

**UNIVERSITÉ JEAN- MONNET – SAINT ETIENNE**

**FACULTÉ DE DROIT**

**Institut d'études judiciaires**

**Examen d'entrée  
au centre régional de formation professionnelle des avocats**

**2014**

**Epreuve de note de synthèse**

A partir des documents suivants, vous rédigerez une note de synthèse en 4 à 5 pages maximum sur :

**"L'assistance pour mourir"**

## Liste des documents

- Document 1. Articles 16 et s du code civil (p.3)
- Document 2. Code pénal (extraits) (p.3)
- Document 3. Code de la santé publique (extraits) (p.6)
- Document 4. Arrêt Pretty contre Royaume-Uni, CEDH 29 avril 2002 (p.9)
- Document 5. Arrêt Haas contre Suisse, CEDH 20 janvier 2011 (p.13 et s.)
- Document 6. Conseil d'État mardi 24 juin 2014 (p.17 et s.)
- Document 7. Communiqué de presse- Tribunal administratif de Chalon-en-Champagne – jugement du 16 janvier 2014 -Site du Tribunal administratif de Chalon-en-Champagne (p.25)
- Document 8. Cour administrative d'appel de Nantes 4<sup>e</sup> ch. 30 juin 2010. AJFP 2011 p. 169 (p. 28)
- Document 9. "Légalisation de l'euthanasie : où en sont les pays européens ?" Le Monde.fr | 14.02.2014 (p.29)
- Document 10. "Bientôt une nouvelle loi relative à la fin de vie » François Vialla. Recueil dalloz 2013. (p.31)
- Document 11. "Premier constat de violation de la Convention dans une affaire de suicide assisté" Mustapha Afroukh , JCP G. n° 35, 27 Août 2012, 915 (p.33)
- Document 12. "L'infirmière acquittée, le médecin condamné au procès de Périgueux" La Croix 15/3/07 (p.34)
- Document 13. "Bonnemaison acquitté : neuf Français sur dix veulent une loi en faveur de l'euthanasie" CHRISTINE MATEUS ET CLAUDINE PROUST. Site Le Parisien 26 juin 2014 (p.35)
- Document 14. "Sur quel fondement la CEDH peut-elle prendre une mesure provisoire ?" Source Dalloz Actu-étudiant 27 juin 2014 (p.36)
- Document 15. "L'aide à la mort . - À qui, de dire le droit ?" Denis Broussolle La Semaine Juridique Edition Générale n° 19, 12 Mai 2014, 552 (p.37)
- Document 16. "Euthanasie : Peut-on demander le droit de mourir ?" (extraits) Laurence Sabatié-Garat et François Thomas - 3 mars 2005 (p.40)
- Document 17. "Le médecin face à la mort. De quelques aspects techniques de la responsabilité pénale médicale", François Rousseau, AJ Pénal 2012 p. 372 (p.44)
- Document 18. "Suicide assisté et euthanasie", Elie Alfandari, Recueil Dalloz, 2008, p.1600 (p.46)

## **Document 1 : code civil (extrait)**

### Chapitre II : Du respect du corps humain

#### Article 16

Créé par [Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 2 JORF 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

Créé par [Loi n°94-653 du 29 juillet 1994 - art. 3 JORF 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 16-1-1

Créé par [LOI n°2008-1350 du 19 décembre 2008 - art. 11](#)

Le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort.

Les restes des personnes décédées, y compris les cendres de celles dont le corps a donné lieu à crémation, doivent être traités avec respect, dignité et décence.

#### Article 16-2

Modifié par [LOI n°2008-1350 du 19 décembre 2008 - art. 12](#)

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, y compris après la mort.

#### Article 16-3

Modifié par [Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 9 JORF 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.

## **Document 2 Code pénal (extraits)**

### CHAPITRE II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité

#### Article 122-1

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

#### Article 122-2

N'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister.

#### Article 122-3

N'est pas pénalement responsable la personne qui justifie avoir cru, par une erreur sur le droit qu'elle n'était

pas en mesure d'éviter, pouvoir légitimement accomplir l'acte.

#### Article 122-4

N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal.

#### Article 122-5

N'est pas pénalement responsable la personne qui, devant une atteinte injustifiée envers elle-même ou autrui, accomplit, dans le même temps, un acte commandé par la nécessité de la légitime défense d'elle-même ou d'autrui, sauf s'il y a disproportion entre les moyens de défense employés et la gravité de l'atteinte.

N'est pas pénalement responsable la personne qui, pour interrompre l'exécution d'un crime ou d'un délit contre un bien, accomplit un acte de défense, autre qu'un homicide volontaire, lorsque cet acte est strictement nécessaire au but poursuivi dès lors que les moyens employés sont proportionnés à la gravité de l'infraction.

#### Article 122-6

Est présumé avoir agi en état de légitime défense celui qui accomplit l'acte :

1° Pour repousser, de nuit, l'entrée par effraction, violence ou ruse dans un lieu habité ;

2° Pour se défendre contre les auteurs de vols ou de pillages exécutés avec violence.

#### Article 122-7

N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace.(...)

### Chapitre 1 : Des atteintes à la vie des personnes

#### Section 1 : Des atteintes volontaires à la vie.

#### Article 221-1

Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle.

#### Article 221-2

Le meurtre qui précède, accompagne ou suit un autre crime est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Le meurtre qui a pour objet soit de préparer ou de faciliter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité de l'auteur ou du complice d'un délit est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les deux premiers alinéas de [l'article 132-23](#) relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

#### Article 221-3

Modifié par [LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 149](#)

Le meurtre commis avec préméditation ou guet-apens constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité.

Les deux premiers alinéas de [l'article 132-23](#) relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que l'assassinat est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou lorsque l'assassinat a été commis sur un magistrat, un fonctionnaire de la police nationale, un militaire de la gendarmerie, un membre du personnel de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, à l'occasion de l'exercice ou en raison de ses fonctions, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter

la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné ; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

#### Article 221-4

Modifié par [LOI n°2012-954 du 6 août 2012 - art. 4](#)

Le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis :

- 1° Sur un mineur de quinze ans ;
- 2° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;
- 3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;
- 4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de [l'article L. 271-1](#) du code de la sécurité intérieure, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° bis Sur un enseignant ou tout membre des personnels travaillant dans les établissements d'enseignement scolaire, sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute personne chargée d'une mission de service public, ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;
- 4° ter Sur le conjoint, les ascendants ou les descendants en ligne directe ou sur toute autre personne vivant habituellement au domicile des personnes mentionnées aux 4° et 4° bis, en raison des fonctions exercées par ces dernières ;
- 5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;
- 6° A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;
- 7° A raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;
- 8° Par plusieurs personnes agissant en bande organisée ;
- 9° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;
- 10° Contre une personne en raison de son refus de contracter un mariage ou de conclure une union. (...)

#### Article 221-5

Le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement.

L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle.

Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis dans l'une des circonstances prévues aux [articles 221-2, 221-3 et 221-4](#).

Les deux premiers alinéas de [l'article 132-23](#) relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

#### Article 221-5-1

Modifié par [Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 - art. 6 JORF 10 mars 2004](#)

Le fait de faire à une personne des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques afin qu'elle commette un assassinat ou un empoisonnement est puni, lorsque ce

crime n'a été ni commis ni tenté, de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 Euros d'amende.

Article 221-5-2

Modifié par [LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 124](#)

Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par [l'article 121-2](#), des infractions définies à la présente section encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par [l'article 131-38](#), les peines prévues par [l'article 131-39](#).

L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

### **Document 3 Code de la santé publique (extraits)**

Article L1110-1

Créé par [Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002](#)

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Article L1110-2

Créé par [Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002](#)

La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Article L1110-5

Modifié par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 1 JORF 23 avril 2005](#)

Modifié par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 2 JORF 23 avril 2005](#)

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

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](#).

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

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.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. 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 L1110-9

Créé par [Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9 JORF 5 mars 2002](#)

Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

#### Article L1110-10

Créé par [Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9 JORF 5 mars 2002](#)

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Section 2 : Expression de la volonté des malades en fin de vie

#### Article L1111-10

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005](#)

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 6 JORF 23 avril 2005](#)

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 L1111-11

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005](#)

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 7 JORF 23 avril 2005](#)

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 L1111-12

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005](#)

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 8 JORF 23 avril 2005](#)

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 L1111-13

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005](#)

Créé par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 9 JORF 23 avril 2005](#)

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](#).

## Partie réglementaire

### Section 2 : Expression de la volonté relative à la fin de vie

#### Article R1111-17

Créé par [Décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 1 JORF 7 février 2006](#)

Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L. 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées.

Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées.

#### Article R1111-18

Créé par [Décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 1 JORF 7 février 2006](#)

Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, dans les conditions prévues à l'article R. 1111-17, soit révoquées sans formalité.

Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer, établie dans les conditions prévues au second alinéa de l'article R. 1111-17. Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans.

Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans, précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

#### Article R1111-19

Créé par [Décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 1 JORF 7 février 2006](#)

Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37.

A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2.

Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2.

Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut signaler l'existence de directives anticipées ; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical défini à l'article R. 1111-2.

#### Article R1111-20

Créé par [Décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 1 JORF 7 février 2006](#)

Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application des articles

L. 1111-4 ou L. 1111-13, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée.

Le médecin s'assure que les conditions prévues aux articles R. 1111-17 et R. 1111-18 sont réunies.

## **Document 4**

### **Arrêt Pretty contre Royaume-Uni, CEDH 29 avril 2002**

#### IV. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 8 DE LA CONVENTION

(...)

##### 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. Elle recouvre l'intégrité physique et morale de la personne (X et Y c. Pays-Bas, arrêt du 26 mars 1985, série A no 91, p. 11, § 22). Elle peut parfois englober des aspects de l'identité physique et sociale d'un individu (Mikulić c. Croatie, no [53176/99](#), § 53, CEDH 2002-I). Des éléments tels, par exemple, l'identification sexuelle, le nom, l'orientation sexuelle et la vie sexuelle relèvent de la sphère personnelle protégée par l'article 8 (voir, par exemple, arrêts B. c. France, 25 mars 1992, série A no 232-C, pp. 53-54, § 63, Burghartz c. Suisse, 22 février 1994, série A no 280-B, p. 28, § 24, Dudgeon c. Royaume-Uni, 22 octobre 1981, série A no 45, pp. 18-19, § 41, et Laskey, Jaggard et Brown, précité, p. 131, § 36). Cette disposition protège également le droit au développement personnel et le droit d'établir et entretenir des rapports avec d'autres êtres humains et le monde extérieur (voir, par exemple, arrêts Burghartz, avis de la Commission, op. cit., p. 37, § 47, et Friedl c. Autriche, 31 janvier 1995, série A no 305-B, avis de la Commission, p. 20, § 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. D'après le Gouvernement, le droit à la vie privée ne saurait englober un droit au décès assisté, qui emporterait négation de la protection que la Convention vise à offrir. 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 Etat 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'Etat 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 (voir, par exemple, en ce qui concerne la participation à des activités sadomasochistes consensuelles s'analysant en des coups et blessures, l'arrêt Laskey, Jaggard et Brown précité, et, en ce qui concerne le refus d'un traitement médical, Acmanne et autres c. Belgique, no [10435/83](#), décision de la Commission du 10 décembre 1984, Décisions et rapports (DR) 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 (paragraphe 17 et 18 ci-dessus).

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 (paragraphe 15 ci-dessus).

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. A 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 c. Procureur général du Canada* (Law Reports of Canada, 1994, vol. 2, p. 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 (arrêt *Dudgeon* précité, p. 19, § 43).

69. La seule question se dégageant de l'argumentation des parties est celle de la nécessité de l'ingérence dénoncée, nul ne contestant que l'interdiction du suicide assisté en l'espèce était imposée par la loi et poursuivait le but légitime de préserver la vie, donc de protéger les droits d'autrui.

70. D'après la jurisprudence constante de la Cour, la notion de nécessité implique que l'ingérence corresponde à un besoin social impérieux et, en particulier, qu'elle soit proportionnée au but légitime poursuivi. Pour déterminer si une ingérence est « nécessaire, dans une société démocratique », il y a lieu de tenir compte du fait qu'une marge d'appréciation est laissée aux autorités nationales, dont la décision demeure soumise au contrôle de la Cour, compétente pour en vérifier la conformité aux exigences de la Convention. Ladite marge d'appréciation varie selon la nature des questions et l'importance des intérêts en jeu.

71. La Cour rappelle que la marge d'appréciation a été jugée étroite en ce qui concerne les ingérences dans le domaine intime de la vie sexuelle des individus (arrêts *Dudgeon* précité, p. 21, § 52, et *A.D.T. c. Royaume-Uni*, no [35765/97](#), § 37, CEDH 2000-IX). Si la requérante soutient que l'Etat défendeur doit dès lors attester de raisons particulièrement impérieuses pour justifier l'ingérence dont elle se plaint, la Cour estime que la question soulevée en l'espèce ne peut être considérée comme étant de même nature ou comme appelant le même raisonnement.

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 Etats 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 (voir également l'arrêt Laskey, Jaggard et Brown précité, pp. 132-133, § 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 Etats 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.

75. Les conseils de la requérante ont cherché à persuader la Cour qu'un constat de violation en l'espèce ne créerait pas un précédent général, ni un quelconque risque pour autrui. Or, si l'article 34 de la Convention donne effectivement pour mission à la Cour non de formuler des avis dans l'abstrait, mais d'appliquer la Convention aux faits concrets des espèces dont elle est saisie, les arrêts rendus dans les affaires individuelles constituent bel et bien, dans une mesure plus ou moins grande, des précédents, et la décision en l'occurrence ne saurait, ni en théorie ni en pratique, être articulée de façon à empêcher qu'elle ne soit appliquée dans d'autres espèces.

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 (Director of public prosecutions) ; 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 paragraphe 21 ci-dessus). Il ne paraît pas arbitraire à la Cour que la législation 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.

## V. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 9 DE LA CONVENTION

(...)

## VI. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 14 DE LA CONVENTION

84. L'article 14 de la Convention est ainsi libellé :

« La jouissance des droits et libertés reconnus dans la (...) Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation. »

### A. Thèses des parties

#### 1. La requérante

85. La requérante se dit victime d'une discrimination dans la mesure où elle est traitée de la même manière que des personnes dont la situation est nettement différente. Bien que l'interdiction générale du suicide assisté s'applique également à l'ensemble des individus, l'effet de son application à elle-même, qui est à ce point handicapée qu'elle ne peut mettre fin à sa vie sans assistance, serait discriminatoire. L'intéressée serait empêchée d'exercer un droit dont jouiraient d'autres personnes, capables de mettre fin à leurs jours sans assistance du fait qu'aucun handicap ne les prive de cette possibilité. Elle serait dès lors traitée de manière substantiellement différente et moins favorable que ces dernières. La seule explication offerte par le Gouvernement pour justifier ladite interdiction générale résiderait dans la nécessité de protéger les personnes vulnérables. Or la requérante ne serait pas vulnérable et n'aurait pas besoin d'être protégée, et il n'y aurait donc pas de justification raisonnable et objective à cette différence de traitement.

#### 2. Le Gouvernement

86. Le Gouvernement soutient que l'article 14 de la Convention n'a pas à jouer en l'espèce, les griefs formulés par la requérante ne révélant aucune violation des dispositions normatives invoquées par elle. Subsidiairement, pour le cas où la Cour en jugerait autrement, il plaide l'absence de discrimination. D'abord, la requérante ne pourrait être considérée comme se trouvant dans une situation analogue à celle des personnes en mesure de mettre fin à leurs jours sans assistance. Ensuite, l'article 2 § 1 de la loi de 1961 sur le suicide ne serait pas discriminatoire car le droit interne ne conférerait pas un droit à se suicider et la philosophie sous-jacente à la loi serait fermement opposée au suicide. La politique du droit pénal consisterait à donner du poids aux situations individuelles soit au stade de l'examen de l'opportunité de poursuivre, soit, en cas de condamnation, dans le cadre de l'appréciation de la peine devant être prononcée. Au demeurant, il y aurait une claire justification raisonnable et objective à toute différence de traitement alléguée, le Gouvernement renvoyant à cet égard aux arguments formulés par lui sur le terrain des articles 3 et 8 de la Convention.

### B. Appréciation de la Cour

87. La Cour a jugé ci-dessus que les droits garantis à la requérante par l'article 8 de la Convention se trouvaient en jeu (paragraphe 61-67). Il lui faut donc examiner le grief de l'intéressée consistant à dire qu'elle est victime d'une discrimination dans la jouissance desdits droits dans la mesure où le droit interne permet aux personnes valides de se suicider mais empêche celles qui sont handicapées de se faire aider pour accomplir cet acte.

88. Aux fins de l'article 14, une différence de traitement entre des personnes placées dans des situations analogues ou comparables est discriminatoire si elle ne repose pas sur une justification objective et raisonnable, c'est-à-dire si elle ne poursuit pas un but légitime ou s'il n'y a pas un rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé. Par ailleurs, les Etats contractants jouissent d'une certaine marge d'appréciation pour déterminer si, et dans quelle mesure, des différences entre des situations à d'autres égards analogues justifient des distinctions de traitement (Camp et Bourimi c. Pays-Bas, no [28369/95](#), § 37, CEDH 2000-X). Il peut également y avoir discrimination lorsqu'un Etat, sans justification

objective et raisonnable, ne traite pas différemment des personnes se trouvant dans des situations substantiellement différentes (Thlimmenos c. Grèce [GC], no [34369/97](#), § 44, CEDH 2000-IV).

89. Toutefois, même si l'on applique le principe se dégageant de l'arrêt Thlimmenos à la situation de la requérante en l'espèce, il y a, pour la Cour, une justification objective et raisonnable à l'absence de distinction juridique entre les personnes qui sont physiquement capables de se suicider et celles qui ne le sont pas. Sur le terrain de l'article 8 de la Convention, la Cour a conclu à l'existence de bonnes raisons de ne pas introduire dans la loi des exceptions censées permettre de prendre en compte la situation des personnes réputées non vulnérables (paragraphe 74 ci-dessus). Il existe sous l'angle de l'article 14 des raisons tout aussi convaincantes de ne pas chercher à distinguer entre les personnes qui sont en mesure de se suicider sans aide et celles qui en sont incapables. La frontière entre les deux catégories est souvent très étroite, et tenter d'inscrire dans la loi une exception pour les personnes jugées ne pas être à même de se suicider ébranlerait sérieusement la protection de la vie que la loi de 1961 a entendu consacrer et augmenterait de manière significative le risque d'abus.

90. Partant, il n'y a pas eu violation de l'article 14 de la Convention en l'espèce.

PAR CES MOTIFS, LA COUR, À L'UNANIMITÉ,

1. Déclare la requête recevable ;
2. Dit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 2 de la Convention ;
3. Dit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 3 de la Convention ;
4. Dit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 8 de la Convention ;
5. Dit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 9 de la Convention ;
6. Dit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 14 de la Convention.

Fait en anglais, puis communiqué par écrit le 29 avril 2002, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

## **Document 5 Arrêt Haas contre Suisse, CEDH 20 janvier 2011**

EN FAIT

### **I. LES CIRCONSTANCES DE L'ESPÈCE**

1. Le requérant est né en 1953 et réside à Meltingen (canton de Soleure).
2. Il souffre d'un grave trouble affectif bipolaire depuis une vingtaine d'années, au cours desquelles il a commis deux tentatives de suicide et effectué plusieurs séjours dans des cliniques psychiatriques. Le 1<sup>er</sup> juillet 2004, il devint membre de Dignitas, une association proposant en particulier une assistance au suicide. Considérant que sa maladie, difficile à traiter, l'empêchait de vivre d'une manière digne, le requérant demanda à Dignitas de l'assister dans son projet de suicide. Afin d'obtenir la substance létale nécessaire – à savoir 15 grammes de pentobarbital sodique –, soumise à prescription médicale, le requérant sollicita différents médecins psychiatres, en vain.

EN DROIT

### **I. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 8 DE LA CONVENTION**

32. Le requérant se plaint des conditions requises pour l'obtention de pentobarbital sodique, à savoir une ordonnance médicale reposant sur une expertise psychiatrique approfondie. Il allègue que, ces conditions ne pouvant être remplies dans son cas, le droit qu'il estime être le sien de choisir le moment de sa mort et la manière de mourir n'est pas respecté. Il soutient que, dans une situation exceptionnelle comme le serait la sienne, l'accès aux médicaments nécessaires au suicide devrait être garanti par l'Etat. Il invoque l'article 8 de la Convention, libellé comme suit :

- « 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

## A. Les thèses des parties

### 1. Le requérant

33. Le requérant allègue être victime d'une ingérence dans l'exercice de son droit au respect de sa vie privée, au sens de l'article 8 de la Convention. Il ne partage pas le point de vue du Gouvernement selon lequel il disposerait d'autres options pour mettre fin à sa vie. Il estime en effet que l'absorption de pentobarbital sodique est la seule méthode de suicide digne, sûre, rapide et sans douleur. Par ailleurs, le fait que, parmi les 170 médecins exerçant dans la région de Bâle auxquels il s'est adressé, aucun n'a été disposé à l'aider démontre, selon lui, l'impossibilité de réunir les conditions fixées par le Tribunal fédéral. A ses yeux, cela est sans conteste contraire au principe élaboré par la Cour selon lequel la Convention protège des droits concrets et effectifs (*Artico c. Italie*, 13 mai 1980, § 33, série A n° 37).

### 2. Le Gouvernement

38. Le Gouvernement réfute toute atteinte, en l'espèce, au droit du requérant au respect de sa vie privée, garanti par l'article 8 § 1 de la Convention. A cet égard, il estime que la présente affaire se distingue de l'affaire *Pretty c. Royaume-Uni* (n° 2346/02, CEDH 2002III), dans laquelle la requérante, incapable d'agir par ses propres moyens, se voyait empêchée de mettre en œuvre son choix de mourir d'une manière qu'elle considérait comme digne. En effet, d'après le Gouvernement, la maladie du requérant dans la présente affaire ne l'empêche pas d'agir par ses propres moyens. Il existerait de nombreuses autres solutions à la disposition des personnes valides pour se suicider. Par ailleurs, à l'instar du Tribunal fédéral, le Gouvernement estime que le droit à l'autodétermination que garantirait l'article 8 § 1 ne saurait comprendre le droit d'une personne de se voir accorder une assistance au suicide, que ce soit par la mise à disposition des moyens nécessaires ou par le biais d'une aide active lorsque la personne n'est pas en mesure d'agir par elle-même.

## B. L'appréciation de la Cour

50. 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. Elle recouvre l'intégrité physique et morale de la personne (*X et Y c. PaysBas*, 26 mars 1985, § 22, série A n° 91). Elle peut parfois englober des aspects de l'identité physique et sociale d'un individu (*Mikulić c. Croatie*, n° 53176/99, § 53, CEDH 2002-I). Des éléments tels que, par exemple, le nom, l'identification sexuelle, l'orientation sexuelle et la vie sexuelle relèvent de la sphère personnelle protégée par l'article 8 de la Convention (voir, par exemple, *B. c. France*, 25 mars 1992, § 63, série A n° 232-C, *Burghartz c. Suisse*, 22 février 1994, § 24, série A n° 280-B, *Dudgeon c. Royaume-Uni*, 22 octobre 1981, § 41, série A n° 45, et *Laskey, Jaggard et Brown c. Royaume-Uni*, 19 février 1997, § 36, *Recueil des arrêts et décisions* 1997I). Cette disposition protège également le droit au développement personnel et le droit d'établir et d'entretenir des rapports avec d'autres êtres humains et le monde extérieur (voir, par exemple, *Burghartz*, précité, avis de la Commission, § 47, et *Friedl c. Autriche*, 31 janvier 1995, série A n° 305-B, avis de la Commission, § 45). Dans l'affaire *Pretty* (précitée, § 67), la Cour a estimé que le choix de la requérante d'éviter une fin de vie indigne et pénible à ses yeux tombait dans le champ d'application de l'article 8 de la Convention.

51. A la lumière de cette jurisprudence, la Cour estime que le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de former librement sa volonté à ce propos et d'agir en conséquence, est l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention.

52. Cependant, selon la Cour, la présente affaire se distingue de l'affaire *Pretty* précitée. A l'instar du Tribunal fédéral, elle estime qu'il convient de préciser d'abord que la présente cause ne concerne pas la liberté de mourir et l'éventuelle impunité de la personne prêtant son assistance à un suicide. L'objet de la controverse est ici de savoir si, en vertu de l'article 8 de la Convention, l'Etat doit faire en sorte que le requérant puisse obtenir une substance létale, le pentobarbital sodique, sans ordonnance médicale, par dérogation à la législation, afin de se suicider sans douleur et sans risque d'échec. Autrement dit, à la différence de l'affaire *Pretty*, la Cour observe que le requérant allègue non seulement que sa vie est difficile

et douloureuse, mais également que, s'il n'obtient pas la substance litigieuse, l'acte de suicide lui-même serait privé de dignité. En outre, et toujours à la différence de l'affaire *Pretty*, le requérant ne peut pas véritablement être considéré comme une personne infirme, dans la mesure où il ne se trouve pas au stade terminal d'une maladie dégénérative incurable qui l'empêcherait de se donner lui-même la mort (voir, *a contrario*, *Pretty*, précité, § 9).

53. La Cour estime qu'il convient d'examiner la demande du requérant visant à l'obtention d'un accès au pentobarbital sodique sans ordonnance médicale sous l'angle d'une obligation positive pour l'Etat de prendre les mesures nécessaires permettant un suicide dans la dignité. Cela suppose une mise en balance des différents intérêts en jeu, exercice dans le cadre duquel l'Etat jouit de son côté d'une certaine marge d'appréciation (*Keegan c. Irlande*, 26 mai 1994, § 49, série A n° 290), qui varie selon la nature des questions et l'importance des intérêts en jeu. La Cour demeure pour sa part compétente pour contrôler *in fine* la conformité de la décision nationale aux exigences de la Convention (*Pretty*, précité, § 70).

54. La Cour rappelle également que la Convention doit être lue comme un tout (*Verein gegen Tierfabriken Schweiz (VgT) c. Suisse (n° 2)* [GC], n° 32772/02, § 83, CEDH 2009....). Dès lors, il convient de se référer, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle violation de l'article 8, à l'article 2 de la Convention, qui impose aux autorités le devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie (voir, dans ce sens, *Keenan c. Royaume-Uni*, n° 27229/95, § 91, CEDH 2001III). Pour la Cour, cette dernière disposition oblige les autorités nationales à empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause.

55. La Cour rappelle par ailleurs que la Convention et ses Protocoles doivent s'interpréter à la lumière des conditions d'aujourd'hui (*Tyrer c. Royaume-Uni*, 25 avril 1978, § 31, série A n° 26, *Airey c. Irlande*, 9 octobre 1979, § 26, série A n° 32, et *Vo c. France* [GC], n° 53924/00, § 82, CEDH 2004VIII). Cependant, les recherches effectuées par la Cour lui permettent de conclure que l'on est loin d'un consensus au sein des Etats membres du Conseil de l'Europe quant au droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin. En Suisse, selon l'article 115 du code pénal, l'incitation et l'assistance au suicide ne sont punissables que lorsque l'auteur de tels actes les commet en étant poussé par un « mobile égoïste ». A titre de comparaison, les pays du Benelux, notamment, ont dépénalisé l'acte d'assistance au suicide, mais uniquement dans des circonstances bien précises. Enfin, certains autres pays admettent seulement des actes d'assistance « passive ». Force est de constater que la grande majorité des Etats membres semblent donner plus de poids à la protection de la vie de l'individu qu'à son droit d'y mettre fin. La marge d'appréciation des Etats est donc considérable dans ce domaine.

56. En ce qui concerne la mise en balance des intérêts en jeu dans la présente affaire, la Cour peut comprendre la volonté du requérant de se suicider de manière sûre, digne et sans douleur ni souffrances superflues, compte tenu notamment du nombre élevé de tentatives de suicide qui échouent et qui ont souvent des conséquences graves pour les intéressés et leurs proches. Toutefois, elle est d'avis que la réglementation mise en place par les autorités suisses, à savoir l'exigence d'une ordonnance médicale, a en particulier pour objectif légitime de protéger toute personne d'une prise de décision précipitée et de prévenir les abus, et, notamment, d'éviter qu'un patient privé de discernement obtienne une dose mortelle de pentobarbital sodique (voir, *mutatis mutandis*, pour la question des restrictions à l'avortement, *Tysiak c. Pologne*, n° 5410/03, § 116, CEDH 2007IV).

57. Une telle réglementation est d'autant plus nécessaire s'agissant d'un pays comme la Suisse, dont la législation et la pratique permettent un accès relativement facile au suicide assisté. Lorsqu'un pays adopte ainsi une approche libérale, des mesures appropriées de mise en œuvre d'une telle approche et des mesures de prévention des abus s'imposent. La mise en place de telles mesures a également pour but d'éviter que les organisations fournissant une assistance au suicide n'interviennent dans l'illégalité et la clandestinité, avec un risque considérable d'abus.

58. En particulier, la Cour considère que l'on ne saurait sous-estimer les risques d'abus inhérents à un système facilitant l'accès au suicide assisté. A l'instar du Gouvernement, elle est d'avis que la restriction d'accès au pentobarbital sodique sert la protection de la santé et de la sécurité publiques et la prévention des infractions pénales. Elle partage à cet égard le point de vue du Tribunal fédéral, selon lequel le droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention oblige les Etats à mettre en place une procédure propre à assurer qu'une décision de mettre fin à sa vie corresponde bien à la libre volonté de l'intéressé. Elle estime que l'exigence d'une ordonnance médicale, délivrée sur le fondement d'une expertise psychiatrique complète, est un moyen permettant de satisfaire à cette obligation. Cette solution correspond d'ailleurs à l'esprit de la

Convention internationale sur les substances psychotropes et des conventions adoptées par certains Etats membres du Conseil de l'Europe.

(...) Au vu des informations qui lui ont été soumises, la Cour n'est pas convaincue que le requérant se trouvait dans l'impossibilité de trouver un spécialiste prêt à l'assister. Partant, aux yeux de la Cour, le droit du requérant de choisir le moment de sa mort et la manière de mourir n'existait pas que de manière théorique et illusoire (critère élaboré dans l'arrêt *Artico*, précité, § 33).

61. Compte tenu de ce qui précède, et eu égard à la marge d'appréciation dont disposent dans ce domaine les autorités internes, la Cour estime que, même à supposer que les Etats aient une obligation positive d'adopter des mesures permettant de faciliter la commission d'un suicide dans la dignité, les autorités suisses n'ont pas méconnu cette obligation en l'espèce.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 8 de la Convention.

PAR CES MOTIFS, LA COUR, À L'UNANIMITÉ,

*Dit* qu'il n'y a pas eu violation de l'article 8 de la Convention ;

Fait en français, puis communiqué par écrit le 20 janvier 2011, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

Søren Nielsen  
Greffier

Christos  
Président

Rozakis

## Document 6 Conseil d'Etat, Arrêt du 24 juin 2014

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la décision, en date du 14 février 2014, par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, avant de statuer sur les requêtes de Mme F... I..., enregistrée sous le n° 375081, de M. L... I..., enregistrée sous le n° 375090, et du centre hospitalier universitaire de Reims, enregistrée sous le n° 375091, tendant à l'annulation du jugement n° 1400029 du 16 janvier 2014 par lequel le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. J... I...et au rejet de la demande présentée, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, devant le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne par M. E... I..., Mme K... I..., M. C... N... et Mme A... G..., a, d'une part, ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M. I... et, d'autre part, invité, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. B... M...à présenter des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont dans un état pauci-relationnel ;

Vu l'intervention, enregistrée le 9 avril 2014, présentée pour Mme O...I..., demeurant... ; Mme I...conclut aux mêmes fins que la requête de M. L... I... avec les mêmes moyens ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 22 avril 2014, présentées par le Conseil national de l'Ordre des médecins, en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 29 avril 2014, présentées par M. B... M..., en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 2 mai 2014, présentées par l'Académie nationale de médecine, en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 5 mai 2014, présentées par le Comité consultatif national d'éthique, en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu le rapport d'expertise, déposé le 26 mai 2014 (...)

1. Considérant que Mme F...I..., M. L... I...et le centre hospitalier universitaire de Reims ont relevé appel du jugement du 16 janvier 2014 par lequel le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant en référé sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du médecin, chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims, de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. J... I..., hospitalisé dans ce service ;

2. Considérant que, par une décision du 14 février 2014, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, après avoir joint les trois requêtes et admis l'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, a, avant de se prononcer sur les requêtes, d'une part, ordonné qu'il

soit procédé, par un collège de trois médecins, disposant de compétences reconnues en neurosciences, désignés par le président de la section du contentieux du Conseil d'Etat sur la proposition, respectivement, du président de l'Académie nationale de médecine, du président du Comité consultatif national d'éthique et du président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M.I..., d'autre part, invité, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. B... M... à lui présenter des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont dans un état pauci-relationnel ;

3. Considérant que le collège des experts, désigné ainsi qu'il vient d'être dit, après avoir procédé aux opérations d'expertise et adressé aux parties, le 5 mai 2014, un pré-rapport en vue de recueillir leurs observations, a déposé devant le Conseil d'Etat le rapport d'expertise définitif le 26 mai 2014 ; qu'en réponse à l'invitation faite par la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. B... M... ont, pour leur part, déposé des observations de caractère général en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Sur l'intervention

4. Considérant que Mme O...I... justifie d'un intérêt de nature à la rendre recevable à intervenir devant le Conseil d'Etat ; que son intervention doit, par suite, être admise ;

Sur les dispositions applicables au litige :

5. Considérant qu'en vertu de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ; que l'article L. 1110-2 énonce que la personne malade a droit au respect de sa dignité ; que l'article L. 1110-9 garantit à toute personne dont l'état le requiert le droit d'accéder à des **soins** palliatifs qui sont, selon l'article L. 1110-10, des **soins** actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ;

6. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1110-5 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie : " Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les **soins** les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de **soins** ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. / 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. / (...) 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. / Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort (...) " ;

7. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 22 avril 2005 : " 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 ses choix. (...) / 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. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été

consulté. / 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. (...) " ;

8. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1111-6 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 : " Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment (...) " ; que l'article L. 1111-11 du même code prévoit que toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, lesquelles indiquent ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'**arrêt** de traitement et dont le médecin doit tenir compte pour toute décision de traitement à condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience ;

9. Considérant que l'article R. 4127-37 du code de la santé publique énonce, au titre des devoirs envers les patients, qui incombent aux médecins en vertu du code de déontologie médicale : " I.- En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en oeuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en oeuvre la procédure collégiale. / La décision de limitation ou d'**arrêt** de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de **soins** si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'**arrêt** de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. (...) / La décision de limitation ou d'**arrêt** de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de **soins** ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'**arrêt** de traitement. / III.- Lorsqu'une limitation ou un **arrêt** de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110-5 et des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en oeuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire " ;

10. Considérant qu'en adoptant les dispositions de la loi du 22 avril 2005, insérées au code de la santé publique, le législateur a déterminé le cadre dans lequel peut être prise, par un médecin, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ; qu'il résulte des dispositions précédemment citées, commentées et éclairées par les observations présentées, en application de la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux du 14 février 2014, par l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. B...M..., que toute personne doit recevoir les **soins** les plus appropriés à son état de santé, sans que les

actes de prévention, d'investigation et de **soins** qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ; que ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et qu'ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que le patient soit ou non en fin de vie ; que, lorsque ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre sa vie en danger, être prise par le médecin que dans le respect des conditions posées par la loi, qui résultent de l'ensemble des dispositions précédemment citées et notamment de celles qui organisent la procédure collégiale et prévoient des consultations de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; que si le médecin décide de prendre une telle décision en fonction de son appréciation de la situation, il lui appartient de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des **soins** palliatifs ;

Sur la compatibilité des dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique avec les stipulations de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales :

11. Considérant qu'il est soutenu que les dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique méconnaissent le droit à la vie tel que protégé par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'article 8 de la même convention ainsi que le droit à un procès équitable et l'exigence de prévisibilité de la loi résultant des articles 6 et 7 de la même convention ;

12. Considérant qu'eu égard à l'office particulier qui est celui du juge des référés lorsqu'il est saisi, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, d'une décision prise par un médecin en application du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie, il lui appartient, dans ce cadre, d'examiner un moyen tiré de l'incompatibilité des dispositions législatives dont il a été fait application avec les stipulations de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

13. Considérant, d'une part, que les dispositions contestées du code de la santé publique ont défini un cadre juridique réaffirmant le droit de toute personne de recevoir les **soins** les plus appropriés, le droit de voir respectée sa volonté de refuser tout traitement et le droit de ne pas subir un traitement médical qui traduirait une obstination déraisonnable ; que ces dispositions ne permettent à un médecin de prendre, à l'égard d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, une décision de limitation ou d'**arrêt** de traitement susceptible de mettre sa vie en danger que sous la double et stricte condition que la poursuite de ce traitement traduise une obstination déraisonnable et que soient respectées les garanties tenant à la prise en compte des souhaits éventuellement exprimés par le patient, à la consultation d'au moins un autre médecin et de l'équipe soignante et à la consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; qu'une telle décision du médecin est susceptible de faire l'objet d'un recours devant une juridiction pour s'assurer que les conditions fixées par la loi ont été remplies ;

14. Considérant ainsi que, prises dans leur ensemble, eu égard à leur objet et aux conditions dans lesquelles elles doivent être mises en oeuvre, les dispositions contestées du code de la santé publique ne peuvent être regardées comme incompatibles avec les stipulations de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, aux termes desquelles " le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...) " ainsi qu'avec celles de son article 8 garantissant le droit au respect de la vie privée et familiale ;

15. Considérant, d'autre part, que le rôle confié au médecin par les dispositions en cause n'est, en tout état de cause, pas incompatible avec l'obligation d'impartialité qui résulte de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; que les stipulations de l'article 7 de la même convention, qui s'appliquent aux condamnations pénales, ne peuvent être utilement invoquées dans le présent litige ;

Sur l'application des dispositions du code de la santé publique :

16. Considérant que si l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode d'alimentation et d'hydratation ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable ;

17. Considérant que, pour apprécier si les conditions d'un **arrêt** d'alimentation et d'hydratation artificielles sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité ; qu'outre les éléments médicaux, qui doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique, le médecin doit accorder une importance toute particulière à la volonté que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, quels qu'en soient la forme et le sens ; qu'à cet égard, dans l'hypothèse où cette volonté demeurerait inconnue, elle ne peut être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie dans les conditions présentes ; que le médecin doit également prendre en compte les avis de la personne de confiance, dans le cas où elle a été désignée par le patient, des membres de sa famille ou, à défaut, de l'un de ses proches, en s'efforçant de dégager une position consensuelle ; qu'il doit, dans l'examen de la situation propre de son patient, être avant tout guidé par le souci de la plus grande bienfaisance à son égard ;

Sur la conformité aux dispositions du code de la santé publique de la décision de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. J... I... :

18. Considérant qu'il résulte de l'instruction, ainsi qu'il a été dit dans les motifs de la décision du 14 février 2014 du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, que M. J... I..., né en 1976, infirmier en psychiatrie, a été victime, le 29 septembre 2008, d'un accident de la circulation qui lui a causé un grave traumatisme crânien ; qu'après cet accident, il a été hospitalisé pendant trois mois dans le service de réanimation du centre hospitalier de Châlons-en-Champagne ; qu'il a été ensuite transféré dans le service de neurologie de ce centre, avant d'être accueilli pendant trois mois, du 17 mars au 23 juin 2009, au centre de rééducation de Berck-sur-Mer dans le département des blessés crâniens ; qu'après ce séjour, il a été hospitalisé au centre hospitalier universitaire de Reims, où, en raison de son état de tétraplégie et de complète dépendance, il est pris en charge pour tous les actes de la vie quotidienne et est alimenté et hydraté de façon artificielle par voie entérale ;

19. Considérant que M. I... a été admis en juillet 2011 au Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège pour un bilan diagnostique et thérapeutique ; qu'après avoir pratiqué des examens approfondis, ce centre a conclu que M. I... était dans un " état de conscience minimale plus ", avec une perception de la douleur et des émotions préservées, notant que l'essai de contrôle volontaire de la respiration mettait en évidence une réponse à la commande et recommandant d'envisager la mise en place d'un code de communication avec le patient ; qu'après le retour de M. I... au centre hospitalier universitaire de Reims, quatre-vingt-sept séances d'orthophonie ont été pratiquées pendant cinq mois, du 6 avril au 3 septembre 2012, pour tenter d'établir un code de communication ; que ces séances ne sont pas parvenues à mettre en place un code de communication du fait de la non-reproductibilité des réponses ;

20. Considérant que, au cours de l'année 2012, des membres du personnel soignant ont constaté des manifestations comportementales chez M. I... dont ils ont pensé qu'elles pouvaient être interprétées comme une opposition aux **soins** de toilette traduisant un refus de vie ; qu'à la suite de ces constats et se fondant sur

l'analyse qu'il faisait de l'absence d'évolution neurologique favorable du patient, le Dr. H..., chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims et responsable du service de médecine palliative et **soins** de support - **soins** de suite et de réadaptation spécialisé " Gériatrique " prenant en charge le patient, a engagé la procédure collégiale prévue par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique afin d'apprécier si la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. I... était constitutive d'une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5 du même code ; que, le 10 avril 2013, ce médecin a décidé d'arrêter l'alimentation artificielle et de diminuer l'hydratation de M. I... ; que, saisi par les parents de M. I..., l'un de ses demi-frères et l'une de ses soeurs, le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, par une ordonnance du 11 mai 2013, a enjoint de rétablir l'alimentation et l'hydratation artificielles au motif que la procédure prévue par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique avait été méconnue, dès lors que seule l'épouse de M. I..., lequel n'avait pas rédigé de directives anticipées ni désigné de personne de confiance, avait été informée de la mise en oeuvre de la procédure, associée à son déroulement et informée de la décision d'**arrêt** de traitement prise par le médecin ; ;

21. Considérant que le Dr. H...a engagé une nouvelle procédure en septembre 2013 ; qu'il a consulté l'épouse de M. I..., ses parents et ses huit frères et soeurs lors de deux réunions tenues les 27 septembre et 16 novembre 2013 ; que, le 9 décembre 2013, il a tenu une réunion à laquelle ont participé deux autres médecins du centre hospitalier universitaire de Reims qui s'occupent de M. I...et presque toute l'équipe soignante en charge du patient ; qu'ont été associés à cette réunion quatre médecins consultants extérieurs au service, dont l'un a été désigné par les parents de M.I... ; que les médecins du centre hospitalier universitaire de Reims, l'équipe soignante, trois sur quatre des médecins consultants, l'épouse de M. I...et plusieurs des frères et soeurs de ce dernier se sont déclarés favorables à l'**arrêt** de traitement envisagé ; qu'au terme de cette procédure, le Dr. H...a décidé, le 11 janvier 2014, de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient à compter du lundi 13 janvier 2014 à 19 heures, l'exécution de cette décision devant toutefois être différée en cas de saisine du tribunal administratif ;

22. Considérant que, pour estimer que la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificiellement administrées à M. I..., n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie du patient, traduisait une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, le Dr. H...s'est fondé, d'une part, sur l'état de santé de M. I..., qu'il a caractérisé par la nature irréversible des lésions cérébrales dont il est atteint, l'absence de progrès depuis l'accident et la consolidation du pronostic fonctionnel, d'autre part, sur la certitude que " Vincent I...ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions " ; qu'il a également fait état de ce que la procédure collégiale avait été engagée à partir des constatations faites au cours de l'année 2012 par des membres du personnel soignant sur les manifestations comportementales de M. I... ;

23. Considérant qu'il revient au Conseil d'Etat de s'assurer, au vu de l'ensemble des circonstances de l'affaire et de l'ensemble des éléments versés dans le cadre de l'instruction contradictoire menée devant lui, en particulier du rapport de l'expertise médicale qu'il a ordonnée, que la décision prise le 11 janvier 2014 par le Dr. H... a respecté les conditions mises par la loi pour que puisse être prise une décision mettant fin à un traitement dont la poursuite traduit une obstination déraisonnable ;

24. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction que la procédure collégiale menée par le Dr. H..., chef du service prenant en charge M. I..., préalablement à l'intervention de la décision du 11 janvier 2014, s'est déroulée conformément aux prescriptions de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique et a comporté, alors que les dispositions de cet article exigent que soit pris l'avis d'un médecin et, le cas échéant, d'un second, la consultation de six médecins ; que le Dr. H...n'était pas légalement tenu de faire participer à la réunion du 9 décembre 2013 un second médecin désigné par les parents de M. I..., lesquels en avaient déjà désigné un premier ; qu'il ne résulte pas de l'instruction que certains membres du personnel soignant auraient été délibérément écartés de cette réunion ; que le Dr. H...était en droit de s'entretenir avec M. L... I..., neveu du patient ; que les circonstances que le Dr. H...se soit opposé à une demande de récusation et au transfert de M. I... dans un autre établissement et qu'il se soit publiquement exprimé ne traduisent pas, eu égard à l'ensemble des circonstances de l'espèce, de manquement aux obligations qu'implique le principe d'impartialité, auxquelles il a satisfait ; qu'ainsi, contrairement à ce qui était soutenu devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, la procédure préalable à l'adoption de la

décision du 11 janvier 2014 n'a été entachée d'aucune irrégularité ;

25. Considérant, en deuxième lieu, qu'il ressort, d'une part, des conclusions des experts que " l'état clinique actuel de M. I... correspond à un état végétatif ", avec " des troubles de la déglutition, une atteinte motrice sévère des quatre membres, quelques signes de dysfonctionnement du tronc cérébral " et " une autonomie respiratoire préservée " ; que les résultats des explorations cérébrales structurales et fonctionnelles effectuées du 7 au 11 avril 2014 au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris sont compatibles avec un tel état végétatif et que l'évolution clinique, marquée par la disparition des fluctuations de l'état de conscience de M. I... qui avaient été constatées lors du bilan effectué en juillet 2011 au Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège, ainsi que par l'échec des tentatives thérapeutiques actives préconisées lors de ce bilan, suggère " une dégradation de l'état de conscience depuis cette date " ;

26. Considérant qu'il ressort, d'autre part, des conclusions du rapport des experts que les explorations cérébrales auxquelles il a été procédé ont mis en évidence des lésions cérébrales graves et étendues, se traduisant notamment par une " atteinte sévère de la structure et du métabolisme de régions sous-corticales cruciales pour le fonctionnement cognitif " et par une " désorganisation structurelle majeure des voies de communication entre les régions cérébrales impliquées dans la conscience " ; que la sévérité de l'atrophie cérébrale et des lésions observées conduisent, avec le délai de cinq ans et demi écoulé depuis l'accident initial, à estimer les lésions cérébrales irréversibles ;

27. Considérant, en outre, que les experts ont conclu que " la longue durée d'évolution, la dégradation clinique depuis 2011, l'état végétatif actuel, la nature destructrice et l'étendue des lésions cérébrales, les résultats des tests fonctionnels ainsi que la sévérité de l'atteinte motrice des quatre membres " constituaient des éléments indicateurs d'un " mauvais pronostic clinique " ;

28. Considérant, enfin, que si les experts ont relevé que M. I... peut réagir aux **soins** qui lui sont prodigués et à certaines stimulations, ils ont indiqué que les caractéristiques de ces réactions suggèrent qu'il s'agit de réponses non conscientes et n'ont pas estimé possible d'interpréter ces réactions comportementales comme témoignant d'un " vécu conscient de souffrance " ou manifestant une intention ou un souhait concernant l'**arrêt** ou la poursuite du traitement qui le maintient en vie ;

29. Considérant que ces conclusions, auxquelles les experts ont abouti de façon unanime, au terme d'une analyse qu'ils ont menée de manière collégiale et qui a comporté l'examen du patient à neuf reprises, des investigations cérébrales approfondies, des rencontres avec l'équipe médicale et le personnel soignant en charge de ce dernier ainsi que l'étude de l'ensemble de son dossier, confirment celles qu'a faites le Dr. H... quant au caractère irréversible des lésions et au pronostic clinique de M. I... ; que les échanges qui ont eu lieu dans le cadre de l'instruction contradictoire devant le Conseil d'Etat postérieurement au dépôt du rapport d'expertise ne sont pas de nature à infirmer les conclusions des experts ; que, s'il ressort du rapport d'expertise, ainsi qu'il vient d'être dit, que les réactions de M. I... aux **soins** ne peuvent pas être interprétées, et ne peuvent ainsi être regardées comme manifestant un souhait concernant l'**arrêt** du traitement, le Dr. H... avait indiqué dans la décision contestée que ces comportements donnaient lieu à des interprétations variées qui devaient toutes être considérées avec une grande réserve et n'en a pas fait l'un des motifs de sa décision ;

30. Considérant, en troisième lieu, qu'il résulte des dispositions du code de la santé publique qu'il peut être tenu compte des souhaits d'un patient exprimés sous une autre forme que celle des directives anticipées ; qu'il résulte de l'instruction, en particulier du témoignage de Mme F...I..., qu'elle-même et son mari, tous deux infirmiers, avaient souvent évoqué, leurs expériences professionnelles respectives auprès de patients en réanimation ou de personnes polyhandicapées et qu'à ces occasions, M. I... avait clairement et à plusieurs reprises exprimé le souhait de ne pas être maintenu artificiellement en vie dans l'hypothèse où il se trouverait dans un état de grande dépendance ; que la teneur de ces propos, datés et rapportés de façon précise par Mme F...I..., a été confirmée par l'un des frères de M. I... ; que si ces propos n'ont pas été tenus en présence des parents de M. I..., ces derniers n'allèguent pas que leur fils n'aurait pu les tenir ou aurait fait part de souhaits contraires ; que plusieurs des frères et soeurs de M. I... ont indiqué que ces propos

correspondaient à la personnalité, à l'histoire et aux opinions personnelles de leur frère ; qu'ainsi, le Dr. H..., en indiquant, dans les motifs de la décision contestée, sa certitude que M. I... ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions, ne peut être regardé comme ayant procédé à une interprétation inexacte des souhaits manifestés par le patient avant son accident ;

31. Considérant, en quatrième lieu, que le médecin en charge est tenu, en vertu des dispositions du code de la santé publique, de recueillir l'avis de la famille du patient avant toute décision d'**arrêt** de traitement ; que le Dr. H...a satisfait à cette obligation en consultant l'épouse de M. I..., ses parents et ses frères et soeurs lors des deux réunions mentionnées précédemment ; que si les parents de M. I... ainsi que certains de ses frères et soeurs ont exprimé un avis opposé à l'interruption du traitement, l'épouse de M. I...et ses autres frères et soeurs se sont déclarés favorables à l'**arrêt** de traitement envisagé ; que le Dr. H... a pris en considération ces différents avis ; que, dans les circonstances de l'affaire, il a pu estimer que le fait que les membres de la famille n'aient pas eu une opinion unanime quant au sens de la décision n'était pas de nature à faire obstacle à sa décision ;

32. Considérant qu'il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que les différentes conditions mises par la loi pour que puisse être prise, par le médecin en charge du patient, une décision mettant fin à un traitement n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie et dont la poursuite traduirait ainsi une obstination déraisonnable peuvent être regardées, dans le cas de M. J...I...et au vu de l'instruction contradictoire menée par le Conseil d'Etat, comme réunies ; que la décision du 11 janvier 2014 du Dr. H... de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. J... I...ne peut, en conséquence, être tenue pour illégale ;

33. Considérant que si, en l'état des informations médicales dont il disposait lorsqu'il a statué à très bref délai sur la demande dont il avait été saisi, le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne était fondé à suspendre à titre provisoire l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du Dr. H... en raison du caractère irréversible qu'aurait eu l'exécution de cette décision, les conclusions présentées au juge administratif des référés sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, tendant à ce qu'il soit enjoint de ne pas exécuter cette décision du 11 janvier 2014, ne peuvent désormais, au terme de la procédure conduite devant le Conseil d'Etat, plus être accueillies ; qu'ainsi Mme F...I..., M. L... I...et le centre hospitalier universitaire de Reims sont fondés à demander la réformation du jugement du 16 janvier 2014 du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne et à ce que soient rejetées par le Conseil d'Etat les conclusions présentées sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative par M. E...I..., Mme K...I..., M. C... N...et Mme A...G... ;

Sur les frais d'expertise :

34. Considérant que, dans les circonstances particulières de l'espèce, il y a lieu de mettre les frais de l'expertise ordonnée par le Conseil d'Etat à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims ;

## DE C I D E

Article 1er : L'intervention de Mme O...I...est admise.

Article 2 : Les conclusions présentées par M. E...I..., Mme K...I..., M. C... N...et Mme A...G...sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne et devant le Conseil d'Etat, sont rejetées.

Article 3 : Le jugement du 16 janvier 2014 du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne est réformé en ce qu'il a de contraire à la présente décision.

Article 4 : Les frais d'expertise sont mis à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims.

Article 5 : (...)

## **Document 7 Communiqué de presse- Tribunal administratif de Chalon-en-Champagne – jugement du 16 janvier 2014**

### **Site du Tribunal administratif de Chalon-en-Champagne**

Le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne suspend l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 par laquelle le centre hospitalier régional universitaire de Reims a décidé d'interrompre l'alimentation et l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert.

### **RAPPEL DES FAITS**

M. Vincent Lambert, âgé de 38 ans, infirmier en psychiatrie, a été victime, le 29 septembre 2008, d'un accident de la route qui lui a causé un traumatisme crânien. Il est demeuré en coma végétatif avant d'évoluer en état pauci-relationnel. Il a été pris en charge en juin 2009 par le centre hospitalier universitaire de Reims, à l'unité d'hospitalisation de soins palliatifs, dans une sous-unité de soins de suite et de réadaptation, qui accueille des patients en état pauci-relationnel.

M. Lambert est aujourd'hui un patient tétraplégique consolidé souffrant de lésions cérébrales graves et se trouvant en état pauci-relationnel.

Ayant, fin 2012, interprété certains signes comportementaux manifestés par M. Lambert comme des refus de soins, l'équipe médicale s'est interrogée sur les suites à donner au traitement de M. Lambert et a mis en place au début de 2013 une procédure collégiale, associant son épouse qui a débouché, le 10 avril 2013, sur la décision d'interrompre l'alimentation de M. Lambert et de réduire son hydratation à 500 ml par jour. Une première ordonnance a été rendue le 9 mai 2013 par le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne administratif saisi par les parents, un demi-frère et une sœur de M. Lambert, qui enjoignait au centre hospitalier universitaire de Reims de rétablir l'alimentation et l'hydratation normales de M. Lambert et de lui prodiguer les soins nécessaires à son état de santé, des manquements procéduraux à la procédure collégiale définie par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique caractérisant selon cette décision une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale.

La procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37 du code de la santé publique a alors été relancée par l'équipe médicale et deux conseils de famille ont eu lieu les 27 septembre et 16 novembre 2013, précédant la réunion collégiale, qui a eu lieu le 9 décembre 2013. Le 11 janvier 2014, le chef du service où est accueilli M. Lambert a fait part de sa décision d'interrompre les soins de nutrition et d'hydratation artificielles à compter du 14 janvier 2014, date permettant de prendre en compte l'éventualité de tout recours juridictionnel.

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, a été saisi le 13 janvier 2014 par les parents de M. Vincent Lambert, ainsi que l'une de ses sœurs et un demi-frère d'un recours dirigé contre la décision prise par l'équipe médicale du Centre Hospitalier de Reims d'interrompre l'alimentation et l'hydratation de leur fils frère et demi-frère. Il a, au cours de l'audience qui s'est tenue le 15 janvier 2014, examiné la question de la poursuite d'actes médicaux prodigués à un patient en situation de dépendance extrême, en interprétant les dispositions du code de la santé publique introduites par la loi du 22 avril 2005, dite « loi Léonetti ».

Les parents de M. Lambert ont, ainsi qu'ils l'avaient fait une première fois le 9 mai 2013, saisi le juge des référés-liberté. Le président du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a toutefois, pour examiner un litige normalement tranché par un juge unique et en raison du caractère très particulier d'une question à laquelle ni les juridictions du fond, ni le Conseil d'Etat n'ont encore eu l'occasion de se prononcer, décidé que ce serait une formation collégiale élargie qui serait appelée à juger.

1. Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a d'abord décidé que, contrairement à ce que soutenaient les parents de M. Lambert, les dispositions du code de la santé publique introduites par la loi Léonetti s'appliquaient à la situation de Vincent Lambert.

1.1. Il a d'abord écarté les arguments tendant à faire juger que la loi Léonetti serait contraire au droit européen et en particulier à la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

D'une manière générale, en effet, la loi Léonetti est une loi de santé publique et ne saurait, quand bien

même certaines de ses dispositions ont pour objet de guider et d'encadrer le comportement des équipes médicales confrontées aux souffrances extrêmes, à l'utilité de poursuite des traitements et donc à la question de la fin de la vie, être assimilée à une loi pénale. Aussi, les exigences que fait valoir la convention à l'égard des textes de nature répressive ne trouvent-elles pas à s'appliquer d'une manière identique au code de la santé publique et les arguments tirés de leur méconnaissance ont, par conséquent, été écartés par le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne.

### **1. La loi Léonetti s'applique à la situation de M. Lambert**

1.2 Il a ensuite estimé que le seul intitulé d'une loi et des subdivisions du code de la santé publique, certes relatives « aux droits des malades et à la fin de vie » ne faisait pas obstacle à son application à la situation de M. Lambert.

Si Vincent Lambert, en effet, n'est ni en fin de vie, ni au sens strict malade, il n'en reste pas moins, selon le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, que le caractère très général des dispositions qui doivent être combinées des articles L.1110-5 et L. 1111-4 du code de la santé publique, généralité qui se déduit à la fois du texte même de ces articles, de leur positionnement dans l'architecture générale du code de la santé publique, et des travaux parlementaires, conduit à englober l'état de M. Lambert dans le champ d'application de la loi Léonetti.

### **2. L'alimentation et l'hydratation artificielles de M. Lambert constituent un traitement au sens du code de la santé publique**

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, en deuxième lieu, a estimé que les opérations d'alimentation par voie entérale et d'hydratation de M. Lambert, mise en œuvre par voie chirurgicale, présentant un caractère intrusif, constituaient bien un traitement et non un simple soin au sens de la loi, au sujet duquel l'équipe de l'unité de soins du CH de Reims avait, par conséquent, légalement pu s'interroger sur la question du caractère déraisonnable ou non de sa poursuite.

Cette position prend en compte les conclusions de l'étude adoptée par l'assemblée générale plénière du Conseil d'Etat du 9 avril 2009, ainsi que l'avis n° 87/2005 du Comité consultatif national d'éthique, du rapport de M. Léonetti devant l'assemblée nationale (« *Comme l'ont montré les travaux de la mission d'information, l'alimentation artificielle est en effet aujourd'hui considérée comme un traitement par des médecins, des théologiens et par plusieurs Etats membres du Conseil de l'Europe...* »), du rapport de 2008 sur l'évaluation de la loi, de la circonstance qu'un amendement débattu devant le Sénat qui prévoyait d'ajouter à l'article L.1110-5 un alinéa qualifiant « *l'alimentation et l'hydratation, même artificielles* » de « *soins minimaux, ordinaires, proportionnés dus à la personne et qui ne peuvent être considérés comme des actes médicaux.* » avait, après un débat animé, été rejeté par la Chambre Haute.

Elle est comparable à celle de la Cour suprême des Etats-Unis ( 25 juin 1990, *Cruzan v. Director, Missouri Depart. of Health* ou 18 mars 2005, *Terri Schiavo*) de la Haute Cour de Justice du Royaume-Uni, dans l'affaire *Airedale NHS Trust v Bland*, du 4 février 1993, ou de la 1<sup>ère</sup> chambre civile de la Cour de cassation italienne, dans l'affaire *Eluana Englaro* du 16 octobre 2007.

### **3. Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a estimé que c'est à tort que le CHU de Reims avait considéré que M. Lambert pouvait être regardé comme ayant manifesté sa volonté d'interrompre ce traitement.**

Selon la décision du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, l'équipe médicale devait alors se poser successivement deux questions : celle de savoir quelle était la volonté de M. Lambert et, dans l'hypothèse où celle-ci ne pourrait être déterminée avec un degré suffisant de certitude, si la poursuite du traitement constituait ou non une obstination déraisonnable au sens du code de la santé publique.

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a estimé que le contenu de la volonté de M. Vincent Lambert ne pouvait être déterminé avec un degré de certitude suffisant.

Celui-ci n'avait pas rédigé de directives anticipées au sens de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, ni désigné la « personne de confiance » prévue par l'article L. 1111-6 du code.

La famille et les proches de M. Lambert ayant à ce sujet des avis opposés, l'équipe médicale ne pouvait que tenter de dégager la volonté du patient à partir de ses déclarations ou prises de position antérieures à l'accident et à partir de son comportement actuel.

Or, le contenu de cette volonté ne peut que très difficilement se déduire de gestes ou de comportements qui, tout en pouvant être interprétés comme des refus de soins de la part de M. Lambert, ou des attitudes laissant suspecter un refus de vie, peuvent également, selon d'autres experts et les parents de M. Lambert, se comprendre au contraire comme manifestant une volonté de s'accrocher à la vie.

L'équipe médicale a également pris en compte le souhait de ne pas être dépendant qu'aurait exprimé M. Lambert avant son accident, à plusieurs reprises, lors d'un repas de famille, ou avec son épouse et l'un de ses frères.

Mais cet élément semble également fragile, exposé au risque de surinterprétation par les soignants ou les proches ; le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé du 30 juin 2013, dans son avis n°121, exprimait la difficulté à parvenir à une certitude quant au désir réel d'une personne, lorsqu'elle est réellement placée devant un tel choix, les personnes qui accompagnent ou soignent des patients atteints de graves maladies ou très âgés témoignant de la variabilité extrême des demandes d'anticipation de la mort.

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne estime que le contenu de la volonté actuelle de M. Lambert ne peut être déterminé avec un degré suffisant de certitude et dès lors, il doit être regardé comme étant hors d'état d'exprimer sa volonté au sens de la loi du 22 avril 2005.

#### **4. Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a jugé que la poursuite du traitement n'était ni inutile, ni disproportionnée et n'avait pas pour objectif le seul maintien artificiel de la vie et a donc suspendu la décision d'interrompre le traitement.**

La question de savoir si le maintien de l'alimentation et de l'hydratation de M. Lambert peut être regardé comme une « obstination déraisonnable » à poursuivre un traitement se pose alors.

Là encore, le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a donc examiné la légalité de la décision de l'équipe médicale du CHU de Reims au regard des critères d'appréciation posés par le code de la santé publique pour estimer que ceux-ci n'étaient pas satisfaits.

La notion d'obstination déraisonnable se substitue à celle d'acharnement thérapeutique. Elle est, pour l'essentiel, appréhendée par le code de la santé publique et le code de déontologie médicale à travers trois critères : les actes ne doivent être ni inutiles, ni disproportionnés ou n'avoir pas pour seul but le maintien artificiel de la vie.

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a estimé que s'agissant d'un patient en état paucirelationnel pour lequel ne peut être exclue l'existence d'une activité émotionnelle au-delà du simple réflexe organique, la poursuite des soins et des traitements n'a alors pas pour finalité le seul maintien artificiel de la vie biologique, mais a pour objectif de pallier une défaillance vitale, à l'instar d'une dialyse.

S'agissant du caractère inutile des soins, le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne juge que ce critère n'est pas rempli dès lors qu'il ne ressort pas des pièces du dossier qu'aucune vie relationnelle n'est possible à ce jour ou ne serait possible dans l'avenir, nonobstant le caractère irréversible de l'état neurologique de M. Lambert qui se dégraderait lentement, sans qu'aucune perspective de guérison ne soit, dans l'état des avancées médicales actuelles de la science, envisageable.

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, a estimé qu'en l'espèce, l'affirmation du caractère inutile de la poursuite du traitement impliquait nécessairement que l'utilité fût mesurée au regard de la qualité de vie, une telle appréciation revenant à porter un jugement sur le sens de la vie du patient, débat qui ne saurait trouver sa place en droit devant le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne.

La décision du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, enfin, écarte la thèse de la disproportion du traitement : si la possibilité de la souffrance de M. Lambert n'est pas exclue par les médecins dont les rapports font état de possibles douleurs, rien ne permet d'établir que la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation conduirait à davantage de souffrance pour M. Lambert.

## Document 8

### Cour Administrative d'Appel de Nantes, 30 juin 2010

AJFP 2011 p. 169

Suspension d'un praticien hospitalier pour euthanasie non consentie

Arrêt rendu par Cour administrative d'appel de Nantes 4<sup>e</sup> ch. 30 juin 2010

Sommaire :

Un praticien hospitalier avait cessé tout traitement d'un patient victime d'un grave accident vasculaire cérébral et dont le pronostic vital était engagé ; puis lui avait injecté une dose massive de morphine qui avait précipité sa mort. Légalité de sa suspension, prononcée dans l'intérêt du service.

Texte intégral :

Considérant que M. H, praticien hospitalier affecté au service des urgences-SMUR du centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou, relève appel du jugement en date du 1<sup>er</sup> octobre 2009 par lequel le tribunal administratif d'Orléans a rejeté sa demande tendant à l'annulation de la décision du 18 février 2009 de la directrice de cet établissement le suspendant, à titre conservatoire, de ses fonctions. [...]

Considérant qu'aux termes de l'article R. 6152-77 du code de la santé publique : « Dans l'intérêt du service, le praticien qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être immédiatement suspendu par le directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière pour une durée maximale de six mois [...] » ; que, toutefois, dans des circonstances exceptionnelles où est mise en péril la sécurité des patients et en raison de l'urgence, ces dispositions ne font pas obstacle à ce que le directeur d'un établissement hospitalier, qui exerce en vertu de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, son autorité sur l'ensemble du personnel, puisse légalement suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier ;

Considérant que M. H ne peut utilement se prévaloir des dispositions, qui ne régissent pas la situation des praticiens hospitaliers faisant l'objet d'une procédure disciplinaire, de l'article 30 de la loi du 13 juillet 1983 susvisée en vertu desquelles la situation d'un fonctionnaire suspendu pour des motifs disciplinaires doit être définitivement réglée dans le délai de quatre mois ;

Considérant que la mesure de suspension d'un praticien hospitalier dont le comportement est susceptible de faire courir un risque pour la sécurité des patients est décidée, à titre conservatoire, dans l'intérêt du service et ne constitue pas une sanction disciplinaire ; que, dès lors, le moyen tiré de ce que la mesure de suspension prise à l'encontre de M. H aurait dû être précédée d'une procédure contradictoire préalable et de ce qu'elle méconnaîtrait ainsi les stipulations du paragraphe 1 de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ne peut qu'être écarté ;

Considérant qu'aux termes de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique : « [...] lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en oeuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes : La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. [...] L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. / [...] La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient » ; qu'aux termes de l'article R. 4127-38 du même code : « 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 » ;

Considérant que M. H a pris en charge, le 16 décembre 2008, au service des urgences-SMUR du centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou, un patient, âgé de 81 ans, victime d'un accident vasculaire

cérébral hémorragique massif, au pronostic vital engagé ; qu'il ressort des pièces du dossier, et notamment du rapport d'enquête établi le 16 février 2009 par le médecin inspecteur de santé publique missionné à cet effet par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation du Centre, qu'il est reproché à M. H d'avoir cessé tout traitement de ce patient sans concertation avec l'équipe soignante et sur une simple consultation téléphonique d'un interne de garde au service de neurochirurgie du centre hospitalier universitaire de Rouen, en violation des dispositions précitées de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique, ainsi que d'avoir injecté à ce même patient, après l'avoir extubé, une dose massive de morphine par voie intraveineuse directe, dont les effets escomptés ne pouvaient être la sédation d'un état douloureux mais de précipiter le décès, dans des conditions qui ne sont pas celles prévues par les dispositions précitées de l'article R. 4127-38 du code de la santé publique ; qu'ainsi, le comportement médical de M. H doit être regardé comme ayant été de nature à faire courir des risques à la santé du patient dont il avait la charge et à compromettre le bon fonctionnement du service ; que, dans ces circonstances exceptionnelles et eu égard à l'urgence, la directrice du centre hospitalier de Nogent-le-Rotrou pouvait légalement, pour assurer la continuité du service et prévenir de graves incidents, décider de suspendre l'intéressé de ses fonctions de praticien hospitalier au service des urgences-SMUR, deux jours seulement après la remise du rapport d'enquête ;

Considérant, enfin, que le détournement de pouvoir allégué n'est pas établi ;

Décide :

Art. 1<sup>er</sup> : La requête de M. H est rejetée.

**Composition de la juridiction :** M<sup>me</sup> Michel, rapp. ; M. Villain, rapp. publ.

**Mots clés :**

**INTERET DU SERVICE** \* Suspension \* Praticien hospitalier \* Euthanasie \* Procédure contradictoire

Copyright 2014 - Dalloz - Tous droits réservés.

## Document 9

### Légalisation de l'euthanasie : où en sont les pays européens ?

Le Monde.fr avec AFP | 14.02.2014

Alors qu'en France l'affaire Vincent Lambert vient relancer le débat sur la légalisation de l'euthanasie, de nombreux pays européens ont déjà autorisé certaines formes d'assistance à la mort. Du côté de l'Hexagone, si l'euthanasie demeure interdite, la loi Leonetti de 2005 a instauré un droit au « *laisser mourir* », qui favorise les soins palliatifs. Elle autorise l'administration par les médecins de traitements anti-douleur permettant de soulager la souffrance, avec pour « *effet secondaire d'abrèger la vie* » d'un malade en « *phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable* ».

En décembre, un groupe représentatif de « citoyens » s'est prononcé en faveur d'une « *légalisation du suicide médicalement assisté* », qui constitue aux yeux de ce panel « *un droit légitime du patient en fin de vie ou souffrant d'une pathologie irréversible, reposant avant tout sur son consentement éclairé et sa pleine conscience* ». Les citoyens ont aussi suggéré une « *exception d'euthanasie* », qui pourrait être accordée pour les situations inextricables.

Plus récemment, une proposition de loi du groupe Europe Ecologie-Les Verts, qui prévoit d'offrir « *la possibilité* » de demander une assistance à mourir, a été examinée au Sénat, jeudi 13 février, tandis que François Hollande a promis, sans doute dans l'année, un projet de loi pour « *compléter, améliorer la loi Leonetti* ». Dans le même temps, le sort de Vincent Lambert, jeune homme en état de conscience minimale dont la famille se déchire sur son maintien ou non en vie, est examiné par le Conseil d'Etat.

En dehors du débat français, quelles sont les législations adoptées dans les autres pays européens ? Tour d'horizon.

## L'EUTHANASIE LÉGALE DANS LE BÉNÉLUX ET EN SUISSE

La **Belgique** est devenue jeudi le premier pays au monde à légaliser, sans fixer de condition d'âge, l'euthanasie pour les mineurs atteints de maladie incurable et affrontant « *des souffrances insupportables* ». L'euthanasie avait été dépenalisée pour les majeurs dès septembre 2002, dans certaines conditions. Le patient doit être confronté à une « *souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable* », être « *capable et conscient* », formuler sa demande de façon « *volontaire, réfléchie et répétée* » et être libre de toute contrainte. Il peut exprimer ses volontés dans une « *déclaration anticipée* » valable cinq ans ou en faire la demande expresse s'il est en état de s'exprimer. Rien n'est en revanche prévu concernant le suicide assisté.

Pour les mineurs, les enfants gravement malades, en phase terminale, affrontant « *des souffrances physiques et insupportables* » – la notion de souffrance psychique a été écartée – pourront demander l'euthanasie à condition que leurs deux parents soient d'accord. Plutôt qu'un critère d'âge, les parlementaires belges ont jugé qu'il faut déterminer si la demande d'un patient est éclairée et s'il est « *en capacité d'en apprécier toutes les conséquences* ». Ce discernement du mineur sera estimé au cas par cas par l'équipe médicale et par un psychiatre ou un psychologue indépendant.

Les **Pays-Bas** sont le premier pays européen à avoir légalisé l'euthanasie active (par administration d'un médicament provoquant la mort), tout comme le suicide assisté, par le biais d'une loi datant de 2001. Le médecin est au centre du processus. Il doit avoir la conviction qu'il n'existe pas d'autre solution raisonnable pour le patient et la souffrance doit être « *insupportable et sans perspective d'amélioration* », due à une maladie diagnostiquée comme incurable. L'avis d'un second médecin est nécessaire. Des « *déclarations anticipées* » sont prévues pour le cas où le patient ne serait pas en état d'exprimer sa volonté. Les Pays-Bas, qui n'ont officiellement recensé que cinq cas de mineurs depuis cette loi de 2002, n'autorisent l'euthanasie que pour les jeunes de plus de 12 ans.

Au **Luxembourg**, un texte légalisant l'euthanasie et le suicide assisté a été promulgué en mars 2009. Ce dispositif, interdit pour les mineurs, concerne les patients en situation médicale « *sans issue* ». Comme aux Pays-Bas et en Belgique, le médecin est placé au cœur du système et la situation médicale doit être sans issue. La demande doit se faire par écrit. Si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle peut le faire sous la forme d'une « *disposition de fin de vie* ».

En **Suisse**, l'euthanasie active indirecte (le fait de donner des substances pour réduire la souffrance avec comme effet secondaire possible la mort), et l'euthanasie passive (interruption du dispositif médical de maintien en vie) sont autorisées. La Suisse est aussi un des rares pays à avoir légalisé le suicide assisté (la personne prend elle-même la dose mortelle). L'assistance au suicide est organisée par des associations, tandis que le médecin ne joue qu'un rôle très mineur, l'Académie suisse des sciences médicales ayant considéré que l'assistance au suicide n'était pas une activité médicale. La seule exigence au niveau fédéral est que l'acte « *ne soit pas fait en fonction d'un mobile égoïste* ».

### DE L'EUTHANASIE PASSIVE TOLÉRÉE AU DÉLIT

La **Suède** a légalisé en 2010 l'euthanasie passive. En **Allemagne** et en **Autriche**, l'euthanasie passive est tolérée si le patient en a fait la demande. En **Norvège**, l'euthanasie passive est autorisée à la demande du patient en fin de vie ou d'un proche si celui-ci est inconscient.

En **Grande-Bretagne**, l'interruption des soins dans certains cas est autorisée depuis 2002. Depuis février 2010, la justice rend moins probables les poursuites contre une personne aidant un proche à se suicider par compassion, à condition que ce dernier en ait clairement exprimé l'intention.

Le **Danemark** prévoit depuis 1992 que chaque citoyen peut déclarer par écrit son refus de tout acharnement thérapeutique, déclarations sauvegardées dans un registre central. En **Hongrie** et en **République tchèque**, les malades incurables peuvent refuser leur traitement. En **Espagne**, les malades ont le droit de refuser d'être soignés. Au **Portugal**, l'euthanasie active ou passive est condamnée, mais le conseil d'éthique admet l'arrêt des traitements dans certains cas désespérés.

En **Italie**, l'euthanasie active est assimilée à un homicide volontaire. Même en cas d'accord du malade, le code pénal prévoit une peine de réclusion de six à quinze ans. Le suicide assisté est lui aussi un délit. L'euthanasie est interdite en **Grèce**, comme en **Roumanie**, où elle est passible d'une peine allant jusqu'à sept ans de prison. En **Bosnie** et **Serbie**, l'euthanasie est punie comme un homicide.

En **Croatie**, l'euthanasie est interdite mais le code pénal prévoit une peine relativement clémente. En **Pologne**, l'euthanasie est passible de trois mois à cinq ans de prison, mais « *dans des cas exceptionnels* », le tribunal peut atténuer la peine, voire renoncer à l'infliger. En **Irlande**, toute forme d'assistance à la mort ou de suicide est illégale et passible de quatorze ans de prison.

## Document 10

Recueil Dalloz 2013 p. 259

Bientôt une nouvelle loi relative à la fin de vie

**François Vialla, Professeur à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, directeur du Centre Droit & Santé UMR 5815 Université Montpellier 1**

Le 18 décembre dernier, la commission Sicard remettait au président de la République son rapport : « *Penser solidairement la fin de vie* » (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>). La mobilisation rencontrée par la commission et l'ampleur des travaux accomplis en quelques mois (la lettre de mission du président de la République date du 17 juill. 2012) démontrent, si besoin était, que les questions de fin de vie sont réellement au cœur des préoccupations de nos concitoyens. Le volumineux document produit est loin de la neutralité que certains pouvaient craindre. Le rapport met à jour, sans indulgence aucune, la réalité de la douloureuse question de la fin de vie et de la mort dans notre pays.

Loin du sort réservé à bien des études, le travail de la mission Sicard a conduit le président de la République à saisir le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et à annoncer qu'un projet de loi serait déposé dès le mois de juin prochain. La lecture du rapport « *Penser solidairement la fin de vie* » nous permet dès lors d'envisager les principaux points qui devraient être abordés à l'occasion des futurs débats parlementaires.

Les constatations sans concession dressées par la mission Sicard devraient conduire à tenter « d'humaniser » davantage l'environnement des moments ultimes de la vie. Le rapport est, en effet, d'une réelle sévérité avec l'environnement aujourd'hui médicalisé et hospitalisé (E. Gisquet, A. Aouba, R. Aubry, E. Jouglu et G. Rey, *Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008)*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut national de veille sanitaire, n° 48, 11 déc. 2012, p. 547 s.) de la fin de vie. L'idée d'une science médicale omniprésente et toute puissante, nouveau médiateur entre la personne et la - sa ? - mort, conduit à une « *surmédicalisation* » de la fin de vie et à un refoulement de la mort de nos quotidiens (ces constats étaient déjà présents dans l'avis n° 63 du CCNE, *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, du 27 janv. 2000 ; <http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis063.pdf> ; F. Vialla, &psilon; ta? a, encore... A propos des décrets du 6 février 2006, Rev. dr. et santé 2006, n° 11, p. 228, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr)). Le rapport Sicard plaide indirectement pour une réappropriation d'un certain humanisme médical autour d'une vie qui prend fin. L'idée semble être redécouverte que la fin de vie c'est encore... la vie (P. Ricoeur, *Vivant jusqu'à la mort*, Seuil, 2007). Un « *redéploiement des ressources d'un curatif disproportionné par ses excès et trop peu interrogé, vers une meilleure prise en charge du « prendre soin » de la fin de vie* », est prôné.

Pour autant, le rapport Sicard affirme aussi avec force qu'il faut « *avoir conscience que le recours aux seules unités de soins palliatifs ne pourra jamais résoudre la totalité des situations, même si ces structures devaient être en nombre plus important* » (p. 88).

La commission s'interroge, encore, sur la méconnaissance des textes pourtant récents (loi du 9 juin 1999 relative à l'accès aux soins palliatifs, loi Kouchner du 4 mars 2002, loi Léonetti du 22 avr. 2005).

Au-delà des constatations dressées, la commission élabore des propositions qui concernent les « *conduites prévues par les lois relatives aux droits des malades en fin de vie* ». Elle livre ensuite ses « *réflexions concernant des conduites non prévues par les lois relatives aux droits des malades en fin de vie* ».

Au nombre des propositions, il convient de noter le souhait émis de voir renforcer l'intensité et le recours aux directives anticipées mises en place par la loi Léonetti et encore méconnues.

C'est surtout le paragraphe consacré à « *la décision d'un geste létal dans les phases ultimes de l'accompagnement en fin de vie* » qui semble se démarquer du cadre juridique actuel. Il est en effet

rappelé que « lorsque la personne en situation de fin de vie, ou en fonction de ses directives anticipées figurant dans le dossier médical, demande expressément à interrompre tout traitement susceptible de prolonger sa vie, voire toute alimentation et hydratation, il serait cruel de la « laisser mourir » ou de la « laisser vivre », sans lui apporter la possibilité d'un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort ». L'hypothèse envisagée est, notamment, celle du refus de tout traitement et particulièrement de l'arrêt des suppléances vitales. Les termes employés sont particulièrement intenses puisqu'il est pointé du doigt la cruauté du « laisser vivre » et du « laisser mourir ». La commission envisage dès lors la possibilité « d'un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort », là où les dispositions de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique encadrent, aujourd'hui, la possibilité pour le médecin de soulager la souffrance d'une personne en recourant à « ... un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie... ». Il ne serait plus envisagé le seul soulagement pouvant avoir un effet secondaire, mais non souhaité, d'abrèger la vie, il est bien évoqué un geste létal « accélérant la survenue de la mort ». La proposition n'est pas sans rappeler la position adoptée par le CCNE lorsque était évoquée « l'exception d'euthanasie » dans son avis 63.

Au nombre des « réflexions concernant des conduites non prévues par les lois relatives aux droits des malades en fin de vie », la commission aborde la question du suicide assisté et envisage une possible intervention législative sur ce point. A l'inverse de l'Académie de médecine (Académie nationale de médecine, 11 déc. 2012, « Contribution à la « réflexion publique des citoyens, sur l'accompagnement de la fin de vie » (mission Sicard) », <http://www.academie-medecine.fr> : « sans équivoque, quand bien même il s'agirait seulement d'une aide au suicide, il s'agit bien d'une euthanasie active »), la commission Sicard distingue le suicide assisté de l'euthanasie. Si elle considère que le recours au suicide assisté doit être circonscrit, elle n'envisage pas moins que « ... pour certaines personnes atteintes d'une maladie évolutive et incurable au stade terminal, la perspective d'être obligé de vivre, jusqu'au terme ultime, leur fin de vie dans un environnement médicalisé, où la perte d'autonomie, la douleur et la souffrance ne peuvent être soulagées que par des soins palliatifs, peut apparaître insupportable. D'où leur souhait d'interrompre leur existence avant son terme. Leur demande est celle d'une assistance au suicide, sous la forme de médicaments prescrits par un médecin ».

Le recours à l'assistance au suicide ne serait cependant envisageable que dans l'hypothèse où la personne est suffisamment autonome pour accomplir elle-même l'acte ultime : « En aucun cas, l'administration par un tiers d'une substance létale à une personne ne peut être considérée comme une assistance au suicide,... Elle serait alors une euthanasie active ». Pour autant, lorsque la personne est « incapable d'accomplir elle-même de quelque manière que ce soit le geste de suicide assisté », la commission considère que « la médecine ne peut se considérer comme quitte et doit envisager à la demande de la personne un arrêt des soins de supports vitaux accompagné d'une sédation ». La proposition précédemment évoquée prend alors une réelle ampleur. Rappelons qu'il est proposé de ne plus se référer au recours au traitement ayant pour finalité de soulager les souffrances au risque d'avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie (CSP, art. L. 1110-5), mais plutôt d'envisager « ... un geste accompli par un médecin, accélérant la survenue de la mort ».

Pour autant, la commission Sicard affirme que demeurerait prohibé l'acte d'euthanasie entendu comme « un acte médical qui, par sa radicalité dans son accomplissement, et par sa programmation précise dans le temps, interrompt soudainement et prématurément la vie ».

On remarquera l'indéniable glissement sémantique qui fait du terme euthanasie un synonyme de mort donnée, là où Bacon envisageait plutôt une mort accompagnée : « Je dirai de plus que l'office du médecin n'est pas seulement de rétablir la santé, mais aussi d'adoucir les douleurs et souffrances attachées aux maladies ; et cela non pas seulement en tant que cet adoucissement de la douleur, considérée comme un symptôme périlleux, contribue et conduit à la convalescence, mais encore afin de procurer au malade, lorsqu'il n'y a plus d'espérance, une mort douce et paisible ; car ce n'est pas la moindre partie du bonheur que cette euthanasie [...]. Mais de notre temps les médecins [...], s'ils étaient jaloux de ne point manquer à leur devoir, ni par conséquent à l'humanité, et même d'apprendre leur art plus à fond, n'épargneraient aucun soin pour aider les agonisants à sortir de ce monde avec plus de douceur et de facilité. Or, cette recherche, nous la qualifions de recherche sur l'euthanasie extérieure, que nous distinguons de cette autre euthanasie qui a pour objet la préparation de l'âme, et nous la classons parmi nos recommandations » (Bacon, *De dignitate et augmentis Scientiarum, Du progrès et de la promotion des savoirs*, livre II, partie 3, Gallimard, 1991, p. 150 ; F. Vialla, *L'instrumentalisation des mots : l'euthanasie*, in *Le sens des mots en droit des personnes et droit de la santé*, dir P. Pédrot, RGDM 2008, n° spécial, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr) ; D. Sicard, *L'alibi éthique*, Plon, 2006, p. 190).

**Premier constat de violation de la Convention dans une affaire de suicide assisté**

**Zoom par Mustapha Afroukh**  
**maître de conférences, université Montpellier I, IDEDH (EA 3976)**

**Droit au respect de la vie privée et familiale**

Sommaire

CEDH, 19 juill. 2012, n° 497/09, Koch c/ Allemagne

Est en cause dans l'affaire *Koch contre Allemagne* le refus des autorités d'accorder à la défunte épouse du requérant, souffrant d'une tétraplégie complète, l'autorisation de se procurer une dose médicamenteuse létale. Ce n'est pas la première fois que le juge de Strasbourg est confronté à une question relative au souhait d'un patient de mettre fin à ses jours (CEDH, 29 avr. 2002, n° 2346/02, *Pretty c/ Royaume-Uni* : GACEDH 2011, n° 46. - CEDH, 20 janv. 2011, n° 31322/07, *Haas c/ Suisse* : JCP G 2011, doct. 914, § 13, obs. F. Sudre). Aussi, le juge européen commence par concéder qu'une telle affaire présente « un intérêt général transcendant les personnes et les intérêts tant du requérant que de sa défunte épouse » (§ 46). Pour apprécier les griefs du requérant sous l'angle de l'article 8, la Cour distingue deux situations. En ce qui concerne la violation alléguée des droits de sa défunte épouse, elle considère, dans le droit fil de sa décision *Sanles Sanles contre Espagne* (CEDH, 26 oct. 2000, no 48335/99), que l'article 8 fait partie de la catégorie des droits non transférables insusceptibles d'être invoqués par un parent proche ou un autre héritier de la victime (§ 78). S'agissant de l'existence d'une atteinte aux propres droits de M. Koch, la Cour s'écarte en revanche de la solution des juges internes qui lui avaient dénié un intérêt à agir. Se prévalant d'une approche libérale de la notion de victime, elle insiste sur « les circonstances exceptionnelles » (§ 45) de l'espèce tirées des liens étroits entre le requérant et sa défunte épouse ainsi que de son implication dans le souhait de celle-ci de mettre fin à ses jours pour juger que « le requérant peut prétendre avoir été directement affecté » (§ 50) par la décision de refus. L'applicabilité de l'article 8 ayant été admise sans difficultés au regard des principes énoncés dans les arrêts *Pretty* et *Haas* (§ 51), la Cour examine ensuite le bien-fondé du grief. L'apport majeur de l'arrêt est que le juge européen se prononce, pour la première fois dans ce type d'affaires, sur le respect du volet procédural de l'article 8. Il lui est alors aisé de constater que « les juridictions administratives (...) ont refusé d'examiner le fond de la demande présentée initialement par [Mme Koch] devant les autorités nationales » (§ 66), sans que cette ingérence dans les droits du requérant serve un quelconque but légitime (§ 67). Ce faisant, l'arrêt amplifie le mouvement de *procéduralisation* du droit au respect de la vie privée, d'autant que la Cour choisit de limiter son propre examen à cet aspect sans prendre position sur le volet matériel de l'article 8. Insistant sur l'importance de la marge d'appréciation dont bénéficient les États du fait de l'absence de consensus et valorisant le principe de subsidiarité (§ 68), elle estime « qu'il appartenait avant tout aux juridictions internes d'examiner le fond de la demande du requérant » (§ 71). L'arrêt, en demi-teinte, se conclut donc par un constat de violation de l'article 8 sous son seul volet procédural.

## Document 12

### **L'infirmière acquittée, le médecin condamné au procès de Périgueux La Croix 15/3/07**

Le Dr Laurence Tramois, jugée pour avoir donné la mort à une patiente atteinte d'un cancer en phase terminale, a été condamnée jeudi à un an de prison avec sursis et l'infirmière Chantal Chanel a été acquittée

Le Dr Laurence Tramois, jugée devant la cour d'assises de la Dordogne pour avoir donné la mort à une patiente atteinte d'un cancer en phase terminale, a été condamnée jeudi 15 mars à un an de prison avec sursis et l'infirmière Chantal Chanel a été acquittée. La condamnation du Dr Tramois ne sera pas inscrite à son casier judiciaire.

L'infirmière Chantal Chanel, 40 ans, et le Dr Laurence Tramois, 35 ans, étaient accusées d'avoir, le 25 août 2003, respectivement administré et prescrit une injection létale de potassium à Paulette Druais, 65 ans, atteinte d'un cancer du pancréas en phase terminale.

Je suis "contente pour Chantal, pour moi, c'était un poids énorme", a indiqué à la presse le médecin en sortant du tribunal, alors que Chantal Chanel, affichant un large sourire, s'est déclarée "soulagée", bien que "triste pour Laurence".

Dans un réquisitoire d'environ 1 heure 30, partagé avec le vice-procureur Frédéric Bernardo, l'avocat général Yves Squercioni avait demandé 2 ans de prison avec sursis à l'encontre du Dr Tramois, accusée de "complicité d'empoisonnement" et un an avec sursis contre Chantal Chanel, qui répondait du chef d'"empoisonnement".

### **"C'est un acte pour sauver ceux qui vont rester"**

L'accusation avait mis en garde les jurés contre les "conséquences que pourraient avoir" une décision d'acquittement, soulignant "l'utilisation qui pourrait (en) être faite". Un tel verdict serait "utilisé, commenté, déformé", avait-elle estimé.

"Pour l'infirmière Chantal Chanel il est évident que vous devez prononcer la peine minimale", déclarait Yves Squercioni ajoutant qu'outre le sursis, les jurés pourraient assortir leur peine d'une "non inscription au casier judiciaire" afin de lui éviter une "sanction administrative".

Il avait ensuite demandé aux jurés de faire "une distinction concernant Laurence Tramois", estimant qu'elle était "plus responsable", ce dont les jurés sont convenus, condamnant finalement le docteur pour "empoisonnement".

"C'est un acte pour sauver ceux qui vont rester et non pas pour respecter la volonté de celle qui va partir", affirmait l'avocat général, expliquant que le médecin s'était passée du consentement explicite de Paulette Druais.

Dans sa plaidoirie, l'avocat de Chantal Chanel, Me Pierre-Olivier Sur, avait solennellement appelé les jurés à "inscrire (leur) verdict dans la série passée d'acquittements", évoquant d'autres cas d'euthanasie jugés par des cours d'assises françaises et n'ayant pas donné lieu à condamnation.

### **"La cacophonie judiciaire a bien eu lieu"**

"Tout le monde dans l'hôpital savait" que Paulette Druais souhaitait "une piqûre" pour mettre fin à son agonie, assurait également Me Sur, évoquant les nombreux témoignages à la barre de personnels de l'hôpital rural de Saint-Astier.

De son côté, Me Benoît Ducos-Ader, conseil du Dr Tramois, avait estimé que "la cacophonie judiciaire a bien eu lieu", évoquant la concomitance en janvier 2006 du non-lieu prononcé dans l'affaire Humbert et le renvoi devant la cour d'assises du "dossier de Saint-Astier".

Me Ducos-Ader a également critiqué les "dysfonctionnements" de la justice dans ce type d'affaires, l'"hypocrisie" qui prévaut autour de l'euthanasie, demandant aux jurés l'acquittement.

Lors de leurs auditions, dans la matinée, Chantal Chanel et Laurence Tramois s'étaient appliquées à reconnaître leurs responsabilités, le Dr Tramois se revendiquant comme "l'auteur des faits", alors que Chantal Chanel se décrivait comme pleinement "consciente" de ses actes.

### Document 13

## Bonnemaison acquitté : neuf Français sur dix veulent une loi en faveur de l'euthanasie

CHRISTINE MATEUS ET CLAUDINE PROUST Site Le Parisien 26 juin 2014

Selon notre sondage réalisé hier après l'acquittement du Dr Bonnemaison, les Français réclament plus que jamais une loi sur cette douloureuse question de société.

**C'est un « oui » franc et unanime.** Après l'acquittement du docteur Nicolas Bonnemaison, accusé d'avoir empoisonné sept patients en fin de vie, et la saisine en urgence de la Cour européenne des droits de l'homme sur le sort de Vincent Lambert, en état végétatif depuis 2008, notre sondage, réalisé par BVA après le verdict de la cour d'assises de Pau (Pyrénées-Atlantiques), montre que près de 9 Français sur 10 (89 %) se disent favorables à une loi visant à autoriser l'euthanasie.

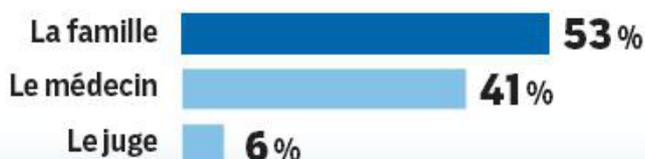
Chez les 65 ans et plus, le taux monte même jusqu'à 98 %.

Cela fait de nombreuses années que les instituts de sondage enregistrent cette demande sur le sujet. En 1987 déjà, un sondage TNS Sofres annonçait une proportion de 85 % des sondés favorables à l'idée « qu'un malade soit aidé à mourir à sa demande ». Une enquête plus récente de l'Ifop relevait, plus précisément, que 92 % des personnes interrogées étaient d'accord pour qu'une « loi française autorise les médecins à mettre fin, sans souffrance, à la vie de ces personnes atteintes de maladies insupportables et incurables si elles le demandent ».

*D'après vous, faut-il faire voter une loi visant à autoriser l'euthanasie ?*



*Dans le cas d'une personne atteinte d'une maladie incurable qui lui inflige des souffrances morales ou physiques insupportables et qu'elle n'est pas en mesure d'exprimer une décision, qui devrait, selon vous, décider de son euthanasie ou non ?*



Sondage BVA « Le Parisien » - « Aujourd'hui en France » réalisé hier, après l'annonce de l'acquittement du docteur Bonnemaison, auprès d'un échantillon de 979 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

LP Infographie

Ce choix sociétal massif semble donc beaucoup moins clivant que ne l'ont été les questions du mariage pour tous et surtout de l'adoption pour tous. Ceci alors que le spectre d'une fracture « pro » et « anti » qui avait divisé le pays hante visiblement toujours les pouvoirs publics. Et ce même si la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a décrit hier l'acquittement du D<sup>r</sup> Bonnemaison comme une « décision d'humanité » et rappelé

que le gouvernement travaillait à une évolution du cadre juridique sur la fin de vie.

Les Français disent donc vouloir aller plus loin que les dispositions de la loi de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti. Mais si le patient, comme c'est le cas pour Vincent Lambert, n'est pas en mesure de formuler sa volonté, qui doit s'en charger ? Dans cette éventualité, le consensus se fissure et l'échantillon de Français interrogés par BVA se scinde quasiment en deux. Ainsi, ils estiment en majorité (53 %) que c'est à la famille d'en décider.

À l'heure actuelle, pourtant, seul 2 % des Français ont désigné une personne de confiance pour les représenter dans le cas où ils ne seraient pas en mesure de s'exprimer. Restent 47 % des Français à penser qu'une décision « extérieure » est préférable. 41 % veulent que ce soit le médecin tandis qu'une très faible minorité -- 6 % -- se prononce pour l'intervention de la justice. « Pour une majorité, l'euthanasie reste donc une affaire privée », analyse Céline Bracq, directrice de BVA Opinion.

Aujourd'hui, c'est l'équipe médicale, après consultation d'autres médecins et de la famille, qui prend l'ultime et douloureuse décision. L'objectif de la loi est d'éviter l'acharnement thérapeutique lorsqu'il n'y a plus aucun espoir de récupération. Des directives anticipées, lorsqu'elles ont été rédigées par le patient indiquant ses derniers souhaits, ne représentent qu'une simple indication.

« L'opinion française, si elle exprime peu de doutes sur le principe même de l'euthanasie, se montre donc plus partagée lorsqu'il s'agit de choisir le responsable de cette lourde décision », résume Céline Bracq. Signe que ce sujet difficile n'est pas si tranché.

## **Document 14**

### **Sur quel fondement la CEDH peut-elle prendre une mesure provisoire ?**

Source Dalloz Actu-étudiant 27 juin 2014

À la suite de la décision du Conseil d'État relative à l'affaire Vincent Lambert (CE 24 juin 2014, n° 375081), la Cour européenne des droits de l'homme, saisie notamment par les parents de Vincent Lambert, a demandé au gouvernement français de suspendre l'exécution de la décision de la juridiction administrative autorisant l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation de cet homme. Cette demande constitue une mesure provisoire mentionnée à l'article 39 du règlement de la Cour européenne des droits de l'homme. En effet, la Convention européenne des droits de l'homme ne comporte pas de dispositions relatives aux mesures provisoires. Celles-ci sont des mesures d'urgence appliquées, dans des domaines limités (par ex. : menaces contre la vie, tortures, traitements inhumains ou dégradants ...), par la Cour lorsqu'il existe un risque imminent de dommage irréparable. La procédure est écrite, traitée prioritairement et les refus ne sont susceptibles d'aucun recours. Par ailleurs, la grande majorité des mesures provisoires concernent des demandes de suspension d'expulsion ou d'extradition.

Enfin, les mesures provisoires peuvent être maintenues par la Cour, une fois l'affaire examinée au fond, jusqu'à ce que l'arrêt devienne définitif, pour prévenir l'hypothèse d'un renvoi devant la Grande Chambre.

À noter que ces dernières années, la Cour a refusé 70 % de demandes de mesures provisoires.

## Document 15

### L'aide à la mort . - À qui, de dire le droit ?

Libres propos par Denis Broussolle  
agrégé de droit public, professeur émérite à l'université de Bourgogne  
La Semaine Juridique Edition Générale n° 19, 12 Mai 2014, 552

**Les experts demandés par le Conseil d'État ont le 6 mai confirmé l'état végétatif durable de Vincent Lambert. - Les français et les médecins interrogés sont en désaccord avec les principes proclamés sur l'aide à la mort et l'euthanasie. - Les morales, les grandes religions et les déclarations des droits de l'homme ne suffisent pas à fonder le droit. - La vie est-elle distincte de la personne ?. - Il faut affronter juridiquement une mort qui n'est plus un évènement mais un processus**

#### Sommaire

Acharnement thérapeutique ou acharnement juridique ? Pour autoriser ou non l'équipe du CHU de Reims, pourtant appuyée par plusieurs sommités médicales, à cesser d'alimenter et d'hydrater Vincent Lambert victime d'un trauma cérébral, inconscient depuis plus de 5 ans, le Conseil d'État avait demandé à l'Académie de médecine, au Comité consultatif national d'éthique et au Conseil national de l'Ordre des médecins de désigner trois experts (*CE, 14 févr. 2014, n° 375081, 375090, 375091 : JurisData n° 2014-002723 ; AJDA 2014, p. 790, note A. Bretonneau et J. Lessi*). Dans leur pré-rapport déjà cité sur Internet, ceux-ci déclarent impossible de se prononcer sur l'existence de quelque vécu de conscience, donc de souffrance et de volonté de vivre ou de mourir de l'intéressé. Ils confirment son état végétatif très probablement irréversible et de toute façon une atrophie cérébrale majeure, définitive. Mais la famille et le CHU devront attendre encore plus d'un mois le jugement du Conseil d'État. Car bien que statuant en référé, celui-ci avait aussi demandé aux mêmes institutions scientifiques de lui présenter chacune : ses « observations (...) sur le maintien artificiel de la vie ».

La démarche est sans précédent. Si pour interpréter et appliquer certains des articles du Code de la santé publique, un juge doit mobiliser les trois instances les plus prestigieuses de la médecine française, c'est que ces articles ne sont pas applicables en l'état. À moins que le Conseil d'État, juge suprême, n'entende les compléter et les renforcer par un arrêt prétorien. Mais comment, juge des choix du secteur public hospitalier, le pourrait-il sans la Cour de cassation, juge des médecins libéraux et des poursuites pénales ? Enfin, le pourrait-il sans un soutien de l'opinion publique ? La loi *Léonetti* (L. n° 2005-370, 22 avr. 2005 : *JCP G 2005, I, 142, Étude D. Bailleul*), puisque c'est d'elle qu'il s'agit, ne pose pas que des problèmes juridiques en raison de ses imprécisions, elle se heurte à un problème démocratique en son fond : la liberté qu'elle exclut de choisir de mourir, une large majorité des français s'y déclare favorable. Certes experts et législateurs doivent parfois résister à la *vox populi* ou la devancer, encore leur faut-il jouir d'une autorité scientifique ou morale prestigieuse et indiscutée. Comment imposer tel ou tel *respect de la vie*, lorsque la notion même de *vie* fait débat ?

#### 1. Les experts et l'éthique contre les sondages et le peuple ?

Le 30 octobre 2013, l'Ifop a posé la question à nouveau :

« Certaines personnes souffrant de maladies insupportables et incurables demandent parfois aux médecins une euthanasie, c'est-à-dire qu'on mette fin à leur vie, sans souffrance. Selon vous, la loi française devrait-elle autoriser les médecins à mettre fin, sans souffrance, à la vie de ces personnes atteintes de maladies insupportables et incurables si elles le demandent ? ».

Pas ou peu dépendantes des appartenances politiques et confessionnelles, les réponses confirmèrent les sondages des années précédentes : oui absolument : 44 % ; oui dans certains cas : 48 % (total des oui : 92 %) ; non : 8 %.

**L'accueil de la *vox populi*.** - Ces chiffres ne provoquèrent pas plus de débat que les années précédentes. Les responsables des institutions médicales ou éthiques, ainsi désavoués et les dirigeants de mouvements politiques ou de médias accoutumés à les suivre ne pouvaient les contester. Plus fourni et plus sûr que certains sondages rapides qui animent et guident les débats politiques, l'échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus comprenait 1004 personnes, choisies conformément à la méthode des quotas (sexe, âge, profession de la personne interrogée). Commandée et payée certes par l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, l'étude était diligentée et signée par l'Ifop, institut des plus respectés de la profession.

Faute de pouvoir contester le sondage, sceptiques et mécontents peuvent contester la question et soupirer : « Comment l'homme de la rue pourrait-il répondre *ex abrupto* par oui ou par non à une question si délicate ?! Nous ne

pouvons rien en conclure. » Louable inquiétude ! Mais alors, comment ce même homme a-t-il pu être interrogé par referendum sur les réformes successives des institutions européennes. Comment a-t-il pu répondre oui en 1992, ensuite non en 2005 ? Et nous-mêmes ? Sincèrement, combien d'abonnés à cette revue eurent-ils alors la patience de lire les dizaines de pages des projets de traités et auraient-ils pu les expliquer le lendemain sans hésitation ?

Il n'est pas interdit de penser qu'un referendum sur l'euthanasie consentie serait moins surréaliste. Les contraintes et les dilemmes de l'approche médicalisée de la mort, destinée commune, parlent davantage à l'esprit que les délimitations des compétences exclusives, partagées, concurrentes, retenues ou réservées, entre l'Union et les États membres, destinées aux délices des professeurs de droit. Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a fait l'expérience. Avec l'aide encore de l'Ifop, il a réuni quatre week-ends successifs un panel de dix-huit volontaires « reflétant la diversité de la population française » pour auditionner une vingtaine de personnalités et débattre sur les conditions de la fin de vie. Il a pu en recueillir un *avis citoyen* (publié sur son site le 14 décembre 2013).

Les signataires y notent que « seules 20 % des personnes qui devraient bénéficier des soins palliatifs y ont accès », que « le cadre légal - défini par la loi *Léonetti* - est insuffisamment clair et peu appliqué car laissant une part trop importante à l'interprétation du corps médical et excluant le patient comme l'ensemble des citoyens de ses implications ». L'avis ajoute que « les écoles de pensée et les courants religieux qui proposaient précédemment des " recettes " pour s'habituer à la mort (...) n'ont plus l'exclusivité des réponses ». Il conclut : « La possibilité de se suicider par assistance médicale, comme l'aide au suicide constituent à nos yeux un droit légitime du patient en fin de vie ou souffrant d'une pathologie irréversible, reposant avant tout sur son consentement éclairé et sa pleine conscience (...) formellement constatée par un collège d'au moins deux médecins ».

En sept pages, l'avis reprend ainsi nombre d'enseignements du CCNE, mais finit par s'en écarter pour conforter le sondage brut Ifop - ADMD. Serait-ce pour cette raison que tout *citoyen* qu'il fût, cet avis s'est heurté au même scepticisme poli que les sondages classiques précédents (V. F. Violla, *Fin de vie : poursuite du débat (citoyen) : JCP G 2014, act. 34*). Assurément, la représentativité de dix-huit personnes, la rapidité de leur information, certaines ambiguïtés de leurs motifs et le truchement probable d'une plume pour rédiger prêtent à discussion. Si l'on accepte les mêmes limites des jurys d'assises (sans le dire), on ne saurait les admettre pour des législateurs. Sinon, autant remplacer nos élections parlementaires par le tirage au sort de la *Boulè* athénienne du V siècle avant *Jésus Christ* ! Aujourd'hui, il faut la compétence et la représentativité. Certes. Mais nos grandes instances de notre santé cumulent-elles ces qualités si différentes ?

**Les contradictions des médecins.** - L'Ordre des médecins vient d'offrir l'exemple contraire. Le 8 février dernier, son conseil national a publié une déclaration « fin de vie et assistance à mourir ». Il y reconnaît que « la loi *Léonetti* peut n'offrir aucune solution pour certaines agonies prolongées ou pour des douleurs psychologiques et/ou physiques ». Il admet alors qu'une « sédation, adaptée, profonde et terminale (soit) envisagée ». Il ne la qualifie pas, mais en prévision de la loi annoncée par le président de la République, il s'annonce ouvert « au débat sociétal quant à l'euthanasie délibérée et au suicide assisté ».

De la sorte, le Conseil de l'Ordre ne contredit pas seulement ses prédécesseurs qui s'en tenaient à l'interdiction littérale de « provoquer délibérément la mort » de l'article R. 4127-38 du Code de la santé publique, il contredit ses propres mandants. Car de même que le Comité consultatif national d'éthique avait interrogé ses « dix-huit citoyens », de même, l'Ordre avait interrogé ses adhérents le mois précédent avec l'aide de l'institut *Ipsos*. Et il en a reçu une réponse semblable : 60 % des médecins se disent expressément favorables à l'euthanasie active (consentie), alors que 39 % seulement, s'y déclarent plutôt, ou tout à fait, opposés.

Pourquoi ces écarts, pour ne pas dire cette inconstance, dans l'interprétation de leur commun serment d'Hippocrate, pourtant fondement traditionnel de leur déontologie ? Rappelons, qu'électeurs et élus des conseils de l'ordre sont des pairs de formation et de qualification identiques. La différence tiendrait-elle aux moyennes d'âges respectives des uns et des autres ?

Auquel cas, la fin de vie n'opposerait pas seulement les experts et les dirigeants du CCNE, de l'Ordre etc. aux simples citoyens, patients et professionnels exécutants, la France d'en haut à la France d'en bas, mais aussi les nouvelles générations aux précédentes. L'opposition révélerait une évolution des sensibilités et des idéaux dans l'approche de la mort.

## 2. La quête des fondements

Les députés pourraient-ils y répondre ? Dès les origines de la bioéthique, Bertrand Mathieu s'inquiétait : « morale floue, droit incertain » (B. Mathieu, *La difficile appréhension de la bioéthique par le droit : LPA 11 juin 1993, p. 4*). Face à l'euthanasie, il opposait récemment et fortement des limites constitutionnelles (B. Mathieu, *Fin de vie : liberté, droits et devoirs, l'impossible conciliation : Constitutions, oct.-déc. 2013, p. 517*). Le droit et les experts dicteraient-ils la loi ?

**Les échecs de l'éthique.** - Nombre de membres des commissions d'éthique s'expriment en détenteurs et révélateurs

d'un savoir supérieur, définitif, égal à la science. Effectivement, les plus nombreux, médecins, biologistes, physiciens, psychologues, économistes les plus réputés parlent et oeuvrent es qualités pour évaluer les situations, les pratiques, les coûts, les conséquences des fins de vie, pour inventorier les choix. Leur expertise est alors irremplaçable. En revanche, lorsqu'ils sont amenés à apprécier les objectifs poursuivis et le principe en soi de l'euthanasie consentie, ils sont contraints de sortir de leurs domaines respectifs d'expertise. Sans doute comptent-ils à leurs côtés des spécialistes de l'éthique, ou plus précisément, des représentants ou des familiers des grandes familles spirituelles et philosophiques. Mais si éminentes et respectables soient-elles, ces familles ne sont ni indiscutables ni complémentaires comme les disciplines scientifiques ; elles sont précisément plurielles, divisées, sinon opposées. L'oecuménisme religieux est fécond en dialogues, rarement en consensus.

Enfin, les multiples mouvements de pensée ne peuvent pas tous être représentés, le choix ou l'exclusion de tel ou tel représentant ne peut qu'infléchir les réflexions menées. Tant et si bien ou si mal, que saisi par le président de la République, le CCNE a non seulement jugé nécessaire de revenir en moins de treize ans d'intervalle sur un avis pourtant riche sur l'euthanasie, afin de le compléter, sinon de l'amender, mais a dû constater son désaccord entre ses membres (CCNE, avis 121, 30 juin 2013. - V. F. Violla, *Fin de vie : la position du Comité consultatif national d'éthique* : JCP G 2013, act. 813).

Non, l'éthique n'est pas une science. L'historien peut s'étonner du crédit que les penseurs et les professeurs tirent des grandes religions et philosophies. Si universelles et élevées étaient-elles, aucune n'a condamné la pratique de l'esclavage dans l'antiquité et au-delà, ni l'infériorité et la subordination de la femme à l'homme jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle. St Paul proclama certes : « il n'y a ni homme ni femme, ni libre ni esclave ». Mais citons la phrase jusqu'au bout : « en Jésus Christ ». Car en cette vie terrestre, il y avait toujours des femmes, à qui le même Paul prescrivait d'obéir à leurs maris, et des esclaves, à qui l'empereur Constantin converti n'accorda ni évêché, ni liberté.

Nous autres juristes n'avons pas davantage de leçon à donner et ceux présents dans le Comité consultatif national d'éthique n'ont pas tenté de remplacer la norme morale par une norme constitutionnelle. Non seulement les Déclarations des droits de l'homme, souvent invoquées en bioéthique, sont des cadres abstraits qui ne prennent corps que dans les interprétations des cours et dans les lois des Parlements, mais elles se sont prêtées aux mêmes discriminations que les religions auxquelles elles croyaient succéder. Faut-il rappeler que les grandes Déclarations de 1789, américaines comme françaises, ne condamnèrent ni n'abolirent elles-mêmes l'esclavage des noirs, ni la subordination des femmes.

Si elles ne disaient pas qui étaient les humains titulaires des droits de liberté, de vote ou de propriété, comment diraient-elles qui sont les titulaires du droit de la mort ? Et d'une mort qui a changé ! Pourquoi demander aux tables de lois et aux sagesse les plus anciennes de répondre aux défis et aux questions de révolutions scientifiques qu'aucun de leurs inspirateurs n'auraient pu imaginer ?

**Du don divin au pouvoir humain.** - Répéter aujourd'hui, « la vie est une réalité transcendante et ne peut être laissée à la libre disposition de l'homme » (CCNE, avis 63, 27 janv. 2000), ancre et perpétue notre droit, sinon dans la pensée chrétienne qui définit la vie comme un don de dieu, seul en droit de la reprendre, du moins dans la pensée aristotélicienne et le *vitalisme* du XIX<sup>e</sup> qui dissociait le *monde animé*, la future biologie, du *monde inanimé* physico-chimique des plantes ou des minéraux, et soutenait aussi bien la *génération spontanée* que l'existence de l'âme.

La déontologie médicale inscrite dans le Code de la santé publique emprunte toujours à cette logique. En énumérant et distinguant « *le respect de la vie humaine [et] de la personne* », l'article R. 4127-2 créé et distingue deux objets juridiques. Le premier, *la personne*, est fait de chair et d'os. Mais le second, *la vie*, qu'est-ce ? Que comprendre ? Soit religieux ou métaphysicien, vous lui prêtez une essence propre, une « réalité transcendante ». Soit, plus prosaïque et rebelle à cet abus de langage, vous considérez qu'elle ne peut avoir d'existence distincte de la personne et dès lors qu'elle ne peut lui être opposée. Singulier dilemme, étrange décret d'une République qui se veut et se répète laïque ! Étrange persistance de la doctrine vitaliste à l'adresse de médecins, qui, élèves de Pasteur, ont appris à lire et à décomposer la biologie de leurs patients en chimie et en physique !

Dans ce XX<sup>e</sup> siècle, nous peinions à penser la décomposition de la vie. À l'aube de ce III<sup>e</sup> millénaire, il nous faut penser la décomposition de la mort. Elle n'est plus un évènement unique, elle est un processus multiple. Nos cellules ne meurent pas toutes à la même vitesse. Le coeur et nombre d'organes vitaux peuvent battre seuls, puisque, scandale d'abord, fierté ensuite, ils peuvent être soustraits, donnés et transplantés. C'est alors que nous avons dû nous résoudre à décider que la mort serait celle du cerveau. En vain. Les experts de Vincent Lambert constatent que le sien est en partie détruit, mais ne peuvent dire ce qui y reste de vivant. À présent il nous faut admettre que sous notre crâne, toutes les cellules, toutes les aires, hippocampe, tronc cérébral, néocortex, etc., elles non plus, ne s'arrêtent pas toujours à la même vitesse.

Questions effrayantes : lesquelles sont vitales, quel est le *minimum* nécessaire, où, quand, subsiste le *moi* ? Notre science est trop en avance sur notre mental et notre culture. Après plus de 100 000 ans de soumission à la nature et à la fatalité, comment comprendre, partager ou seulement supporter, ce pouvoir tout neuf, proprement supra-naturel, si

balbutiant soit-il, celui de définir la mort, la façon et le moment d'y entrer.

Il faut pourtant affronter ce défi, plutôt que le nier en répétant que l'aide à mourir est « une question de biens portants, car devenus malades et mourants, tous veulent vivre ». Comme si il n'y avait pas assez de témoignages contraires ! Comme si le taux de suicide des vieillards n'était pas élevé ! Comme si le problème ne se posait qu'aux patients et pas aux soignants ! Ne faut-il pas définir des critères, des procédures déclarées et contrôlées, délimitant les libertés, les droits, les obligations des uns et des autres, plutôt que laisser les juges batailler contre des initiatives dispersées et des pratiques contradictoires, inégalitaires, non déclarées et inégalement contrôlables ?

© LexisNexis SA

## Document 16

### **Euthanasie : Peut-on demander le droit de mourir ? (extraits)**

**Laurence Sabatié-Garat François Thomas - 3 mars 2005**

(...)

#### **8. Définir l'euthanasie : un enjeu en soi**

On regroupe en effet sous le terme d'euthanasie, sans doute un peu hâtivement, la totalité des pratiques qui permettent d'abrégier l'agonie d'un malade incurable et de lui éviter ainsi des souffrances liées à sa maladie. Cette définition, à la fois trop générale et trop étroite, ne peut qu'être marquée d'une diversité d'interprétations. En outre, ces pratiques sont différentes selon les spécialités : le problème de l'euthanasie ne se pose pas de la même manière dans un service de cancérologie ou dans un service de réanimation. Cette définition ne permet pas non plus de faire la différence entre le fait de provoquer la mort d'une personne, et celui de ne pas tout faire pour empêcher cette mort de survenir.

Mais même lorsqu'il est question de définir de façon plus fine ces pratiques, il faut constater la difficulté de parvenir à un accord. C'est ce que montre la lecture de l'avis n°63 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) du 27 janvier 2000. Ce texte comporte en annexe les définitions de l'euthanasie proposées par différents comités analogues. Ces définitions contiennent des termes et des expressions identiques, et ne sont pas absolument divergentes, - signe qu'il y a bien, au moins, un consensus pour identifier une même famille de pratiques comme euthanasiques -, mais il demeure de grandes différences.

Canada : acte qui consiste à provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances.

Belgique : acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Luxembourg : acte de provoquer délibérément la mort d'un malade, d'une personne handicapée ou d'un nouveau-né gravement malformé, l'acte étant posé soit à la demande expresse de la personne concernée soit sans sa demande expresse ou même contre sa volonté ; la gamme des motivations de l'acte d'euthanasie peut s'étendre notamment du respect de l'autonomie du malade ou de la personne handicapée à la pitié et, on ne s'en souvient que trop bien, à des motivations eugéniques.

Danemark : assistance médicale pour abrégier une vie de souffrance insupportable.

Portugal : mort intentionnelle d'un malade provoquée par quiconque, notamment sur décision médicale, même si cela est fait à titre de demande et/ou de compassion.

Pour sa part, le CCNE définit l'euthanasie comme "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".

Comme le souligne Jean-Yves Goffi dans son livre *Penser l'euthanasie*[2], cette diversité soulève un certain malaise. Et ce, d'autant plus que certaines des définitions avancées peuvent, si on les prend au pied de la lettre, sembler plutôt surprenantes. Par exemple, si l'euthanasie consiste réellement, pour un tiers, à mettre fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci, on ne peut pas considérer comme euthanasique le fait de laisser mourir ou de faire mourir un nouveau-né lourdement handicapé : une

telle définition est rendue trop étroite par la clause de la demande, ainsi formulée. Ou bien encore, l'expression "situation jugée insupportable" gagnerait sans doute à préciser "par qui" et "pour qui" cette situation est jugée telle.

Mais la difficulté de parvenir à une définition précise et rigoureuse conceptuellement, ne tient-elle pas d'abord au fait qu'il existe plusieurs types d'euthanasie ? Pour y voir plus clair, des philosophes ont proposé plusieurs critères pour établir une classification raisonnée de l'euthanasie.

On peut distinguer trois critères (cf Goffi p44-48) :

- Le premier concerne le type d'acte auquel on a affaire : il peut s'agir d'une action ou d'une omission. Dans le premier cas, on parler d'euthanasie active (ou positive), dans le second d'euthanasie passive (ou négative.) L'idée est la suivante : il peut exister, moralement parlant, une différence significative entre une action et une omission. Tuer intentionnellement est une action parfaitement blâmable. Mais dans les cas où l'agent s'est abstenu de tuer mais où il ne lui est pas possible de sauver une vie, laisser mourir peut apparaître comme une chose tolérable à l'agent moral décent, comme une chose à laquelle il pourrait consentir, bien qu'à regret.

- Le second critère permet de distinguer les euthanasies "directes" et les euthanasies "indirectes". Il est pertinent au cas où l'on aurait affaire à une action aussi bien qu'à une omission. Dans les euthanasies "directes", l'action ou l'omission sont une condition suffisante du décès du malade. (par exemple : un médecin décide d'administrer à un malade, qui souffre énormément et dont il estime que, même s'il survit, ce sera avec des séquelles qui rendront son existence insupportable, un mélange de molécules qui provoqueront rapidement son décès. Ou alors, un accidenté dans un état très grave, que l'on peut sauver mais qui survivra avec des séquelles telles que son existence sera insupportable : l'urgentiste s'abstient alors de tout traitement et le patient décède)

Dans les euthanasies "indirectes", l'action ou l'abstention ne sont pas une condition suffisante du décès. Dans le cas d'une omission : par exemple, un malade en phase terminale d'une maladie contracte une autre maladie, qui peut être mortelle mais qui est relativement facile à soigner. Devant l'état général du patient, les médecins estiment le traitement futile et n'entreprennent rien : le malade décède au bout de quelques jours. Dans le cas où les médecins décident d'arrêter les dispositifs de survie artificiel qui maintiennent en vie un malade, il s'agit bien là d'une action, mais le décès, survenant quelques heures ou quelques jours après, peut être là aussi considéré comme une conséquence indirecte.

- Le troisième critère concerne l' "euthansié" lui-même : consent-il, refuse-t-il de consentir ou bien est-il hors d'état de consentir à l'acte (action ou omission) qui mettra fin à sa vie ?

On obtient alors la classification suivante :

Euthanasie passive directe volontaire/Euthanasie passive directe contre la volonté/ Euthanasie passive directe en l'absence de volonté.

Euthanasie passive indirecte volontaire/ Euthanasie passive indirecte contre la volonté/ Euthanasie passive indirecte en l'absence de volonté

Euthanasie active directe volontaire /Euthanasie active directe contre la volonté/ Euthanasie active directe en l'absence de volonté

Euthanasie active indirecte volontaire /Euthanasie active indirecte contre la volonté /Euthanasie active indirecte en l'absence de volonté.

Une fois les différents types d'euthanasie dégagés, il convient néanmoins de chercher à nouveau à s'approcher d'une définition rigoureuse et correcte, c'est-à-dire non défectueuse, en ce qu'on pourrait lui opposer des contre-exemples. L'enjeu n'est pas seulement théorique : lorsqu' est pratiquée une euthanasie, le résultat brut de l'opération est qu'un être humain est mis à mort. Juridiquement, il faut pouvoir différencier une euthanasie d'un suicide, d'un suicide assisté, d'un meurtre, d'un avortement, et de toutes les formes d'homicide possibles et imaginables. Dans le cas d'un terme sensible comme celui d' "euthanasie", la définition ne doit pas comporter de conclusions ou formulations morales : elle ne doit pas être formulée de façon telle qu'une réflexion ultérieure plus approfondie sur sa valeur éthique et sur son caractère licite ou non devienne impossible. Ce serait le cas si on la définissait

en l'assimilant à un assassinat. En ce sens, deux philosophes, T. L. Beauchamps et A. Davidson ont tenté d'en proposer une définition (figurant dans un article publié dans *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1979), mais le scrupule même avec lequel elle a été formulée la rend difficilement maniable. Si bien que Beauchamp en a proposé une version abrégée et simplifiée.

« Une mort sera considérée comme une euthanasie, quel qu'en soit le type, si, et seulement si, les conditions suivantes sont satisfaites :

1. cette mort est visée par au moins une autre personne (que celle qui meurt) qui contribue, par son action, à la causer ;
2. la personne qui meurt est soit affligée de souffrances intenses, soit plongée dans un coma irréversible (ou le sera bientôt) et cette condition, à elle seule, constitue la raison première qui fait que la mort est visée ;
3. les procédures choisies pour provoquer la mort doivent être aussi peu douloureuses que possible, ou bien alors il faut qu'il existe une raison moralement justifiée de choisir une méthode plus douloureuse. (...)

### **11. L'exclusion de la mort**

La question de l'euthanasie ne doit pas non plus être coupée de perspectives sociologiques et sociétales. Elle conduit à interroger notre rapport à la mort, à la solitude, à la vieillesse, à l'handicap, à la "négativité" en général.

Ainsi, l'expérience de la mort est de moins en moins vécue par les habitants des pays riches. Et ce, d'une manière très simplificatrice, pour des facteurs économiques et sociaux : l'urbanisation et le déracinement ont entraîné éclatement des familles. Il faut sans nul doute y ajouter un facteur idéologique : le recul du religieux entraîne avec lui un amenuisement des rituels qui entouraient la mort (accompagnement de l'agonisant, veillées mortuaires, célébrations diverses, solidarité avec la famille du mourant...) La mort a ainsi disparu de notre environnement quotidien. On peut penser ici à une réflexion du philosophe Jean-Luc Nancy, tirée d'une des ses *Chroniques Philosophiques*[5] : "La mort dérobée, la mort de la mort en quelque sorte, la négation de l'inclusion ou de l'inscription de la mort dans la vie, cela devient peut-être un fait social ou culturel."

Un médecin, Michel Haute couverture ([3]), dira les choses ainsi : "la mort, survenant le plus souvent à l'hôpital, est aseptisée, déshumanisée, désocialisée. Elle est mise à distance comme si, paradoxe suprême, elle ne faisait plus partie de la vie. Dans un monde qui idolâtre la jeunesse, la rapidité et la force, le seul fait de vieillir et de mourir est devenu obscène. On ne veut rien en savoir. Pis, on considère que c'est contraire à la dignité humaine !"

### **12. Arguments contre et pour l'euthanasie.**

Dans l'avis 63, que nous avons déjà mentionné, le Comité consultatif national d'éthique souligne avant tout l'importance du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement des mourants, et exprime son refus de l'acharnement thérapeutique. Il s'agit de faire des soins palliatifs la norme, la règle, mais le développement de ces soins ne pourra jamais, selon le CCNE, résoudre totalement la question de l'euthanasie et éviter qu'elle ne soit plus jamais posée. Il faut alors considérer ces situations extrêmes, extraordinaires, où 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 redoublée en ce qui concerne le corps médical, dont la vocation est de soigner la personne... le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort."

Le CCNE dresse alors une liste des arguments contre et pour l'euthanasie. Toutefois, il convient de noter qu'une telle présentation binaire des positions en présence sur l'euthanasie peut conduire à choisir " un camp contre l'autre ", alors que la réalité des pratiques soignantes et des situations de

fin de vie est sans nul doute plus complexe que ce dualisme.

«Deux types de positions sont couramment exprimées.

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. 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
- 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, fut-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'exclutelle 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.

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 ;
- 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 révoquant, 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 ?»

## Document 17

AJ Pénal 2012 p. 372

### Le médecin face à la mort

De quelques aspects techniques de la responsabilité pénale médicale

**François Rousseau, Professeur de droit privé et sciences criminelles à l'Université de Bretagne-Sud, Institut de sciences criminelles de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV (EA, n° 4194)**

Parce qu'il a prêté serment d'assister toute personne malade (2), le médecin est continuellement confronté à la mort d'autrui. Sans doute, est-il réducteur d'envisager la responsabilité pénale médicale au regard de cette seule confrontation du médecin face à la mort. Mais, elle soulève l'essentiel du « risque pénal » pesant sur le médecin.

Mort accidentelle. D'un point de vue quantitatif, ce sont en effet les délits d'homicides et blessures non intentionnels qui

constituent la source majeure de la responsabilité pénale médicale (3). Malgré des statistiques rares et peu fiables (4), on a pu estimer que ces délits d'homicides et blessures par imprudence représentaient environ 80 % des poursuites pénales dirigées contre des professionnels de santé (5). Cette responsabilité pénale peut résulter tout autant de blessures que de la mort. Cela étant, les infractions d'homicides et blessures non intentionnels reposent rigoureusement sur la même structure (6), si bien que, en évoquant les aspects juridiques de l'homicide non intentionnel, on envisage du même coup les aspects juridiques des blessures non intentionnelles.

Mort délibérée. D'un point de vue cette fois plus qualitatif, le médecin peut être confronté à un grave problème de conscience lorsqu'un patient lui demande de mourir plutôt que de guérir. Si le serment d'Hippocrate défend au médecin de provoquer délibérément la mort, l'évolution de la morale sociale en matière d'euthanasie pourrait l'amener à rompre son serment. Mais, l'homicide intentionnel ne peut échapper au droit pénal (7) garant de l'ordre public et de valeurs sociales importantes, telle la vie. Les affaires d'euthanasie mettant en cause le corps médical sont certes rares statistiquement, mais leur impact médiatique n'est sans doute pas sans rapport avec une certaine « surestimation du risque pénal » qui en découle (8).

Pénalisation de l'activité médicale. Les ressorts de cette pénalisation de l'activité médicale sont sans doute multiples. On a évoqué, notamment, la « judiciarisation » des rapports sociaux (9), ou encore la « crise de confiance » entre les médecins et leurs patients (10). Et, peut-être conviendrait-il d'ajouter que les progrès spectaculaires de la médecine engendrent une forme de revendication sociale d'un droit à la sécurité médicale (11) et corrélativement un sentiment social d'« aversion au risque » (12) médical. Poussée à l'excès, cette pénalisation pourrait être contre-productive en privant les médecins de la sérénité nécessaire à la pratique de leur art.

Dépénalisation de l'imprudence. On a parfois appelé en ce sens à opérer une dépénalisation du droit médical, par l'abandon notamment de la répression des fautes simples d'imprudence (13). Cette dépénalisation fut partiellement opérée par la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000 (14). En effet, cette loi a inséré un alinéa 4 à l'article 121-3 du code pénal selon lequel tout auteur indirect d'un dommage n'est responsable pénalement que s'il a commis une faute d'imprudence qualifiée. Il en résulte, a contrario, que la simple imprudence en lien indirect avec le dommage ne peut plus être sanctionnée pénalement. Mais, il faut avoir à l'esprit que cette réforme législative n'a jamais entendu répondre aux inquiétudes du corps médical mais à celle des élus locaux artisans de la réforme. L'application de cette loi a d'ailleurs, en pratique, assez peu profité au corps médical (15).

Dépénalisation de l'euthanasie. Les choses sont, en revanche, bien différentes en matière d'euthanasie. En effet, le législateur a répondu aux inquiétudes du corps médical, en dernier lieu par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (16) dite « loi Leonetti », qui a consolidé un mouvement contemporain de dépénalisation de l'euthanasie (17).

C'est dire que l'évolution de la responsabilité pénale médicale n'est pas uniforme selon que le médecin est confronté à une mort subie ou bien à une mort choisie.

## **1. Le médecin face à la mort subie (...)**

## **2. Le médecin face à la mort choisie**

En matière d'euthanasie, on ne peut plus aujourd'hui dénoncer un « vide juridique », pour reprendre une formule journalistique (49). En effet, il résulte de l'évolution de la législation de ces dernières années que le corps médical bénéficie d'une large dépénalisation de l'interruption de soins, ainsi que d'une étroite dépénalisation de l'administration de la mort.

### **La dépénalisation large de l'interruption des soins**

**Interruption des soins et qualifications pénales.** L'interruption des soins par un médecin envers son patient l'expose, par principe, à la répression. Plusieurs qualifications pénales sont alors envisageables selon les modalités de cette interruption de soins. S'il s'agit de ne pas, ou ne plus, administrer un traitement vital à un patient, l'omission du médecin pourrait être réprimée au titre de la non-assistance à une personne en péril (50) ou bien encore de l'homicide non intentionnel en cas de décès du patient (51). Mais, s'il s'agit d'interrompre positivement un traitement en débranchant par exemple un appareil de réanimation, il faudrait alors envisager la qualification de meurtre (52) ou d'assassinat (53). Le « risque pénal » est donc réel pour le médecin qui déciderait d'interrompre des soins, à la demande de son patient (54).

**La justification tirée de l'ordre de respecter la volonté du patient.** C'est pourquoi le législateur est intervenu à plusieurs reprises (55) afin de permettre aux médecins de résoudre ce difficile cas de conscience. Tout d'abord, l'article L. 1111-4 du code de la santé publique impose au médecin de « respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ». Il ajoute que « si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». Mais, l'obstination du médecin doit s'arrêter là, car le même texte poursuit en disposant qu'« aucun acte

médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Bien que cet article concerne tous les patients quel que soit leur état de santé, le législateur a cru bon de prévoir des dispositions comparables au cas spécifique des malades en fin de vie à l'article L. 1110-10 du même code. Il résulte de ces dispositions que le médecin doit respecter la volonté du patient désireux de mettre un terme à son traitement alors même que son pronostic vital serait engagé. Du point de vue du droit pénal, le respect de la volonté du patient peut donc justifier l'éventuelle commission par un médecin d'une infraction d'omission de porter secours, d'homicide par imprudence, voire d'homicide intentionnel. On pourrait être tenté d'y voir la manifestation de l'effet justificatif du consentement de la victime. En réalité, il n'en est rien. Le consentement de la victime ne produit un effet justificatif que par délégation de la loi ; il est *secundum legem* en quelque sorte. L'analyse est confortée par le domaine de cette justification qui ne profite qu'au seul médecin, si bien que le consentement donné au patient à un tiers non-médecin pour interrompre son traitement et, par là, mettre fin à ses jours ne comporterait aucun effet justificatif (56). Il faudrait donc plus sûrement y voir un ordre de la loi imposé au médecin de respecter la volonté ou le consentement du patient (57).

**La justification tirée de l'autorisation d'interrompre des soins « déraisonnables ».** Ce détachement entre fait justificatif et consentement de la victime est encore plus net lorsque l'interruption des soins peut-être justifiée indépendamment de la volonté du patient. Il s'agit ici d'évoquer l'hypothèse où le patient est « hors d'état d'exprimer sa volonté » pour reprendre la terminologie du code de la santé publique. Dans ce cas, l'article L. 1111-4, alinéa 5, autorise (« peut ») le médecin, en concertation avec d'autres médecins, à interrompre les soins après avoir consulté la personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un proche ou bien encore les « directives anticipées » de la personne formulées conformément à l'article L. 1111-11. On peut reprocher à ce texte un manque de précisions quant aux circonstances devant amener le corps médical à envisager cette possibilité. Certes, le texte fait au moins référence à un état d'inconscience du malade, puisqu'il est « hors d'état d'exprimer sa volonté », dont le pronostic vital est sans doute engagé, puisque la limitation ou l'arrêt des soins mettrait sa vie en danger. L'article L. 1111-13 du code de la santé publique se montre un peu plus précis pour le cas des malades dits en fin de vie, car il autorise le médecin à interrompre un traitement « inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie » dès lors que le patient est « en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable ». Là encore, le médecin doit prendre sa décision en concertation avec d'autres médecins et après avoir consulté la personne de confiance du patient, sa famille, un proche ou ses directives anticipées. Dans toutes ces hypothèses où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, il est clair que ce n'est plus son consentement qui peut-être la source d'un fait justificatif pour le médecin. Il est vrai que la volonté du patient est malgré tout recherchée par médiation ou représentation des proches. Il n'en reste pas moins que cette expression médiata de la volonté du patient n'est nullement impérative ; elle est seulement consultative. Peut-être sera-t-il, en pratique, très difficile pour le corps médical de passer outre la volonté exprimée par les proches du patient. Mais, juridiquement, ils sont autorisés à interrompre des soins vitaux indépendamment de la volonté du patient exprimée par ses proches. La justification pénale ne peut donc être tirée que de l'autorisation de la loi dès lors que la poursuite d'un traitement apparaîtrait comme une « obstination déraisonnable » (58).

### **La dépénalisation étroite de l'administration de la mort**

**Administrations de soins palliatifs.** Bien plus que l'interruption de soins, on peut dire aujourd'hui que le code de la santé publique permet de justifier « l'administration de la mort » par un médecin à son patient. En effet, l'article L. 1110-5 consacre un « droit » à toute personne malade de « recevoir des soins visant à soulager la douleur », dits « soins palliatifs ». Ce même texte ajoute qu'un malade en fin de vie peut recevoir de tels soins alors même qu'ils auraient « pour effet secondaire d'abrèger sa vie ».

**Qualification pénale.** Cette administration de soins palliatifs dès lors qu'elle précipite la mort d'autrui constitue matériellement un acte d'homicide pouvant être pénalement qualifié. On a parfois avancé la qualification d'homicide non intentionnel, au motif que l'intention du médecin n'est pas de tuer son patient mais de soulager sa douleur (59). L'affirmation est contestable en ce qu'elle confond l'intention et le mobile (60). L'intention homicide est établie dès lors que l'auteur accomplit un acte en ayant conscience qu'il provoquera la mort d'autrui. Le médecin qui administre des soins palliatifs dont il connaît les effets secondaires mortels a nécessairement conscience de provoquer la mort d'autrui (61). Il commet donc un homicide intentionnel ou plus précisément un empoisonnement (62). On pourrait opposer que l'administration des soins palliatifs n'est pas la seule cause de la mort d'un malade en fin de vie et que la cause principale de la mort réside dans la maladie. La discussion se déplace alors sur l'élément matériel de l'infraction. Mais, que l'on raisonne sur le meurtre ou l'empoisonnement, il n'est jamais nécessaire pour consommer ces infractions que l'acte homicide soit la cause « exclusive » de la mort d'autrui. Il y aurait en effet meurtre ou empoisonnement à exploiter une faiblesse pathologique pour provoquer sa mort : créer une vive émotion à une personne que l'on sait cardiaque ou faire ingérer un aliment à une personne dont on connaît le terrain gravement allergique (63). Il faut donc convenir, de la même manière, qu'un médecin qui précipite la mort d'un patient par l'administration de soins palliatifs commet bien un

empoisonnement.

**Justification pour motif thérapeutique.** Mais, cet empoisonnement est justifié par la loi dès lors qu'il s'agit pour le médecin de soulager la douleur de son patient. C'est donc sur le terrain de la justification qu'intervient le mobile légitime qui est pris en compte par le droit sous la forme d'une autorisation de la loi (64). Une fois encore, ce n'est pas le consentement du patient qui justifie la commission d'une infraction par le médecin, mais l'autorisation de la loi tirée de la nécessité de soulager la douleur d'autrui. Cette nécessité que l'on peut qualifier de « médicale » pourrait être rapprochée de l'article 16-3 du code civil selon lequel « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ». C'est pourquoi la volonté d'un malade de se faire administrer un traitement mortel, sans pouvoir justifier de souffrances auxquelles ledit traitement pourrait répondre, ne comporte aucune vertu justificative pour un médecin. En somme, l'administration de la mort dans notre droit n'est justifiée que si elle s'accompagne d'une finalité médicale de soulagement de la douleur. Le corps médical n'est donc pas démuné face au délicat problème de l'euthanasie. Encore faut-il faire preuve d'un peu de pédagogie afin de lui faire connaître les ressources de la loi (65) et de lui permettre d'agir en toute « sécurité juridique ».

## Document 18

### Suicide assisté et euthanasie

Elie Alfandari, Conseiller scientifique de la Revue de droit sanitaire et social  
Recueil Dalloz 2008 p. 1600

#### Peut-on envisager une aide au suicide ?

Le suicide est un acte très grave qui consiste à se donner la mort. Il est lié à la liberté individuelle, chaque individu pouvant décider que « sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue ». Quelquefois, la personne qui envisage le suicide ne veut pas ou ne peut y procéder seule. Elle réclame alors une « aide au suicide ». Mais il faut prendre garde aux risques de dérives provoqués par une telle demande : il ne peut s'agir de demander à autrui de mettre fin à sa vie, car il ne s'agira plus alors d'un suicide, mais d'un meurtre prémédité, sanctionné pénalement, même si la personne a donné son accord.

S'agissant plus particulièrement de la « fin de vie », après l'affaire *Imbert*, la France a adopté le projet Leonetti (loi du 22 avril 2005). Cette loi a permis d'aider la personne en fin de vie, soit en lui donnant des soins palliatifs pour calmer sa douleur, soit en cessant tout traitement pour éviter un « acharnement thérapeutique ». Mais cela ne peut se faire que si le mourant a exprimé clairement sa volonté en ce sens. On parle parfois d'« euthanasie passive » ; mais y a-t-il vraiment passivité lorsque le « laisser mourir » est lié à un acte matériel (par exemple le débranchement du tuyau d'alimentation) ? Si la volonté de se laisser mourir peut être assimilée à un suicide, n'est-on pas proche d'un suicide assisté ? Ce qui est certain, c'est que la loi Leonetti n'a pas légalisé l'administration de la mort par un tiers. L'aide au suicide est donc une question complexe qui est liée aux moyens utilisés.

#### Comment pourrait s'effectuer une aide au suicide ?

On peut concevoir deux formes d'aide :

- *La première* se limite à un accompagnement du suicidaire. Si celui-ci est en fin de vie, les conditions fixées par la loi Leonetti doivent être respectées. S'il n'est pas en fin de vie et veut mettre fin à ses jours pour raison de souffrance ou de dépression, l'assistance peut poser problème, car elle pourrait au contraire être requalifiée de non-assistance à personne en danger. Et surtout, il faudra veiller à ce que le suicide accompagné ne soit pas un suicide provoqué (pressions sur le suicidaire). On entrerait alors dans l'infraction d'incitation au suicide.

- *La deuxième* forme d'aide consiste à fournir les instruments du suicide. Ne parlons pas de la fourniture d'un revolver ou d'une corde pour se pendre, mais plutôt, surtout s'il s'agit de personnes en souffrance ou en fin de vie, de produits létaux à absorber ou à injecter. Alors une distinction doit être faite entre la fourniture

de produits à la personne, qui les utilisera elle-même, ou l'administration du produit par un tiers. Dans le premier cas, on demeure dans l'hypothèse du suicide assisté, puisque l'acte est exécuté par le suicidaire lui-même, en pleine conscience (mais des études ont constaté que, dans la pratique, peu de personnes utilisent les produits fournis ; au dernier moment, elles préfèrent la vie, même pénible, à la mort). Dans le deuxième cas, il s'agit, non plus d'un suicide, mais d'un meurtre prémédité. On conviendra que le problème est délicat si la personne n'a pas la capacité d'absorber elle-même les produits ou de se les injecter.

Une autre question concerne l'aidant au suicide. Il peut s'agir d'un parent ou d'un conjoint ou d'une « personne de confiance » prévue par la loi Leonetti. Mais ces personnes n'ont pas la possibilité de fournir des produits létaux qui ne sont pas en vente libre. Elles doivent donc s'adresser aux médecins. Or, la plupart de ceux-ci refusent de procéder à cette forme de suicide assisté, qualifié parfois d'« euthanasie active ». Ils estiment, à juste raison, que cela est contraire à leur déontologie et risque de dévaloriser leur métier (en Suisse, le suicide assisté, qui a été légalisé, ne peut être pratiqué par des médecins). Et, dans l'affaire *Sébire*, le juge a refusé à un médecin la possibilité de faire une ordonnance pour ces produits à une personne souffrant d'une maladie incurable et désirant se suicider.

### **Que penser de la création d'une commission qui autoriserait l'euthanasie active ?**

Déjà, en janvier 2000, le Comité consultatif national d'éthique (CNCE) avait proposé des dérogations à la pénalisation de l'euthanasie. Certes, il ne demandait pas la remise en cause de l'interdiction du meurtre, mais il souhaitait que le législateur crée des « exceptions d'euthanasie ». Selon le CNCE, ce serait au juge de décider si les conditions de l'exception sont remplies, et non à un comité de professionnels. Mais la loi Leonetti n'a pas accédé à cette demande.

Après l'affaire *Sébire*, on s'était rendu compte que les soins palliatifs n'étaient pas suffisamment pratiqués et que certaines fins de vie se prolongeaient dans la souffrance, voire l'indifférence, dans les établissements de santé. Une mission d'évaluation des mesures prises par la loi de 2005 a été confiée à M. Leonetti. Mais certains parlementaires ont souhaité aller plus loin en demandant une modification de la loi avec la création d'une « Commission nationale d'euthanasie ». Cette commission examinerait les cas justifiant une exception d'euthanasie. Cela pourra-t-il aller jusqu'à une autorisation d'administrer la mort ? Je ne le pense pas. Si le code pénal n'est pas modifié, si l'infraction demeure, ce n'est pas à une commission administrative de décider des dérogations à la loi. Je pense plutôt que la commission formulera un avis qui sera remis au juge au cas de poursuite de la personne qui aura pratiqué l'acte d'euthanasie. Le juge se fondera alors sur cet avis pour adoucir la sanction, voire pour écarter toute peine s'il estime que la personne a agi dans un état de nécessité. Certes, la décision sera prise *a posteriori* et le risque d'une condamnation demeurera pour l'aidant, alors que l'autorisation préalable lui aurait fourni un « parachute ». Mais, le plus important, c'est de donner la priorité à la vie, en évitant des règles générales qui permettraient d'y mettre fin. Le législateur a supprimé la peine de mort, peut-il instaurer la fin de la peine de vivre ?