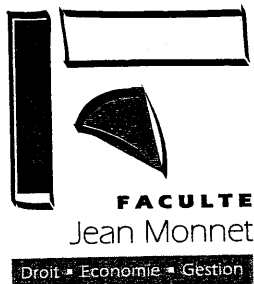


Université Paris Sud



Institut d'Etudes Judiciaires

EXAMEN D'ENTREE CRFPA SESSION 2005

28 SEPTEMBRE 2005

8h30 // 13h30

NOTE DE SYNTHÈSE

Note de synthèse

A partir des documents ci-joint, il vous est demandé de rédiger une note de synthèse de quatre pages sur : « **Le droit de mourir** ».

Doc n° 1 : Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Doc n° 2 : « Vivre et laisser mourir » par Aline Cheynet de Beaupré - Dalloz 2003 , n° 44 page 2980.

Doc n° 3 : Cass crim 23 avril 1971 – Bull 116 - Dalloz 1971, 25^{ème} cahier – Sommaires de jurisprudence.

Doc n° 4 : Articles 16 et 16-3 du code civil.

Doc n° 5 : CEDH 22 avril 2002 « Pretty c/ Royaume –Uni - Note Carole Girault – JCP n° 15-16 - 9 avril 2003, p 682.

Doc n° 6 : Cass crim 26 avril 1988 - Bull 1988 n° 178.

Doc n° 7 : Comité consultatif national d'éthique –Avis du 27 janvier 2000 sur « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie ».

Doc n° 8 : Conseil d'Etat – 16 août 2002 – Note Patrick Mistretta – JCP n° 48 27 novembre 2002, p 2125.

Doc n° 9 : Etude de législation comparée du Sénat n° 139.

Doc n° 10 : Code de déontologie médicale - Extraits.

LOIS

LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative
aux droits des malades et à la fin de vie (1)

NOR: SANX0407815L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

Après le premier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 2

Le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, les mots : « un traitement » sont remplacés par les mots : « tout traitement ».

Article 4

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 5

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Article 6

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-10. – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 7

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-11.* – Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

« A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. »

Article 8

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-12.* – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. »

Article 9

Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-13 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1111-13.* – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical.

« Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Article 10

I. – Après l'article L. 1111-9 du code de la santé publique, il est inséré une division ainsi rédigée :
« Section 2. – Expression de la volonté des malades en fin de vie ».

II. – Avant l'article L. 1111-1 du même code, il est inséré une division ainsi rédigée :
« Section 1. – Principes généraux ».

III. – Dans la première phrase de l'article L. 1111-9, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section ».

Article 11

Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 12

Après l'article L. 6143-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6143-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-2-2.* – Le projet médical comprend un volet "activité palliative des services". Celui-ci identifie les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs. Il précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 13

I. – Après la première phrase de l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. »

II. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

Article 14

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. »

Article 15

En application du 7° de l'article 51 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, une annexe générale jointe au projet de loi de finances de l'année présente tous les deux ans la politique suivie en matière de soins palliatifs et d'accompagnement à domicile, dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 22 avril 2005.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JEAN-PIERRE RAFFARIN

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
DOMINIQUE PERBEN

*Le ministre délégué au budget
et à la réforme budgétaire,
porte-parole du Gouvernement,*
JEAN-FRANÇOIS COPÉ

JACQUES CHIRAC

*Le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille,*
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2005-370.

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 1882 ;
Rapport de M. Jean Leonetti, au nom de la commission spéciale, n° 1929 ;
Discussion le 26 novembre 2004 et adoption le 30 novembre 2004.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 90 (2004-2005) ;
Rapport de M. Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, n° 281 (2004-2005) ;
Discussion et adoption le 12 avril 2005.

EUTHANASIE

Vivre et laisser mourir ¹

par Aline Cheynet de Beaupré (Terrasson de Fougères)
Maître de conférences à l'université d'Orléans, Centre de recherche juridique Pothier

L'ESSENTIEL

Projetée sous les feux de l'actualité par les affaires « Humbert » et « Malèvre », l'euthanasie est une question grave à laquelle on se doit de réfléchir sereinement. Les partisans de l'euthanasie revendiquent le « droit de mourir dans la dignité ». Pour eux, il doit être possible de mettre fin à une vie qui n'en est plus une et l'auteur de l'acte, quand il n'y a pas suicide, doit pouvoir être assuré de n'être pas condamné pénalement. Les partisans des soins palliatifs considèrent, quant à eux, que la dignité réside dans l'acceptation de la mort et dans l'accompagnement du mourant qu'elle implique. Il y a, dans les deux cas, un profond respect de la dignité de la personne humaine, bien qu'entendue différemment.

La réflexion sur cette question ne doit pas être menée exclusivement sous l'angle juridique. Il faut la resituer dans un contexte médical, sociologique voire philosophique (pour une approche très complète de la question, voir le rapport « Fin de vie et accompagnement » remis par Mme de Hennezel au ministre de la Santé, M. Mattéi, le 16 octobre 2003, www.sante.gouv.fr).

L'euthanasie n'est pas légale en France. Elle est pénalement considérée comme un meurtre. Face à la question binaire : légiférer ou non (c'est-à-dire : accepter ou non l'euthanasie), une troisième voie est proposée par le Comité consultatif national d'éthique.

« Laisser mourir » ? Qu'est-ce à dire ? La mort ne nous appartient pas. Laisser mourir, dans un sens de passivité et d'abandon, laisser faire les choses, la vie quittant l'individu quand vient la mort ? Laisser mourir librement, selon la volonté de l'individu, postulant une certaine maîtrise active de celui-ci sur sa vie, la transformant en maîtrise sur le moment de sa mort ? La question devient pertinente dans l'hypothèse d'une maladie grave, incurable, source de souffrances insupportables ou d'une profonde dégradation. Lorsque la science médicale a atteint ses limites curatives, que la dégradation se poursuit sans espoir d'amélioration, la fin de vie devient lourde et souffrante. Face à cette situation extrême, deux attitudes sont possibles.

Certains considèrent que cette dégradation devient une atteinte à la dignité de la vie humaine. Attendre que la mort vienne, en laissant la personne dans un état qui n'est plus digne d'être appelé une vie, n'est pas admissible. Il faut passer à l'acte en permettant que cette situation prenne fin : c'est la décision d'euthanasie. Elle sera prise par l'individu lui-même, ou une collégialité composée du personnel médical soignant et des proches de celui qui n'est peut être plus en mesure de manifester sa volonté.

D'autres considèrent que la fin de vie mérite un accompagnement spécifique, sans acharnement thérapeutique, mais dans une démarche, la plus paisible possible, d'acceptation de la mort. Ce sont, par exemple, les soignants des unités de soins palliatifs qui refusent d'administrer la mort mais choisissent d'accompagner le mourant jusqu'au bout. C'est là une autre conception de la dignité humaine.

Derrière l'apparente alternative, ce sont deux courants qui se perçoivent comme opposés : les partisans de l'euthanasie et les partisans des soins palliatifs.

L'euthanasie (à l'étymologie souvent rappelée ²) renvoie à l'origine à une bonne mort, une mort douce. Elle vise aujourd'hui à procurer une mort sans souffrance afin d'abrèger une longue agonie ou une maladie très douloureuse à l'issue fatale.

Les soins palliatifs, sans plus chercher à agir sur les causes de la maladie, s'attachent à la réduction des symptômes et au maintien du confort physique et moral du malade, en l'accompagnant jusqu'à la fin de sa vie. « Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne humaine et à soutenir son entourage » (art. L. 1110-10 c. santé publ.). Les soins curatifs, devenus inutiles, sont abandonnés.

S'il est vrai que ces courants envisagent des réponses différentes face à une demande d'euthanasie ³ (ou de suicide assisté), il n'est pas juste pour autant de les présenter comme frères ennemis. Ils partagent en effet beaucoup de valeurs face à la souffrance et à la mort. Partisane de l'euthanasie, l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) ⁴ cherche à obtenir des pouvoirs publics la reconnaissance d'une déclaration de volonté de mourir dans la dignité, aussi appelée « testament de vie » ⁵. Parmi les partisans des soins palliatifs, peut être citée la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs.

Les deux courants idéologiques sont guidés ou accompagnés par l'activité d'associations qui deviennent parfois des porte-drapeaux. Le rôle des associations dans le sillage de l'élaboration de la loi mérite une nouvelle fois d'être souligné.

(2) Eu (bien) -thanasie (mourir).

(3) V. notamment MM. Aumonier, Beignier et Letellier : « L'euthanasie », PUF, coll. Que sais-je ?, n° 3595.

(4) Le décès très médiatisé du jeune Vincent Humbert a beaucoup fait parler de cette association.

(5) Formule qui peut être perçue comme...

(1) D'après le titre de l'œuvre éponyme de Ian Fleming.

Les partisans de l'euthanasie reprochent à ceux des soins palliatifs de ne pas accepter leur volonté de «fixer le terme d'une vie»⁶, alors qu'ils acceptent, eux, le concept de soins palliatifs. L'intolérance n'est qu'apparente. En réalité, c'est affaire de gradation. L'euthanasie est l'étape ultime en cas de maladie incurable. Les soins palliatifs constituent celle qui précède. Un *crescendo*, de la maladie jusqu'à la mort, peut être tenté: tout d'abord, les soins curatifs, puis la lutte contre la douleur (face à la résistance de la maladie), le non-acharnement thérapeutique, le refus de soins (à l'initiative du patient), les soins palliatifs (ici s'arrêtent certains), enfin, la requête de suicide assisté ou d'euthanasie.

La question de l'euthanasie est brûlante pour tous. La médecine, par ses progrès, est confrontée à de nouvelles limites qui rendent cette question plus fréquente. Les malades atteignent des stades de survie inédits, mais critiques: au-delà la science ne peut plus rien. De douloureuses affaires sont alors médiatisées ou portées devant la justice. L'an dernier, la Cour européenne des droits de l'homme rejetait ainsi la requête de Mme Pretty (en phase terminale de sclérose latérale amyotrophique, SLA) qui visait à dégager son mari de toute poursuite s'il l'euthanasiait⁷. En France, c'est le décès de Vincent Humbert (jeune homme tétraplégique, non voyant et muet à la suite d'un accident) qui a été médiatisé⁸ il y a quelques semaines. Il avait en vain demandé au président de la République que sa mère ne fût pas poursuivie pénalement si elle acceptait de mettre fin à ses souffrances.

Le débat éthique rappelle, par sa lourdeur et ses dissensions, les positions et désaccords suscités par l'affaire *Perruche*⁹. Une fin de vie souffrante autorise-t-elle de recourir à l'acte euthanasique? Cette question ne saurait être posée uniquement en termes juridiques. Le droit ne doit être ici que l'aboutissement de réflexions d'ordres éthique, médical et sociologique. Une démarche exclusivement juridique ne conduirait qu'à cristalliser des convictions personnelles autour d'un débat idéologique opposant les *pro* et les *contra*. Les principaux arguments avancés évoquent la dignité de la personne humaine, les limites de la souffrance et l'acceptation de la mort. Ainsi présentées, ces questions peuvent être revendiquées tant par les partisans de l'euthanasie que par ceux des soins palliatifs. Sans chercher à réconcilier les deux clans, il s'agit au moins d'inviter à ne pas caricaturer les positions. De nombreux droits sont évoqués, voire invoqués (droit de vivre ou de mourir), ce sont les droits des vivants (I), mais, au-delà, comment faut-il entendre la formule «il faut bien mourir» (II)?

I - Les droits des vivants

M. Malaurie dénonce la tendance actuelle à revendiquer des «droits à»¹⁰. Si le droit de vivre ne paraît pas, ici, devoir engendrer trop de dissensions (A), il n'en est pas réellement de même du droit de mourir (B).

A - Le droit de vivre: les nouveaux soins d'Hippocrate

Le serment d'Hippocrate subsiste toujours, même s'il a été fondamentalement modifié avec le temps et réduit dans sa portée idéologique. Le nouveau code de déontologie médicale¹¹ avait ainsi à le rendre conciliable avec les nouveaux types de soins médicaux.

Par les soins, l'accent est mis sur la vie, celle-ci en est le cœur. C'est le sens profond du nom de l'association «Jalmarv» qui défend les soins palliatifs: Jusqu'à la mort accompagner la vie.

Cette idéologie n'est pas la voie la plus facile. En écartant l'euthanasie, elle opte pour l'acceptation humble de la mort (avec son cortège de douleurs), sans tomber pour autant dans une résignation face à la souffrance. En matière de vie et de mort, les concepts idéologiques croisent parfois les concepts religieux. La position de l'Eglise catholique est connue, qui considère l'euthanasie comme «moralement irrecevable» et y voit un meurtre gravement contraire à la dignité de la personne humaine. Il est plus surprenant de découvrir qu'elle prône non seulement la lutte contre la douleur ou l'acharnement thérapeutique, mais aussi «l'usage d'analgésiques pour alléger les souffrances du moribond, même au risque d'abrégé ses jours»¹². Une distinction est ainsi faite entre donner la mort et accepter de ne pas pouvoir l'empêcher.

Avec le temps, beaucoup de droits ont été reconnus aux malades dans un souci de protection et de respect de la dignité humaine.

Le droit à la vie¹³ est toujours premier nommé. Consacré par de nombreux textes, la Cour européenne des droits de l'homme y a fait expressément référence dans l'affaire *Pretty*: «l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme garantissant le droit à la vie ne saurait être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé tel que le droit à mourir ou le droit à l'autodétermination permettant à l'individu de choisir la mort plutôt que la vie». La Cour, qui a refusé d'accéder à la demande de la requérante¹⁴, a rappelé la prééminence du droit à la vie. Dans le code civil, les articles 16 et 16-3 assurent la primauté, la dignité et l'intégrité de la personne humaine «dès le commencement de sa vie», mais sans préciser hélas que ce respect doit durer «jusqu'à sa fin»¹⁵.

Les malades sont aujourd'hui protégés par d'autres droits non négligeables, notamment depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002¹⁶. La lutte contre la douleur vise à refuser la souffrance qui peut être traitée, ne pas la tenir comme une fatalité ni comme faisant partie de la maladie (ou de sa guérison pour certains), *a fortiori* pour une personne en fin de vie. L'article L. 1110-5, al. 3, du code de la santé publique l'a érigée en droit: «toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée».

(6) V. la proposition de loi de Messieurs les députés Michel et Dessalange du 19 décembre 2001 pour instituer le droit de mourir dans la dignité.

(7) CEDH 29 avr. 2002, *Diana Pretty c/ Royaume Uni*, req. n° 2346/02, D. 2002, IR p. 1596.

(8) A ce jour, l'enquête de police, au cours de laquelle Mme Humbert ainsi que le corps médical du centre héliomarine de Berck ont été auditionnés, n'a pas connu la même médiatisation.

(9) Cass. ass. plén. 17 nov. 2000, Bull. civ., n° 9; D. 2001, Jur. p. 332 note D. Mazeaud, et 336, note P. Jourdain.

(10) P. Malaurie, Euthanasie et droits de l'homme: quelle liberté pour le malade?, *Deffrénois* 2002, art. 37598.

(11) Décret n° 95-1000 du 6 sept. 1995.

(12) Catéchisme de l'Eglise catholique, 2276 s. (Pocket, 1992).

(13) V. not.: J. Sainte-Rose, *Le droit à la vie*, RRJ 2002, n° 3, p. 1131 s.

(14) Laquelle mourut quelques semaines plus tard...

(15) V. A. Terrasson de Fougères, *La résurrection de la mort civile*, RTD civ. 1997, p. 893.

(16) Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Le refus de soins existe pour le patient (majeur). Sans être expressément présentée comme un droit, cette liberté est prévue par la loi (art. L. 1111-4 c. santé publ., et art. 36, al. 2, c. déont. méd.)¹⁷. Il est demandé au médecin de respecter cette volonté de la personne, après avoir cherché à la convaincre du contraire si ce choix du patient risque de mettre sa vie en danger. Le consentement aux soins est fondamental. Or, le choix du patient de refuser les soins peut conduire à une forme d'euthanasie passive¹⁸.

Le non-acharnement thérapeutique est garanti (art. 37 c. déont. méd.: «Le médecin doit s'efforcer, en toutes circonstances, de soulager les souffrances de son malade et de l'assister moralement tout en évitant l'acharnement thérapeutique»). Il y a acharnement thérapeutique lorsque le traitement est maintenu bien qu'inefficace. Il est parfois distingué de l'obstination thérapeutique qui, elle, cherche à «bloquer» la maladie dans l'attente d'autres traitements.

«Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement»: les soins palliatifs sont un véritable droit (art. L. 1110-9 c. santé publ.). Quant à l'accompagnement pudiquement évoqué, il s'agit de l'accompagnement des mourants.

Enfin, dans un souci de protection du malade (majeur) hors d'état de manifester sa volonté, l'article L. 1111-6 du code de la santé publique prévoit la possibilité de désigner une «personne de confiance» dont la mission se situe quelque part entre le mandat et la tutelle.

Bien plus qu'un simple droit à la vie, existent donc de nombreux droits pour les vivants, des protections de la vie, même lorsque la mort est imminente. La demande d'euthanasie se trouve dès lors dans un domaine très étroit, au-delà de la seule douleur susceptible d'être traitée ou du traitement de la fin de vie, puisque tout cela est protégé. Il est demandé de mettre fin à une vie condamnée, insupportable et souffrante, sans attendre que la mort ne vienne par elle-même.

B - Le droit de mourir: les Parques dépossédées

Un sondage de 1998¹⁹ présentait 75% des Français comme favorables à l'euthanasie²⁰, tout en constatant que 75% des Français meurent à l'hôpital. Mais, comment se prononcer sur ce à quoi l'on n'a jamais été confronté? De la déclaration d'intention théorique au passage à l'acte, il y a plus qu'un abîme. La question posée ne renvoie-t-elle pas à une autre: la peur de mourir, à l'hôpital notamment? Peur profonde et terrible.

Le code de déontologie médicale interdit au médecin de provoquer délibérément la mort (art. 38), en même temps qu'il prohibe l'acharnement thérapeutique²¹. L'article 38, alinéa 1er,

oblige le médecin à accompagner le mourant, en sauvegardant sa dignité et poursuit (al. 2) en refusant la pratique de l'euthanasie active. Il faut, dans certains cas, se résoudre à attendre la mort. Les médecins peuvent alors se sentir dans une situation d'échec.

A ce stade, les partisans des soins palliatifs considèrent qu'il faut accepter de ne pouvoir empêcher la mort, démarche d'humilité. Les partisans de l'euthanasie considèrent qu'il faut «donner» la mort, démarche de délivrance.

Il faudrait dissocier le droit de mourir, droit *objectif* dont le respect serait à exiger de l'Etat, d'un droit *subjectif* à l'autodétermination, mais le résultat recherché est en réalité le même: un droit de mourir.

Il y a passage (par anticipation) d'un fait juridique à la demande d'un droit: le droit de mourir. Pénalement sanctionné quand il y a intervention d'un tiers, dépénalisé quand il s'agit d'un acte personnel (suicide), mourir n'est pas un droit en France. Nul ne dispose d'un «*droit à*» mourir, mais que l'on se rassure, il n'est nul besoin de droit pour mourir. C'est le fait face au droit, fait incontournable et droit refusé; fait au-delà du droit.

Peut-on garantir un «droit de mourir dans la dignité»? Le droit s'écarter de peur qu'il ne dérive vers un simple «droit à mourir». Le droit de *vivre* dans la dignité est seul retenu. Avec la revendication d'un droit à mourir, le dernier degré est atteint. La Société a accordé autant de droits que possible mais celui-ci est ultime à tout point de vue.

La mort est inéluctable mais un citoyen n'est utile que vivant. La Cour européenne des droits de l'homme a rappelé, à l'occasion de l'affaire *Pretty* (préc.), l'obligation pour l'Etat de protéger la vie. La Société rechigne donc logiquement à permettre officiellement à un citoyen d'être acteur de sa propre mort. Autoriser le passage à l'acte et non plus subir le fait est plus que devancer un peu l'incontournable. C'est un droit à part entière qui est ici revendiqué.

Reconnaître à l'individu la maîtrise totale de soi conduit à lui reconnaître une forme de «propriété» de son corps ou de sa personne. Or, le droit français pose l'indisponibilité du corps humain. A raisonner en termes de droit de propriété, il y aurait *usus* et éventuellement *fructus*, mais non point réellement *abusus* (ce dernier attribut impliquant le paroxysme d'autodestruction). Il y aurait donc plutôt un usufruit²², *viager ô combien!*

Il convient de distinguer différents actes mortifères: se donner la mort soi-même (suicide, autolyse), donner la mort à autrui (suicide assisté ou euthanasie, hétérolyse). Le *testament de vie* est un acte d'anticipation d'une personne qui souhaite qu'on l'euthanasie si elle n'est plus en état de le faire elle-même au moment où elle aura atteint l'extrémité de sa vie. La difficulté tient, bien évidemment, à la détermination de cette extrémité quand il s'agit de la poser avant la mort.

Le suicide assisté (non autorisé en France) consiste pour le malade à demander à une personne de confiance (conjoint, proche, médecin,...) de mettre un terme à sa vie alors qu'il n'est plus capable de se donner la mort lui-même. Le suicide est matériellement réalisé par un tiers.

(17) Outre-Manche, la *High Court of Justice* a également reconnu le droit à l'interruption des soins dans une affaire presque contemporaine de celle de Mme *Pretty*. V. l'analyse de P. Malaurie, in «Euthanasie et droits de l'homme», *op. cit.*

(18) L'euthanasie passive consiste en l'arrêt des traitements de réanimation, ou de celui du traitement de la maladie fatale. Elle suppose que le «cas» soit considéré comme désespéré.

(19) *Sondage La marche du siècle*, *Le Figaro*, 23 sept. 1998.

(20) Sous les feux de l'actualité, les chiffres pourraient changer fortement.

(21) Cette marge de manœuvre n'est pas sans rappeler celle du juge dans les articles 4 et 5 du code civil.

(22) Quant à savoir qui est le nu-propriétaire... L'Eglise catholique considère les hommes comme les intendants de leur vie.

L'euthanasie est plus générale. Il s'agit d'attendre du corps médical (essentiellement) qu'il mette un terme à la vie du patient parvenu à une extrémité incurable ou intolérable (cela pouvant même viser une mort administrée hors la demande effective du patient). «Incurable» s'entend d'un constat objectif, c'est la limite de la médecine curative. «Intolérable» est nécessairement subjectif, le seuil et l'objet de ce qui peut être supporté varient selon chacun, sa sensibilité et son état d'esprit.

De fait, l'avancement de la science médicale implique souvent que la décision d'interruption de l'assistance au malade hors d'état de manifester sa volonté revienne à son entourage. La collégialité corps médical-entourage encadrera le domaine d'application, mais c'est la famille (ou la personne de confiance) qui prendra la décision²³. L'acte lui-même sera réalisé par le médecin.

Qu'il s'agisse de suicide assisté ou d'euthanasie, il y a intervention d'un tiers. Aujourd'hui, accepter cette intervention c'est juridiquement violer le principe fondamental: «tu ne tueras pas!». Le droit refuse de reconnaître un permis de tuer, fut-il délivré par la non-victime elle-même, en exécution de sa dernière volonté.

S'il est possible et non pénalement sanctionné de se suicider, cet acte n'a pas pour autant la faveur du droit. Aussi l'intervention d'un tiers pour réaliser cet acte à la place et à la demande du malade est-elle encore moins acceptée. Il n'existe pas d'incrimination spécifique de l'euthanasie. Le droit y voit un meurtre (art. 221-1 c. pén.) ou un assassinat en cas de préméditation (art. 221-3). Il peut aussi y avoir: empoisonnement (art. 221-5), provocation au suicide (art. 223-13), omission de porter secours²⁴ (art. 223-6), sans compter les poursuites pour publicité ou propagande, les poursuites de personne morale (art. 223-15-1) (la simple tentative étant également punissable)...

II - Il faut bien mourir

«Souviens-toi que tu vas mourir!». C'est, il est vrai, notre plus parfaite égalité sur le fond, mais hélas pas quant à la forme et tous ne s'endorment pas paisiblement pendant leur sommeil. Qui veut mourir? Presque personne. Qui veut *bien* mourir? Tout le monde.

Choisir sa mort, est-ce une possibilité, un droit, une nécessité, une liberté, une utopie, une impossibilité, une fuite, une lâcheté...? L'acceptation de la mort peut s'entendre diversement. Ce peut être accepter le droit de mort d'un individu sur lui-même, mais aussi accepter de ne pas pouvoir empêcher la mort. Une chose est le droit *face* à la mort, dans la recherche du bien mourir (A), une autre est de légiférer sur un droit à mourir (B).

A - Mourir bien: le mythe d'Asclépios

Asclépios, fils d'Apollon, apprit la médecine aux côtés du centaure Chiron. Le dieu de la médecine devint si habile à guérir et soulager les douleurs qu'il parvint à rendre la vie aux morts. Il

fut foudroyé par Zeus, inquiet de ce pouvoir qui menaçait l'ordre du monde et mettait sa toute puissance en péril²⁵. Asclépios était parvenu à maîtriser la mort. A un moindre degré, la volonté de bien mourir participe de cette même quête.

Qu'est-ce que bien mourir (mort bonne et douce)? Cela semble à tout le moins impliquer de mourir dans la dignité. Les tenants des soins palliatifs comme les tenants des «testaments de vie» revendiquent cette préoccupation primordiale. Les premiers prônent l'acceptation assistée, encadrée, accompagnée; les seconds, la détermination, la maîtrise, la limite.

Le concept de dignité est évoqué par de nombreux textes, à commencer par l'article 16 du code civil. Il est aussi très présent dans le code de la santé publique pour les soins des malades et les soins palliatifs (art. L. 1110-2, L. 1110-5, L. 1110-10). Les débats parlementaires qui précédèrent le vote de la loi du 4 mars 2002 sont, à ce sujet, révélateurs. Les députés avaient proposé dans l'article L. 1110-5 un «droit pour le malade à une mort digne». Les sénateurs refusèrent cette rédaction qui ouvrait la porte à la légalisation de l'euthanasie. Reste seulement l'article 38 du code de déontologie médicale qui demande au médecin d'assurer «la qualité d'une vie qui prend fin (et) sauvegarder la dignité du malade».

Le souci de préserver absolument la dignité du malade est revendiqué par tous, cela est heureux. L'association pour le droit de mourir dans la *dignité* a placé cette exigence en exergue. Mais aucun accompagnant en soins palliatifs n'acceptera que l'on puisse parler de mort indigne, ni de vie indigne pour ceux qu'ils accompagnent (il en va de même des protagonistes). Chacun se forge sa propre conception d'une vie digne ou d'une mort digne. Mais, la dignité ne saurait être considérée comme l'apanage des seuls partisans de l'euthanasie.

Les premiers refusent la souffrance ou la dégradation physique irrémédiable et croissante, leur volonté de contrôle les conduit à préférer la mort, fût-ce par anticipation. D'aucuns voient là une peur de la mort, la grande inconnue²⁶, un refus de l'incontournable.

Les seconds prônent une acceptation humble, un lâcher prise qui apaise ce contre quoi l'on ne peut rien. D'aucuns voient là une abdication face à la souffrance, une passivité dans la dégradation.

En tout état de cause, il convient de saluer le travail exemplaire accompli par les unités de soins palliatifs.

Les réactions des individus face à la mort sont très diverses: acceptation, refus, négociation, volonté de contrôle, passivité...²⁷, jusqu'au lâcher prise. Celui-ci est souvent constaté par les équipes de soins palliatifs et les demandes initiales d'euthanasie tombent avec lui (alors même que le patient n'est pas toujours réellement informé de la nature du service dans lequel il est transféré). Marie de Hennezel considère que les «revendications euthanasiques existentielles» sont très rares (5 à 10% des

(23) Quand l'idée de la mort sera acceptée.

(24) Les frontières de l'acharnement thérapeutique sont parfois très difficiles à déterminer: faut-il, par exemple, s'abstenir d'assistance alimentaire,

(25) Rapporté par Marie de Hennezel, «Nous ne nous sommes pas dit au revoir» (Robert Laffont, coll. Aider la vie, 2000), p. 161.

(26) Pour certains, les religions sont nées de la peur de la mort. En lui trouvant une fin (en elle-même), elles font d'elles un passage et non la fin: la mort en devient supportable.

(27) Les différentes étapes du deuil se retrouvent aussi avant la mort. V. les travaux d'E. Kübler-Ross, not.: *Vivre avec la mort et les mourants* (éd. Du

demandes)²⁸, très peu de patients en unité de soins palliatifs réitérant des demandes claires, fermes et répétitives après leur prise en charge par les accompagnants. Partout où les soins palliatifs se développent, les demandes d'euthanasie s'effacent.

Dans les «affaires» *Pretty et Humbert*, face à une souffrance extrême, l'acte d'euthanasie devait être pratiqué par le mari ou la mère en acte d'«amour ultime». Or, l'acte d'amour est habituellement de donner sa vie pour celui que l'on aime, non de la lui ôter. Toujours les mêmes débats.

La difficulté principale tient à la fixation du seuil de tolérance. A partir de quand une vie peut-elle être considérée comme intolérable, «justifiant» ainsi l'euthanasie? Le risque est que pour certains cela ne soit très tôt... Par ailleurs, en soins palliatifs, les soignants constatent que la demande d'euthanasie émane majoritairement des proches et non du malade lui-même. Qui donc considère alors la mort comme insupportable? L'article L. 1110-10 du code de la santé publique²⁹ prévoit, avec sagesse, que les soins palliatifs sont aussi destinés à soutenir l'entourage.

B - Légiférer: le vase de Pandore?

Encore une affaire de degrés: légiférer implique d'intervenir sur des points non acquis. Les soins palliatifs, le refus de soins, le non-acharnement thérapeutique, le respect de la volonté du malade, la vie digne, la lutte contre la souffrance sont autant de questions protégées par la loi. Vouloir légiférer en la matière signifie donc dépenaliser l'euthanasie.

La légalisation conduit à une acceptation encadrée du principe de l'euthanasie. Deux objectifs sont poursuivis: accepter le principe même de l'euthanasie mais aussi excuser pénalement par avance l'auteur de l'acte euthanasique.

Le suicide n'étant pas pénalement incriminé, certains malades devenus incapables de se suicider devraient pouvoir recourir à l'intervention d'un tiers pour la réalisation de leur suicide. C'est donc une dépenalisation qui est demandée pour ne plus voir dans cet acte un homicide volontaire, mais un suicide, un suicide assisté. Toute intervention législative réelle sur l'euthanasie impliquant une dépenalisation entraînera en conséquence une modification du code pénal.

Les réticences sont de deux ordres. Tout d'abord, un refus fondamental de permettre d'administrer la mort, pour quelque raison que ce soit. Ensuite, la crainte de dérives ou des risques d'eugénisme³⁰. Le procès de Christine Malèvre³¹, largement médiatisé, a cristallisé les caricatures³².

Les Pays-Bas ont adopté en 2001 une loi sur l'euthanasie³³: «Contrôle de l'euthanasie demandée et du suicide assisté et modification du code pénal et de la loi sur les funérailles».

Des «exigences de minutie» sont posées. Après avoir accordé la conviction d'une demande volontaire et réfléchie du patient de souffrances insupportables et sans issue, après avoir informé le patient de la situation dans laquelle il se trouve et de ses perspectives (...) et après avoir consulté un confrère, un médecin peut procéder à l'euthanasie ou au suicide assisté de son patient. Il est possible de se contenter d'une déclaration écrite préalable par des personnes âgées de plus de seize ans qui ne sont plus en mesure de manifester leur volonté.

L'euthanasie, sous certaines conditions, est également possible pour un jeune âgé de douze à seize ans, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale. Des commissions régionales de contrôle exercent une surveillance *a posteriori*.

De son côté, la Belgique a adopté en mai 2002 les lois dépenalisant l'euthanasie et développant les soins palliatifs. La première adoptée par 86 voix contre 51, la seconde par 92 voix et 54 abstentions. Equilibre intéressant, même si, concernant le second texte, les abstentions peuvent surprendre. L'esprit de la loi belge est le même que celui de la législation néerlandaise.

En France, MM. Michel et Desallangre ont déposé, le 19 décembre 2001, une proposition de loi «instituant le droit de mourir dans la dignité». Le décès doit être prévu pour une échéance inférieure à trois mois. Ce délai risque d'aboutir au résultat contraire de ce qui est recherché. Vincent Humbert n'aurait, en effet, pas pu bénéficier de la loi: il n'était pas condamné à court terme. Pays-Bas et Belgique se sont pertinemment abstenus de toute quantification³⁴. Il n'y a pas deux situations identiques.

En principe une déclaration écrite sera nécessaire et «l'acte d'aide à mourir» devra être accompli par un médecin qui rédigera un procès-verbal. Pourquoi cet euphémisme? Pays-Bas et Belgique ont expressément parlé de *dépenaliser l'euthanasie*, l'acte doit être assumé jusque dans ses termes. «L'aide active à mourir» ne sera pas considérée comme un meurtre ni comme un empoisonnement (modification des art. 221-1 et 221-5 c. pén.). On retiendra la référence expresse au médecin qui soulagera ceux qui craignent parfois une décharge sur le corps infirmier pour le passage à l'acte.

Quant au consentement de la «non-victime», est-il seulement indispensable? Les testaments de vie rédigés «tôt» permettraient, certes, de pallier une impossibilité physique d'exprimer plus tard sa volonté. Mais cela ne répondra pas à l'exigence d'un consentement réitéré le moment venu. Or, l'état d'esprit évolue et les passages à vide dans de telles circonstances (complètement inédites pour l'individu) sont fréquents. L'accompagnement des mourants conduit souvent à découvrir chez eux des démarches intérieures d'acceptation de la mort assez inattendues.

Le Comité consultatif national d'éthique a proposé une «exception d'euthanasie»³⁵ pour «lever le voile d'hypocrisie et de clandestinité qui recouvre certaines pratiques actuelles». Forçant les précautions, il rappelle «la nécessité de développer les soins palliatifs et les pratiques d'accompagnement pour réduire les demandes d'euthanasie à des situations exceptionnelles». Il n'y aura pas de procédure d'autorisation préalable ni

(28) *Op. cit.*, p. 123.

(29) Ainsi que l'art. 38 c. déont. méd.

(30) Au souvenir des débats passionnés autour de l'affaire *Perruche* et des arguments parfois retenus, le danger d'eugénisme est réel.

(31) V. l'instructive présentation de M. de Hennezel sur cette «affaire», *op. cit.*, p. 177.

(32) Sans compter que l'ouverture du procès en appel a coïncidé avec la douloureuse affaire *Humbert*.

(33) V. notamment le site internet de l'ADMD.

(34) Sans compter les erreurs des diagnostics de survie.

(35) Rapport du 27 janvier 2000 du CCNE, avis n° 63, JCP 2000, Act. p. 457, n° 63.

de déclaration *a posteriori*³⁶. Il n'y aura pas lieu de modifier les sanctions pénales actuelles. En cas de procédure judiciaire, sera étudiée une «exception d'euthanasie»³⁷ à l'égard des personnes incriminées pour qu'elles ne soient pas punies si peut être constatée l'existence d'une situation limite ou d'un cas extrême, d'une part, et une demande authentique, d'autre part³⁸. L'évaluation du bien-fondé de cette exception serait examinée en début d'instruction ou de débats par une commission interdisciplinaire qui donnerait un avis au juge.

Il propose ainsi une réponse à l'alternative binaire: légiférer ou non. Le choix est de ne pas légiférer, tout en donnant des critères d'appréciation pour, exceptionnellement, autoriser de fermer les yeux. L'euthanasie se pratique en effet dans certaines situations extrêmes. Cette démarche du Comité consultatif national d'éthique est heureuse en ce qu'elle refuse de légiférer et veut insister sur le caractère unique de chaque situation. Sans légaliser la pratique, il pourra ne pas y avoir de condamnation pénale, exceptionnellement. Cette voie peu classique juridiquement fait confiance au corps médical. Mais quel en serait l'assise juridique? Un fait justificatif nouveau (cf. art. 122-4 s. c. pén.)? Une dispense de peine en matière criminelle (cf. art. 132-58 s. c. pén.). Il faudra bien une loi pour inscrire cette «exception» dans le code pénal ou le code de procédure pénale; une loi pour ne pas légiférer...

Cette troisième voie a pour mérite de protéger le personnel médical parfois amené à «libérer» des personnes dans un état

désespéré, devançant la mort de très peu et mettant un terme à ce qui toucherait à de l'acharnement thérapeutique. Tout est affaire de degrés et les limites sont quasi indéfinissables. Dans cette hypothèse, le consentement du malade ou de sa famille n'est pas toujours recueilli, c'est la distinction entre l'euthanasie demandée ou non, évoquée par la loi des Pays-Bas qui ne s'adresse qu'à la première.

M. Badinter, dès 1999, invitait à ne pas légiférer sur tout, notamment dans de telles hypothèses: «la fin de vie est une question bien trop intime, bien trop personnelle pour être confiée à la loi (...). Il y a certains domaines dans lesquels l'éthique est préférable à la loi»³⁹. Le Premier ministre a récemment pris position de façon identique⁴⁰. Légiférer n'est pas indispensable. L'éthique médicale et les nombreuses protections juridiques accordées aux malades (notamment le non-acharnement thérapeutique) sont des garanties de dignité suffisantes. L'exception d'euthanasie préconisée par le Comité consultatif national d'éthique procède certes de cet esprit, mais mieux vaudrait ne pas ouvrir le vase de Pandore (le danger étant que «l'exception» ne soit l'antichambre d'une légalisation).

En développant le nombre très insuffisant d'unités de soins palliatifs en France⁴¹, les demandes d'euthanasie diminueront d'autant et seront réduites à des cas très exceptionnels. L'exception, dans un tel domaine, justifie-t-elle de légiférer? Non. Mieux vaut «changer l'homme plutôt que la loi»⁴². ■

(36) Contrairement à la législation des Pays-Bas et de la Belgique. J

(37) Ce n'est pas sans rappeler l'«exception de compassion» évoquée dans l'affaire *Pretty* par la Cour de Strasbourg, au sujet du refus de discrimination.

(38) Libre, répétée, exprimée oralement en situation, ou antérieurement dans un document.

(39) Entretien du 25 mars 1999 avec M. de Hennezel, in «Nous ne nous sommes pas dit au revoir», *op. cit.*, p. 226.

(40) La Chambre des Lords s'était aussi exprimée en ce sens en 1994, cf. P. Malaurie, *op. cit.*, p. 1137.

(41) Ainsi que les équipes mobiles au sein des hôpitaux.

(42) M. de Hennezel, *op. cit.*, p. 255, et Rapport au ministre de la Santé, préc.

ABSTENTION DELICTUEUSE. Omission d'empêcher un crime, C. pén., art. 63, al. 1^{er}, Suicide, Non-application, Père et fils. — CRIM. 23 avr. 1971.

Saisie, à la suite du suicide d'une personne, d'une information du chef d'infraction au paragr. 2 de l'art. 63 c. pén., une juridiction d'instruction, qui avait pour mission de rechercher si l'inculpé s'est volontairement abstenu de porter assistance à une personne en péril, n'avait pas à s'expliquer sur l'infraction prévue par le paragr. 1 du même article, qui n'avait été ni visée par l'acte de constitution de partie civile, ni relevée par le réquisitoire introductif (1) ;

En effet, le paragr. 2 de l'art. 63, qui réprime celui qui, pouvant empêcher un fait qualifié crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne, s'abstient volontairement de le faire, n'avait aucun rapport avec les faits dont le juge d'instruction était saisi, le suicide ne constituant pas, en droit français, un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne (2) ;

Ce chef d'inculpation ne pouvait donc pas être juridiquement retenu en matière de suicide (3).

Du 23 avr. 1971. — Ch. crim. — (Civrais). — MM. Rolland, pr. — Cénac, rap. — Reliquet, av. gén. — Marcilhacy, av. — Irrecevabilité du pourvoi contre Angers, ch. d'accus., 21 oct. 1970.

NOTE. — (1, 2 et 3) Dans l'espèce ci-dessus analysée, une partie civile reprochait à son père de s'être volontairement abstenu de porter assistance à un de ses fils au moment où celui-ci s'était suicidé. Un non-lieu étant intervenu, le plaignant reprochait à la chambre d'accusation de n'avoir pas recherché s'il n'y avait pas eu infraction au premier alinéa de l'art. 63 c. pén. La chambre criminelle souligne qu'il ne peut être juridiquement soutenu que l'inculpé, dont le fils s'était suicidé, s'était volontairement abstenu d'empêcher, par son action immédiate, un fait qualifié crime.

Nouv. Rép., v° *Abstention délictueuse*, n° 9 s. — Rép. pén. et Mise à jour, eod v° , n° 6 s.

ACCIDENTS DU TRAVAIL, Etranger, Espagnol, Accident en Algérie, Accident antérieur au 1^{er} juill. 1962, Décr. 2 sept. 1965, Légalité, Compétence administrative, Sursis à statuer. — SOC. 11 févr. 1971.

En application de l'art. 1^{er} de la Convention de Genève du 10 juin 1925, tout membre de l'Organisation Internationale du Travail qui ratifie la convention, s'engage à accorder aux ressortissants de tout autre membre l'ayant également ratifiée, victimes d'accidents du travail survenus sur son territoire, le même traitement qu'il assure à ses propres ressortissants en matière de réparation des accidents du travail, et ce, sans aucune condition de résidence ; selon les art. 7 et 9 de la loi n° 64-1330 du 26 déc. 1964, l'art. 6 du décret du 2 sept. 1965, l'allocation servie aux personnes de nationalité française, résidant en France, et titulaires d'une rente à la suite d'un accident du travail survenu en Algérie avant le 1^{er} juill. 1962 n'est applicable qu'aux étrangers admis au bénéfice d'une ou plusieurs prestations dans le cadre du décret n° 62-1049 du 4 sept. 1962, portant règlement d'administration publique pour l'application à certains étrangers de la loi n° 61-1439 du 26 déc. 1961, relative à l'accueil et à la réinstallation des Français d'Outre-Mer ;

Doit être cassée la décision condamnant la caisse des dépôts et consignations à servir à un Espagnol résidant en France et victime, avant 1962, d'accidents du travail en Algérie, les avantages institués par la loi du 26 déc. 1964, aux motifs essentiels que les accidents étaient survenus avant l'indépendance de l'Algérie, que la France et l'Espagne avaient toutes deux ratifié la Convention de Genève susvisée et que la loi du 26 déc. 1964 n'avait pu avoir pour effet de soustraire l'Etat français à ses obligations internationales, alors qu'il existait une difficulté sérieuse sur la légalité du décret du 2 sept. 1965 limitant à certains étrangers le bénéfice des avantages institués par la loi du 26 déc. 1964, ce qui devait entraîner un sursis à statuer jusqu'à la décision de la juridiction administrative seule compétente pour l'apprécier.

Du 11 févr. 1971. — Ch. soc. — (Fonds commun des accidents du

travail C. Compan-Vaquer). — MM. Laroque, pr. — Bolac, rap. — Orvain, av. gén. — Peignot et Goutet, av. — Cassation de Trib. grande inst. de Bordeaux, 7 janv. 1970.

Rép. dr. internat., v° *Sécurité sociale*, par J. Ribettes - Tillhet et R. Bonnet, n° 311 s.

ARCHITECTES, Responsabilité, Réception des travaux, Malfaçons apparentes, Réserves, Exigence de réparation, Nécessité. — CIV. 3^e, 16 déc. 1970.

Ayant relevé que l'architecte avait procédé, avec le maître de l'ouvrage, à la réception des travaux sans relever les malfaçons qui étaient apparentes, ni en exiger la réparation, et ayant ainsi énoncé les manquements commis par l'architecte à ses obligations contractuelles à l'égard du maître de l'ouvrage, les juges du fond ont pu mettre à la charge du premier la réparation partielle d'un préjudice qui était la conséquence directe de ses fautes (1).

Du 16 déc. 1970. — 3^e Ch. civ. — (Myslick C. Bachetta et autres). — MM. de Montera, pr. — Mestre, rap. — Tunc, av. gén. — Marcilhacy et Hennuyer, av. — Rejet du pourvoi contre Paris, 19 févr. 1969.

NOTE. — (1) V. G. Liet-Veaux, *La profession d'architecte, (statut juridique)*, 2^e éd., n° 523 s., p. 185 s.

Nouv. Rép. et Mise à jour, v° *Architecte*, n° 47 ; *Contrat d'entreprise*, n° 77 s. — Rép. civ., 2^e éd., v° *Architecte*, n° 182 s. ; 1^{re} éd. et Mise à jour, v° *Entreprise*, n° 130 s.

BAUX COMMERCIAUX, Renouvellement, Refus, Droit de repentir, Exercice impossible, Locataire, Location d'immeuble, Location commerciale, Nécessité (non). — CIV 3^e, 11 févr. 1971.

Aucune disposition n'interdit à un locataire commerçant de louer un nouveau local avant la date pour laquelle le congé lui a été donné, dès lors qu'il n'y a pas abus de droit dans le but de faire échec au droit de repentir du bailleur (1) ;

L'art. 32 du décret du 30 sept. 1953 n'exige pas que l'immeuble loué ou acheté par le locataire évincé ait une destination commerciale (2).

Du 11 févr. 1971. — 3^e Ch. civ. — (Bayard C. Blondin). — MM. de Montera, pr. — Decaudin, rap. — Tunc, av. gén. — Rousseau et Fortunet, av. — Rejet du pourvoi contre Poitiers, 9 juill. 1969.

NOTE. — (1 et 2) V. conf. Civ. 3^e, 5 avr. 1968 (*Rev. loyers* 1968, 387 ; *Bull. civ. III*, n° 157, p. 125 ; D. 1968, Somm. 89).

Nouv. Rép., v° *Louage*, n° 1559. — Rép. civ. et Rép. com., Mise à jour, v° *Louage-baux commerciaux*, n° 297 s.

BREVETS D'INVENTION, Concession de licence : 1^o Convention entre breveté et concessionnaire, Clause prévoyant un minimum de ventes, Clause résolutoire, Non paiement des redevances, Sanction, Appréciation des juges ; 2^o Redevances, Minimum de ventes, Licencié, Non réalisation, Faute du concédant, Effet. — COM. 8 déc. 1970.

Lorsqu'une concession de licence d'un brevet d'invention prévoit, d'une part, que le licencié devra réaliser un minimum de ventes, d'autre part, qu'à défaut de paiement à échéance de la redevance stipulée, la concession pourra être résolue de plein droit si bon semble au breveté et, enfin, que si le licencié n'atteint pas à quelque moment que ce soit le minimum de ventes, le breveté pourra exploiter personnellement ou faire exploiter, les juges ne font qu'user de leur pouvoir souverain d'interpréter des conventions imprécises, en déclarant qu'en l'absence, dans le contrat litigieux, d'une clause imposant au licencié le paiement des redevances correspondant au minimum de ventes exigé pour toute la durée du brevet, la perte de l'exclusivité constitue la seule sanction

CODE CIVIL

Chapitre II : Du respect du corps humain

Article 16

(Loi n° 75-596 du 9 juillet 1975 art. 6 Journal Officiel du 10 juillet 1975)

(inséré par Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 art. 1 I, II, art. 2 Journal Officiel du 30 juillet 1994)

La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.

Article 16-1

(inséré par Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 art. 1 I, II, art. 3 Journal Officiel du 30 juillet 1994)

Chacun a droit au respect de son corps.

Le corps humain est inviolable.

Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.

Article 16-2

(inséré par Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 art. 1 I, II, art. 3 Journal Officiel du 30 juillet 1994)

Le juge peut prescrire toutes mesures propres à empêcher ou faire cesser une atteinte illicite au corps humain ou des agissements illicites portant sur des éléments ou des produits de celui-ci.

Article 16-3

(Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 art. 1 I, II, art. 3 Journal Officiel du 30 juillet 1994)

(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 70 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)

(Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 art. 9 a Journal Officiel du 7 août 2004)

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Article 16-4

(Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 art. 1 I, II, art. 3 Journal Officiel du 30 juillet 1994)

(Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 art. 21 Journal Officiel du 7 août 2004)

Nul ne peut porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine.

Toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite.

Est interdite toute intervention ayant pour but de faire naître un enfant génétiquement identique à une autre personne vivante ou décédée.

Sans préjudice des recherches tendant à la prévention et au traitement des maladies génétiques, aucune transformation ne peut être apportée aux caractères génétiques dans le but de modifier la descendance de la personne.

■ Droits de l'homme

10 062 - La Cour EDH ne reconnaît pas l'existence d'un droit à la mort

Il n'est pas possible de déduire de l'article 2 de la Convention EDH un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique.

L'article 3 de la Convention EDH ne fait peser sur l'État défendeur aucune obligation positive de prendre l'engagement de ne pas poursuivre le mari de la requérante s'il venait à aider son épouse à se suicider ou de créer un cadre légal pour toute autre forme de suicide assisté.

La nature générale de l'interdiction du suicide assisté n'est pas disproportionnée. Il ne paraît pas arbitraire à la Cour que le droit reflète l'importance du droit à la vie en interdisant le suicide assisté tout en prévoyant un régime d'application et d'appréciation par la justice qui permet de prendre en compte dans chaque cas concret tant l'intérêt public à entamer des poursuites que les exigences justes et adéquates de la rétribution et de la dissuasion.

CEDH, 29 avr. 2002, req. n° 2346/02 ; aff. *Pretty c/ Royaume-Uni*.

Mots-clés : Conventions internationales - Convention européenne des droits de l'homme - Maladie dégénérative incurable - Suicide assisté - Droit anglais - Infraction - Conv. EDH, art. 2, 3 et 8 - Violation (non).

Juris-Classeur : Droit international, Fasc. 155-D, par Paul TAVERNIER, Constance GREWE et Hélène RUIZ-FABRI.

LA COUR - (...)

En droit :

I - Sur la recevabilité de la requête :

● 32. La requérante, qui souffre d'une maladie dégénérative incurable, allègue que des droits fondamentaux garantis par la Convention ont été violés à son égard par le refus du *Director of Public Prosecutions (DPP)* de prendre l'engagement de ne pas poursuivre son mari s'il l'aidait à mettre fin à ses jours et par l'état du droit anglais, qui ferait du suicide assisté une infraction dans son cas. Le Gouvernement soutient quant à lui que la requête doit être rejetée pour défaut manifeste de fondement aux motifs soit

que les griefs énoncés par la requérante ne mettent en cause aucun des droits invoqués par elle, soit qu'à admettre l'existence d'atteintes aux droits en question celles-ci sont couvertes par les exceptions prévues par les dispositions pertinentes de la Convention.

● 33. La Cour considère que la requête dans son ensemble soulève des questions de droit suffisamment sérieuses pour qu'une décision à leur égard ne puisse être adoptée qu'après un examen au fond des griefs. Aucun motif de la déclarer irrecevable n'ayant par ailleurs été établi, elle doit donc être retenue. Conformément à l'article 29, § 3 de la Convention, la Cour va maintenant se pencher sur le bien-fondé des griefs de la requérante.

II - Sur la violation alléguée de l'article 2 de la Convention :

(...)

A - Thèses des parties :

(...)

B - Appréciation de la Cour :

● 37. Parmi les dispositions de la Convention qu'elle juge primordiales, la Cour, dans sa jurisprudence, accorde la prééminence à l'article 2 (V. 27 sept. 1995, *Mc Cann et a. c/ Royaume-Uni* : Série A, n° 324, § 146 et 147). L'article 2 protège le droit à la vie, sans lequel la jouissance de l'un quelconque des autres droits et libertés garantis par la Convention serait illusoire. Il définit les circonstances limitées dans lesquelles il est permis d'infliger intentionnellement la mort, et la Cour a appliqué un contrôle strict chaque fois que pareilles exceptions ont été invoquées par des gouvernements défendeurs (*Mc Cann et a. c/ Royaume-Uni, préc.*, § 149 et 150).

● 38. Le texte de l'article 2 régleme explicitement l'usage délibéré ou intentionnel de la force meurtrière par des agents de l'État. Il a toutefois été interprété comme couvrant non seulement l'homicide volontaire, mais également les situations où il est permis d'avoir « recours à la force », pareil emploi de la force pouvant conduire à donner la mort de façon involontaire (*Mc Cann, préc.*, § 148). La Cour a par ailleurs jugé que la première phrase de l'article 2, § 1 astreint l'État non seulement à s'abstenir de donner la mort de manière intentionnelle et illégale, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (V. 9 juin 1998, *L.C.B. c/ Royaume-Uni* : Rec. CEDH 1998-III, p. 1403, § 36). Cette obligation va au-delà du devoir primordial d'assurer le droit à la vie en mettant en place une législation pénale concrète, dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations. Elle peut également impliquer, dans certaines circonstances bien définies, une obligation positive pour les autorités de prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu dont la vie est menacée par les agissements criminels d'autrui (28 oct. 1998, *Osman c/ Royaume-Uni* : Rec. CEDH 1998-VIII, § 115, et *KLC c/ Turquie, req. n° 22492/93, sect. 1* : Rec. CEDH 2000-III, § 62 et 76). Plus récemment,

dans l'affaire *Keenan contre Royaume-Uni* [req. n° 27229/95, sect. 3 : *Rec. CEDH 2001-III*], l'article 2 a été jugé s'appliquer à la situation d'un détenu souffrant d'une maladie mentale qui donnait des signes indiquant qu'il pourrait attenter à ses jours (V. *arrêt préc.*, § 91).

• 39. Dans toutes les affaires dont elle a eu à connaître, la Cour a mis l'accent sur l'obligation pour l'État de protéger la vie. Elle n'est pas persuadée que le « droit à la vie » garanti par l'article 2 puisse s'interpréter comme comportant un aspect négatif. Par exemple, si dans le contexte de l'article 11 de la Convention la liberté d'association a été jugée impliquer non seulement un droit d'adhérer à une association, mais également le droit correspondant à ne pas être contraint de s'affilier à une association, la Cour observe qu'une certaine liberté de choix quant à l'exercice d'une liberté est inhérente à la notion de celle-ci (V. *13 août 1981, Young, James et Webster c/ Royaume-Uni : Série A, n° 44, § 52, et 30 juin 1993, Sigurdur A. Sigurjónsson c/ Islande : Série A, n° 264, § 35*). L'article 2 de la Convention n'est pas libellé de la même manière. Il n'a aucun rapport avec les questions concernant la qualité de la vie ou ce qu'une personne choisit de faire de sa vie. Dans la mesure où ces aspects sont reconnus comme à ce point fondamentaux pour la condition humaine qu'ils requièrent une protection contre les ingérences de l'État, ils peuvent se refléter dans les droits consacrés par la Convention ou d'autres instruments internationaux en matière de droits de l'homme. L'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir ; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie.

• 40. La Cour estime donc qu'il n'est pas possible de déduire de l'article 2 de la Convention un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique. Elle se sent confortée dans son avis par la récente Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (§ 24 ci-dessus [ndlr : non reproduit]).

(...)

• 42. La Cour conclut donc à l'absence de violation de l'article 2 de la Convention.

III - Sur la violation alléguée de l'article 3 de la Convention :

(...)

A - Thèses des parties :

(...)

B - Appréciation de la Cour :

• 49. Tout comme l'article 2, l'article 3 de la Convention, doit être considéré comme l'une des clauses primordiales de la Convention et comme consacrant l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe (V. *7 juill. 1989, Soering c/ Royaume-Uni : Série A, n° 161, p. 34, § 88*). Contrastant avec les autres dispositions de la Convention, il est libellé en termes absolus, ne prévoyant ni exceptions ni conditions, et d'après l'article 15 de la Convention il ne souffre nulle dérogation.

(...)

• 52. En ce qui concerne les types de « traitements » relevant de l'article 3 de la Convention, la jurisprudence de la Cour parle de « mauvais traitements » atteignant un minimum de gravité et impliquant des lésions corporelles effectives ou une souffrance physique ou mentale intense (V. *18 janv. 1978, Irlande c/ Royaume-Uni [: série A, n° 25], p. 66, § 167, et V. c/ Royaume-Uni [GC], req. n° 24888/94 : Rec. CEDH 1999-IX, § 71*). Un traitement peut être qualifié de dégradant et tomber ainsi également sous le coup de l'interdiction de l'article 3 s'il humilie ou avilit un individu, s'il témoigne d'un manque de respect pour sa dignité humaine, voire la diminue, ou s'il suscite chez l'intéressé des sentiments de peur, d'angoisse ou d'infériorité propres à briser sa résistance morale et physique (V. *récentement, Price c/ Royaume-Uni, req. n° 33394/96, sect. 3 : Rec. CEDH 2001-VIII, § 24 à 30, et Valaënas c/ Lituanie, req. n° 44558/98, sect. 3 : Rec. CEDH 2001-VIII, § 117*). La souffrance due à une maladie survenant naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, peut relever de l'article 3 si elle se trouve ou risque de se trouver exacerbée par un traitement - que celui-ci résulte de conditions de détention, d'une expulsion ou d'autres mesures - dont les autorités peuvent être tenues pour responsables (V. *2 mai 1997, D. c/ Royaume-Uni [: Rec. CEDH 1997-III, p. 792, § 49], Keenan c/ Royaume-Uni, préc., et Bensaid c/ Royaume-Uni req. n° 44599/98, sect. 3 : Rec. CEDH 2000-I*).

• 53. En l'espèce, chacun reconnaît que le Gouvernement défendeur n'a pas, lui-même, infligé le moindre mauvais traitement à la requérante

• 54. La requérante soutient plutôt que le refus par la DPP de prendre l'engagement de ne pas poursuivre son mari si ce dernier l'aide à se suicider et la prohibition du suicide assisté édictée par le droit pénal s'analysent en un traitement inhumain et dégradant dont l'État est responsable, dans la mesure où il reste ainsi en défaut de la protéger des souffrances qu'elle endurera si sa maladie atteint son stade ultime. Ce grief recèle toutefois une interprétation nouvelle et élargie de la notion de traitement qui, comme l'a estimé la Chambre des Lords, va au-delà du sens ordinaire du mot. Si la Cour doit adopter une démarche souple et dynamique pour interpréter la Convention, qui est un instrument vivant, il lui faut aussi veiller à ce que toute interprétation qu'elle en donne cadre avec les objectifs fondamentaux poursuivis par le traité et préserve la cohérence que celui-ci doit avoir en tant que système de protection des droits de l'homme. L'article 3 doit être interprété en harmonie avec l'article 2, qui lui a toujours jusqu'ici été associé comme reflétant des valeurs fondamentales respectées par les sociétés démocratiques. Ainsi qu'il a été souligné ci-dessus, l'article 2 de la Convention consacre d'abord et avant tout une prohibition du recours à la force ou de tout autre comportement susceptible de provoquer le décès d'un être humain, et il ne confère nullement à l'individu un droit à exiger de l'État qu'il permette ou facilite son décès.

• 55. La Cour ne peut qu'éprouver de la sympathie pour la crainte de la requérante de devoir affronter une mort pénible si on ne lui donne pas la possibilité de mettre fin à ses jours. Elle a conscience que l'intéressée se trouve dans l'incapacité de se suicider elle-même en raison de son handicap physique et que l'État du droit est tel que son mari risque d'être poursuivi s'il lui prête son assistance. Toutefois, l'accomplissement de l'obligation positive invoquée en l'espèce n'entraînerait pas la suppression ou l'atténuation du dommage encouru (effet que peut avoir une mesure consistant, par exemple, à empêcher des organes publics ou des particuliers d'infliger des mauvais traitements ou à améliorer une situation ou des soins). Exiger de l'État qu'il accueille la demande, c'est l'obliger à cautionner des actes visant à interrompre la vie. Or pareille obligation ne peut être déduite de l'article 3 de la Convention.

• 56. La Cour conclut dès lors que l'article 3 de la Convention ne fait peser sur l'État défendeur aucune obligation positive de prendre l'engagement de ne pas poursuivre le mari de la requérante s'il venait à aider son épouse à se suicider ou de créer un cadre légal pour toute autre forme de suicide assisté. Partant, il n'y a pas eu violation de l'article 3.

III - Sur la violation alléguée de l'article 8 de la Convention :

(...)

A - Thèses des parties :

(...)

B - Appréciation de la Cour :

1. Applicabilité de l'article 8, § 1 de la Convention :

• 61. Comme la Cour a déjà eu l'occasion de l'observer, la notion de « vie privée » est une notion large, non susceptible d'une définition exhaustive. (...) Cette disposition protège (...) le droit au développement personnel et le droit d'établir et entretenir des rapports avec d'autres êtres humains et le monde extérieur (V., *par ex.*, [22 févr. 1994], *Burghartz c/ Suisse [: Série A, n° 280-B, § 24], in Rapp. Comm., op. cit., § 47, et Friedl c/ Autriche : Série A, n° 305-B, in Rapp. Comm., § 45*). Bien qu'il n'ait été établi dans aucune affaire antérieure que l'article 8 de la Convention comporte un droit à l'autodétermination en tant que tel, la Cour considère que la notion d'autonomie personnelle reflète un principe important qui sous-tend l'interprétation des garanties de l'article 8.

• 62. (...) La Cour observe que la faculté pour chacun de mener sa vie comme il l'entend peut également inclure la possibilité de s'adonner à des activités perçues comme étant d'une nature physiquement ou moralement dommageable ou dangereuse pour sa personne. La mesure dans laquelle un État peut recourir à la contrainte ou au droit pénal pour prémunir des personnes contre les conséquences du style de vie choisi par elle est depuis longtemps débattue, tant en morale qu'en jurisprudence, et le fait que l'ingérence est souvent perçue comme une intrusion dans la sphère privée et personnelle ne fait qu'ajouter à la vigueur du débat. Toutefois, même lorsque le comportement en cause représente un risque pour la santé ou lorsque l'on peut raisonnablement estimer qu'il revêt une nature potentiellement mortelle, la jurisprudence des organes de la Convention considère l'imposition par l'État de mesures contraignantes ou à caractère pénal comme attentatoire à la vie privée, au sens de l'article 8, § 1, et comme nécessitant une justification conforme au second paragraphe dudit article (V., *par ex.*, *en ce qui concerne la participation à des activités sadomasochistes consentielles s'analysant en des coups et blessures* [10 févr. 2002] ...)

concerne le refus d'un traitement médical, *Comm. EDH*, 10 déc. 1984, req. n° 10435/83 : *D.R.* 40, p. 251).

• 63. On pourrait certes faire observer que la mort n'était pas la conséquence voulue du comportement des requérants dans les affaires ci-dessus. La Cour estime toutefois que cela ne peut constituer un élément décisif. En matière médicale, le refus d'accepter un traitement particulier pourrait, de façon inéluctable, conduire à une issue fatale, mais l'imposition d'un traitement médical sans le consentement du patient s'il est adulte et sain d'esprit s'analyserait en une atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé pouvant mettre en cause les droits protégés par l'article 8, § 1 de la Convention. Comme l'a admis la jurisprudence interne, une personne peut revendiquer le droit d'exercer son choix de mourir en refusant de consentir à un traitement qui pourrait avoir pour effet de prolonger sa vie (V. § 17 et 18 ci-dessus [ndlr : non reproduits]).

• 64. S'il ne s'agit pas en l'espèce de soins médicaux, la requérante souffre des effets dévastateurs d'une maladie dégénérative qui va entraîner une détérioration graduelle de son état et une augmentation de sa souffrance physique et mentale. L'intéressée souhaite atténuer cette souffrance en exerçant un choix consistant à mettre fin à ses jours avec l'assistance de son mari. Ainsi que l'a déclaré Lord Hope, la façon dont elle choisit de passer les derniers instants de son existence fait partie de l'acte de vivre, et elle a le droit de demander que cela aussi soit respecté (V. § 15 ci-dessus [ndlr : non reproduit]).

• 65. La dignité et la liberté de l'homme sont l'essence même de la Convention. Sans nier en aucune manière le principe du caractère sacré de la vie protégé par la Convention, la Cour considère que c'est sous l'angle de l'article 8 que la notion de qualité de la vie prend toute sa signification. À une époque où l'on assiste à une sophistication médicale croissante et à une augmentation de l'espérance de vie, de nombreuses personnes redoutent qu'on ne les force à se maintenir en vie jusqu'à un âge très avancé ou dans un état de grave délabrement physique ou mental aux antipodes de la perception aiguë qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur identité personnelle.

• 66. Dans l'affaire *Rodriguez contre Procureur général du Canada* ([1994] 2 LRC 136), qui concernait une situation comparable à celle de la présente espèce, l'opinion majoritaire de la Cour suprême du Canada considéra que l'interdiction de se faire aider pour se suicider imposée à la demanderesse contribuait à la détresse de cette dernière et l'empêchait de gérer sa mort. Dès lors que cette mesure privait l'intéressée de son autonomie, elle requérait une justification au regard des principes de justice fondamentale. Si la Cour suprême du Canada avait à examiner la situation sous l'angle d'une disposition de la Charte canadienne non libellée de la même manière que l'article 8 de la Convention, la cause soulevait des problèmes analogues relativement au principe de l'autonomie personnelle, au sens du droit d'opérer des choix concernant son propre corps.

• 67. La requérante en l'espèce est empêchée par la loi d'exercer son choix d'éviter ce qui, à ses yeux, constituera une fin de vie indigne et pénible. La Cour ne peut exclure que cela représente une atteinte au droit de l'intéressée au respect de sa vie privée, au sens de l'article 8, § 1 de la Convention. Elle examinera ci-dessous la question de savoir si cette atteinte est conforme aux exigences du second paragraphe de l'article 8.

2. Observation de l'article 8, § 2 de la Convention :

• 68. Pour se concilier avec le paragraphe 2 de l'article 8, une ingérence dans l'exercice d'un droit garanti par celui-ci doit être « prévue par la loi », inspirée par un ou des buts légitimes d'après ce paragraphe et « nécessaire, dans une société démocratique », à la poursuite de ce ou ces buts (22 oct. 1981, *Dudgeon c/ Royaume-Uni* : *Série A*, n° 45, p. 19, § 43).

(...)

• 72. Les parties axent leur argumentation sur la question de la proportionnalité de l'ingérence révélée par les faits de l'espèce. La requérante s'en prend en particulier à la nature générale de l'interdiction du suicide assisté, en tant que celle-ci omet de prendre en compte sa situation d'adulte saine d'esprit, qui sait ce qu'elle veut, qui n'est soumise à aucune pression, qui a pris sa décision de façon délibérée et en parfaite connaissance de cause, et qui ne peut donc être considérée comme vulnérable et comme nécessitant une protection. Cette inflexibilité signifie selon l'intéressée qu'elle va être forcée d'endurer les conséquences de sa maladie pénible et incurable, ce qui pour elle représente un coût personnel très élevé.

• 73. La Cour note que si le Gouvernement soutient que la requérante, personne à la fois désireuse de se suicider et sévèrement handicapée, doit être considérée comme vulnérable, cette assertion n'est pas étayée par les preuves produites devant les juridictions internes ni par les décisions de la Chambre des Lords, qui, tout en soulignant que le droit au Royaume-Uni est là pour protéger les personnes vulnérables, ont conclu que la requérante ne relevait pas de cette catégorie.

• 74. La Cour considère néanmoins, avec la Chambre des Lords et la majorité de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Rodriguez*, que les États ont le droit de contrôler, au travers de l'application du droit pénal général, les activités préjudiciables à la vie et à la sécurité d'autrui (V. également *Laskey, Jaggard et Brown préc.*, § 43). Plus grave est le dommage encouru et plus grand est le poids dont pèseront dans la balance les considérations de santé et de sécurité publiques face au principe concurrent de l'autonomie personnelle. La disposition légale incriminée en l'espèce, à savoir l'article 2 de la loi de 1961, a été conçue pour préserver la vie en protégeant les personnes faibles et vulnérables - spécialement celles qui ne sont pas en mesure de prendre des décisions en connaissance de cause - contre les actes visant à mettre fin à la vie ou à aider à mettre fin à la vie. Sans doute l'état des personnes souffrant d'une maladie en phase terminale varie-t-il d'un cas à l'autre. Mais beaucoup de ces personnes sont vulnérables, et c'est la vulnérabilité de la catégorie qu'elles forment qui fournit la *ratio legis* de la disposition en cause. Il incombe au premier chef aux États d'apprécier le risque d'abus et les conséquences probables des abus éventuellement commis qu'impliquerait un assouplissement de l'interdiction générale du suicide assisté ou la création d'exceptions au principe. Il existe des risques manifestes d'abus, nonobstant les arguments développés quant à la possibilité de prévoir des garde-fous et des procédures protectrices.

(...)

• 76. Aussi la Cour considère-t-elle que la nature générale de l'interdiction du suicide assisté n'est pas disproportionnée. Le Gouvernement souligne qu'une certaine souplesse est rendue possible dans des cas particuliers : d'abord, des poursuites ne pourraient être engagées qu'avec l'accord du DPP ; ensuite, il ne serait prévu qu'une peine maximale, ce qui permettrait au juge d'infliger des peines moins sévères là où il l'estime approprié. Le rapport du comité restreint de la Chambre des Lords précisait qu'entre 1981 et 1992, dans vingt-deux affaires où était soulevé le problème de l'« homicide par compassion », les juges n'avaient prononcé qu'une seule condamnation pour meurtre, qu'ils avaient assortie d'une peine d'emprisonnement à vie, des qualifications moins graves ayant été retenues dans les autres affaires, qui s'étaient soldées par des peines avec mise à l'épreuve ou avec sursis (§ 128 du rapport cité au § 21 ci-dessus [non reproduit]). Il ne paraît pas arbitraire à la Cour que le droit reflète l'importance du droit à la vie en interdisant le suicide assisté tout en prévoyant un régime d'application et d'appréciation par la justice qui permet de prendre en compte dans chaque cas concret tant l'intérêt public à entamer des poursuites que les exigences justes et adéquates de la rétribution et de la dissuasion.

• 77. Eu égard aux circonstances de l'espèce, la Cour ne voit rien de disproportionné non plus dans le refus du DPP de prendre par avance l'engagement d'exonérer de toute poursuite le mari de la requérante. Des arguments puissants fondés sur l'état de droit pourraient être opposés à toute prétention par l'exécutif de soustraire des individus ou des catégories d'individus à l'application de la loi. Quoi qu'il en soit, vu la gravité de l'acte pour lequel une immunité était réclamée, on ne peut juger arbitraire ou déraisonnable la décision prise par le DPP en l'espèce de refuser de prendre l'engagement sollicité.

• 78. La Cour conclut que l'ingérence incriminée peut passer pour justifiée comme « nécessaire, dans une société démocratique », à la protection des droits d'autrui. Partant, il n'y a pas eu violation de l'article 8 de la Convention.

CASS CRIM.

N° 178

26 AVRIL 1988

(Bull. Crim. 1988)

OMISSION DE PORTER SECOURS. - Eléments constitutifs. - Eléments matériels et intentionnel. - Suicide.

Caractérise les éléments matériels et intentionnel du délit de l'article 63, alinéa 2, du Code pénal, l'arrêt constatant que l'auteur d'un ouvrage intitulé « Suicide, mode d'emploi », consulté sur l'efficacité de certaines méthodes préconisées, puis sur la dose mortelle d'un médicament par une personne lui faisant part, à deux reprises, de sa détermination à se donner la mort, non seulement s'abstient de conjurer le péril dont il avait connaissance, mais encore fournit à son correspondant des renseignements lui permettant de mettre son projet à exécution.

De ces constatations souveraines, les juges ont acquis la conviction que le prévenu n'avait jamais eu l'intention de porter secours au désespéré (1).

(1) Cf. A comparer : Crim., 23 avril 1971, Bull. crim. 1971, n° 116, p. 301 (irrecevabilité).

REJET du pourvoi formé par Le Bonniec Yves, contre un arrêt de la cour d'appel de Paris, 11^e chambre, du 28 novembre 1986, qui l'a condamné, pour abstention délictueuse de porter secours à personne en péril, à 6 mois d'emprisonnement avec sursis et 10 000 francs d'amende ainsi qu'à des réparations civiles.

26 avril 1988.

N° 87-82.011.

LA COUR,

Vu les mémoires produits en demande et en défense ;

Sur le moyen unique de cassation, pris de la violation des articles 8 de la Déclaration des droits de l'homme du 26 août 1789, 4, 63 du Code pénal, 592 et 593 du Code de procédure pénale :

« en ce que l'arrêt attaqué a condamné Yves Le Bonniec du chef de non-assistance à personne en danger ;

« aux motifs qu'à la réception des lettres de Michel Bonnal, Yves Le Bonniec ne pouvait douter de la détermination du signataire de réaliser son intention suicidaire ; que la lecture de la seconde lettre était suffisante pour lui faire prendre conscience de l'état de dépression de Michel Bonnal et de l'imminence du danger auquel était exposé celui qui n'attendait qu'une réponse de sa part pour mettre à exécution son projet de disparition en douceur ; qu'à l'évidence une intervention immédiate était nécessaire pour prévenir un péril mortel constant et imminent couru par Michel Bonnal dont l'état de détresse et la fragilité psychique étaient connus d'Yves Le Bonniec ; qu'il était possible à Yves Le Bonniec, soit d'user de l'influence qu'il pouvait avoir sur cet être faible pour le dissuader de son projet, soit d'alerter à cette fin une association de prévention ; que non seulement il s'est abstenu de provoquer toute aide et de tenter de conjurer le péril, mais encore, en fournissant au désespéré les renseignements par lui demandés, il

« alors que, d'une part, le délit de non-assistance à personne en danger, qui réprime une omission, ne peut en aucun cas être retenu pour punir un acte positif ; que le suicide ne constituant pas, en droit français, un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne, les faits qui ont concouru à l'exécution du suicide ou l'ont facilitée ne sont susceptibles d'aucune qualification pénale ; que, dès lors, en condamnant Yves Le Bonniec pour avoir fourni à Michel Bonnal les renseignements qu'il lui demandait et qui lui ont permis d'exécuter son projet suicidaire, la Cour a non seulement violé par fausse application l'article 63 du Code pénal mais a méconnu le principe constitutionnel de la légalité des peines et des délits ;

« alors que, d'autre part, le péril imminent nécessaire pour caractériser le délit de non-assistance à personne en danger s'entend de celui auquel il apparaît qu'il doit être fait face sur l'heure ; que la loi a seulement égard à la nature du péril à l'heure même où la personne qui peut y porter secours en a connaissance, sans que l'on puisse prendre en considération, pour apprécier l'imminence et la gravité du péril, des circonstances ultérieures ; qu'en l'espèce la lettre adressée le 8 janvier 1983 par Michel Bonnal à Yves Le Bonniec, formulée en termes neutres, posant une question technique et qui ne comportait aucune considération personnelle sur l'état dépressif ou le

désespoir de son auteur, ne pouvait en aucun cas caractériser un péril imminent auquel il devait être fait face sur l'heure ; que, dès lors, l'arrêt attaqué, qui a pris en considération le suicide ultérieur de Michel Bonnal, le 2 mars 1983, soit près de deux mois après la lettre du 8 janvier 1983, pour affirmer que celle-ci révélait un péril mortel, imminent et constant, a violé l'article 63 du Code pénal ;

« alors, enfin, que le péril doit être imminent et constant pour le prévenu, lequel ne doit avoir aucun doute sur la nécessité absolue de son intervention immédiate, dont l'omission ne peut être sanctionnée que si elle était possible ; qu'en l'espèce Yves Le Bonniec, qui ne connaissait pas Michel Bonnal et ne l'avait jamais vu, n'a pu procéder à aucune constatation personnelle sur la gravité de son état psychique et de son désespoir ; que, de plus, les lettres de Michel Bonnal lui étaient adressées de Montpellier ; que, dès lors, non seulement Yves Le Bonniec ne pouvait avoir conscience de l'imminence du péril, mais il lui était au surplus impossible d'intervenir, puisque, demeurant à Paris, il ne pouvait sur l'heure intervenir personnellement auprès de Michel Bonnal, qu'il lui était impossible de faire appel à un médecin qui, en l'absence d'urgence, ne pouvait intervenir qu'à la demande de l'intéressé, et qu'il lui était également impossible, en l'absence de demande de Michel Bonnal lui-même, de provoquer l'intervention des associations de prévention ; que, d'ailleurs, les seules paroles de réconfort que l'arrêt attaqué lui reproche de ne pas avoir adressées ne caractérisent pas le devoir de secours dont l'abstention est pénalement réprimée » ;

Attendu que l'arrêt attaqué et le jugement auquel il se réfère constatent que souffrant d'une grave dépression nerveuse, Bonnal s'est par deux fois adressé aux auteurs du livre « Suicide mode d'emploi » pour leur demander d'abord des précisions sur certaines des méthodes décrites dans l'ouvrage, ensuite sur la dose mortelle d'un médicament cité dans le livre et qu'on venait de lui prescrire ; que Le Bonniec, l'un des auteurs, a répondu en indiquant la première fois qu'il préconisait l'intoxication médicamenteuse comme étant la plus susceptible de procurer une mort douce, la seconde fois en précisant la quantité de comprimés à absorber ; que quelque temps plus tard Bonnal se donnait la mort par absorption massive dudit médicament ; que la cour d'appel relève ensuite que dès réception de la première lettre dans laquelle Bonnal faisait part de son désespoir et de sa pensée profonde de disparaître, Le Bonniec était avisé du risque de mort encouru par son correspondant, qu'au reçu de la seconde lettre traduisant la volonté persistante de celui-ci et son attente de renseignement sur les moyens d'aboutir au suicide à l'aide du médicament à lui prescrit, le prévenu ne pouvait douter de la détermination du signataire des lettres dont la lecture était suffisante pour lui faire prendre conscience de l'imminence du danger ; qu'à l'évidence une intervention immédiate était nécessaire pour prévenir le péril mortel constant et imminent couru par Bonnal dont l'état de détresse et la fragilité psychique lui étaient connus ; que les juges énoncent enfin qu'il était possible à Le Bonniec soit d'user de l'influence qu'il pouvait avoir sur cet être faible pour le dissuader, soit d'alerter une association de prévention ; que non seulement il s'est abstenu de provoquer toute aide et de tenter de conjurer le péril mais

encore en fournissant au désespéré les renseignements demandés, il lui a permis de mettre son projet à exécution ; qu'un tel comportement témoigne de sa volonté de ne pas porter assistance à une personne qu'il savait en danger ;

Attendu qu'en statuant ainsi la cour d'appel a caractérisé les éléments matériels et intentionnel du délit prévu à l'article 63, alinéa 2, du Code pénal sans encourir les griefs du moyen, qui ne tendent qu'à remettre en cause les constatations souveraines des juges ; que ceux-ci ont acquis la conviction qu'en fournissant des renseignements à son correspondant, le demandeur n'avait jamais eu l'intention de lui porter secours ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme ;

REJETTE le pourvoi.

Président : M. Berthiau, conseiller doyen faisant fonction. – *Rapporteur* : M. Dardel. – *Avocat général* : Mme Pradain. – *Avocats* : la SCP Waquet et Farge, M. Barbey.

Avis sur Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie

N°63 - 27 Janvier 2000

-
- 1. Vivre et mourir aujourd'hui
 - 2. Mieux mourir aujourd'hui
 - 3. Des situations aux limites : l'euthanasie en débat
 - 4. Engagement solidaire et exception d'euthanasie
 - Références
 - Annexes
-

Les progrès réalisés ces dernières décennies en matière d'hygiène de vie et ceux des techniques médicales conduisent à un allongement remarquable de la durée de la vie. En même temps, on assiste à un certain effacement des frontières entre la mort et la vie et, d'une certaine manière, à une désappropriation par le mourant de sa propre mort. S'ensuivent bien des problèmes éthiques et humains inédits. En attestent les hésitations et fluctuations récentes des législations sur ce point, les nombreux débats -souvent à fort impact médiatique- sur la question et une production littéraire non négligeable. En France notamment l'application stricte de la loi amène à qualifier l'euthanasie d'homicide volontaire, d'assassinat ou de non assistance à personne en danger. Mais les juridictions qui sont rarement saisies en la matière font preuve, lorsqu'elles condamnent, de la plus grande indulgence. Par ailleurs, divers mouvements d'opinion militent en faveur d'une modification des textes.

Le CCNE s'est déjà prononcé à ce propos [7], mais son avis, dicté par l'urgence, en était resté à la formulation de quelques principes forts, à partir desquels il désapprouvait qu'un texte législatif ou réglementaire légitime l'acte de donner la mort à un malade. Huit ans plus tard, en 1998, dans son rapport *Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche* [9], le même CCNE se déclarait favorable à une discussion publique sereine sur le problème de l'accompagnement des fins de vie, comprenant notamment la question de l'euthanasie. Il se demandait alors si sa prise de position de 1991 n'était pas dépassée et insistait sur l'importance d'une réflexion en commun sur la question des circonstances précédant le décès. Le présent rapport tente d'apporter des éléments à cette réflexion nécessaire.

1. Vivre et mourir aujourd'hui

Nul ne songe à nier et moins encore à déplorer les progrès de l'hygiène et de la médecine qui marquent notre époque de façon déterminante. La qualité de la vie d'une façon générale et son allongement spectaculaire dans les pays occidentaux en témoignent abondamment. Dans ces pays par exemple, environ une petite fille sur deux naissant aujourd'hui deviendra centenaire.

Ces avancées ne vont toutefois pas sans contraintes, dont la médicalisation des fins de vie. 70% de la population meurt actuellement à l'hôpital ou en institution. Le fait en lui-même, fruit d'une prise en charge bénéfique, ne saurait être critiqué. Mais l'hospitalisation a ses revers: elle arrache à son environnement familial et humain une personne fragilisée qu'elle confie à des systèmes techniques souvent très perfectionnés, mais dont la logique même consiste à la traiter de façon objective. La technique se caractérise en effet par ses performances. Mais face à la mort inéluctable, quelle performance est-on en droit d'espérer? Performante, la technique est aussi, par essence, impersonnelle. Par ailleurs, elle se fragmente et fragmente qui elle touche, elle multiplie sans cesse les réseaux de ses pouvoirs en spécialités, appareils et produits de plus en plus divers et sophistiqués, morcelant l'unité de la personne prise en charge et la transformant plus que jamais en

patient. La prolongation médicale de la vie entraîne parfois des conséquences peu compatibles avec la qualité de la vie. Certes, le recours à ces manières de faire, nécessaires pour assurer survie et rétablissement, se justifie en règle générale par son caractère temporaire et provisoire; il devient plus problématique lorsque, la fin approchant, il tend à former le dernier milieu au sein duquel la personne est conduite à vivre.

L'emprise technique qui marque notre temps rejoint la quête d'immortalité qui habite depuis toujours l'humanité. Beaucoup croient alors et beaucoup espèrent que les progrès de la science permettront d'échapper un jour à la mort elle-même. Les fantasmes sur la cryogénisation, consistant à maintenir un cadavre dans un caisson à -196 deg; en attendant d'éventuels progrès techniques permettant la guérison d'un malade, ou sur le clonage, en témoignent à leur manière. Mais il n'est pas besoin d'adhérer à de telles croyances pour constater combien la mort a disparu de notre environnement quotidien. Les rites mortuaires, dont le deuil, s'érodent et la mort devient une manière de tabou. L'évoquer ou y penser devient plus ou moins obscène ou pathologique.

Il y a un peu plus de trois siècles, Jean de La Fontaine pouvait écrire du laboureur désireux de faire à ses enfants l'éloge du travail:

Un riche laboureur, sentant sa mort prochaine,
Fit venir ses enfants, leur parla sans témoins

La mort était alors entourée, affaire familiale ou publique ce qui est loin d'avoir disparu chez nous et ce qu'elle demeure dans bien des régions du monde. Mais ce qui frappe le plus dans les vers cités, c'est la mention, - qui a l'air toute naturelle pour l'auteur, - de ce que le laboureur **sent venir sa mort** et s'y prépare. Peut-on en dire autant aujourd'hui?

En fait, les incontestables progrès de la médecine et de la technique et les fantasmes d'immortalité ont conduit bien souvent à **déposséder la personne de sa mort**; à ne pas toujours lui permettre -là où ce serait encore possible- de prendre en charge ses derniers moments et de les vivre.

En effet la mort fait encore partie de la vie d'une certaine manière. Elle l'achève et la clôture et lui permet d'arriver à une forme d'unité. L'identité d'une personne n'est en effet jamais définie tant qu'elle n'est pas close. Et le pouvoir mystérieux de la mort tient dans le fait que, tout en mettant fin à la vie (en l'anéantissant, hors toute perspective de foi), il lui donne pourtant valeur et sens. La scansion et la sanction de la mort forment les conditions d'existence du temps humain lui-même.

Une pratique médicale qui ne serait attachée qu'au principe impersonnel et dépersonnalisant de la technique, comme à l'utopie d'une vie sans fin, n'entrerait-elle pas alors en conflit avec ces autres valeurs fondamentales de l'existence humaine que sont la vulnérabilité, le sens de la fin, l'autonomie et la dignité?

C'est dans ce contexte que certains posent la question de l'euthanasie ou bonne mort (2).

2. Mieux mourir aujourd'hui

Il serait illusoire de croire que mourir et l'amélioration des conditions qui entourent cet événement puissent jamais constituer un bien, vers lequel se diriger de façon conquérante. Mourir reste une épreuve douloureuse et difficile, quelle que soit l'expérience spirituelle de la personne, et on ne peut que tenter d'en atténuer la douleur et la difficulté, en évitant de tomber dans cette autre utopie qui consisterait à croire que serait à portée de main ou de technique une bonne mort ou belle mort. C'est d'ailleurs une des difficultés que présente la position donnant à penser que l'on peut maîtriser totalement la/sa vie et la/sa mort. Cela dit, le problème des conditions en fonction desquelles les uns et les autres peuvent être conduits à affronter la mort ne doit pas être évité.

Certains gestes et attitudes font l'objet aujourd'hui d'un très large consensus et méritent d'être encouragés. Ils engagent fortement la responsabilité des soignants et appellent la mission même de la médecine à se renouveler. Ils correspondent à la prise de conscience que la personne arrivée au terme de sa vie, malgré son extrême fragilité et sa vulnérabilité, surtout à cause d'elles, doit être respectée dans son autonomie et sa dignité. Ces gestes et attitudes concernent notamment le développement des soins palliatifs, l'accompagnement des mourants et le refus de l'acharnement thérapeutique. Le respect rigoureux des

dispositions liées aux exigences qu'elles énoncent tendra très certainement à placer la question de l'euthanasie proprement dite à une plus juste place.

2.1. Le développement des soins palliatifs

La notion de soins palliatifs promue dans les années 1970 par les pionniers du Saint Christopher Hospice de Londres, visait surtout la fin de vie des patients atteints de cancer. Elle s'est progressivement étendue au stade terminal d'autres affections et diversifiée en fonction des pathologies et de l'âge des malades, notamment les patients plus jeunes touchés par le sida. Les soins palliatifs ont été mis en oeuvre en France dès les années 1980 dans des services de gérontologie. Ils connaissent aujourd'hui un essor notable, mais peuvent être encore améliorés.

Les soins palliatifs se présentent comme des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique et spirituelle (3). Ces soins peuvent se pratiquer tant en institution qu'au domicile du malade.

Leur visée est simple: permettre au processus naturel de la fin de la vie de se dérouler dans les meilleures conditions, tant pour le malade lui-même que pour son entourage familial et institutionnel. Aussi les soins palliatifs visent-ils à contrôler la douleur et les autres symptômes d'inconfort en préservant autant que faire se peut la vigilance et la capacité de relation du malade avec l'entourage; ils assurent la nutrition et l'hydratation de façon adaptée à la fin de la vie, en évitant les manoeuvres instrumentales inutiles; ils garantissent une prise en charge de qualité -à la base même du confort et élément essentiel du réconfort- et s'efforcent de maintenir la communication avec le malade en lui apportant le soutien relationnel adéquat, quand la communication verbale reste possible, ou, lorsque celle-ci s'avère impossible, en exploitant les ressources de la communication non-verbale.

Au delà de l'attention à la personne en fin de vie, l'ensemble des membres d'une unité ou d'une équipe de soins palliatifs veille 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. Après le décès, l'action se poursuit par un soutien auprès de la famille, dans un but de prévenir les complications somatiques et psychologiques du deuil, notamment le suicide, auquel les conjoints âgés, particulièrement les hommes, sont exposés.

En France, l'importance des soins palliatifs fut reconnue dès 1986 dans une circulaire ministérielle relative à l'organisation des soins aux patients en phase terminale [6]. Cette circulaire définissait les soins palliatifs et officialisait la création d'unités appropriées (4). Depuis 1991 ces soins font partie des missions de l'hôpital et leur accès est présenté comme un droit des malades [17] (5). Une enquête, réalisée en 1993, fit le point sur la diffusion des soins palliatifs, les obstacles à leur développement et la manière de les surmonter. Le rapport qui en est issu [15] a fait de très nombreuses propositions et recommandations concernant l'organisation des soins palliatifs, le contrôle de la douleur, la formation et le soutien des soignants, la place des bénévoles dans l'accompagnement des mourants et leur famille, ainsi que l'accompagnement à domicile et à l'hôpital.

Depuis 1993, plusieurs initiatives réglementaires ont été prises. La plus récente organise la mise en oeuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés (6). La loi du 9 juin 1999 [18] enfin vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et à un accompagnement pour toute personne malade dont l'état le requiert. L'efficacité de cette loi reste néanmoins subordonnée à son financement. En la votant les parlementaires français se sont conformés à l'esprit du projet de recommandation du Conseil de l'Europe, rendu public en mai 1999, et qui vise à assurer aux malades incurables et aux mourants le droit aux soins palliatifs [13].

Au plan de la déontologie, le Code de déontologie médicale de 1995 [19] énonce qu'en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade et de l'apaiser moralement (article 37); il ajoute qu'il convient d'accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une

vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage (article 38). Le commentaire dont cet article est assorti fait apparaître la continuité de l'acte médical, passant du curatif au palliatif et souligne tout l'intérêt de soins spécifiques dans la situation d'une vie parvenue irrémédiablement à son terme.

2.2. L'accompagnement des mourants

Depuis la circulaire Laroque de 1986, l'accompagnement est reconnu comme une partie essentielle des soins palliatifs visant à réinscrire la fin de vie dans le cadre des relations sociales habituelles. Il cherche à replacer la personne parvenue au terme de sa vie dans son contexte familial et social et, ce faisant, à replacer la mort dans le cadre des événements familiaux dont elle s'était trouvée trop souvent écartée. L'accompagnement engage non seulement les soignants mais aussi la famille et des bénévoles.

Le rapport Delbecq de 1994 soulignait les principales composantes de la philosophie de l'accompagnement: respect de la vie privée, prise en compte du malade et de sa famille comme un ensemble, qui a besoin d'une aide pour s'adapter à une situation angoissante et déstabilisante, [et pour] parler et participer activement aux soins.

Le récent Avis du Conseil Economique et Social relatif à l' *Accompagnement des personnes en fin de vie* [14] insiste sur le rôle positif que peuvent jouer les bénévoles pour seconder les équipes soignantes et les familles. Ni soignants, ni parents, ils sont l'interface, parfois le seul, entre le malade et l'extérieur, la présence du monde en mouvement, de la société dans le huis-clos où la fin de vie tend à confiner le malade. Le bénévole est celui à qui l'on peut tout dire, qui peut tout écouter, même le silence.

Les dispositions inscrites dans la récente loi sur les soins palliatifs vont en ce sens et instituent un congé d'accompagnement permettant aux salariés de prendre le temps d'être près d'une personne en fin de vie, que ce soit en tant que parent ou bénévole. Il est précisé que ces bénévoles devront être formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenir à des associations dotées d'une charte définissant les principes à respecter dans leur action. On peut noter cependant que ces dispositions resteront théoriques tant que leur financement n'aura pas été assuré.

2.3. Le refus de l'acharnement thérapeutique

L'acharnement thérapeutique se définit comme une **obstination déraisonnable**, refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable (8). L'accord quant à son rejet est aujourd'hui largement réalisé, tant par les instances religieuses, qu'éthiques et déontologiques. Dès 1957 le pape Pie XII reconnaissait que le devoir de soigner n'impliquait pas le recours à des moyens thérapeutiques inutiles, disproportionnés ou imposant une charge qu'il (le malade) jugerait extrême pour lui-même ou pour autrui [21] (9). Ce point est réaffirmé en 1980 dans la *Déclaration sur l'euthanasie* de la Congrégation pour la Doctrine de la foi (point 4, [12]) et, pour l'ensemble, est partagé par les diverses instances religieuses et spirituelles (10). De la même façon, tous les comités d'éthique qui ont eu à réfléchir sur l'euthanasie ces dernières années dénoncent ... l'acharnement thérapeutique déraisonnable, poursuivi au-delà de tout espoir. [La thérapeutique] doit laisser place à l'apaisement des souffrances qui reste le devoir du médecin [7].

Le *Code de déontologie médicale* de 1995[19] indique pour sa part en son article 37 qu'en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations thérapeutiques. Et le commentaire du Code de préciser qu'un souci outrancier de prolonger la vie peut conduire à des excès (11).

Il est à noter à ce propos que, dans certains pays, le Danemark par exemple, le refus de l'acharnement thérapeutique va jusqu'à la reconnaissance d'un droit des malades à refuser un traitement. La récente loi française [18] visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs contient une disposition allant dans ce sens, lorsqu'elle indique que la personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique.

Les situations pour lesquelles se pose la question de l'acharnement thérapeutique sont fort diverses et leurs limites ne sont pas toujours faciles à appréhender. Elles se situent notamment aux deux extrémités de la vie et concernent aussi bien le nouveau-né (12) que le grand vieillard. Dans le premier cas, on peut avoir affaire à des nouveau-nés (13) dont la possibilité de vie est illusoire. Dans le second, de grands vieillards peuvent se trouver en situation aiguë de polypathologie à proprement parler incurable. Le refus de l'acharnement thérapeutique peut certes précipiter l'instant de la mort, mais il implique -par définition- l'acceptation du risque mortel consécutif au traitement de la douleur comme à l'abstention et à la limitation de traitements. La lutte contre la douleur - quelles que soient ses modalités et sa fin - non seulement n'est pas un crime, mais est un devoir pour tout soignant. Le traitement de celle-ci ne cherche pas à tuer et si la mort survient dans la paix, elle survient à l'heure qu'elle a choisie. Agir de la sorte revient tout simplement à lutter de façon responsable et efficace contre la douleur et la souffrance. Cette attitude peut aussi traduire le refus de situations inhumaines, par exemple en cas de disproportion entre l'objectif visé par la thérapeutique et la situation réelle, ou si la poursuite d'une thérapeutique active entraîne une souffrance disproportionnée par rapport à un objectif irréalisable. L'arrêt de toute assistance respiratoire ou cardiaque signifie seulement que l'on reconnaît la vanité de cette assistance, et par là-même l'imminence de la mort. De ce fait, l'abstention de gestes inutiles peut être le signe d'un réel respect de l'individu.

On ne cachera pas que, dans ces divers cas, la décision médicale de ne pas entreprendre une réanimation, de ne pas la prolonger ou de mettre en oeuvre une sédation profonde -que certains qualifient parfois d'euthanasie passive- peut avancer le moment de la mort. Il ne s'agit pas d'un arrêt délibéré de la vie mais d'admettre que la mort qui survient est la conséquence de la maladie ou de certaines décisions thérapeutiques qu'elle a pu imposer. En fait, ces situations de limitations des soins s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique et ne sauraient être condamnées au plan de l'éthique. Sans soutenir la participation à un suicide assisté ou à une euthanasie active, l'acceptation de la demande de restriction ou de retrait des soins actifs de la part d'un patient adulte, pleinement conscient et justement informé semble valide selon le principe éthique d'autonomie (14). Chez un patient privé de capacité décisionnelle, la communication entre les soignants et un représentant décisionnel et/ou des membres de la famille du patient est essentielle à l'aide à la prise de décision, en considérant notamment les valeurs et buts propres du patient, et la balance entre les bénéfices escomptés d'un traitement et ses contraintes ou ses servitudes. A l'égard d'un patient hospitalisé, ce devoir de communication devrait s'étendre à l'institution médicale encouragée à rédiger, dans une approche multidisciplinaire, des protocoles de prise en charge tentant de définir notamment les circonstances et les situations pouvant poser problème, et à consigner par écrit les éléments objectifs ayant guidé les choix effectués.

Il est vrai que la mise en oeuvre de ces principes reste difficile dans la pratique quotidienne. Elle se heurte notamment à la difficulté de reconnaître de façon précise les stades ultimes de la vie (15). On ne peut nier qu'il soit pénible aux soignants de renoncer aux traitements à visée curative pour passer aux soins palliatifs. Il faut aussi intégrer les difficiles questions d'organisation (comme la nécessaire coordination (16) entre médecine de ville et hôpital) relatives au suivi des malades qui peuvent se retrouver soumis soudain à une réanimation contraire à leur volonté, parfois simplement parce qu'a manqué la communication entre malade et soignant. Mais ces difficultés réelles ne sauraient entraver la nécessité de la progression vers ce qui doit rester l'objectif éthique décisif: tout faire pour ne pas entrer dans le cercle vicieux d'un acharnement qui ferait prévaloir le fonctionnement du système de soins sur le respect de la personne.

En conclusion: le CCNE manifeste son total accord sur les évolutions qui viennent d'être mentionnées. Celles-ci vont en effet toutes dans le sens d'une intégration des derniers moments de l'existence au sein de la vie elle-même, du respect des patients jusqu'à leurs ultimes instants et de la vocation des personnels soignants. Leur mise en oeuvre résolue devrait permettre, autant que faire se peut, à chaque individu de **se réapproprier sa mort**, réconforté par les siens et par ceux qui l'entourent. Aussi le CCNE encourage-t-il les

différents acteurs à l'oeuvre dans les domaines évoqués à poursuivre et à développer leurs efforts et invite-t-il les responsables politiques à en garantir le soutien financier indispensable.

Bien qu'elle puisse être de nature à réduire considérablement le nombre des demandes d'euthanasie, il n'est toutefois pas certain qu'une mise en oeuvre globale de cette manière de prendre en charge la fin de la vie incluant entre autres le développement des soins palliatifs et l'accompagnement aux mourants résolve totalement la question de l'euthanasie et évite qu'elle ne soit plus jamais posée. Celle-ci pourra apparaître cependant plus comme l'inutile recours que comme le secours impossible ou interdit.

A moins qu'entre ces deux éventualités ne se dessine la possibilité d'une ultime requête dans certains cas extrêmes et situations limites qui continueront à faire problème. Il convient donc de les aborder franchement.

3. Des situations aux limites : l'euthanasie en débat

3.1. Le cadre du débat

Certaines situations peuvent être considérées comme extrêmes ou exceptionnelles, là où elles se présentent d'abord comme hors normes. La norme en effet tient ici dans la nécessité pour le soignant de soigner -quoi qu'il en soit- et, pour le patient, de vouloir (sur)vivre. Mais il se peut aussi que cette volonté non seulement fasse défaut, mais se présente, à l'inverse, comme volonté d'en finir et de mourir.

C'est alors que se pose la question de l'euthanasie proprement dite. Celle-ci consiste en l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable (18). **Le CCNE unanime condamne un tel acte, envisagé et effectué hors de toute forme de demande ou de consentement de la personne elle-même ou de ses représentants** (19). Mais à supposer qu'une demande de suicide assisté soit sincère, déterminée et répétée, et ne cache pas un appel à l'aide, la question éthique se pose du fait de la difficulté de faire droit à deux exigences légitimes mais contradictoires :

Entendre la volonté de chaque personne, ses choix concernant sa liberté, son indépendance et son autonomie.

Assumer et assurer pour le corps social, dont la médecine est, à sa manière, le représentant auprès de tout malade, la défense et la promotion de valeurs, en dehors desquelles il n'y aurait ni groupe, ni société. Cette exigence se trouve tout particulièrement redoublée en ce qui concerne le corps médical, dont la vocation est de soigner la personne, d'aider à la vie et de ne jamais blesser la confiance que le patient peut mettre en lui. Ce que souligne avec force la dernière phrase de l'article 38 du Code de déontologie: le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Le CCNE s'est d'ailleurs déjà trouvé confronté à ce dilemme dans son rapport sur le consentement éclairé [9]. Il n'a pas cru pouvoir y répondre de façon simple, mais s'est efforcé de trouver les voies moyennes de compromis, plus ou moins satisfaisants au regard de la pure rationalité.

Cette difficulté fondamentale se trouve accentuée par les évolutions de la science et de la technique elles-mêmes. Il n'est en effet pas douteux que celles-ci, au service de la médecine et du malade, se révèlent de puissants et précieux auxiliaires dont la légitimité ne saurait être contestée. Et pourtant, dans un nombre de cas non négligeable, les avancées scientifiques et techniques posent des problèmes humains et éthiques inédits, bien difficiles à résoudre(20). Dans ce registre, se pose de façon particulièrement délicate le problème du patient privé de la capacité à exprimer sa volonté, qu'il s'agisse de nouveau-nés, de grands vieillards ou d'individus plus jeunes, victimes d'accidents graves ou de maladies les privant de moyens de communiquer.

Les situations pour lesquelles se pose la question de l'acharnement thérapeutique sont fort diverses et leurs limites ne sont pas toujours faciles à appréhender. Elles se situent notamment aux deux extrémités de la vie et concernent aussi bien le nouveau-né (12) que le grand vieillard. Dans le premier cas, on peut avoir affaire à des nouveau-nés (13) dont la possibilité de vie est illusoire. Dans le second, de grands vieillards peuvent se trouver en situation aiguë de polypathologie à proprement parler incurable. Le refus de l'acharnement thérapeutique peut certes précipiter l'instant de la mort, mais il implique -par définition- l'acceptation du risque mortel consécutif au traitement de la douleur comme à l'abstention et à la limitation de traitements. La lutte contre la douleur - quelles que soient ses modalités et sa fin - non seulement n'est pas un crime, mais est un devoir pour tout soignant. Le traitement de celle-ci ne cherche pas à tuer et si la mort survient dans la paix, elle survient à l'heure qu'elle a choisie. Agir de la sorte revient tout simplement à lutter de façon responsable et efficace contre la douleur et la souffrance. Cette attitude peut aussi traduire le refus de situations inhumaines, par exemple en cas de disproportion entre l'objectif visé par la thérapeutique et la situation réelle, ou si la poursuite d'une thérapeutique active entraîne une souffrance disproportionnée par rapport à un objectif irréalisable. L'arrêt de toute assistance respiratoire ou cardiaque signifie seulement que l'on reconnaît la vanité de cette assistance, et par là-même l'imminence de la mort. De ce fait, l'abstention de gestes inutiles peut être le signe d'un réel respect de l'individu.

On ne cachera pas que, dans ces divers cas, la décision médicale de ne pas entreprendre une réanimation, de ne pas la prolonger ou de mettre en oeuvre une sédation profonde -que certains qualifient parfois d'euthanasie passive- peut avancer le moment de la mort. Il ne s'agit pas d'un arrêt délibéré de la vie mais d'admettre que la mort qui survient est la conséquence de la maladie ou de certaines décisions thérapeutiques qu'elle a pu imposer. En fait, ces situations de limitations des soins s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique et ne sauraient être condamnées au plan de l'éthique. Sans soutenir la participation à un suicide assisté ou à une euthanasie active, l'acceptation de la demande de restriction ou de retrait des soins actifs de la part d'un patient adulte, pleinement conscient et justement informé semble valide selon le principe éthique d'autonomie (14). Chez un patient privé de capacité décisionnelle, la communication entre les soignants et un représentant décisionnel et/ou des membres de la famille du patient est essentielle à l'aide à la prise de décision, en considérant notamment les valeurs et buts propres du patient, et la balance entre les bénéfices escomptés d'un traitement et ses contraintes ou ses servitudes. A l'égard d'un patient hospitalisé, ce devoir de communication devrait s'étendre à l'institution médicale encouragée à rédiger, dans une approche multidisciplinaire, des protocoles de prise en charge tentant de définir notamment les circonstances et les situations pouvant poser problème, et à consigner par écrit les éléments objectifs ayant guidé les choix effectués.

Il est vrai que la mise en oeuvre de ces principes reste difficile dans la pratique quotidienne. Elle se heurte notamment à la difficulté de reconnaître de façon précise les stades ultimes de la vie (15). On ne peut nier qu'il soit pénible aux soignants de renoncer aux traitements à visée curative pour passer aux soins palliatifs. Il faut aussi intégrer les difficiles questions d'organisation (comme la nécessaire coordination (16) entre médecine de ville et hôpital) relatives au suivi des malades qui peuvent se retrouver soumis soudain à une réanimation contraire à leur volonté, parfois simplement parce qu'a manqué la communication entre malade et soignant. Mais ces difficultés réelles ne sauraient entraver la nécessité de la progression vers ce qui doit rester l'objectif éthique décisif: tout faire pour ne pas entrer dans le cercle vicieux d'un acharnement qui ferait prévaloir le fonctionnement du système de soins sur le respect de la personne.

En conclusion: le CCNE manifeste son total accord sur les évolutions qui viennent d'être mentionnées. Celles-ci vont en effet toutes dans le sens d'une intégration des derniers moments de l'existence au sein de la vie elle-même, du respect des patients jusqu'à leurs ultimes instants et de la vocation des personnels soignants. Leur mise en oeuvre résolue devrait permettre, autant que faire se peut; à chaque individu de **se réapproprier sa mort**, réconforté par les siens et par ceux qui l'entourent. Aussi le CCNE encourage-t-il les

Tels sont quelques-uns des problèmes dramatiques nouveaux, rançon de l'efficacité technique, auxquels la société est confrontée.

3.2. Les positions en présence

Face à ces dilemmes, deux types de positions sont couramment exprimés:

1. . La première s'appuie sur la conception qu'ont bien des personnes du **respect de toute vie humaine**. La vie est une réalité transcendante et ne peut être laissée à la libre disposition de l'homme (21). Les tenants de cette position **dénoncent les dérives** auxquelles ne manquerait pas d'ouvrir la reconnaissance d'un droit à l'euthanasie. Ils considèrent qu'autoriser l'euthanasie provoquerait une brèche morale et sociale considérable dont les conséquences sont difficiles à mesurer. Par ailleurs, les arguments suivants sont avancés:

- le principe du respect à tout prix de la vie ne pouvant être méconnu par celui ou par ceux qui interrompraient une vie, l'expression ambiguë d'aide au suicide cache le fait que c'est bien un tiers qui dispose d'une vie qui n'est pas la sienne;
- la dignité d'une personne peut certes être appréciée diversement selon qu'on la considère de l'extérieur ou telle que la ressent l'intéressé, mais la dignité reste un caractère intrinsèque de toute personne;
- la personne bien portante, demandant à ce qu'il soit mis fin à ses jours dans certaines circonstances, ne sait pas quelle sera sa réaction face à la maladie grave et à l'approche de la mort, ni son degré de constance. Le souhait d'en finir varie bien souvent en fonction de tel ou tel soulagement, information ou événement extérieur (22)
- les malades en fin de vie qui sont très sensibles à l'ambiance d'angoisse dégagée par les proches peuvent souhaiter épargner leur entourage par une demande qui ne correspond pas forcément à leur désir profond;
- les personnes privées de capacités relationnelles apparentes risquent d'être victimes du désir de mort de l'entourage familial ou soignant;
- le devoir déontologique du médecin est de soigner. Lorsqu'il n'a plus d'espoir de guérir, il lui reste toujours celui de soulager les souffrances, sans que la persévérance thérapeutique aille jusqu'à l'acharnement ou l'obstination thérapeutique déraisonnable-le soulagement des souffrances pouvant prendre, en conformité avec la déontologie, la forme de pratiques de sédation ;
- la justification légale de l'euthanasie, fût-ce dans des cas très limités, serait de nature à mettre un cran d'arrêt aux soins palliatifs ou du moins à en retarder l'évolution ou à faire intervenir de façon excessive des paramètres économiques ou de gestion hospitalière.

Les implications juridiques de cette position sont claires : il convient de s'en tenir à la législation actuelle où l'euthanasie est qualifiée soit d'homicide volontaire, soit d'assassinat, soit encore de non assistance à personne en danger. Cette position ne se veut toutefois ni intransigeante (intransigeance qui, par ailleurs, entretiendrait clandestinité et hypocrisie), ni fermée à toute détresse. Aussi n'exclut-elle pas que les juridictions fassent preuve - lorsqu'elles sont saisies- d'indulgence.

2. Dans un tout autre sens, certains pensent que **mourir dans la dignité implique un droit** qui doit être reconnu à qui en fait la demande (23).

Pour les tenants de cette position, la mort étant inéluctable, la plupart des humains veulent, dans nos sociétés occidentales, être rassurés sur les conditions de leur fin de vie. Ils refusent dans une très grande majorité la déchéance physique et intellectuelle.

L'existence humaine ne doit pas être comprise de façon purement biologique ou en termes uniquement quantitatifs. La vie est essentiellement un vécu et ressortit à un ordre symbolique. De ce fait, la demande d'assistance à une délivrance douce est pleinement un acte culturel.

Par ailleurs on avance que :

- l'individu est seul juge de la qualité de sa vie et de sa dignité. Personne ne peut juger à sa place. C'est le regard qu'il porte sur lui-même qui compte et non celui que pourraient porter les autres. La dignité est une **convenance** envers soi que nul ne peut interpréter. Elle relève de la liberté de chacun.
- La tentative de suicide n'est plus poursuivie en France depuis 1792. Et pourtant, si le suicide n'est pas condamnable, l'assistance à la mort consentie relève du Code pénal. Ce paradoxe devrait être surmonté par la dépénalisation de l'euthanasie.
- S'il est vrai que nul n'a le droit d'interrompre la vie de quelqu'un qui n'en a pas fait la demande, personne ne peut obliger quelqu'un à vivre. D'où la revendication d'un droit à l'euthanasie, qui ne serait nullement selon ces partisans en opposition avec le développement des soins palliatifs.
- Ce droit n'impose aucune obligation à quiconque. Personne n'est contraint à exécuter une demande et la clause de conscience est ici impérative.
- Le droit de mourir dans la dignité n'est pas un droit ordinaire. Il ne s'agit pas d'un droit accordé à un tiers de tuer. Mais il se présente comme la faculté pour une personne consciente et libre d'être **comprise** puis aidée dans une demande exceptionnelle qui est celle de mettre fin à **sa** vie.
- L'impératif éthique, dans le débat sur l'euthanasie, consisterait à ne jamais oublier qu'une demande d'assistance à une mort consentie, ou une demande d'euthanasie active, reste l'ultime espace de liberté auquel a droit l'homme. Aucune confiscation de ce droit, toujours révoquant, ne serait justifiable sous peine de persister dans une obstination thérapeutique déraisonnable, dont on a vu qu'elle est unanimement condamnée.

En termes juridiques, une **dépénalisation** de l'assistance à mourir devrait protéger suffisamment la liberté de chacun et éviter l'actuelle clandestinité et son cortège de déviances.

Pourtant, l'euthanasie active resterait une infraction.

Mais dans certaines circonstances, il serait admis des dérogations et des exonérations quant à la culpabilité de celui qui aide à mourir. Ainsi :

- lorsque les souffrances existentielles, psychologiques et sentimentales d'une personne sont insupportables et non maîtrisables et que cette personne demande qu'il y soit mis fin, le geste d'interruption de sa vie par un tiers ne devrait pas être incriminable (24)
- le caractère intolérable des souffrances subies comme l'absence raisonnable d'autres solutions pour les apaiser devrait être corroboré par le médecin traitant et par un autre soignant ou traitant
- la demande d'interruption de vie n'est pas un acte médical mais culturel relevant de la liberté individuelle. Elle doit être lucide, réitérée et libre. Elle se manifeste soit par un témoignage écrit pouvant être confié à un mandataire, susceptible de se substituer à la personne devenue inconsciente ou dans l'impossibilité de s'exprimer,

soit par tous moyens explicites. Le tiers intervenant ne doit avoir aucun intérêt personnel ou égoïste à satisfaire cette demande.

- La demande d'assistance à une mort consentie doit être formulée librement, consciemment, clairement et de manière réitérée. Elle est toujours révocable, afin de protéger la liberté individuelle et l'autonomie de la personne.

Les deux positions en débat sont porteuses de valeurs fortes et méritent attention et respect. Le Comité dans son ensemble le reconnaît et le souligne. Elles apparaissent toutefois inconciliables et leur opposition semble bien mener à une impasse. Faut-il s'y résigner et renoncer à avancer?

Face au dilemme, le Comité propose d'aborder le problème différemment.

4. Engagement solidaire et exception d'euthanasie

Le Comité renonce à considérer comme un droit dont on pourrait se prévaloir la possibilité d'exiger d'un tiers qu'il mette fin à une vie. La valeur de l'interdit du meurtre demeure fondatrice, de même que l'appel à tout mettre en oeuvre pour améliorer la qualité de la vie des individus. Par ailleurs, la perspective qui ne verrait dans la société qu'une addition de contrats individuels se révèle trop courte, notamment en matière de soins, là où le soignant ne serait plus considéré que comme un prestataire de services (25).

Mais, ce qui ne saurait être accepté au plan des principes et de la raison discursive, la **solidarité humaine et la compassion** peuvent le faire leur. Face à certaines **détresses**, lorsque tout espoir thérapeutique est vain et que la souffrance se révèle insupportable, on peut se trouver conduit à prendre en considération le fait que l'être humain surpasse la règle et que la simple sollicitude se révèle parfois comme le dernier moyen de **faire face ensemble à l'inéluctable**. Cette position peut être alors qualifiée d' **engagement solidaire** :

En effet, la solidarité peut être mobilisée dans les cas -sans doute rares- où la mise en oeuvre résolue des trois démarches évoquées ci-dessus (soins palliatifs, accompagnement, refus de l'acharnement thérapeutique) se révèle impuissante à offrir une fin de vie supportable.

Peuvent être évoqués, à titre d'exemples, les cas exceptionnels où la douleur n'est pas maîtrisée en dépit des moyens disponibles ; la personne totalement et définitivement dépendante de machines pour vivre, demande à en finir ; la personne irrémédiablement privée de capacités relationnelles a demandé à ne pas voir sa vie prolongée ; le cas des nouveau-nés autonomes et porteurs de séquelles neurologiques extrêmes incurables dont les parents ont été informés.

De telles détresses appellent la compassion et la sollicitude. Certes, ces termes peuvent être compris de façon paternaliste, comme sollicitant la pitié ou la commisération. Mais, conjuguées avec le respect et marquées par la recherche d'une relation partenariale authentique, compassion et sollicitude incitent à l'humanité, à la sensibilité et à la solidarité. Dépassant le seul registre du droit moral et de la revendication, elles marquent des ouvertures inédites, autorisées par le partage d'une commune condition.

Ces **ouvertures exceptionnelles** s'articulent autour de la notion de **consentir** et de **consentement** .

Le champ sémantique ouvert par ces termes comporte en effet trois éléments décisifs qui structurent l'engagement solidaire -dans lequel, par définition, il y va de plusieurs personnes prises dans un commun combat- dans un sens spécifique et précis :

- Consentir, c'est évidemment donner ou avoir donné son consentement. Tel est le cas de personnes pouvant, ou ayant pu, participer à l'évaluation de leur état et exprimer leur volonté ; ou encore de personnes qui, incapables au moment de leur fin, ont formellement signifié l'expression de cette volonté antérieurement et l'ont confiée à un tiers. A cet égard, le CCNE rappelle la position prise dans son *Rapport sur le Consentement éclairé* (26), proposant que toute personne (puisse) désigner pour

elle-même un 'représentant' (ou 'mandataire' ou 'répondant'), chargé d'être l'interlocuteur des médecins aux moments où elle est hors d'état d'exprimer elle-même ses choix. Dans le cas déjà évoqué des nouveau-nés autonomes et porteurs de séquelles neurologiques extrêmes, l'accord des parents devrait être requis comme marque de consentement.

Hors consentement, aucun acte euthanasique ne saurait être envisagé. Aussi, en l'absence de tiers (pour des personnes sans domicile fixe par exemple) cet acte se révèle-t-il tout simplement inacceptable.

- Consentir c'est acquiescer, accepter qu'une chose se fasse, ne pas s'entêter à l'empêcher quand, de toute manière, l'issue en paraît inéluctable. Face à la proximité d'une mort, en fin de vie, au bout du combat, le moyen le plus digne d'agir ne consiste-t-il pas à ne pas masquer ou fuir l'issue fatale, mais à lui faire face et donc à consentir?
- Consentir, c'est enfin **sentir avec**, s'engager dans un processus dont la finalité idéale est de l'ordre du **consensus**. Les éventuelles décisions d'actes euthanasiques ne devraient pas se présenter comme des **actes solitaires** et plus ou moins **arbitraires** mais comme le fruit de recherches tâtonnantes et **communes**, produit d'une réflexion aussi **con-sensuelle** que possible au sein d'une **équipe** et d'un entourage, consentant à mettre en oeuvre la moins mauvaise solution face à une situation extrême.

Dès lors, faire face aux diverses exigences du consentement engage, en situation, à la solidarité et autorise l'action. Celle-ci ne signifie pas l'application aveugle d'une règle impersonnelle et déresponsabilisante, mais la décision librement pesée et réfléchie de prendre le risque d'agir au moins mal.

Par ailleurs, il n'est jamais sain pour une société de vivre un décalage trop important entre les règles affirmées et la réalité vécue. L'engagement solidaire est, de fait, déjà une réalité, mais, plus ou moins clandestin, il s'exerce de façon inégalitaire et anarchique. De ce fait, s'instaure une manière de déni d'éthique à un double niveau : hypocrisie et clandestinité d'une part ; issues inégales en fonction des procédures et des juridictions sollicitées (lorsqu'elles le sont) de l'autre.

Sur le plan du droit, **ces constatations ne devraient pas conduire pour autant à la dépénalisation** et les textes d'incrimination du Code Pénal ne devraient pas subir de modification. Les juridictions, chargées de les appliquer, devraient recevoir les moyens de formuler leurs décisions sans avoir à user de subterfuges juridiques faute de trouver dans les textes les instruments techniques nécessaires pour asseoir leurs jugements ou leurs arrêts.

La procédure pénale pourrait offrir des solutions dont il n'appartient toutefois pas au CCNE de définir les modalités. Tout au plus peut-il tenter de formuler l'une ou l'autre suggestion de nature à contribuer à la réflexion.

L'acte d'euthanasie devrait continuer à être soumis à l'autorité judiciaire. Mais un examen particulier devrait lui être réservé s'il était présenté comme tel par son auteur. Une sorte d'**exception d'euthanasie**, qui pourrait être prévue par la loi, permettrait d'apprécier tant les circonstances exceptionnelles pouvant conduire à des arrêts de vie que les conditions de leur réalisation. Elle devrait faire l'objet d'un examen en début d'instruction ou de débats par une commission interdisciplinaire chargée d'apprécier le bien fondé des prétentions des intéressés au regard non pas de la culpabilité en fait et en droit, mais des mobiles qui les ont animés: souci d'abrèger des souffrances, respect d'une demande formulée par le patient, compassion face à l'inéluctable. Le juge resterait bien entendu maître de la décision.

D'autres solutions peuvent être envisagées mais tendraient au même résultat, à savoir que les Cours et Tribunaux disposent du moyen légal d'échapper au dilemme que leur pose actuellement dans ces situations le décalage entre le Droit et la réalité humaine.

En tout état de cause, devraient être prises en compte les exigences éthiques suivantes:

- Il ne pourrait s'agir que de situations limites ou de cas extrêmes reconnus comme tels;
- L'autonomie du patient devrait être formellement respectée et manifestée par une demande authentique (libre, répétée, exprimée oralement en situation ou, antérieurement, dans un document).

Quels que soient toutefois les termes de sa traduction juridique, l'engagement solidaire affirme comme appartenant à la démarche éthique elle-même, la nécessité de faire front ensemble, sans certitude claire, à ce qui, de toute manière, reste une des limites et un des mystères essentiels de toute existence humaine.

*

Face à la difficile et douloureuse question de la fin de vie et de l'arrêt de vie, le CCNE affirme que la question de l'euthanasie proprement dite ne peut être isolée du contexte plus large que représente le fait de mourir aujourd'hui dans un monde fortement marqué par la technique médicale, ses qualités évidentes, mais aussi ses limites. Le véritable défi devant lequel la société se trouve placée revient à permettre à chacun de vivre au mieux (ou au moins mal) sa mort et, dans la mesure du possible, de ne pas en être dépossédé. La mise en oeuvre résolue d'une politique de soins palliatifs, d'accompagnement des personnes en fin de vie et de refus de l'acharnement thérapeutique doit y conduire. Cette même détermination doit de plus permettre de réduire à des situations rares et exceptionnelles les demandes d'euthanasie proprement dite, sans toutefois réussir à éviter qu'elles ne se posent plus jamais.

Faire face à la question euthanasique dans ces cas-là conduit à affirmer des valeurs et des principes touchant tant à la liberté des individus qu'aux exigences du respect de la vie individuelle et sociale. Ces valeurs et ces principes méritent tous la plus grande considération. Mais, de fait, ils entrent en conflit les uns avec les autres et s'avèrent contradictoires, générant ainsi un dilemme qui peut se révéler paralysant. Or le dilemme est lui-même source d'éthique ; l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine.

C'est ainsi qu'il apparaît au CCNE qu'une position fondée sur l'engagement et sur la solidarité est en mesure de faire droit aux justes convictions des uns et de autres et de lever le voile d'hypocrisie et de clandestinité qui recouvre certaines pratiques actuelles. Cette position d'engagement solidaire, mobilisée par les divers aspects de la réalité du consentement comme valeur (respect du consentement de la personne, refus de fuir l'inéluctable, nécessité du débat et d'une décision collective), invite à mettre en oeuvre une solidarité qui ne saurait toutefois s'affranchir du risque que représente un geste qui ne visera jamais qu'à agir au moins mal. Elle pourrait trouver une traduction juridique dans l'instauration d'une exception d'euthanasie.

La mort donnée reste, quelles que soient les circonstances et les justifications, une transgression. Mais l'arrêt de réanimation et l'arrêt de vie conduisent parfois à assumer le paradoxe d'une transgression de ce qui doit être considéré comme intransgressable.

Si en situation concrète la décision d'arrêter une vie peut aux limites apparaître un acte acceptable, cet acte ne peut se prévaloir d'une évidence éthique claire. Une telle décision ne peut et ne pourra jamais devenir une pratique comme une autre. Cette pratique, fondée sur le respect des droits imprescriptibles de la personne, ne doit tendre qu'à inscrire fermement les fins de vie et, éventuellement, les arrêts de

vie, au sein de la vie elle-même et à ne pas exclure d'un monde humanisé les derniers instants d'une existence donnée.

■ Responsabilité de la puissance publique

10 184 - Le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre son patient, témoin de Jéhovah, d'accepter les soins indispensables et s'assurer que le recours à une transfusion sanguine est proportionnée et indispensable à la survie de l'intéressé

Le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale ; toutefois, les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale, telle qu'elle est protégée par les dispositions de l'article 16-3 du Code civil et par celles de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, une atteinte grave et manifestement illégale lorsque, après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état. Le recours, dans de telles conditions, à un acte de cette nature n'est pas non plus manifestement incompatible avec les exigences qui découlent de la Convention EDH, et notamment de son article 9.

Il résulte de ce qui précède que les requérantes, témoins de Jéhovah, ne sont pas fondées à soutenir que c'est à tort que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif, à qui il appartenait, contrairement à ce qu'elles soutiennent, de déterminer les limites de l'injonction qu'il formulait, a décidé que l'injonction qu'il adressait au centre hospitalier de s'abstenir de procéder à des transfusions sanguines sur la personne de l'une d'entre elles cesserait de s'appliquer si l'intéressée venait à se trouver dans une situation extrême mettant en jeu un pronostic vital.

Il y a lieu, toutefois, d'ajouter à la réserve mentionnée par le juge des référés qu'il incombe au préalable aux médecins du centre hospitalier, d'une part, de tout mettre en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part, de s'assurer que le recours à une transfusion soit un acte indispensable à la survie de l'intéressée et proportionné à son état

CE, ord. réf., 16 août 2002, req. n° 249552 ; M^{mes} V. et I. F. [Juris-Data n° 2002-064221].

Mots-clés : Responsabilité de la puissance publique - Hôpitaux - Témoin de Jéhovah - Refus de transfusion sanguine - Consentement au traitement médical - Liberté fondamentale (C. civ., art. 16-3 ; C. santé publ., art. L. 1111-4) - Atteinte (non) - Médecin - Transfusion - Mise en œuvre pour convaincre la patiente - Acte indispensable à la survie et proportionné à l'état du patient (oui) - a) Atteinte grave et manifestement illégale (non) - b) Conv. EDH, art. 9 - Incompatibilité (non).

Juris-Classeur : Administratif, Fasc. 906, par Jacques MOREAU.

LE CONSEIL D'ÉTAT (...) - Vu la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; - Vu le Code civil ; - Vu le Code de la santé publique, et notamment son article L. 1111-4, dans la rédaction que lui a donnée la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; - Vu le Code de justice administrative ; (...).

• Considérant qu'aux termes de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative : « Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale » ;

• Considérant qu'il résulte de l'instruction que M^{me} V. F., hospitalisée le 28 juillet 2002 au service des soins intensifs post-opératoires du Centre hospitalier de Saint-Etienne, a fait savoir oralement puis confirmé par écrit qu'en raison des convictions qui sont les siennes comme témoin de Jéhovah, elle refusait, quelles que soient les circonstances, l'administration de tout produit sanguin ; que les médecins du centre hospitalier, estimant que le recours à une transfusion sanguine s'imposait pour sauvegarder la vie de la patiente, dont l'état évoluait dans des conditions qui présentaient un risque vital à court terme, ont néanmoins pratiqué un tel acte le 5 août 2002 ; que M^{me} F. et sa sœur ont alors saisi, le 7 août 2002, le juge des référés du Tribunal administratif de Lyon en lui demandant, sur le fondement des dispositions de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative, d'enjoindre au centre hospitalier de ne procéder en aucun cas à l'administration forcée d'une transfusion sanguine sur la personne de l'intéressée ; que, par son ordonnance du 9 août 2002, le juge des référés a enjoint au centre hospitalier de s'abstenir de procéder à des transfusions sanguines sur la personne de M^{me} V. F. ; qu'il a toutefois précisé que cette injonction cesserait de s'appliquer si la patiente « venait à se trouver dans une situation extrême mettant en jeu un pronostic vital » ; que les requérantes font appel de cette ordonnance en tant qu'elle comporte une telle réserve ;

• Considérant que l'article 16-3 du Code civil dispose : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » ; qu'aux termes de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, dans la rédaction que lui a donnée la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » ;

11 10 184

• Considérant que le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale ; que, toutefois, les médecins ne portent pas à cette liberté fondamentale, telle qu'elle est protégée par les dispositions de l'article 16-3 du Code civil et par celles de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique, une atteinte grave et manifestement illégale lorsque, après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ; que le recours, dans de telles conditions, à un acte de cette nature n'est pas non plus manifestement incompatible avec les exigences qui découlent de la Convention EDH, et notamment de son article 9 ;

• Considérant qu'il résulte de ce qui précède que M^{me} V. F. et M^{me} I. F., épouse G. ne sont pas fondées à soutenir que c'est à tort que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du Tribunal administratif de Lyon, à qui il appartenait, contrairement à ce que soutiennent les requérantes, de déterminer les limites de l'injonction qu'il formulait, a décidé que l'injonction qu'il adressait au Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne de s'abstenir de procéder à des transfusions sanguines sur la personne de M^{me} V. F. cesserait de s'appliquer si l'intéressée venait à se trouver dans une situation extrême mettant en jeu un pronostic vital ; qu'il y a lieu, toutefois, d'ajouter à la réserve mentionnée par le juge des référés qu'il incombe au préalable aux médecins du centre hospitalier, d'une part, de tout mettre en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part, de s'assurer que le recours à une transfusion soit un acte indispensable à la survie de l'intéressée et proportionné à son état.

Ordonne :

Article 1^{er} : Avant de recourir, le cas échéant, à une transfusion dans les conditions indiquées à l'article 2 de l'ordonnance du juge des référés du Tribunal administratif de Lyon en date du 9 août 2002, il incombe aux médecins du Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, d'une part, d'avoir tout mis en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables, d'autre part, de s'assurer qu'un tel acte soit proportionné et indispensable à la survie de l'intéressée.

Article 2 : L'article 2 de l'ordonnance du juge des référés du Tribunal administratif de Lyon en date du 9 août 2002 est réformé dans le sens indiqué à l'article 1^{er} de la présente décision.

Article 3 : Le surplus des conclusions de la requête de M^{me} V. F. et de M^{me} I. F., épouse G. est rejeté (...).
M^{es} Blondel, Bouzidi, av.

LES DROITS DU MALADE EN FIN DE VIE

Les progrès de la médecine, qui entraînent l'allongement de l'espérance de vie et permettent également de maintenir artificiellement en vie des patients qui se trouvent dans un coma jugé irréversible, ainsi que le souhait ouvertement exprimé par un nombre croissant de personnes de pouvoir décider elles-mêmes du moment de leur mort expliquent l'importance du débat sur la fin de vie dans tous les pays développés.

Deux propositions de loi déposées au Sénat au cours de l'année 2004 témoignent de cette préoccupation : la proposition du 14 octobre 2004 de M. Michel Dreyfus-Schmidt et des membres du groupe socialiste et apparentés, relative au droit de bénéficier d'une euthanasie, et celle du 11 mai 2004 de M. François Autain et de plusieurs de ses collègues, relative à l'autonomie de la personne, au testament de vie, à l'assistance médicalisée au suicide et à l'euthanasie volontaire.

Si la Belgique et les Pays-Bas ont récemment dépénalisé l'euthanasie active – c'est-à-dire l'administration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort – lorsqu'elle est pratiquée par un médecin qui respecte certaines conditions, la France ne s'est pas engagée dans cette voie.

En effet, la proposition de loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, déposée à l'Assemblée nationale le 21 juillet 2004 par M. Jean Leonetti et plusieurs de ses collègues à la suite des travaux de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie et redéposée le 26 octobre

2004 pour être renvoyée à une commission spéciale, vise à légaliser l'euthanasie passive dans certaines circonstances, puisqu'elle reconnaît au patient la possibilité de refuser un traitement nécessaire au maintien de la vie et institue l'obligation de suivre une procédure collégiale pour l'arrêt des soins sur une personne inconsciente.

Les dispositions du code de la santé publique sur l'expression de la volonté des patients, qui résultent de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, seraient modifiées, notamment pour prendre en compte le cas particulier des personnes en fin de vie.

La prise en compte de la volonté du malade en fin de vie dépendrait à la fois de la capacité de l'intéressé à s'exprimer et de son état.

Le malade conscient se verrait reconnaître le droit de refuser tout traitement, pour autant qu'il soit « *en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable* ». Le médecin aurait alors l'obligation de respecter le vœu du patient tout en dispensant les soins palliatifs nécessaires.

En revanche, dans l'hypothèse où le patient conscient ne se trouverait pas dans cet état, son droit au refus de traitement n'aurait pas les mêmes conséquences, puisque le médecin conserverait alors le devoir de « *tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables* », plusieurs dispositions complétant la portée de cette affirmation. En effet, dans un tel cas, la proposition de loi prévoit que le médecin peut consulter un confrère et que si le patient réitère sa demande après un délai « *raisonnable* », celle-ci est inscrite au dossier médical. Par ailleurs, elle dispose que, de façon générale, les actes médicaux « *ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable, lorsqu'il n'existe aucun espoir d'obtenir une amélioration de l'état de la personne et qu'ils entraînent une prolongation artificielle de la vie* ».

Face à un **malade incapable d'exprimer sa volonté**, le médecin garderait son pouvoir de décision, que le patient soit ou non « *en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable* ».

Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a aucun espoir de guérison et que l'espérance de vie du patient est limitée à quelques semaines, l'avis de la personne de confiance (1) prévaudrait « *sur tout autre avis non médical* ». La proposition prévoit par ailleurs la possibilité pour toute personne majeure de rédiger, « *pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté* », des **directives anticipées** qui énonceraient les « *souhaits relatifs à [la] fin de vie concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de traitement* ».

(1) Instituée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, la personne de confiance, qu'il s'agisse d'un parent, d'un proche ou du médecin traitant, est consultée avant toute intervention médicale à la place du patient lorsque celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté. La désignation d'une personne de confiance doit être faite par écrit.

Ces directives devraient être prises en compte par le médecin, mais elles n'auraient pas valeur obligatoire.

Dans le second cas, qui correspond essentiellement à des personnes plongées dans un coma profond et jugé irréversible, le médecin pourrait décider de l'arrêt des soins, mais dans le cadre d'une procédure collégiale et après avoir consulté la personne de confiance ou, à défaut, un membre de la famille.

Cette évolution envisagée des droits du malade en fin de vie conduit à s'interroger sur la situation dans les pays étrangers. Les règles en vigueur en Allemagne, en Angleterre et au pays de Galles, en Belgique, au Danemark, en Espagne et en Suisse ont donc été étudiées.

Selon que les pays étudiés ont ou non légiféré sur les droits du malade en fin de vie, l'analyse porte principalement sur la législation (Belgique, Danemark et Espagne), ou sur la jurisprudence et sur les règles internes à la profession médicale (Allemagne, Angleterre et pays de Galles, Suisse).

Seules, les dispositions applicables au patient majeur ont été retenues. De plus, l'expression « refus de soins » est employée aussi bien pour désigner la non-mise en œuvre des soins que leur interruption.

Pour chacun de six pays, les points suivants ont été examinés :

– la faculté qu'a un malade conscient de refuser un traitement, alors que son refus risque d'entraîner son décès ;

– la valeur juridique des directives anticipées portant sur l'abstention thérapeutique ;

– la possibilité d'arrêter un traitement de survie quand le patient est incapable d'exprimer son opinion.

Cet examen permet de mettre en évidence que :

– le refus de soins de la part du patient est admis même lorsqu'il risque d'entraîner le décès, mais l'Allemagne, le Danemark et la Suisse réservent ce droit au malade en fin de vie ;

– les directives anticipées sont reconnues dans tous les pays étudiés, mais l'Allemagne, le Danemark et la Suisse font dépendre leur application de l'état de santé de l'intéressé ;

– des conditions restrictives sont généralement posées aux demandes d'arrêt de soins émanant du représentant du patient inconscient ;

– la situation juridique du médecin qui décide de l'arrêt des soins sur un patient inconscient n'est clairement définie qu'au Danemark.

1) Le refus de soins de la part du patient est admis même lorsqu'il risque d'entraîner le décès, mais l'Allemagne, le Danemark et la Suisse réservent ce droit au malade en fin de vie

Dans tous les pays étudiés, le patient jouit du droit au consentement éclairé pour tout acte médical (traitement, examen, opération...). Parallèlement, il peut refuser ou retirer son consentement après avoir été informé des conséquences de sa décision.

Certains pays font prévaloir la liberté de choix sur la vie elle-même, de sorte que l'abstention thérapeutique y est admise, même lorsqu'elle risque d'entraîner le décès de l'intéressé.

C'est le cas de l'Angleterre et du pays de Galles, où la jurisprudence considère que le droit pour tout patient de refuser un traitement revêt un caractère absolu et peut s'exercer indépendamment de la motivation de l'intéressé. C'est également le cas de la Belgique et de l'Espagne, où les lois relatives aux droits du patient ne restreignent pas l'application du droit au refus de soins.

En revanche, en Allemagne, au Danemark et en Suisse, ce droit s'applique essentiellement aux malades en fin de vie :

– la jurisprudence allemande reconnaît au malade incurable le droit de refuser des soins, mais seulement lorsque le processus létal est entamé ;

– la loi danoise sur le statut du patient limite l'application de ce droit au malade en phase terminale ;

– les directives de l'Académie suisse des sciences médicales, qui sont considérées comme de véritables lois supplétives bien qu'elles soient dépourvues de valeur contraignante, laissent le médecin décider en fonction de l'état du patient. Elles précisent qu'un « *traitement médical contre la volonté exprimée du patient capable de discernement est inadmissible* » lorsque l'intéressé est en fin de vie.

En Allemagne et en Suisse, la situation devrait évoluer prochainement : le ministre de la justice allemand prépare un projet de loi sur les droits du patient en fin de vie et le groupe de travail *ad hoc*, mis en place dans le cadre de la préparation du texte et qui a remis son rapport en juin 2004, suggère d'étendre l'application de la solution jurisprudentielle actuelle à tout patient incurable, que son décès semble ou non imminent. De même, après l'adoption de la motion parlementaire « Euthanasie et médecine palliative » en mars 2004, le gouvernement suisse a affirmé son intention de préparer un projet de loi sur l'euthanasie passive.

2) Les directives anticipées sont reconnues dans tous les pays étudiés, mais l'Allemagne, le Danemark et la Suisse font dépendre leur application de l'état de santé de l'intéressé

Chacun des six pays étudiés reconnaît au patient la faculté d'exprimer par avance son refus d'un traitement visant uniquement la prolongation de la survie, sans perspective de guérison. Cependant, tout comme le droit au refus de traitement, la valeur juridique de ces dispositions n'est pas absolue dans tous les pays.

Elle l'est en Angleterre et au pays de Galles, ainsi qu'en Belgique et en Espagne, pour autant que certaines conditions, définies par la jurisprudence dans le premier pays et par la loi dans les deux autres, soient remplies. Ainsi, en Belgique et en Espagne, la loi impose la forme écrite, mais aucun pays n'exige que les directives aient été établies récemment.

En revanche, en Allemagne, au Danemark et en Suisse, la valeur des directives dépend de l'état de santé de l'intéressé.

En Allemagne, la jurisprudence reconnaît la validité des directives anticipées lorsque l'intéressé se trouve en fin de vie, mais elle ne l'admet qu'exceptionnellement lorsque le patient, bien qu'incurable, ne se trouve pas en phase terminale. Le groupe de travail *ad hoc* prévoit d'introduire dans le code civil un article sur les directives anticipées et d'élargir l'application de celles-ci au malade dont la fin de vie ne paraît pas imminente.

La loi danoise sur le statut du patient souligne la force obligatoire de ces documents lorsqu'ils concernent des malades en phase terminale, mais ne donne aux directives émanant des malades qui souffrent d'affections graves ou invalidantes qu'une valeur indicative. Les vœux des patients sont consignés sur des imprimés spéciaux qui sont enregistrés, et la loi oblige le personnel soignant à consulter le registre des directives anticipées.

En Suisse, les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales affirment l'obligation du médecin de tenir compte des directives anticipées, en particulier lorsqu'elles sont récentes et formulées clairement, et qu'aucun indice ne laisse supposer que l'intéressé a changé d'avis. De plus, comme la santé publique relève de la compétence des cantons, dans plusieurs cantons, surtout en Suisse romande, la loi sur la santé publique affirme la force obligatoire des directives anticipées. Le projet de loi portant révision des articles du code civil relatifs à la tutelle, actuellement en cours d'élaboration, vise à ancrer dans la législation fédérale la pratique des directives anticipées, dont la valeur juridique, identique dans tous les cantons, dépendrait du degré de précision.

3) Des conditions restrictives sont généralement posées aux demandes d'arrêt de soins émanant du représentant du patient inconscient

Lorsque le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté et qu'il n'a pas rédigé de directives anticipées, l'Allemagne, la Belgique et la Suisse permettent à un représentant spécialement désigné à cette fin de prendre les décisions médicales, en particulier celles qui concernent l'arrêt des soins. En Angleterre et au pays de Galles, le projet de loi sur les incapables, applicable que l'incapacité soit ou non permanente, retient la même solution. Le Danemark et l'Espagne laissent les proches ou le représentant légal exercer les droits du patient.

a) En Allemagne, en Belgique et en Suisse, le représentant thérapeutique peut demander l'arrêt des soins au nom du patient, mais dans des conditions restrictives lorsque la décision risque d'entraîner le décès

En Allemagne, le code civil prévoit que l'avis du mandataire doit être confirmé par le tribunal des tutelles si la décision prise risque de causer un préjudice important au patient, voire de provoquer son décès.

Il en va de même en Belgique : lorsque la décision d'abstention thérapeutique du mandataire risque d'entraîner le décès, le praticien a l'obligation d'y déroger à moins que le mandataire ne puisse démontrer que sa décision correspond à « *la volonté expresse du patient* ».

En Suisse également, lorsque les décisions du représentant thérapeutique paraissent contraires à l'intérêt du patient, le médecin doit entrer en contact avec le tuteur.

b) Le projet de loi anglais retient la même solution

Si la législation anglaise actuelle ne permet pas aux mandataires des majeurs de prendre des décisions dans le domaine médical à la place de leurs mandants, le projet de loi sur les incapables vise à créer une nouvelle catégorie de mandataires, habilités à agir dans le domaine médical.

D'après le projet de loi, le mandataire pourra en particulier se prononcer sur le maintien d'un traitement visant uniquement la survie, mais seulement à condition d'avoir reçu un mandat explicite de l'intéressé.

c) Au Danemark et en Espagne, les droits du patient sont exercés par les proches, qui peuvent en particulier requérir l'arrêt des soins

Les représentants du patient peuvent demander l'arrêt des soins dans les mêmes conditions que l'intéressé.

4) La situation juridique du médecin qui décide de l'arrêt des soins sur un patient inconscient n'est clairement définie qu'au Danemark

En l'absence d'indices révélant la volonté du patient et de représentant susceptible de se substituer à l'intéressé, le corps médical peut avoir à prendre des décisions susceptibles d'entraîner des poursuites judiciaires. C'est notamment le cas en Allemagne, où les proches n'ont pas la possibilité de se substituer au patient, ainsi qu'en Angleterre et au pays de Galles, où ni le représentant thérapeutique ni les proches ne peuvent à l'heure actuelle imposer leur point de vue au médecin. En revanche, cette situation devrait être exceptionnelle dans les autres pays, qui permettent aux proches d'exprimer la volonté du patient.

a) Le Danemark a légalisé l'euthanasie passive dans le cas de patients mourants

Lorsque le patient, devenu inconscient, est mourant et qu'il n'existe aucune perspective de guérison, la loi prévoit la possibilité pour le personnel de santé de s'abstenir de commencer ou de poursuivre un traitement qui vise seulement la survie.

L'application de cette disposition est limitée aux mourants, qu'une circulaire administrative définit comme les patients dont la mort devrait survenir dans le délai de quelques jours ou de quelques semaines, et ce malgré la mise en œuvre de toutes les ressources médicales disponibles.

b) En Angleterre et au pays de Galles, en Belgique, en Espagne et en Suisse, les règles des professionnels insistent sur l'inutilité de tout acharnement thérapeutique

Ainsi, les codes de conduite des professionnels anglais précisent que ceux-ci n'ont pas l'obligation de commencer ou de maintenir des soins vains et douloureux. En cas de doute, il leur est conseillé d'obtenir un avis juridique, voire une décision de justice lorsque le patient se trouve dans un état végétatif persistant.

De même, le code de déontologie médicale belge limite aux seuls soins de confort les obligations des professionnels vis-à-vis du malade en phase terminale et devenu définitivement inconscient.

c) Dans le doute, l'Allemagne donne la priorité au maintien en vie

En revanche, en Allemagne, en l'absence d'indices de la volonté de l'intéressé, le médecin doit maintenir le patient en vie.

* *

*

Les droits du malade en fin de vie et les possibilités d'arrêter les traitements de survie paraissent d'ores et déjà plus développés dans les autres pays étudiés qu'en France. De plus, certains de nos voisins envisagent des réformes législatives tendant à renforcer le droit au libre arbitre du patient. Les dispositions prévues par la proposition de loi française permettront donc de rapprocher le régime français de celui des autres pays européens.

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE
*figurant dans le Code de la Santé Publique
sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112*

TITRE I

Devoirs généraux des médecins

Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique)

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.
Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique)

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.
Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.
Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique)

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

Article 10 (article R.4127-10 du code de la santé publique)

Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.
S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.
Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire.

Article 34 (article R.4127-34 du code de la santé publique)

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.
Toutefois, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.
Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Article 37 (article R.4127-37 du code de la santé publique)

En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

Article 38 (article R.4127-38 du code de la santé publique)

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Article 39 (article R.4127-39 du code de la santé publique)

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article 40 (article R.4127-40 du code de la santé publique)

Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

Article 41 (article R.4127-41 du code de la santé publique)

Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement.