée n'est pas définie. Cette citation définit d'ailleurs bien le terme : « le prototype de l'anxiété est le sentiment désagréable perceptible dans les situations d'attente».

L'angoisse est une sensation de souffrance intense qui s'installe progressivement car il est difficile de se représenter sa propre mort. « Impossible, dira Freud, la mort est irréprésentable».<sup>18</sup> La personne en fin de vie se retrouve confrontée alors à « un impossible à dire»<sup>19</sup> et à communiquer.

Le rôle du soignant est d'écouter le patient et l'aider à verbaliser ses peurs afin qu'il comprenne ce qui lui fait peur. L'accompagnement du patient en fin de vie est pluridisciplinaire. C'est un accompagnement quotidien, il faut établir un climat de confiance avec le patient afin qu'il puisse évoquer ses craintes, ses peurs durant sa fin de vie.

« L'accompagnement se définit en termes de ce qu'il comprend de la relation soigné/soignant : une compétence professionnelle, une écoute respectueuse et une communication vraie avec le patient et son entourage »<sup>20</sup>.

La dernière étape du processus de la fin de vie est celle de l'agonie, lorsque la conscience du patient s'altère. Il est alors impossible de savoir ce que le patient ressent.

Pour la famille, ce moment est également très difficile ; être témoin de la souffrance de quelqu'un qui nous est cher sans pouvoir rien y faire amène un sentiment d'anxiété et de souffrance. Quant aux proches ayant la charge de l'accompagnement du mourant, ils sont partagés entre la peur et la pitié.

### **2.3.2 La relation médecin-patient**

Le médecin traitant est soumis à plusieurs épreuves difficiles : celle d'informer le patient de l'imminence de sa mort, abandonnant ainsi sa mission de "sauveur" et la perception de sa toute-puissance ; s'avouer vaincu est une preuve de sa défaillance. Il est également difficile de confier le patient, à une autre équipe, celle des soins palliatifs. En effet, le lien médecin-patient s'établit au cours d'un suivi médical long permettant un investissement relationnel important et lourd.

Dans un tel contexte, il est particulièrement difficile pour le médecin, d'éviter le désespoir et le sentiment d'abandon vécu par le patient, sentiment risquant de provoquer une rupture dans leur relation.

### **2.4. Approche religieuse**

---

<sup>15</sup> Cité par HARDY Audrey Fleur, *La dimension psychologique de la Fin de Vie*, Mémoire de Fin d'Etude, Juin 2012, <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-audrey-hardy.pdf>

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> AUNIER Claire-Alix, BERNARD Marie-Fleur et al., *Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier*. Nouvelle édition. France, Institut UPSA de la douleur, 2008 p.88 cité par HARDY Audrey Fleur, *La dimension psychologique de la Fin de Vie*, Mémoire de Fin d'Etude, Juin 2012, <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-audrey-hardy.pdf>

<sup>18</sup> FREUD S., "Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort", in *Essais de psychanalyse*, 1915, Paris, France, Payot.. Réimpression : Essais de psychanalyse, Paris, Editions Payot, 1968, Collection : Petite bibliothèque Payot, pp.235-267, 280 pages.

<sup>19</sup> PIGEON M., *L'impossible à dire*, Moebius : écritures/littérature, 73, 1997, pp.11-20.

<sup>20</sup> Line ST-AMOUR & Lucie MARTIN, "Dernière ligne de vie ... Les enjeux psychologiques de la fin de vie", in *Psychologie Québec*, vol.33 n°3, avril 2016.

Même si certaines législations ont reconnu l'euthanasie, à l'instar de la Belgique ou des Pays Bas<sup>21</sup>, la question continue de susciter des débats et se trouve confrontée à des résistances du fait de l'impact des religions dans certains pays, car dans toutes les religions, la vie a un caractère sacré. C'est un don de Dieu créateur de toute chose. Pour Hubert Doucet, "*les multiples traditions religieuses accordent un intérêt particulier à la vie et à la santé. La vie est une belle chose qu'il faut promouvoir et protéger malgré la maladie*"<sup>22</sup>.

Dans le judéo--christianisme : *Dieu créa l'homme à son image, à l'image de Dieu il les créa ; mâle et femelle il les créa* (Gn1, 27).

Dans l'Islam : *Lis! Au nom de ton Seigneur qui créa l'homme d'un caillot.* (Coran 96: 1--2).

Dans le Bouddhisme : compassion et respect de la vie : *je m'efforcerai d'observer le prétexte de m'abstenir de prendre la vie.*<sup>23</sup>

## 2.4.1 Les confessions chrétiennes

### La position de l'Église sur la fin de vie ( Église catholique ??)

« *L'Église refuse qu'on limite la valeur de la vie de quelqu'un à sa possibilité de vivre sans souffrance. On touche à nouveau à l'essence de la vie : l'homme n'a pas le droit de détruire ce qu'il n'est pas capable de créer (une vie humaine). Elle encourage par contre les soins palliatifs. Une personne vraiment entourée d'amour ne demande pour ainsi dire jamais l'euthanasie. Il s'agit plus d'un appel au secours que d'une demande réelle (comme les suicides ratés des adolescents). Y accéder consiste à supprimer le symptôme plutôt que le mal* »<sup>24</sup>.

Le 23 septembre 1991,<sup>25</sup> le Conseil permanent de la Conférence épiscopale française a publié une déclaration intitulée « *Respecter l'homme proche de sa mort* ». Ce texte, qui condamne toute forme d'euthanasie, souligne l'importance du mouvement des soins palliatifs et affirme de nouveau la position de l'Église sur l'administration d'antalgiques pour soulager la douleur.

"*Depuis toujours, l'Église catholique a accordé une grande importance aux pensées et aux actes de l'être humain parvenu à proximité de sa mort (...) Les derniers moments peuvent être l'occasion de sentiments, de paroles, ou d'autres formes de communication, de décisions, importants pour le mourant et son entourage*"<sup>26</sup>.

"*Beaucoup souhaitent la présence de proches, d'amis, de membres de leur communauté religieuse; certains veulent garder la possibilité de prononcer une dernière prière, de recevoir une dernière fois un sacrement". "Les en frustrer répugne au sentiment chrétien, et même simplement humain". "Il ne faut donc pas, sans raisons graves, priver le mourant de sa lucidité et de sa conscience. Comme le disait le Pape Pie XII, « l'anesthésie (c'est-à-dire la suppression de la sensibilité générale et de la conscience), employée à l'approche de la mort,*

---

<sup>21</sup> Belgique : Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, M.B. du 22/06/2002, p. 28515, entrée en vigueur le 23 septembre 2002, modifiée par la Loi du 10 novembre 2005. Pays Bas : Loi du 28 novembre 2000 sur le contrôle de la fin de vie à la demande et de l'aide au suicide, entrée en vigueur le 1er avril 2002, <http://www.justitie.nl>

<sup>22</sup> Hubert DOUCET, "Le bien mourir et les traditions religieuses", in *Gérontologie et Société*, 2004/1, vol 27, n°108, p.39.

<sup>23</sup> Olivier JONQUET, *Fin de vie et religion(s), Réanimation*. Montpellier. Transcription disponible sur [https://documentfr.com/the-philosophy-of-money.html?utm\\_source=fin-de-vie-et-religion-s-olivier-jonquet-reanima-on-montpellier-pdf](https://documentfr.com/the-philosophy-of-money.html?utm_source=fin-de-vie-et-religion-s-olivier-jonquet-reanima-on-montpellier-pdf)

<sup>24</sup> "Quelle est la position de l'Église sur l'euthanasie?", <https://qe.catholique.org/euthanasie/183-quelle-est-la-position%20de%20l%E2%80%99C3%A9glise%20sur%20l%E2%80%99euthanasie>

<sup>25</sup> "Respecter l'homme proche de sa mort", Conférence des Evêques de France, 23 mai 1991, <http://http://eglise.catholique.fr/conference-des-veques-de-france/textes-et-declarations/369211-respecter-lhomme-proche-de-sa-mort/>

<sup>26</sup> *Idem.*

*dans le seul but d'éviter au malade une fin consciente, serait non plus une acquisition remarquable de la thérapeutique moderne, mais une pratique vraiment regrettable".*

**Pour les protestants.** Il n'existe pas une position unique. Dans un rapport de 2011, la Communion d'Églises protestantes en Europe s'est opposée à une justification théologique et éthique de l'euthanasie et de l'aide au suicide, et a demandé l'amélioration des conditions sociales et médicales ainsi que des soins pour une vie et une mort dans la dignité. Le rapport plaidait pour le développement des soins palliatifs. De son côté, le Comité protestant évangélique pour la dignité humaine pose le principe fondamental selon lequel « *provoquer intentionnellement la mort doit toujours être interdit* »<sup>27</sup>.

**Les orthodoxes.** En 2009, après la polémique née de l'arrêt de l'alimentation d'une Italienne en état végétatif depuis dix-sept ans, le Patriarcat de Moscou avait estimé que « ne pas maintenir en vie une personne qui passe dans l'autre monde (...) n'a rien à voir avec une soi-disant euthanasie », laquelle est « comme un péché qui unit le meurtre et le suicide ». Une affirmation dans l'ensemble partagée dans le monde orthodoxe, même si là encore, en l'absence d'une autorité unique, d'autres positions peuvent exister.

**2.4.2. Le judaïsme.** Au-delà de ses divers courants, le judaïsme postule la valeur absolue et sacrée de l'homme créé à l'image de Dieu. Certaines prescriptions religieuses sont même levées lorsqu'une vie est en danger. Le Choulhan Aroukh, le code des lois juives, rappelle qu'un « *moribond doit être considéré comme un être vivant* ». L'acharnement thérapeutique, en revanche, n'est pas recommandé : il est donc interdit d'agir pour précipiter la mort mais s'abstenir d'agir n'est pas interdit.

Selon Hervé Landau, l'opinion de la tradition juive, c'est-à-dire de la halacha, sur ce que recouvre le terme d'euthanasie reprend les fondamentaux posés par les sages du Talmud deux mille ans plus tôt qui « *restent stables, tant par la rigueur de leurs principes que par leur recherche d'ouverture face à des situations dont la complexité ne cesse de croître. Ils peuvent être synthétisés à travers les principes suivants* :

*Donner la mort directement et/ou activement relève dans tous les cas, du meurtre.  
Prolonger la souffrance d'un patient contre son gré lorsque le diagnostic médical le condamne sans appel, est interdit*»<sup>28</sup>.

### **2.4.3. La fin de vie du point de vue islamique**<sup>29</sup>

Dans le Coran, il est dit sur la mort « *Il n'appartient à personne de mourir si ce n'est avec la permission de Dieu et d'après ce qui est irrévocablement fixé par écrit* » (III, 145; XXII, 66) La vie sur terre est un devoir que Dieu exprime ainsi à Adam et Ève après leur faute : « *Vous serez ennemis les uns des autres. Vous trouverez sur la terre un séjour et une jouissance pour un temps limité. Il dit encore : Vous y vivrez, vous y mourrez et on vous en fera sortir* » (VII, 24-25). La mort ne représente pas une punition mais constitue la fin d'une étape et le début d'une vie nouvelle qui va culminer au jour de la Résurrection et du jugement final.<sup>30</sup>

Le bien mourir musulman exclut le suicide et l'euthanasie parce que : « *Celui qui a tué un homme [...] qui n'a pas commis de violence sur la terre est considéré comme s'il*

<sup>27</sup> "Fin de vie, ce que disent les religions ...", in La Croix, le 09/10/2012 à 17h37, <https://www.la-croix.com/Religion/Actualite/Fin-de-vie-ce-que-disent-les-religions-2012-10-09-904311>

<sup>28</sup> "Comment le judaïsme envisage-t-il la fin de vie ?", <http://www.lamed.fr/index.php?id=1&art=1195>

<sup>29</sup> Tahar MAHDI, "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, <https://oumma.com/dossier/euthanasie/> 29 janvier 2003

<sup>30</sup> Hubert DOUCET, "Le bien mourir et les traditions religieuses", *op. cit.*

*avait tué tous les hommes.»* (V, 32). Ce bien mourir n'exclut pas cependant la tâche médicale de minimiser les souffrances des patients. Les savants doivent faire des recherches à ce propos<sup>31</sup>. L'euthanasie est formellement condamnée car ce ne serait pas respecter l'être humain. La personne n'est pas maîtresse de sa destinée et c'est à ce titre qu'elle n'est pas autorisée à mettre fin à sa vie. Cependant, invoquant l'*Istislah*<sup>32</sup>, c'est à dire "*le fait de reconnaître une règle comme utile*"<sup>33</sup>, un certain nombre de juristes musulmans considèrent que la décision de ne pas prolonger la vie d'une personne malade (à la condition d'une large consultation auprès des personnes en charge de sa santé, y compris le médecin traitant, ainsi que la famille), est possible.

Outre le principe d'*Istislah*, la règle éthique énoncée par le « hadith » du prophète Mahomet "*Aucun mal ne doit être infligé en Islam, ni délibérément ni en réaction*" est évoquée lorsque des questions concernant les soins critiques sont à l'ordre du jour. Cette règle permet d'importantes distinctions et fixe les règles concernant l'administration des traitements visant le maintien de la vie chez les patients en phase terminale. Les distinctions sur lesquelles les décisions éthiques sont prises comprennent principalement la différence entre accélérer la mort ou tuer (euthanasie), et laisser la personne mourir (LATA). Ceci rejoint aussi la distinction entre se suicider et renoncer à son traitement habituel, ou encore la distinction entre l'homicide et la survenue d'une mort naturelle. Mais la règle va au-delà de la simple question d'éviter de faire mal. Elle soulève une question morale importante à savoir l'intention qu'avaient les soignants en renonçant à administrer un traitement capable de maintenir le patient en vie : une telle décision doit-elle être considérée comme une forme de mise à mort, et dans l'affirmative, s'agit-il d'un « suicide assisté » ou d'un homicide. Car il n'y a pas d'immunité dans l'Islam pour le médecin qui décide unilatéralement et activement d'aider un patient à mourir. Même si l'Islam, est de toutes les religions monothéistes, la seule à accorder la plus grande importance à « l'intention » qui sous-tend tout acte, Dieu étant le seul juge de l'intention et de la conscience du médecin dans le cas d'espèce<sup>34</sup>.

Pour sa part, l'Imam Gazzâly "*réfute la thèse de celui qui prétend que l'abstention de se soigner est meilleure que le contraire*"<sup>35</sup>.

Selon le sociologue Atmane Aggoun, "*A la différence du fait de se nourrir (qui est obligatoire), le fait de se soigner d'une maladie en utilisant des remèdes voulus, n'est pas obligatoire. Le malade peut donc choisir de ne pas se soigner, il n'y a là aucune faute selon l'éthique musulmane*"<sup>36</sup>.

---

<sup>31</sup> « La mort dans l'Islam; entretien avec Mohamed MARZOUGUI », in *Aujourd'hui, la mort*, Serge Bureau (dir.), Montréal, Fides, 1996, pp. 145-146.

<sup>32</sup> L'*Istislah* "*consiste essentiellement dans la considération d'un ensemble d'éléments très divers qui se ramènent, tous, à l'idée d'intérêt général et d'utilité sociale (maslaha), de convenance (mounasaba)*. Emile TYAN, "Méthodologie et Sources du Droit en Islam", *Studia Islamica*, n°10, Maisonneuve & Larose, 1959, p.96. L'*Istislah* ne doit pas être confondu avec l'*Istihsan* qui "*consiste dans l'interprétation libérale des règles de droit, interprétation inspirée par les considérations d'utilité pratique, fondée sur l'esprit et le but social de la loi, et qui aboutira à l'adoption de nouvelles solutions comportant des tempéraments, exceptions ou extensions de la règle*". L'*Istihsan* "*a servi à admettre, par interprétation large et rationnelle des solutions ou des règles contraires à des règles préexistantes, non seulement établies par Kiyas, mais même formulées dans les sources premières, Coran, Sunna*", Emile TYAN, "Méthodologie et Sources du Droit en Islam", *Studia Islamica*, n°10, Maisonneuve & Larose, 1959, p.85.

<sup>33</sup> Emile TYAN, "Méthodologie et Sources du Droit en Islam", *Studia Islamica*, n°10, Maisonneuve & Larose, 1959, p.97.

<sup>34</sup> Entretien avec monsieur Youssef SEDDIK, CNEM le 29 octobre 2016, Institut Pasteur, Tunis, Tunisie.

<sup>35</sup> "Revivification des sciences religieuses ou *ihyâ 'ulûm al-dîn*", chapitre *tawakkul*, cité par Tahar MAHDI "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, <<https://oumma.com/leuthanasie-du-point-de-vue-islamique/>>

<sup>36</sup> A. AGGOUN, "Les musulmans, leur corps, la maladie et la mort", In Hirsch E., *Traité de bioéthique*, Tome II, Toulouse, Editions Cérès, 2010, pp.120-134.

Le Prophète a dit : *"Ayez recours aux remèdes, car Dieu n'a pas créé de maladie sans en avoir créé le remède"*<sup>37</sup>...". *"Le Prophète a ici employé l'impératif, lequel pouvait signifier un caractère obligatoire. Mais d'un autre côté, le Prophète a un jour clairement signifié à une malade qu'elle pouvait, si elle le voulait, se faire soigner, comme elle pouvait, si elle le voulait, ne pas se soigner et supporter courageusement (sab'r) sa maladie"*<sup>38</sup>.

Les juristes s'accordent à considérer que ce Hadîth pourrait servir de fondement à une interprétation progressiste de l'interdiction de l'euthanasie. Ainsi en est-il d'Ibn Hajar qui voit dans ce Hadîth une *"preuve qu'il est permis de délaissier les soins médicaux"*<sup>39</sup> (*Fat'h ul-bârî*, commentaire de ce Hadîth). *"Ibn Taymiyya en a déduit la même chose"*.<sup>40</sup>

Ainsi, une personne souffrante peut décliner les soins sans pour autant commettre de faute au regard de l'éthique musulmane. Selon les *Fatâwâ mu'âçira*, *"il est en soi possible d'interrompre les traitements, surtout quand il est devenu évident que la maladie est incurable, que le malade est condamné, et que la poursuite du traitement ne fera qu'allonger de quelque temps sa durée de vie pour des souffrances supplémentaires"*<sup>41</sup>.

Tahar Mahdi a esquissé une classification des différentes positions des juristes musulmans ; celle-ci se résume comme suit : "les juristes musulmans sont divisés en trois groupes :

Un groupe considère que se prodiguer des soins relève du permis *mubâh*. Ceci est le point de vue de la majorité.

Un groupe considère que se prodiguer des soins relève du recommandé *mustahabb*. Ce groupe est minoritaire par rapport au premier.

Quant au troisième groupe, il considère que se prodiguer des soins relève de l'obligatoire, mais ceux-là sont minoritaires par rapport au second groupe"<sup>42</sup>.

Othman Battikh, Mufti de la République tunisienne considère que "la vie et la mort relèvent de la volonté divine et que l'Islam interdit aussi bien l'euthanasie que la limitation des soins, l'espoir et la prière devant accompagner le malade jusqu'à son dernier souffle"<sup>43</sup>. Au contraire, prodiguer des soins palliatifs est hautement recommandé car, *"tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir ... la prière et les convictions religieuses doivent renforcer la croyance en la vie"*<sup>44</sup>.

A la lumière de ces éléments, il s'avère que le maintien artificiel de la vie d'un patient sans espoir de retour à une vie normale relève du non-sens (obstination déraisonnable) ou du

---

<sup>37</sup> Rapporté par at-Tirmidhî, n° 2038, Abû Dâouîd, n° 3855. cité par Tahar MAHDI "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, < <https://oumma.com/leuthanasie-du-point-de-vue-islamique/>>

<sup>38</sup> Rapporté par al-Bukhârî, n° 5328, Muslim, n° 2576 . "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>

<sup>39</sup> "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>

<sup>40</sup> Les *fatâwâ kubrà* ; les consultations doctrinales majeures, *Ibn Taymiyya*, volume 4, p. 260 et *Majmû' ul-fatâwâ*, tome 21 pp. 563-564. Cdrom maktabat al-fîqh al-islamy, éd. Aris. Année 2000. "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>

<sup>41</sup> *Fatâwâ mu'âçira* . Tome 2, pp. 528-529, "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>

<sup>42</sup> Tahar MAHDI "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, < <https://oumma.com/leuthanasie-du-point-de-vue-islamique/>>

<sup>43</sup> Audition de monsieur Othman Battikh, Mufti de la République tunisienne, 1er octobre 2016, CNEM, Institut Pasteur, Tunis, Tunisie.

<sup>44</sup> *Idem*.

moins de l'erreur car de cette manière l'on abuse de son savoir-faire scientifique en portant par là même atteinte à la dignité de l'homme.

Donc, la limitation, voire l'arrêt, des thérapeutiques actives jugées futiles est tout à fait légale juridiquement selon les éléments scripturaux avancés. Quant à l'euthanasie, elle est absolument interdite en Islam car elle relève de l'homicide même lorsqu'on est devant une situation désespérée.

## 2.5. Approche juridique

Au niveau international, la fin de vie, l'euthanasie, active ou passive, ainsi que le suicide assisté ne sont que peu traités même si ces questions ont pu être soulevées de manière épisodique par les organes internationaux de protection des droits de l'homme. En effet, il n'est pas permis d'appréhender la question de fin de vie *lato sensu* sans mentionner la Convention Européenne 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 sur les Droits de l'Homme et la biomédecine<sup>45</sup>. L'article premier rappelle l'obligation pour les Parties à la Convention de protéger "*l'être humain dans sa dignité (...) à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (...)*". Le premier alinéa de l'article 2§1, impose à l'État l'obligation non seulement de "*s'abstenir de donner la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction*"<sup>46</sup>. La Convention souligne à l'article 5 la règle générale selon laquelle "*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*" et que celle-ci demeure libre de retirer son consentement "*à tout moment*".

Les principes établis dans la Convention d'Oviedo ne seront cependant pas jugés suffisants, d'où la nécessaire intervention du Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe à travers le **Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de 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 États 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. Publié en mai 2014, le Guide rassemble les références tant normatives qu'éthiques utiles aux professionnels de la santé confrontés à la question épineuse de fin de vie. 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, le principe de bienfaisance et de non-malfaisance.

Il n'existe pas de consensus autour de la question de fin de vie, d'où l'importance de dresser dans un premier temps, le panorama législatif afférent à la fin de vie dans le monde à travers un tableau récapitulatif (voir **tableau ci-après**) identifiant ainsi les similitudes du statut juridique de l'euthanasie et du suicide assisté dans les États "permissifs" et mettant en exergue l'ambivalence du statut de l'euthanasie passive. Il conviendra dans un second temps de s'intéresser à la question de fin de vie dans le monde musulman, y compris en Tunisie.

---

<sup>45</sup> Adoptée en 1997 et entrée en vigueur le 1er décembre 1999, la Convention d'Oviedo a été ratifiée par vingt-neuf des États membres du Conseil de l'Europe.

<sup>46</sup> Cour Européenne des Droits de l'Homme, *Affaire L.C.B. c. Royaume-Uni*, 9 juin 1998, 23413/94, § 36, *Recueil des arrêts et décisions* 1998-III.

### 2.5.1 - Tableau comparatif de la fin de vie à travers le monde

Univalence du statut de l'euthanasie et du suicide assisté
<b>Les Pays-Bas :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Les articles 293 et 294 du code pénal relatifs respectivement à l'homicide commis sur demande de la victime et l'assistance au suicide comportent des sanctions clémentes.</li><li>- Les "critères de minutie" adoptés en 1984 par l'Association médicale royale<sup>47</sup> ont permis aux médecins qui pratiquaient une euthanasie ou qui aidaient un patient à se suicider de ne pas être poursuivis dans la mesure où ils respectaient les dits critères.</li><li>- Consécration législative des "critères de minutie" par la loi sur l'accord en matière de traitement médical, entrée en vigueur le 1er avril 1995.</li><li>- Loi du 12 avril 2001 relative au contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et au contrôle de l'assistance au suicide<sup>48</sup> et portant modification du code pénal, formalise une pratique largement répandue<sup>49</sup> en ce qu'elle autorise désormais l'euthanasie active ainsi que le suicide assisté. L'apport de la loi de 2001 réside également dans la reconnaissance explicite des demandes anticipées d'euthanasie émanant de patients âgés d'au moins seize ans.</li></ul>
<b>Le Luxembourg :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide<sup>50</sup> autorisant tant l'euthanasie active que le suicide assisté sous réserve du respect, s'agissant de l'euthanasie, des conditions de fond énumérées à l'article 2§1 de la loi<sup>51</sup>.</li><li>- Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie<sup>52</sup> a encadré de manière stricte la fin de vie. Cette loi permet au médecin de prendre la décision d'arrêter de dispenser les soins.</li></ul>
<b>La Suisse :</b>

<sup>47</sup> Document "

<b>La Belgique :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Loi du 28 mai 2002 définit les conditions dans lesquelles l'euthanasie active ne constitue pas une infraction pénale ; elle a été complétée par la loi du 10 novembre 2005 avec des dispositions relative au rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes<sup>47</sup>, procédant ainsi à une véritable "<i>dépénalisation conditionnelle</i>"<sup>47</sup>.</li><li>- L'euthanasie passive est autorisée par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient<sup>47</sup>. Le malade doit consentir à refuser les soins, quel que soit le traitement envisagé (Art.8), sachant que ce consentement peut être exprimé à l'avance (Art. 8§4). Le patient peut aussi avoir désigné un mandataire. Les proches jouent ainsi un rôle déterminant lorsque la personne en fin de vie désigne à l'avance une "<i>personne de confiance</i>"<sup>47</sup>.</li><li>- Une modification substantielle est apportée par la loi du 28 février 2014 modifiant la loi du 28 mai 2002 en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs<sup>47</sup>. Cette loi autorise, désormais, l'euthanasie des mineurs en phase terminale qui en font la demande. Ce droit autorisé pour la première fois au monde est assorti de conditions très strictes lorsqu'il concerne les mineurs non émancipés.</li></ul>
--

Fin de vie et suicide assisté, étude de droit comparé", in *op.cit.*, p.211.

<sup>48</sup> Loi du 12 avril 2001 relative au contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et au contrôle de l'assistance au suicide, disponible à l'adresse : <<http://www.wetten.overheid.nl>>

<sup>49</sup> Rapport du Professeur Didier Sicard, "Penser solidairement la fin de vie", 12 décembre 2012, p.74.

<sup>50</sup> Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, N°46 en date du 16 mars 2009, pp.615-619. Loi disponible à l'adresse suivante : <<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo>>

<sup>51</sup> Art.2.1 " (...) *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*".

<sup>52</sup> Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, N°46 en date du 16 mars 2009, pp.610-614.



- L'Etat fédéral refuse de légiférer tandis que les cantons, compétents en matière de santé, demeurent libres de le faire ou de s'en abstenir.
- Au niveau des cantons, celui de Vaud est le premier à adopter une loi sur le suicide assisté dans les établissements médicaux-sociaux (EMS) et les hôpitaux<sup>53</sup>. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013, la loi vaudoise sur la santé publique concernant l'assistance au suicide (art. 27d LSP), et ses directives d'application précisent le cadre dans lequel la tenue d'une assistance au suicide peut avoir lieu au sein d'un établissement médico-social (EMS) ou d'un hôpital reconnu d'intérêt public.
- Les autres cantons n'ont pas adopté de législation proprement dite sur le suicide assisté, mais plusieurs d'entre eux<sup>54</sup>, se sont attelés à encadrer légalement les droits du patient et les directives anticipées.

#### **Les Etats Unis d'Amérique :**

- L'encadrement de la question de fin de vie est laissé à la compétence des Etats fédérés.
- Le premier Etat fédéré à s'engager dans cette voie est l'Oregon. La *Measure 16* de 1994<sup>55</sup>, suivie du *Oregon Death with Dignity Act* du 27 octobre 1997<sup>56</sup> pénalise l'euthanasie "active" mais légalise le suicide assisté pour les patients dont l'espérance de vie est inférieure à six mois.
- L'Etat de Washington a adopté une loi analogue, *Washington Death with Dignity Act*, entrée en vigueur le 5 mars 2009. Les conditions requises sont similaires à celles établies par l'Oregon.
- L'Etat du Vermont a adopté la loi sur le choix des patients en fin de vie, *Patient Choice at End of Life Act*, en date du 20 mai 2013<sup>57</sup>. Elle constitue "la première loi autorisant le suicide commis avec l'aide d'un médecin adoptée par une assemblée législative aux États-Unis. Celles de l'Oregon et de l'État de Washington ont été adoptées par scrutin"<sup>58</sup>. En mai 2015, cette loi a fait l'objet d'une modification portant abrogation d'une disposition de temporisation<sup>59</sup> et obligeant, désormais, le ministère de la Santé de "recueillir des renseignements sur le respect de la loi et à publier des rapports tous les deux ans à compter de 2018"<sup>60</sup>.
- L'Etat de Californie a adopté, en septembre 2015, une loi sur la fin de vie, *End of Life Option Act*<sup>61</sup>. Cette loi a été approuvée par le Gouverneur le 5 octobre 2015 et intégrée à la section 1 du code de la santé et de la sécurité, articles allant de 443.1 au 443.22. Certes similaire en de nombreux points à celle de l'Oregon, elle comporte davantage d'obligations et de contraintes pesant tant sur le médecin référant (Art. 443.5) que sur le médecin traitant (Art. 443.6).

#### **La Colombie :**

Premier pays d'Amérique Latine à autoriser l'euthanasie légalement. Le ministre de la Santé

<sup>53</sup> Federico Bragagnini, "Première Loi sur l'aide au suicide, adoptée en Suisse", in *SwissInfo*, 17 juin 2012, <[https://www.swissinfo.ch/fre/canton-de-vaud\\_premi%C3%A8re-loi-sur-l-aide-au-suicide-adopt%C3%A9e-en-suisse/32920784](https://www.swissinfo.ch/fre/canton-de-vaud_premi%C3%A8re-loi-sur-l-aide-au-suicide-adopt%C3%A9e-en-suisse/32920784)>

<sup>54</sup> Parmi lesquels le Valais et les cantons de Genève, de Lucerne, de Neuchâtel et de Zurich.

<sup>55</sup> "En novembre 1994, interrogés par référendum, 51 % contre 49 % des habitants de l'Oregon ont approuvé une loi autorisant le suicide médicalement assisté. Les opposants à cette loi ont alors déposé un recours en justice, qui a suspendu son entrée en vigueur jusqu'au début de l'année 1997, puis ont obtenu du Parlement de l'État qu'elle fût soumise à un second référendum". Extrait du Document "Fin de vie et suicide assisté, étude de droit comparé", *op. cit.*, pp. 225-226.

<sup>56</sup> "En novembre 1997, les électeurs ont choisi à une large majorité (60 % contre 40 % des voix) de ne pas repousser cette loi, qui est entrée en vigueur immédiatement". "Fin de vie et suicide assisté, étude de droit comparé", *op. cit.*, pp. 225-226.

<sup>57</sup> N° 39 Act relating to patient choice and control at end of life, <<http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>>

<sup>58</sup> J. NICOL & M. TIEDERMAN, *Euthanasie et suicide assisté : la législation dans certains pays*, Les Etudes générales, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, 23 octobre 2015, p.06.

<sup>59</sup> S.108, Act 37, Act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life.

<<http://legislature.vermont.gov/assets/Documents/2016/Docs/ACTS/ACT027/ACT027%20Act%20Summary.pdf>>

<sup>60</sup> "The act requires the Department of Health to adopt rules to facilitate the collection of information about compliance with provisions regarding patient choice at the end of life and to generate a public report every two years, starting in 2018". *Idem*.

<sup>61</sup> Assemblée législative, Etat de Californie, AB 15 *End of Life Option Act*,

<[http://leginfo.ca.gov/faces/billStatusClient.xhtml?bill\\_id=201520162AB15](http://leginfo.ca.gov/faces/billStatusClient.xhtml?bill_id=201520162AB15)>

de la Colombie a signé le 19 avril 2015 le protocole pour la pratique de l'euthanasie et la légalisation de *facto*<sup>62</sup>. L'euthanasie est désormais réglementée selon la résolution n° 1216 du 20 avril 2015<sup>63</sup> qui autorise le suicide assisté aux patients en phase terminale. Ladite résolution établit des obligations à la charge des institutions de santé, définit la condition de "malade en phase terminale" et pose les conditions à respecter pour procéder à l'euthanasie d'un patient. Elle prévoit l'obligation pour le médecin de convoquer un "comité scientifique interdisciplinaire pour le droit à mourir dans la dignité".

#### Ambivalence du statut de l'euthanasie passive

##### **La Finlande :**

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 à moins de la survenance de nouveaux traitements à même de contredire les pronostics antérieurs.

##### **Le Danemark :**

- Le code pénal pénalise tant l'euthanasie active (Art. 239<sup>64</sup>) que le suicide assisté (Art. 240<sup>65</sup>), mais les peines sont atténuées tenant compte du mobile de l' "émotion forte"<sup>66</sup>.  
- La loi n° 482 du 1er juillet 1998 sur le statut des patients<sup>67</sup> permet au patient de refuser tout traitement visant à prolonger sa vie en l'absence de tout espoir de rémission ou de guérison. Le patient a le droit d'émettre une directive anticipée pour exprimer ce souhait et il incombe au médecin de respecter le choix anticipé du patient que lorsque celui-ci se retrouve en phase terminale. La loi confère au médecin la faculté de ne pas maintenir en vie un patient en phase terminale désormais incapable d'exprimer sa volonté, même si ce dernier n'en a pas exprimé le souhait auparavant.

##### **La Suède :**

L'euthanasie active est assimilée à un meurtre de second degré tandis que l'euthanasie passive est autorisée depuis le 26 avril 2010, par une décision du National Board of Health and Welfare (Bureau national pour la santé et le bien-être), organe officiel de gestion de la politique de santé en Suède. Cette décision portant légalisation de l'euthanasie passive fait suite à une requête de clarification formulée par la Société suédoise de médecine mettant ainsi terme à une "période de flottement juridique"<sup>68</sup>. Les médecins doivent s'abstenir d'administrer des traitements à l'encontre de la volonté du patient et sont dans l'obligation de fournir des somnifères ou de la morphine pour diminuer la douleur avant de débrancher les dispositifs qui maintiennent le patient en vie.

<sup>62</sup> Ph. CAPPELLO, "Colombie : le gouvernement veut passer en force sur l'euthanasie sans clause de conscience", 26 avril 2015, disponible à l'adresse suivante : <<http://www.objectiondelaconscience.org/colombie-le-gouvernement-veut-passer-en-force-sur-leuthanasie-sans-clause-de-conscience/>>

<sup>63</sup> Résolution No. 1216 du 20 avril 2015, <<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1216-de-2015.pdf>>. Cependant, le 28 avril 2015, le Conseil d'État Colombien a reçu une demande d'annulation contre la Résolution 1216 de 2015 du Ministère de la Santé, qui a fixé les règles autorisant les professionnels de santé à pratiquer l'euthanasie. V. TOBON PERILLA & C. CASTELLANOS AVENDANO, COMPTRASEC UMR 5114 CNRS - Université de Bordeaux, "Colombie", in *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2015/1, p.130.

<sup>64</sup> Art. 239 : "Any person who kills another person at the explicit request of the latter shall be liable to imprisonment for any term not exceeding three years". The Criminal Code, Order No. 909 of September 27, 2005, as amended by Act Nos. 1389 and 1400 of December 21, 2005.

<sup>65</sup> Art.240 : "Any person who assists another person in committing suicide shall be liable to a fine or to imprisonment for any term not exceeding three years". The Criminal Code, Order No. 909 of September 27, 2005, as amended by Act Nos. 1389 and 1400 of December 21, 2005.

<sup>66</sup> Exemple des articles 84 et 85 du Code pénal danois.

<sup>67</sup> Law N°482 of 1 July 1998 on Patients' rights, Lovtidende, 1998, Part A, 2 July 1998, No. 99, pp.2883-2888.

<sup>68</sup> "La Suède autorise l'euthanasie passive", in *Libération* du 26 avril 2010, disponible à l'adresse suivante : <[http://www.liberation.fr/planete/2010/04/26/la-suede-autorise-l-euthanasie-passive\\_622883](http://www.liberation.fr/planete/2010/04/26/la-suede-autorise-l-euthanasie-passive_622883)>

**La Norvège :**

L'euthanasie passive est autorisée par la loi sous certaines conditions. La section 4-9 de la loi relative aux droits des patients, the *Patients' Rights Act*<sup>69</sup> est sans équivoque. Il appert ainsi qu'en vertu de cette section intitulée " Le droit du patient à refuser les soins de santé dans des situations particulières", celui-ci a le droit de s'opposer à un traitement en raison d'une conviction sérieuse. S'il est mourant, il peut s'opposer à un traitement destiné à prolonger sa vie.

**La France:**

- La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 a garanti le droit à l'accès aux soins palliatifs
- La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>70</sup>, a reconnu le droit pour toute personne, de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ainsi que de disposer de tous les moyens destinés à lui assurer une vie digne jusqu'à la mort.
- La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permet d'atteindre un tournant décisif. Le champ d'application de cette loi est délimité en ce qu'elle s'applique "(...) à des patients cérébro-lésés, et donc atteints d'une maladie grave et incurable dans un état avancé de leur maladie, mais qui n'étaient pas obligatoirement "en fin de vie". Cette précision s'impose et justifie "ce qui avait amené le législateur à intituler la loi "droits des malades et fin de vie" et non pas "droits des malades en fin de vie"<sup>71</sup>.
- La loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie<sup>72</sup>. La loi de 2016 signe l'avènement officiel et formel du droit pour le patient à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, dans des cas strictement définis par la loi et après mise en œuvre de la procédure collégiale prévue par le code de déontologie médicale. La loi de 2016 consacre également le principe d'opposabilité des directives anticipées. La nouveauté du texte de 2016 étant que les directives anticipées - prévues par les textes antérieurs - sont devenues contraignantes pour les équipes médicales de prise en charge. Le nouvel article L.1111-11 du CSP prévoit désormais clairement que "*les directives anticipées s'imposent au médecin*"<sup>73</sup>.

**L'Italie :**

A défaut d'encadrement de l'euthanasie<sup>74</sup>, existe le droit de refuser les soins. Ce droit est reconnu par la Constitution<sup>75</sup>, ce qui est de nature à expliquer la pratique courante de l'arrêt du traitement thérapeutique du patient malade atteint d'une maladie incurable, en phase terminale. Cette consécration constitutionnelle "voilée" de l'euthanasie passive relève en vérité davantage de l'abstention/retrait thérapeutique, qui s'avère une pratique de plus en plus courante en Italie (arrêt de la Cour de Cassation en date du 16 octobre 2007<sup>76</sup>).

**L'Espagne :**

L'euthanasie n'est pas légalisée, mais les malades incurables ont le droit de refuser d'être soignés<sup>77</sup>. La loi n°41/2002 du 14 novembre 2002 relative à l'autonomie du patient ainsi qu'aux droits et obligations en matière d'information médicale encadre la possibilité qu'ont

<sup>69</sup> Act of 2 July 1999, N°63 relating to Patients' Rights. < <http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-19990702-063-eng.pdf>>

<sup>70</sup> Journal Officiel de la République Française du 5 mars 2002, pp.4118-59.

<sup>71</sup> Cela a été souligné par M. Leonetti *Affaire Lambert et autres c. France*, 5 juin 2015, Requête n°46043/14, disponible à l'adresse suivante : <<http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-155264>>

<sup>72</sup> Journal Officiel de la République Française n°28 du 3 février 2016, <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/2/3/>>

<sup>73</sup> Le législateur français a prévu que "les directives anticipées pouvaient être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute autorité de santé. Suivre ce modèle lors de la rédaction de ses directives ne présente pas un caractère obligatoire mais constitue une simple faculté offerte aux personnes intéressées". L. FERMAUD, "Les droits des personnes en fin de vie", in *AJDA, L'Actualité Juridique Droit Administratif*, 2016, p.2143 et suiv.

<sup>74</sup> L'euthanasie active est interdite par le Code pénal sous la qualification d' « Homicide avec consentement » de la personne (article 579 du Code pénal) mais la sanction est moins lourde que celle prévue pour l'homicide classique (article 575 du Code pénal).

<sup>75</sup> A. AOUIJ-MRAD, "La fin de vie en droit comparé", *XXème Conférence Annuelle du CNEM*, 26 novembre 2016, Beït El Hekma, Carthage, Décembre 2016, p.4, inédit.

<sup>76</sup> Cour de cassation, Arrêt du 16 octobre 2007, Sentenza n° 21748/2007.

<sup>77</sup> A. AOUIJ-MRAD, "La fin de vie en droit comparé", *op. cit.*

les communautés autonomes de légiférer en la matière.

- La Communauté autonome de Catalogne n'a pas attendu l'adoption de cette loi pour légiférer en la matière, dès 2000, en conférant aux malades le droit de refuser un traitement médical et d'émettre des directives anticipées<sup>78</sup>. De nombreux textes portant sur les droits des malades en fin de vie ont été adoptés depuis 2002 "*prévoyant des modalités variables, notamment pour ce qui est du consentement du patient par directive anticipée, et autorisent ainsi l'euthanasie passive*"<sup>79</sup>.

### 2.5.2. La question de fin de vie dans le monde musulman

La question de fin de vie ne fait pas l'objet d'encadrement juridique dans le monde musulman. Hormis les pays qui appliquent la **Charia** de manière rigoureuse, les autres pays musulmans font obligatoirement référence à l'Islam lors des débats sur la question de fin de vie.

La majorité des pays musulmans interdit expressément l'euthanasie active et le suicide assisté, et ne prévoit rien quant à l'euthanasie passive. Certains Etats autorisent l'arrêt des soins lorsque le patient est en état de mort cérébrale. Mais il ne s'agit plus, lequel cas, d'euthanasie passive, dans la mesure où le patient est considéré comme mort sur le plan cérébral. Si la **Turquie**, par exemple, interdit le suicide assisté (Article 84 du Code pénal)<sup>80</sup>, le législateur turc n'interdit pas expressément l'euthanasie, dans la mesure où la loi demeure muette sur cette question.

En **Algérie**, en l'absence d'une loi spécifique, le législateur traite la question de l'euthanasie active dans le cadre du Code pénal où elle est assimilée à un meurtre, voire à un assassinat. L'article 260 dispose ainsi : "*Est qualifié empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne, par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites*". L'article 261 dispose par ailleurs : "*Tout coupable d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement, est puni de mort (...)*"<sup>81</sup>. L'euthanasie active est donc interdite quel que soit le motif. En revanche, la loi n°85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé prévoit l'hypothèse de refus de soins et l'encadre soigneusement. En effet, l'article 154 relatif au caractère obligatoire du consentement aux soins médicaux dispose : "*(...) En cas de refus des soins médicaux, il est exigé une déclaration écrite, à cet effet, et le médecin est tenu d'informer le malade, ou la personne habilitée à donner le consentement, des conséquences du refus d'accepter des soins (...)*"<sup>82</sup>. La loi de 1985 relative à la protection et la promotion de la santé consacre en outre le respect de la personne humaine et œuvre à ménager la dignité et la sensibilité particulière des patients et à éviter les investigations inutiles et les traitements déraisonnables (l'acharnement est proscrit par la loi) tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort (euthanasie : un homicide volontaire).

<sup>78</sup> Le 21 décembre 2000, le Parlement catalan a adopté la loi 21/2000 régissant le droit à l'information en matière de santé et d'autonomie du patient, ainsi que le dossier médical. "Les droits du malade en fin de vie", in *Etude de législation comparée*, n° 139, novembre 2004, Services des Études Juridiques, Sénat français.

<sup>79</sup> 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). Cité dans le cadre de Tierce intervention, requête n°46043/14 "*Lambert et autres c. France*", *op. cit.*, p.11, note n°6.

<sup>80</sup> Code pénal turc, Loi N° 5237 du 26 septembre 2004, version consolidée 2015.

<sup>81</sup> Code pénal de la République Algérienne, 2015. Disponible à l'adresse suivante : <<http://www.joradp.dz/TRV/FPenal.pdf>>

<sup>82</sup> Loi n°85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, ensemble des textes l'ayant complétée et modifiée, JO N°8 du 17 février 1985, p.131, disponible à l'adresse suivante :

La démarche résolument humaniste adoptée par l'Algérie se vérifie dans les dispositions du Décret exécutif n°92-276 du 6 juillet 1992 portant Code de déontologie médicale<sup>83</sup>. En effet, l'article 7 du dudit code dispose : "*La vocation du médecin (...) et de soulager la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité humaine (...)*". Par ailleurs, l'article 46 qui s'inscrit dans le cadre du Paragraphe 3 "*Devoirs envers le malade*" rappelle l'obligation pour le médecin de respecter "*la dignité du malade*" et semble tacitement consacrer l'abstention thérapeutique lorsque celle-ci est de nature à porter préjudice au patient le heurtant vivement dans sa dignité. Des dispositions qui augurent d'une tendance encline à cimenter le "*mourir dans la dignité*", la question étant laissée à la libre discrétion du médecin en son âme et conscience. Le législateur s'étant abstenu de légiférer, seule une étude de la pratique permettra de mettre la lumière sur ce sujet "tabou", le médecin - avec l'accord du patient, ou à défaut de la famille - peut-il mettre fin à l'acharnement thérapeutique face à la déchéance de l'être et la souffrance physique et morale qu'elle engendre ?

Au **Maroc**, la nouvelle constitution promulguée le 29 Juillet 2011 consacre à l'article 20 le droit fondamental qu'est le droit à la vie<sup>84</sup>. L'article 22 de la nouvelle constitution interdit de porter atteinte à l'intégrité physique ou morale de quiconque, en quelque circonstance que ce soit et par quelque personne que ce soit, privée ou publique.

Le médecin qui donne intentionnellement la mort à son patient est assimilé à un meurtrier et est passible de réclusion perpétuelle. L'article 392 du code pénal dispose en effet : "*Quiconque donne intentionnellement la mort à autrui est coupable de meurtre et puni de la réclusion perpétuelle*"<sup>85</sup>.

L'Article 398 dispose par ailleurs : "*Quiconque attente à la vie d'une personne par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites, est coupable d'empoisonnement et puni de mort*"<sup>86</sup>. Ainsi au Maroc, l'euthanasie est assimilée à "*un assassinat en raison de la préméditation, car nul n'a le droit de tuer, ne fût-ce par charité. La volonté de la victime, même "officiellement" démontrée, ne fait pas échec à l'application de la loi pénale qui punit l'homicide. L'auteur de l'euthanasie ne saurait se prévaloir d'aucune excuse légale tirée du consentement de la victime puisque aucune disposition textuelle de ce genre ne figure dans le code pénal*"<sup>87</sup>. La question est fort houleuse et divise l'opinion publique, que celle-ci soit profane ou éclairée, et le droit à la vie "*se trouve tiraillé, en matière d'euthanasie, entre deux courants se basant tous deux sur le même droit, les uns utilisant ce fondement pour soutenir la prohibition de l'euthanasie ; les autres assimilant le droit à la vie au droit à la dignité humaine, ou au droit à la mort, argumentant que l'humain dispose pleinement du droit de décider de sa vie et de sa mort*"<sup>88</sup>.

En **Tunisie**, l'euthanasie active et le suicide assisté<sup>89</sup> sont illégaux et pénalement réprimés. L'application stricte de la loi amène à qualifier l'euthanasie d'homicide volontaire<sup>90</sup>,

---

<sup>83</sup> Décret exécutif N°92-276 du 6 juillet 1992 portant Code de déontologie médicale, JO N° 52 en date du 08 juillet 1992, p.1160.

<sup>84</sup> L'article 20 dispose que "*le droit à la vie est le droit premier de tout être humain. La loi protège ce droit*".

<sup>85</sup> Dahir N°1-59-413 du 28 Joumada II 1382 (26 Novembre 1962) portant approbation du texte du Code pénal, Bulletin Officiel n° 2640 bis du 12 moharrem 1383 (5 juin 1963), p. 843. Version consolidée en date du 15 septembre 2011, p.140.

<sup>86</sup> Code pénal du Royaume du Maroc, p.141.

<sup>87</sup> K. BENCHEKROUN, *Les droits du patient au Maroc : Quelle protection?*, Mémoire de Master en droit médical et de la santé, Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales de Salé, université Mohammed V, 2009.

<sup>88</sup> Pour plus de détails, voir R. NAJI, *L'euthanasie et l'acharnement thérapeutique*, thèse de doctorat de 3ème cycle, faculté de Droit, Rabat, 1987.

<sup>89</sup> L'article 206 du Code pénal dispose que : "*Est puni de cinq ans d'emprisonnement, celui qui, sciemment, aide à un suicide*".

<sup>90</sup> L'article 201 du Code pénal dispose : "*Est puni de mort, quiconque aura, par quelque moyen que ce soit, commis volontairement et avec préméditation un homicide*". Article 204 (nouveau modifié par la loi n°2005-46 du 6 juin 2005) dispose : "*Est puni de mort, l'auteur de l'homicide volontaire lorsque l'homicide a été précédé, accompagné ou suivi d'une autre infraction passible de la peine d'emprisonnement ou lorsqu'il a eu pour objet, soit de préparer, faciliter ou exécuter cette infraction, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité de ses auteurs ou complices*".

d'assassinat ou de non assistance à personne en danger. Cependant, l'absence d'un cadre légal idoine à la question de "fin de vie" ne cesse d'être dénoncée. En effet, il n'existe pas un texte spécifique relatif à la fin de vie et ce, malgré le dilemme moral et médical que celle-ci suscite. Il existe **certes** un véritable "Droit des patients"<sup>91</sup> consacré depuis le début des années 1980 de manière éparsée dans un certain nombre de textes juridiques à l'instar du Décret n°81-1634 du 30 novembre 1981 portant règlement général intérieur des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la Santé publique, du Décret n°93-1155 du 17 mai 1993 portant Code de déontologie médicale, et plus récemment, de la Circulaire n°2009-36 du 19 mai 2009 relative à la Charte du patient hospitalisé qui a renforcé l'ensemble de ces droits<sup>92</sup>. Cependant, un grand espace de "*vide-juridique*" subsiste lorsque l'on aborde la question de fin de vie.

Les rares textes en vigueur ont trait à des sujets connexes. Il en est ainsi de la prise en charge de la douleur en fin de vie qui fait l'objet d'une véritable stratégie de lutte contre la douleur. Mais ces efforts demeurent insuffisants, car nettement en-deçà des attentes et sont pour l'heure le fruit des efforts de la société civile.

La question des soins palliatifs a - quant à elle - été négligée. En effet, "*notre politique nationale de santé publique accuse un retard important en matière de soins palliatifs et notre médecine est tout orientée vers les soins curatifs. L'acharnement thérapeutique y est culturellement le standard de soins*"<sup>93</sup>. Les unités de soins palliatifs font défaut en raison d'un manque de moyens financiers, d'une carence en nombre de lits, et en raison surtout de l'absence d'un régime juridique de soins palliatifs et de la volonté exprimée le plus souvent par le malade de retrouver sa famille. Dans ce sens, l'article 24 du Décret no 81-1634 du 30/11/1981 portant règlement général intérieur des hôpitaux, instituts et centres spécialisés relevant du ministère de la Santé publique dispose : "*Lorsque l'état de l'hospitalisé s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, il est transféré à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir*". Toute personne a ainsi le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

La réglementation en vigueur consacre en outre le principe fondamental d'humanisme médical. Le respect de la vie de la personne constitue, selon l'article 2 du code de déontologie médicale le devoir primordial du médecin. Une telle affirmation - inscrite tout au début du Code - prouve l'importance accordée à la vie de la personne. De ce fait, le médecin est dans l'obligation légale d'user de son art pour maintenir la vie de son patient. Ce "devoir du médecin" l'oblige à pratiquer tous les actes nécessaires à la protection de la vie et le non respect de ce devoir est susceptible d'engager la responsabilité du praticien sur le fondement des articles du Code des Obligations et des Contrats (Art. 82 et 83)<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Les droits des patients constituent l'ensemble des règles juridiques définies en faveur des patients afin de les protéger contre tout abus de la part des professionnels de santé. Le professeur Antoine LECA définit ainsi les droits des patients de manière plus rigoureuse : "*Ce sont les prérogatives régies par des règles juridiques des personnes soignées dans leurs relations avec les professionnels et les établissements de santé, mais aussi avec l'Etat. La présence de dernier acteur est parfois omise, ce qui est regrettable, car un certain nombre de textes constitutionnels et légaux reconnaissent un droit fondamental à la protection de la santé*". A. LECA, *Droit de la médecine libérale*, PUAM, Aix-en-Provence, 2005, p.139

<sup>92</sup> Les apports de la Charte sont loin d'être négligeables. Ce texte et l'exposé des motifs qui le précèdent sont importants. D'abord, les buts qui lui sont attribués sont nobles, il s'agit de faire prendre conscience au malade de ses droits. Les droits des malades qui y sont consacrés sont d'avant-garde. Cependant, la Charte comporte une limite intrinsèque, celle de n'être opposable en soi à quiconque sauf si le Tribunal Administratif consacrait l'un des droits reconnus par un principe général de droit comme il l'a fait pour le devoir d'information médicale.

<sup>93</sup> Dr K. ABDESSALEM, "La fin de vie et l'acharnement thérapeutique", disponible à l'adresse suivante : <<http://Kapitalis.com.tn>>, article publié le 29 juillet 2017.

<sup>94</sup> L'article 82 dispose : "*Tout fait quelconque de l'homme qui, sans l'autorité de la loi, cause sciemment et volontairement à autrui un dommage matériel ou moral, oblige son auteur à réparer le dommage résultant de son fait, lorsqu'il est établi que ce fait en est la cause directe.*

*Toute stipulation contraire est sans effet*".

La Charte du patient en vigueur en Tunisie, permet, pour sa part, au patient de refuser les soins car il est seul maître de sa vie ; et la loi ne punit guère le suicide, elle ne punit que l'assistance au suicide<sup>95</sup>. Donc, *"du moment où le patient peut refuser les soins, rien n'empêche d'accepter que ce dernier émette une demande préalable concernant son maintien artificiel en vie"*<sup>96</sup>.

Ces différentes interprétations ne font que renforcer le flou qui entoure cette question. Mais en vérité, il est de bon escient de reconnaître que deux positions opposées sont observées. La première s'appuie sur le principe de respect de toute vie humaine et refuse la *"fin de vie"*, tandis que la seconde considère que le *"mourir dans la dignité"* est un droit qui doit être reconnu à toute personne qui en fait la demande. Le sujet se situe ainsi à la croisée des chemins entre deux impératifs consacrés par la Constitution tunisienne de 2014, à savoir, le droit à la vie<sup>97</sup> et le principe de dignité de la personne humaine<sup>98</sup>.

Le droit à la vie est un droit sacré. Les professionnels de la santé se doivent de déployer tous les efforts afin de protéger ce droit. Ils doivent assurer tous les actes de diagnostics et de soins nécessaires à la protection de la santé et à la préservation de la vie humaine. En effet, *"en l'état actuel, la loi tunisienne oblige le médecin à intervenir pour sauver une personne en détresse même lorsqu'elle se trouve en phase avancée ou terminale d'une maladie grave. L'abstention volontaire de porter secours à une personne en péril étant sanctionnée de 5 ans de prison"*<sup>99</sup>.

Le principe de dignité de la personne humaine constitue, pour sa part, un soubassement opportun pour initier un plaidoyer en faveur de l'euthanasie. S'acharner à maintenir les jours d'une personne en fin de vie et prolonger de manière abusive ses agonies ou, pour utiliser un terme plus technique, s'obstiner par *"l'acharnement thérapeutique"* est en soi une atteinte au principe de dignité humaine.

Le débat est d'actualité pour identifier l'ensemble des questions posées par la fin de vie et envisager l'élaboration d'un texte de nature législative afin d'encadrer un sujet tout aussi sensible qu'épineux. Et d'ailleurs, en lieu et place de *"fin de vie"*, *"ne conviendrait-il pas plutôt de privilégier l'expression moins choquante d' "arrêt des soins"?"*<sup>100</sup>. Le législateur tunisien se doit d'appréhender de manière sereine le problème de l'accompagnement des fins de vie y compris les soins palliatifs et apporter des éléments de réponse tranchée à cette question désormais omniprésente dans notre société.

Pour conclure ce panorama législatif et réglementaire, force est de constater qu'il n'existe, pour l'heure, aucun consensus au sein de la communauté internationale, pour autoriser ou non l'euthanasie, qu'elle soit active ou passive, ainsi que le suicide assisté. Un dissensus aisément compréhensible face à la nécessité ou non d'élaborer un texte législatif qui légitime

---

L'article 83 dispose : *"Chacun est responsable du dommage moral ou matériel qu'il a causé, non seulement par son fait, mais par sa faute, lorsqu'il est établi que cette faute en est la cause directe.*

*Toute stipulation contraire est sans effet.*

*La faute consiste, soit à omettre ce qu'on était tenu de faire, soit à faire ce dont on était tenu de s'abstenir, sans intention de causer un dommage"*.

<sup>95</sup> Article 206 du Code pénal.

<sup>96</sup> M. BEN JAAFAR, "Le droit de mourir", Bulletin d'Information N°83, Association Tunisienne de Droit de la Santé, mars 2016, disponible à l'adresse suivante : <<http://www.atds.org.tn/b83.html>>

<sup>97</sup> L'article 22 de la Constitution tunisienne dispose : *"le droit à la vie est un droit sacré, il ne peut lui être porté atteinte que dans les cas extrêmes fixés par la loi"*.

<sup>98</sup> Article 23 de la Constitution tunisienne.

<sup>99</sup> Dr Karim ABDESSALEM, "La fin de vie et l'acharnement thérapeutique", *op. cit.*

<sup>100</sup> *Affaire Lambert et autres c. France*, 5 juin 2015, Requête n°46043/14, disponible à l'adresse suivante : <<http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-155264>>

l'acte de donner la mort à un malade au vu de la pluralité des conceptions et des différences tant religieuses et culturelles entourant la fin de vie dans le monde.

**Au terme de cet avis**, nous soulignons

- Le droit à une fin de vie digne et apaisée ;
- Le refus de tout acharnement thérapeutique, adopté dans la plupart des pays ;
- le droit à des soins palliatifs adaptés aux besoins des personnes en fin de vie ;
- La nécessité de respecter la volonté du patient ou de sa famille, si le patient est dans un état d'incapacité et qu'il n'a pas formulé de directives anticipées

## **Recommandations**

Se basant sur ces principes, le Comité National d'Éthique Médicale recommande ce qui suit :

1. **le Respect de la dignité de la personne en fin de vie**, ce qui implique :

1.1 Le respect de sa volonté dans toute décision thérapeutique à la lumière d'une information loyale, objective et adaptée et d'une concertation avec le malade et son entourage.

1.2. Le refus de tout acharnement thérapeutique

La décision de limitation ou d'arrêt des traitements actifs doit être prise de manière collégiale (équipe soignante, médecin traitant )avec implication du patient ou de sa famille s'il est dans un état d'incapacité.

Les comités d'éthique locaux pourraient, au besoin, avoir une place dans l'aide à la décision.

1.3 La traçabilité des décisions prises doit être impérativement assurée.

1.4 La reconnaissance du droit des patients en fin de vie aux soins palliatifs. Ceci implique:

- une formation spécifique des professionnels de la santé à la prise en charge et à l'accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches
- une organisation adaptée de la prise en charge des patients en fin de vie aussi bien dans les structures sanitaires qu'à domicile.

2. **Une enquête nationale** qui permettrait de mieux appréhender la réalité sur les conditions de fin de vie en Tunisie. Les données actuelles sont, en effet, très parcellaires.

3. **L'organisation d'un débat public** impliquant citoyens, décideurs et médias afin de susciter une réflexion sereine et sans tabou sur des problématiques inhérentes à la fin de vie, notamment,

- la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives
- les directives anticipées et leur caractère contraignant ou non

Le CNEM pourrait encadrer ce débat.

4. Comblent le vide juridique concernant la gestion de la fin de vie dans notre pays.



En attendant le débat national sur la nécessité d'une loi spécifique ou qui serait intégrée dans le code de la santé, il y aurait lieu de :

- proposer que le nouveau code de déontologie aborde clairement le refus de l'acharnement thérapeutique ;
- considérer que les avis du CNEM ont valeur d'obligation morale ;
- et inciter les sociétés savantes à rédiger des recommandations.

## Références

- <sup>1</sup> Institut National de la Statistique (2015), Annuaire statistique de la Tunisie 2010-2014.
- <sup>2</sup> Institut National de la Statistique (1975), Annuaire statistique de la Tunisie 1974.
- <sup>3</sup> Institut National de la Statistique (1966), Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1966.
- <sup>4</sup> Institut National de la Statistique (2014), Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014.
- <sup>5</sup> Voir sur ce sujet Sophie PENNEC et Al., « Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France », Population N° 4, volume 68, 2013, pp. 585-616.
- <sup>6</sup> Les mutations Socio-démographiques de la Famille Tunisienne, Analyses Approfondies des résultats de l'enquête PAFAM, Office National de la Famille et de la Population, 2006.
- <sup>7</sup> Système Tunisien d'information sur les causes de décès : Entraves spécifiques, synthèse des principaux résultats de l'année 2013 et perspectives, INSP, 2015, p. 32.
- <sup>8</sup> *Ibid.* p. 41.
- <sup>9</sup> Office National de la Famille et de la Population, 2006, *Op.cit.* p. 21 et suivantes.
- <sup>10</sup> Enquête "Tunisian Health Survey 2016", présentée en juin 2017, Document inédit.
- <sup>11</sup> Fin de vie, Arrêt de vie, Euthanasie, Avis du CCNE N°63, 27 Janvier 2000, <http://www.ccn-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis063.pdf>
- <sup>12</sup> HALPERN NA., GOLDMAN DA., Tan KS., PASTORES SM., "Trends in Critical Care Beds and Use Among Population Groups and Medicare and Medicaid Beneficiaries in the United States: 2000-2010", in *Critical Care Medicine*, 2016, 44 (8):1490-9.
- <sup>13</sup> AKGUN KM., KAPO JM., Siegel MD., "Critical Care at the End of Life", in *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 2015; 36 (6), pp.921-33. Voir également : ANGUS DC, TRUOG RD, "Toward Better ICU Use at the End of Life", in *Jama*, 2016; 315(3), pp.255-6 ; AZOULAY E., METNITZ B., SPRUNG CL., TIMSIT JF., LEMAIRE F., BAUER P., et al., "End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database", in *Intensive care medicine*, 2009; 35(4), pp.623-30; BJORSHOL CA., SOLLID S., FLAATTEN H., HETLAND I, MATHIESEN WT., SOREIDE E., "Great variation between ICU physicians in the approach to making end-of-life decisions", in *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 2016; 60(4), pp.476-84.
- <sup>14</sup> "Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations dans les situations spécifiques et complexes", in *Recommandations de bonnes pratiques*, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, <http://www.sfap.org/system/files/sedation-situations-specifiques-complexes.pdf>
- <sup>15</sup> Cité par HARDY Audrey Fleur, *La dimension psychologique de la Fin de Vie*, Mémoire de Fin d'Etude, Juin 2012, <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-audrey-hardy.pdf>
- <sup>16</sup> *Ibid.*
- <sup>17</sup> AUNIER Claire-Alix, BERNARD Marie-Fleur et al., Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier. Nouvelle édition. France, Institut UPSA de la douleur, 2008 p.88 cité par HARDY Audrey Fleur, *La dimension psychologique de la Fin de Vie*, Mémoire de Fin d'Etude, Juin 2012, <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-audrey-hardy.pdf>
- <sup>18</sup> FREUD S., "Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort", in *Essais de psychanalyse*, 1915, Paris, France, Payot.. Réimpression : Essais de psychanalyse, Paris, Editions Payot, 1968, Collection : Petite bibliothèque Payot, pp.235-267, 280 pages.
- <sup>19</sup> PIGEON M., *L'impossible à dire*, Moebius : écritures/littérature, 73, 1997, pp.11-20.
- <sup>20</sup> Line ST-AMOUR & Lucie MARTIN, "Dernière ligne de vie ... Les enjeux psychologiques de la fin de vie", in *Psychologie Québec*, vol.33 n°3, avril 2016.
- <sup>21</sup> Belgique : Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, M.B. du 22/06/2002, p. 28515, entrée en vigueur le 23 septembre 2002, modifiée par la Loi du 10 novembre 2005. Pays Bas : Loi du 28 novembre 2000 sur le contrôle de la fin de vie à la demande et de l'aide au suicide, entrée en vigueur le 1er avril 2002, <http://www.justitie.nl>
- <sup>22</sup> Hubert DOUCET, "Le bien mourir et les traditions religieuses", in *Gérontologie et Société*, 2004/1, vol 27, n°108, p.39.
- <sup>23</sup> Olivier JONQUET, Fin de vie et religion(s), Réanimation. Montpellier. Transcription disponible sur [https://documentfr.com/the-philosophy-of-money.html?utm\\_source=fin-de-vie-et-religion-s-olivier-jonquet-reanima-on-montpellier-pdf](https://documentfr.com/the-philosophy-of-money.html?utm_source=fin-de-vie-et-religion-s-olivier-jonquet-reanima-on-montpellier-pdf)
- <sup>24</sup> "Quelle est la position de l'Eglise sur l'euthanasie?", <https://qe.catholique.org/euthanasie/183-quelle-est-la-position%20de%20l%E2%80%99%C3%A9glise%20sur%20l%E2%80%99euthanasie>
- <sup>25</sup> "Respecter l'homme proche de sa mort", Conférence des Evêques de France, 23 mai 1991, <http://eglise.catholique.fr/conference-des-veques-de-france/textes-et-declarations/369211-respecter-l'homme-proche-de-sa-mort/>
- <sup>26</sup> *Idem.*

- <sup>27</sup> "Fin de vie, ce que disent les religions ...", in La Croix, le 09/10/2012 à 17h37, <https://www.la-croix.com/Religion/Actualite/Fin-de-vie-ce-que-disent-les-religions-2012-10-09-904311>
- <sup>28</sup> "Comment le judaïsme envisage-t-il la fin de vie ?", <http://www.lamed.fr/index.php?id=1&art=1195>
- <sup>29</sup> Tahar MAHDI, "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, <https://oumma.com/dossier/euthanasie/> 29 janvier 2003
- <sup>30</sup> Hubert DOUCET, "Le bien mourir et les traditions religieuses", *op. cit.*
- <sup>31</sup> « La mort dans l'Islam; entretien avec Mohamed MARZOUGUI », in Aujourd'hui, la mort, Serge Bureau (dir.), Montréal, Fides, 1996, pp. 145-146.
- <sup>32</sup> L'*Istislah* "consiste essentiellement dans la considération d'un ensemble d'éléments très divers qui se ramènent, tous, à l'idée d'intérêt général et d'utilité sociale (*maslaha*), de convenance (*mounasaba*). Emile TYAN, "Méthodologie et Sources du Droit en Islam", *Studia Islamica*, n°10, Maisonneuve & Larose, 1959, p.96. L'*Istislah* ne doit pas être confondu avec l'*Istihsan* qui "consiste dans l'interprétation libérale des règles de droit, interprétation inspirée par les considérations d'utilité pratique, fondée sur l'esprit et le but social de la loi, et qui aboutira à l'adoption de nouvelles solutions comportant des tempéraments, exceptions ou extensions de la règle". L'*Istihsan* "a servi à admettre, par interprétation large et rationnelle des solutions ou des règles contraaires à des règles préexistantes, non seulement établies par *Kiyas*, mais même formulées dans les sources premières, *Coran*, *Sunnâ*", Emile TYAN, "Méthodologie et Sources du Droit en Islam", *Studia Islamica*, n°10, Maisonneuve & Larose, 1959, p.85.
- <sup>33</sup> Emile TYAN, "Méthodologie et Sources du Droit en Islam", *Studia Islamica*, n°10, Maisonneuve & Larose, 1959, p.97.
- <sup>34</sup> Entretien avec monsieur Youssef SEDDIK, CNEM le 29 octobre 2016, Institut Pasteur, Tunis, Tunisie.
- <sup>35</sup> "Revivification des sciences religieuses ou *ihyâ 'ulûm al-dîn*", chapitre *tawakkul*, cité par Tahar MAHDI "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, < <https://oumma.com/leuthanasie-du-point-de-vue-islamique/>>
- <sup>36</sup> A. AGGOUN, "Les musulmans, leur corps, la maladie et la mort", In Hirsch E., *Traité de bioéthique*, Tome II, Toulouse, Editions Cérès, 2010, pp.120-134.
- <sup>37</sup> Rapporté par at-Tirmidhî, n° 2038, Abû Dâoùd, n° 3855. cité par Tahar MAHDI "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, < <https://oumma.com/leuthanasie-du-point-de-vue-islamique/>>
- <sup>38</sup> Rapporté par al-Bukhârî, n° 5328, Muslim, n° 2576 . "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>
- <sup>39</sup> "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>
- <sup>40</sup> Les *fatâwâ kubrâ* ; les consultations doctrinales majeures, *Ibn Taymiya*, volume 4, p. 260 et *Majmû' ul-fatâwâ*, tome 21 pp. 563-564. Cdrom maktabat al-fiqh al-islamy, éd. Aris. Année 2000. "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>
- <sup>41</sup> *Fatâwâ mu'âçira* . Tome 2, pp. 528-529, "Euthanasie et Islam", article en ligne : <<http://www.mosquee-lyon.org/forum3/index.php?topic=3390.0;wap2>>
- <sup>42</sup> Tahar MAHDI "L'euthanasie du point de vue islamique", 29 janvier 2003, < <https://oumma.com/leuthanasie-du-point-de-vue-islamique/>>
- <sup>43</sup> Audition de monsieur Othman Battikh, Mufti de la République tunisienne, 1er octobre 2016, CNEM, Institut Pasteur, Tunis, Tunisie.
- <sup>44</sup> *Idem*.
- <sup>45</sup> Adoptée en 1997 et entrée en vigueur le 1er décembre 1999, la Convention d'Oviedo a été ratifiée par vingt-neuf des États membres du Conseil de l'Europe.
- <sup>46</sup> Cour Européenne des Droits de l'Homme, *Affaire L.C.B. c. Royaume-Uni*, 9 juin 1998, 23413/94, § 36, *Recueil des arrêts et décisions* 1998-III.
- <sup>47</sup> Document "Fin de vie et suicide assisté, étude de droit comparé", in *op.cit.*, p.211.
- <sup>48</sup> Loi du 12 avril 2001 relative au contrôle de l'interruption de vie pratiquée sur demande et au contrôle de l'assistance au suicide, disponible à l'adresse : <<http://www.wetten.overheid.nl>>
- <sup>49</sup> Rapport du Professeur Didier Sicard, "Penser solidairement la fin de vie", 12 décembre 2012, p.74.
- <sup>50</sup> Article 3 (bis) ajouté par la loi du 10 novembre 2005, publiée au Moniteur belge M.B. n° 2006000085 du 12 avril 2006, p. 20192. < [http://www.etaamb.be/fr/loi-du-10-novembre-2005\\_n2016000649.html](http://www.etaamb.be/fr/loi-du-10-novembre-2005_n2016000649.html)>
- <sup>51</sup> Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°59 du 27 janvier 2014 p.08.
- <sup>52</sup> M.B. du 26/09/2002, p.43719. Disponible à l'adresse suivante : <[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi\\_a.pl?language=fr&caller=list&cn=2002082245&la=f&fromtab=loi&sql=dt=%27loi%27&tri=dd+as+rank&rech=1&numero=1](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?language=fr&caller=list&cn=2002082245&la=f&fromtab=loi&sql=dt=%27loi%27&tri=dd+as+rank&rech=1&numero=1)>
- <sup>53</sup> Article 7 §2, alinéa 3, tel que modifié par l'article 62 de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé. La personne de confiance "reçoit des informations, consulte le dossier et même les annotations personnelles si elle est médecin, alors même que le malade lui-même n'y a pas droit. Elle peut en informer le malade ou pas (c'est l'"exception thérapeutique"). (...) Qui est, qui peut être personne de confiance ? (...) Dans le droit belge l'idée de cohabitation est fondamentale : ce droit va même jusqu'à affirmer qu'à défaut d'une désignation expresse par le malade, la personne la plus proche du patient en fin de vie est son représentant ipso facto (...)", Amel AOUJ-MRAD, "La fin de vie en droit comparé", XXème Conférence Annuelle du CNEM, 26 novembre 2016, Beït El Hekma, Carthage, Décembre 2016, pp.05-06, *inédit*.
- <sup>54</sup> Moniteur belge M.B. du 12 mars 2014 n° 2014009093 p. 21053.
- <sup>55</sup> Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, N°46 en date du 16 mars 2009, pp.615-619. Loi disponible à l'adresse suivante : <<http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo>>
- <sup>56</sup> Art.2.1 " (...) 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".

<sup>57</sup> Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, N°46 en date du 16 mars 2009, pp.610-614.

<sup>58</sup> Federico Bragagnini, "Première Loi sur l'aide au suicide, adoptée en Suisse", in *SwissInfo*, 17 juin 2012, <[https://www.swissinfo.ch/fre/canton-de-vaud\\_premi%C3%A8re-loi-sur-l-aide-au-suicide-adopt%C3%A9e-en-suisse/32920784](https://www.swissinfo.ch/fre/canton-de-vaud_premi%C3%A8re-loi-sur-l-aide-au-suicide-adopt%C3%A9e-en-suisse/32920784)>

<sup>59</sup> Parmi lesquels le Valais et les cantons de Genève, de Lucerne, de Neuchâtel et de Zurich.

<sup>60</sup> "En novembre 1994, interrogés par référendum, 51 % contre 49 % des habitants de l'Oregon ont approuvé une loi autorisant le suicide médicalement assisté. Les opposants à cette loi ont alors déposé un recours en justice, qui a suspendu son entrée en vigueur jusqu'au début de l'année 1997, puis ont obtenu du Parlement de l'État qu'elle fût soumise à un second référendum". Extrait du Document "Fin de vie et suicide assisté, étude de droit comparé", *op. cit.*, pp. 225-226.

<sup>61</sup> "En novembre 1997, les électeurs ont choisi à une large majorité (60 % contre 40 % des voix) de ne pas repousser cette loi, qui est entrée en vigueur immédiatement". "Fin de vie et suicide assisté, étude de droit comparé", *op. cit.*, pp. 225-226.

<sup>62</sup> N°39 Act relating to patient choice and control at end of life, <<http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/Acts/ACT039.pdf>>

<sup>63</sup> J. NICOL & M. TIEDERMAN, *Euthanasie et suicide assisté : la législation dans certains pays*, Les Etudes générales, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, Canada, 23 octobre 2015, p.06.

<sup>64</sup> S.108, Act 37, Act relating to repealing the sunset on provisions pertaining to patient choice at end of life.

<<http://legislature.vermont.gov/assets/Documents/2016/Docs/ACTS/ACT027/ACT027%20Act%20Summary.pdf>>

<sup>65</sup> "The act requires the Department of Health to adopt rules to facilitate the collection of information about compliance with provisions regarding patient choice at the end of life and to generate a public report every two years, starting in 2018". *Idem*.

<sup>66</sup> Assemblée législative, Etat de Californie, AB 15 *End of Life Option Act*, <[http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billStatusClient.xhtml?bill\\_id=201520162AB15](http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billStatusClient.xhtml?bill_id=201520162AB15)>

<sup>67</sup> Ph. CAPPELLO, "Colombie : le gouvernement veut passer en force sur l'euthanasie sans clause de conscience", 26 avril 2015, disponible à l'adresse suivante : <<http://www.objectiondelaconscience.org/colombie-le-gouvernement-veut-passer-en-force-sur-leuthanasie-sans-clause-de-conscience/>>

<sup>68</sup> Résolution No. 1216 du 20 avril 2015, <<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1216-de-2015.pdf>>. Cependant, le 28 avril 2015, le Conseil d'État Colombien a reçu une demande d'annulation contre la Résolution 1216 de 2015 du Ministère de la Santé, qui a fixé les règles autorisant les professionnels de santé à pratiquer l'euthanasie. V. TOBON PERILLA & C. CASTELLANOS AVENDANO, COMPTRESEC UMR 5114 CNRS - Université de Bordeaux, "Colombie", in *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 2015/1, p.130.

<sup>69</sup> Art. 239 : "Any person who kills another person at the explicit request of the latter shall be liable to imprisonment for any term not exceeding three years". The Criminal Code, Order No. 909 of September 27, 2005, as amended by Act Nos. 1389 and 1400 of December 21, 2005.

<sup>70</sup> Art.240 : "Any person who assists another person in committing suicide shall be liable to a fine or to imprisonment for any term not exceeding three years". The Criminal Code, Order No. 909 of September 27, 2005, as amended by Act Nos. 1389 and 1400 of December 21, 2005.

<sup>71</sup> Exemple des articles 84 et 85 du Code pénal danois.

<sup>72</sup> Law N°482 of 1 July 1998 on Patients' rights, Lovtidende, 1998, Part A, 2 July 1998, No. 99, pp.2883-2888.

<sup>73</sup> "La Suède autorise l'euthanasie passive", in *Libération* du 26 avril 2010, disponible à l'adresse suivante : <[http://www.libération.fr/planete/2010/04/26/la-suede-autorise-l-euthanasie-passive\\_622883](http://www.libération.fr/planete/2010/04/26/la-suede-autorise-l-euthanasie-passive_622883)>

<sup>74</sup> Act of 2 July 1999, N°63 relating to Patients' Rights. <<http://app.uio.no/ub/ujur/oversatte-lover/data/lov-19990702-063-eng.pdf>>

<sup>75</sup> Journal Officiel de la République Française du 5 mars 2002, pp.4118-59.

<sup>76</sup> Cela a été souligné par M. Leonetti *Affaire Lambert et autres c. France*, 5 juin 2015, Requête n°46043/14, disponible à l'adresse suivante : <<http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-155264>>

<sup>77</sup> Journal Officiel de la République Française n°28 du 3 février 2016, <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/jo/2016/2/3/>>

<sup>78</sup> Le législateur français a prévu que "les directives anticipées pouvaient être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute autorité de santé. Suivre ce modèle lors de la rédaction de ses directives ne présente pas un caractère obligatoire mais constitue une simple faculté offerte aux personnes intéressées". L. FERMAUD, "Les droits des personnes en fin de vie", in *AJDA, L'Actualité Juridique Droit Administratif*, 2016, p.2143 et suiv.

<sup>79</sup> L'euthanasie active est interdite par le Code pénal sous la qualification d' « Homicide avec consentement » de la personne (article 579 du Code pénal) mais la sanction est moins lourde que celle prévue pour l'homicide classique (article 575 du Code pénal).

<sup>80</sup> A. AOUIJ-MRAD, "La fin de vie en droit comparé", *XXème Conférence Annuelle du CNEM*, 26 novembre 2016, Beït El Hekma, Carthage, Décembre 2016, p.4, inédit.

<sup>81</sup> Cour de cassation, Arrêt du 16 octobre 2007, Sentenza n° 21748/2007.

<sup>82</sup> A. AOUIJ-MRAD, "La fin de vie en droit comparé", *op. cit.*

- <sup>83</sup> Le 21 décembre 2000, le Parlement catalan a adopté la loi 21/2000 régissant le droit à l'information en matière de santé et d'autonomie du patient, ainsi que le dossier médical. "Les droits du malade en fin de vie", in *Etude de législation comparée*, n° 139, novembre 2004, Services des Etudes Juridiques, Sénat français.
- <sup>84</sup> 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), Castillela-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). Cité dans le cadre de Tierce intervention, requête n°46043/14 "*Lambert et autres c. France*", *op. cit.*, p.11, note n°6.
- <sup>85</sup> Code pénal turc, Loi N° 5237 du 26 septembre 2004, version consolidée 2015.
- <sup>86</sup> Code pénal de la République Algérienne, 2015. Disponible à l'adresse suivante : <<http://www.joradp.dz/TRV/FPenal.pdf>>
- <sup>87</sup> Loi n°85-05 du 16/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, ensemble des textes l'ayant complétée et modifiée, JO N°8 du 17 février 1985, p.131, disponible à l'adresse suivante :
- <sup>88</sup> Décret exécutif N°92-276 du 6 juillet 1992 portant Code de déontologie médicale, JO N° 52 en date du 08 juillet 1992, p.1160.
- <sup>89</sup> L'article 20 dispose que "*le droit à la vie est le droit premier de tout être humain. La loi protège ce droit*".
- <sup>90</sup> Dahir N°1-59-413 du 28 Joumada II 1382 (26 Novembre 1962) portant approbation du texte du Code pénal, Bulletin Officiel n° 2640 bis du 12 moharrem 1383 (5 juin 1963), p. 843. Version consolidée en date du 15 septembre 2011, p.140.
- <sup>91</sup> Code pénal du Royaume du Maroc, p.141.
- <sup>92</sup> K. BENCHEKROUN, *Les droits du patient au Maroc : Quelle protection?*, Mémoire de Master en droit médical et de la santé, Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales de Salé, université Mohammed V, 2009.
- <sup>93</sup> Pour plus de détails, voir R. NAJI, *L'euthanasie et l'acharnement thérapeutique*, thèse de doctorat de 3ème cycle, faculté de Droit, Rabat, 1987.
- <sup>94</sup> L'article 206 du Code pénal dispose que : "*Est puni de cinq ans d'emprisonnement, celui qui, sciemment, aide à un suicide*".
- <sup>95</sup> L'article 201 du Code pénal dispose : "*Est puni de mort, quiconque aura, par quelque moyen que ce soit, commis volontairement et avec préméditation un homicide*". Article 204 (nouveau modifié par la loi n°2005-46 du 6 juin 2005) dispose : "*Est puni de mort, l'auteur de l'homicide volontaire lorsque l'homicide a été précédé, accompagné ou suivi d'une autre infraction passible de la peine d'emprisonnement ou lorsqu'il a eu pour objet, soit de préparer, faciliter ou exécuter cette infraction, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité de ses auteurs ou complices*".
- <sup>96</sup> Les droits des patients constituent l'ensemble des règles juridiques définies en faveur des patients afin de les protéger contre tout abus de la part des professionnels de santé. Le professeur Antoine LECA définit ainsi les droits des patients de manière plus rigoureuse : "*Ce sont les prérogatives régies par des règles juridiques des personnes soignées dans leurs relations avec les professionnels et les établissements de santé, mais aussi avec l'Etat. La présence de dernier acteur est parfois omise, ce qui est regrettable, car un certain nombre de textes constitutionnels et légaux reconnaissent un droit fondamental à la protection de la santé*". A. LECA, *Droit de la médecine libérale*, PUAM, Aix-en-Provence, 2005, p.139
- <sup>97</sup> Les apports de la Charte sont loin d'être négligeables. Ce texte et l'exposé des motifs qui le précèdent sont importants. D'abord, les buts qui lui sont attribués sont nobles, il s'agit de faire prendre conscience au malade de ses droits. Les droits des malades qui y sont consacrés sont d'avant-garde. Cependant, la Charte comporte une limite intrinsèque, celle de n'être opposable en soi à quiconque sauf si le Tribunal Administratif consacrait l'un des droits reconnus par un principe général de droit comme il l'a fait pour le devoir d'information médicale.
- <sup>98</sup> Dr K. ABDESSALEM, "La fin de vie et l'acharnement thérapeutique", disponible à l'adresse suivante : <<http://Kapitalis.com.tn>>, article publié le 29 juillet 2017.
- <sup>99</sup> L'article 82 dispose : "*Tout fait quelconque de l'homme qui, sans l'autorité de la loi, cause sciemment et volontairement à autrui un dommage matériel ou moral, oblige son auteur à réparer le dommage résultant de son fait, lorsqu'il est établi que ce fait en est la cause directe. Toute stipulation contraire est sans effet*".
- L'article 83 dispose : "*Chacun est responsable du dommage moral ou matériel qu'il a causé, non seulement par son fait, mais par sa faute, lorsqu'il est établi que cette faute en est la cause directe. Toute stipulation contraire est sans effet. La faute consiste, soit à omettre ce qu'on était tenu de faire, soit à faire ce dont on était tenu de s'abstenir, sans intention de causer un dommage*".
- <sup>100</sup> Article 206 du Code pénal.
- <sup>101</sup> M. BEN JAAFAR, "Le droit de mourir", Bulletin d'Information N°83, Association Tunisienne de Droit de la Santé, mars 2016, disponible à l'adresse suivante : <<http://www.atds.org.tn/b83.html>>
- <sup>102</sup> L'article 22 de la Constitution tunisienne dispose : "*le droit à la vie est un droit sacré, il ne peut lui être porté atteinte que dans les cas extrêmes fixés par la loi*".
- <sup>103</sup> Article 23 de la Constitution tunisienne.
- <sup>104</sup> Dr Karim ABDESSALEM, "La fin de vie et l'acharnement thérapeutique", *op. cit.*
- <sup>105</sup> *Affaire Lambert et autres c. France*, 5 juin 2015, Requête n°46043/14, disponible à l'adresse suivante : <<http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-155264>>