

N° 375081
Mme L...

N° 375090
M. L...

N° 375091
Centre hospitalier universitaire de Reims

Assemblée du contentieux

Séance du 13 février 2014
Lecture du 14 février 2014

CONCLUSIONS

Rémi KELLER, rapporteur public

L'affaire qui vous réunit aujourd'hui est exceptionnelle et dramatique : pour la première fois en France, le 16 janvier 2014, un tribunal s'est prononcé sur une décision médicale ayant pour conséquence d'entraîner la mort d'une personne par l'arrêt de son alimentation et de son hydratation artificielles. Vous êtes saisis en appel du jugement du 16 janvier 2014 du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne qui a suspendu l'exécution de cette décision, et vous allez devoir répondre à des questions qui se posent pour la première fois.

M. V... L... est né en 1976. Il est marié, père d'une petite fille de cinq ans et demi, et il exerçait la profession d'infirmier en psychiatrie. Victime d'un accident de la route en septembre 2008, il a subi un traumatisme crânien qui l'a rendu tétraplégique et entièrement dépendant. Après avoir été dans le coma, il se trouve depuis plusieurs années dans un état que la médecine qualifie de « pauci-relationnel¹ », dit également « état de conscience minimale » - que nous décrirons plus précisément tout à l'heure. Il est hospitalisé au centre hospitalier universitaire de Reims, dans une unité spécialisée qui accueille huit patients dans le même état. Outre les soins de confort courant, il bénéficie d'une hydratation et d'une alimentation artificielles « par voie entérale », c'est-à-dire que les nutriments sont directement introduits dans son estomac.²

À partir de la fin de l'année 2012, l'équipe soignante a cru percevoir de la part de M. V... L... des signes d'opposition aux actes courants tels que la toilette ou le rasage, faisant suspecter un refus de vivre. L'équipe a ainsi été conduite à s'interroger sur la question de savoir si M. V... L... ne faisait pas l'objet d'une « obstination déraisonnable » au sens de la loi dite Léonetti du 22 avril 2005 - sur laquelle nous reviendrons bien entendu.

¹ Du latin *pauci* qui signifie « peu ».

² Contrairement à l'alimentation « parentérale » qui s'effectue par voie intraveineuse et s'applique aux personnes dont le système digestif ne fonctionne plus.

Ces interrogations se confirmant, les médecins ont décidé d'engager la procédure de consultation collégiale prévue par la loi. A l'issue de cette procédure, il a été décidé, le 10 avril 2013, d'interrompre l'alimentation du patient et de diminuer peu à peu son hydratation. Les parents de M. V... L..., et deux de ses frères et sœurs, ont alors saisi le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative relatif au « référé-liberté ». Par une ordonnance du 11 mai 2013, le juge des référés a jugé que la procédure collégiale avait été irrégulière et a enjoint au centre hospitalier de rétablir l'alimentation et l'hydratation normales du patient. En décembre 2013, M. F... L..., neveu de M. V... L..., a formé une tierce-opposition à cette ordonnance, qui a été rejetée le 20 décembre 2013.

Entre-temps, l'équipe médicale avait décidé de reprendre la procédure, et elle a abouti à la même décision : le 11 janvier 2014, le Dr K..., qui dirige le pôle « Autonomie et santé » du CHU de Reims, a annoncé son intention d'interrompre l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient à compter du lundi 13 janvier, sous réserve d'une saisine du tribunal administratif. Une nouvelle demande en référé-liberté a alors été présentée par les mêmes requérants. L'affaire a été jugée, cette fois, par la formation plénière du tribunal de Châlons-en-Champagne, qui a statué dans un délai remarquablement rapide puisqu'elle a rendu son jugement le 16 janvier 2014. Le tribunal a estimé, d'une part, que la volonté de M. V... L... avait été appréciée de manière erronée, d'autre part, que la poursuite de son traitement n'était pas constitutive d'une « obstination déraisonnable ». Le tribunal a en revanche refusé de faire droit aux autres conclusions des requérants, qui lui demandaient d'ordonner le transfert du patient dans une maison d'accueil spécialisée située à Oberhausbergen (Bas-Rhin).

Vous êtes saisis en appel par Mme R... L..., épouse de M. V... L..., par le centre hospitalier universitaire de Reims et par M. F... L..., neveu de M. V... L.... Les requérants en première instance viennent défendre et forment un appel incident : ils demandent à nouveau d'ordonner le transfert du patient dans la maison d'accueil d'Oberhausbergen. Vous êtes également saisis d'une intervention en défense de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés.

Quant à M. V... L..., il n'est pas partie au litige, bien entendu ; mais rarement un absent au litige aura été à ce point présent au cœur des débats.

Disons tout de suite, pour ne pas avoir à y revenir, que nous ne vous proposerons pas de faire droit aux conclusions de l'appel incident : contrairement à ce qui est soutenu, rien au dossier ne permet de penser que M. V... L... ne recevrait pas les soins appropriés au centre hospitalier de Reims, et encore moins que sa sécurité n'y serait pas assurée.

Cette affaire a été examinée le 6 février en audience de référé par le président de la section du contentieux, qui a décidé de la porter devant votre assemblée sur le fondement des articles L. 522-1 et R. 611-20 du code de justice administrative qui autorisent le renvoi devant une formation collégiale. Votre section du contentieux a d'ailleurs déjà été amenée à statuer en référé-liberté³, mais c'est la première fois que cela arrive à votre assemblée.

³ 18 janvier 2001, *Commune de Venelles et autre*, p. 18 ; également : 16 novembre 2011, *Ville de Paris et autre*, p. 552.

I. – Avant d'aborder les questions essentielles, nous examinerons rapidement quelques points de procédure.

1. En premier lieu, la compétence de la juridiction administrative ne fait aucun doute, bien que la décision contestée ait été prise par le Dr K... non pas au nom du centre hospitalier mais en sa qualité de « médecin en charge du patient », comme le dit le II de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique. En effet, M. V... L... étant accueilli dans un établissement public, la mesure demandée au juge des référés n'est pas « manifestement insusceptible » de se rattacher à un litige relevant de l'ordre administratif, pour reprendre les termes de votre jurisprudence en matière de référé.⁴

2. Par ailleurs, le litige s'inscrit bien dans le champ des dispositions de l'article L. 521-2 du code de justice administrative puisque la décision du Dr K... est susceptible de porter une atteinte grave – et même irréversible – au droit de M. V... L... au respect de sa vie, dont votre section du contentieux a jugé qu'il constituait une liberté fondamentale au sens de ces dispositions (16 novembre 2011, *Ville de Paris et société d'économie mixte PariSeine*, p. 552). Et l'urgence était caractérisée dès lors que la décision devait être mise en œuvre dans un délai de 48 heures en l'absence de recours.

3. Il va de soi que vous n'êtes pas tenus par le délai de 48 heures mentionné à l'article L. 523-1 du code, vous l'avez d'ailleurs jugé pour le délai de première instance qui est de même durée (12 septembre 2007, *B...*, n° 309317, t. p. 881 pour un autre motif)⁵.

4. Vous admettez la recevabilité de l'appel de Mme R... L..., épouse de M. V... L..., bien qu'en première instance elle se fût limitée à intervenir au soutien de la défense de l'hôpital.

Certes, vous vous êtes dans un premier temps montrés particulièrement stricts en référé-liberté sur la recevabilité de l'appel des intervenants de première instance⁶. Mais cette approche a été tempérée par une ordonnance *Section française de l'observatoire international des prisons* du 22 décembre 2012⁷, qui juge qu'« en matière de référé liberté, a qualité pour faire appel l'intervenant en demande de première instance qui aurait eu intérêt à saisir lui-même le juge des référés du premier degré des conclusions au soutien desquelles il est intervenu ». Autrement dit, cette ordonnance applique au référé-liberté la jurisprudence de section *De Harenne* du 9 janvier 1959 (n° 41383, p. 24), qui autorise l'appel de l'intervenant en première instance qui aurait eu qualité pour introduire lui-même le recours ou pour faire tierce-opposition s'il n'était pas intervenu⁸.

En tout état de cause, eu égard à la décision dont il s'agit, il serait inconcevable que l'épouse de M. V... L... n'ait pas accès à votre prétoire. Et nous vous proposons également de juger recevable l'appel de M. F... L..., neveu de M. V... L... et qui, lui aussi, n'était qu'intervenant en première instance.

⁴ Par ex., pour un référé-liberté : 6 août 2012, *B...*, n° 361542.

⁵ Cf. pour le sursis à exécution du permis de construire : *Comité de sauvegarde du patrimoine du pays de Montpellier*, 22 avril 1988, t. p. 1096 ; pour le référé-suspension en matière d'urbanisme : 16 juillet 2010, *SARL Francimo*, t. p. 1023.

⁶ Voir 3 janvier 2003, *Mme B...* (n° 253045, t. p. 933), qui juge irrecevable l'appel d'une personne « dont la qualité d'intervenant ne lui a pas conféré celle de partie à l'instance devant le premier juge des référés ».

⁷ N°s 364584 et autres, à paraître au recueil et fichée sur ce point.

⁸ Transposé à la cassation par l'arrêt de section *B...* du 26 février 2003 (n° 231558, p. 59).

Vous pourrez aussi admettre l'intervention en défense de l'union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, qui a notamment pour objet de défendre les intérêts et les droits des victimes de lésions cérébrales et de leurs familles. Le président de cette association avait d'ailleurs été entendu par l'Assemblée nationale en 2008 dans le cadre de l'évaluation de la loi Léonetti.

II. - Ces questions préalables étant résolues, nous devons maintenant vous présenter les conditions fixées par la loi du 22 avril 2005.

Cette loi a été entreprise à la suite des travaux conduits en 2004 par la mission parlementaire d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, présidée par le député Jean Léonetti. Cette mission avait elle-même été mise en place après le décès en 2003 de V... H..., ce jeune tétraplégique qui réclamait le droit de mourir et auquel sa mère et son médecin avaient permis d'accomplir sa volonté. Ces deux derniers, mis en examen, l'un pour empoisonnement et l'autre pour administration de substances toxiques, avaient finalement bénéficié d'un non-lieu.

1. Le premier principe posé par la loi est celui du refus de l'« obstination déraisonnable », qu'on appelle plus souvent l'« acharnement thérapeutique ».

L'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose que les actes médicaux « *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. (...) »*.

2. La loi affirme ensuite le principe du respect de la volonté du patient.

Il figure à l'article L. 1111-4 : « *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. »*

3. Enfin, dans l'hypothèse où la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, les articles L. 1111-4 et L. 1111-13 prévoient que la limitation ou l'arrêt du traitement ne peut intervenir qu'après la mise en œuvre d'une procédure collégiale dont les modalités sont précisées à l'article R. 4127-37 du code. Cette procédure fait intervenir l'équipe de soins et au moins un autre médecin appelé en qualité de consultant.

Dans cette hypothèse, le médecin en charge du patient doit prendre en compte, le cas échéant, les « directives anticipées » que le patient aurait rédigées antérieurement dans la perspective où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, ainsi qu'il est dit à l'article L. 1111-11, ou encore l'avis de la « personne de confiance » que le patient aurait désignée en application de l'article L. 1111-6. Le médecin doit aussi prendre l'avis de la famille ou, à

défaut, d'un proche du patient. Mais c'est à lui, et à lui seul, que revient la responsabilité de la décision d'interrompre le traitement.

Précisons que M. V... L... n'avait pas rédigé de directives anticipées et n'avait pas non plus désigné une personne de confiance.

Comme vous le savez, la loi n'autorise pas l'assistance au suicide, qui consiste à procurer à une personne les moyens de mettre fin à ses jours, et encore moins l'euthanasie qui consiste à donner délibérément la mort à une personne atteinte d'une maladie incurable. Le médecin, comme toute autre personne, est soumis à l'interdiction de donner volontairement la mort qui figure à l'article 221-1 du code pénal.

Bien que les opinions soient partagées sur la question, soulignons que la plupart des professionnels de santé sont attachés à cette distinction entre donner la mort et ne pas l'empêcher. Comme le disait Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la santé, devant les sénateurs qui examinaient le projet de loi Léonetti : *« Si le geste d'arrêter un traitement (...) entraîne la mort, l'intention du geste [n'est pas de tuer : elle est] de restituer à la mort son caractère naturel et de soulager. C'est particulièrement important pour les soignants, dont le rôle n'est pas de donner la mort. »*

4. La loi du 22 avril 2005 est très peu connue, y compris des professionnels de santé. Selon une enquête réalisée en 2013, plus de la moitié des praticiens ignorent le détail de ses dispositions.⁹ Et de ce fait, elle n'est pas toujours respectée, d'abord parce que, selon les médecins eux-mêmes, l'acharnement thérapeutique demeure une réalité, ensuite parce que lorsqu'un médecin décide d'interrompre les soins, il le fait souvent en méconnaissance des règles de la loi, qu'il s'agisse du respect de la procédure collégiale, de la consultation de la famille ou même de la prise en compte de la volonté du patient.¹⁰

III. - Il n'existe aucune jurisprudence susceptible de vous éclairer directement puisque, nous l'avons dit, c'est la première fois qu'une juridiction française est amenée à se prononcer sur une telle décision.

1. Toutefois, votre assemblée a déjà eu l'occasion de se prononcer sur le droit d'une personne à refuser un traitement vital, par un arrêt *S...* du 26 octobre 2001 (n° 198546, p. 514, aux conclusions de Didier Chauvaux). Il s'agissait d'un témoin de Jéhovah auquel, malgré son refus, le médecin avait pratiqué une transfusion sanguine pour le sauver. Après avoir dit que *« l'obligation pour le médecin de sauver la vie ne prévaut pas de manière générale sur celle de respecter la volonté du malade »*, vous avez pourtant jugé non fautif le comportement du médecin *« qui, quelle que soit son obligation de respecter la volonté de son patient fondée sur ses convictions religieuses, a choisi, compte tenu de la situation extrême dans laquelle celui-ci se trouvait, (...), d'accomplir un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état. »*

⁹ Enquête IPSOS réalisée à la demande du conseil national de l'ordre des médecins auprès de 605 médecins représentatifs de la population des médecins en activité inscrits au tableau de l'ordre du 10 au 23 janvier 2013.

¹⁰ D'après une enquête conduite en 2009 par l'Institut national d'études démographiques sur les personnes en fin de vie, plus de la moitié des décisions d'arrêt de traitement étaient prises sans concertation avec un autre médecin, et près d'une fois sur deux sans que la famille soit associée, alors même que plus des deux tiers de ces décisions concernaient des patients qui n'étaient pas en état d'exprimer leur volonté (Institut national d'études démographiques, *La fin de vie en France*, 2012, étude portant sur un échantillon de 14 999 décès de personnes âgées de 18 ans et plus représentatif des 47 872 décès survenus en France en décembre 2009).

Ce raisonnement a été appliqué en référé-liberté par une décision *F...* du 16 août 2002, (n° 249552, publiée au recueil p. 309), toujours à propos d'un témoin de Jéhovah qui avait fait connaître, oralement et par écrit, son refus de toute transfusion sanguine. Le juge des référés du Conseil d'Etat a d'abord posé le principe (et sa décision est fichée sur ce point) selon lequel « *le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale.* »¹¹ Le juge a ensuite confirmé l'absence de faute du médecin dans la lignée de l'arrêt *S...* (n° 198546).

Autrement dit, la volonté de la personne devait s'incliner devant le devoir du médecin de sauver la vie de son patient. C'était avant la loi Léonetti. Aujourd'hui, nous l'avons vu, le principe a été inversé.

2. S'il n'existe pas encore de jurisprudence nationale, il n'est peut-être pas inutile de vous présenter rapidement les jurisprudences en vigueur dans les Etats disposant d'une législation dans cette matière.

En Allemagne et en Autriche, l'euthanasie et l'assistance au suicide sont interdits, mais l'interruption des soins est autorisée à la demande du patient ou s'il a préalablement exprimé une volonté en ce sens. Si le patient n'a pas fait connaître sa volonté et s'il n'est plus en état de le faire, le juge allemand procède à une recherche de son intention présumée en se fondant notamment sur les opinions qu'il aurait antérieurement exprimées ou sur ses convictions religieuses, morales ou philosophiques¹².

Aux Pays-Bas¹³, en Belgique¹⁴ et au Luxembourg¹⁵, la loi fixe les critères qui permettent d'exonérer de responsabilité le médecin ayant pratiqué l'euthanasie ou apporté une assistance au suicide. En Espagne¹⁶ et en Suisse¹⁷, l'euthanasie est interdite mais l'assistance au suicide est autorisée sous conditions. En Grande-Bretagne, la jurisprudence impose de respecter la volonté du patient qui refuse un traitement ayant pour effet de prolonger artificiellement sa vie. Si le patient n'a pas exprimé sa volonté, la décision d'interrompre les soins doit être validée par le juge.¹⁸

Enfin, aux États-Unis, le suicide assisté est autorisé en Oregon depuis 1997¹⁹, dans l'État de Washington depuis 2008 et dans le Montana depuis 2010. La Cour suprême a jugé en 2006 que cette pratique n'était pas contraire à la Constitution.²⁰ Elle a aussi jugé qu'un malade en état végétatif disposait d'un droit constitutionnel à l'arrêt de l'alimentation artificielle, cette alimentation pouvant être refusée au même titre que n'importe quel traitement médical.²¹

3. Quant à la Cour européenne des droits de l'homme, elle a posé un premier jalon par un arrêt *Pretty c. Royaume-Uni* du 29 juillet 2002 qui juge qu'« *une personne peut*

¹¹ Egalement : juge du référé-liberté du Conseil d'Etat, 8 sept. 2005, *Garde des sceaux c/ B...* (n° 284803, p. 388).

¹² Cour constitutionnelle fédérale de Karlsruhe, *Kemptener*, 13 septembre 1994 ; *Putz*, 30 avril 2009.

¹³ Loi du 12 avril 2001.

¹⁴ Loi du 28 mai 2002. Un projet étendant la loi aux mineurs est actuellement soumis à la Chambre des représentants.

¹⁵ Loi du 16 mars 2009.

¹⁶ Article 143 du code pénal espagnol.

¹⁷ Articles 114 et 115 du code pénal suisse.

¹⁸ House of Lords, *Airedale NHS Trust v. Bland*, 4 février 1993.

¹⁹ *Oregon's death with dignity act*.

²⁰ United States Supreme Court, *Gonzales v. Oregon*, 17 janvier 2006.

²¹ Cour suprême des États-Unis, 25 juin 1990, *Cruzan v. Missouri Department of Health*.

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 (...) ».²²

La cour de Strasbourg a ultérieurement précisé la base conventionnelle de ce droit par un arrêt *Haas c. Suisse* du 20 juin 2011, qui juge 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.* »²³ Et comme souvent à propos de questions de société, la cour reconnaît aux États, dans cette matière, une marge de manœuvre qu'elle qualifie de « *considérable* ». ²⁴

Il est temps d'en venir à la situation de M. V... L....

IV. – Il vous faut d'abord vérifier que cette situation entre dans le champ de la loi du 22 avril 2005.

1. En premier lieu, vous devez dire si le principe du refus de l'obstination déraisonnable s'applique aux personnes qui, comme M. V... L..., ne sont pas en fin de vie.

Ce principe figure, nous l'avons dit, à l'article L. 1110-5 du code. Il est inséré dans un chapitre intitulé « Droits de la personne », qui est lui-même le chapitre préliminaire d'un titre 1^{er} intitulé « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé ». Ce chapitre est suivi d'une section 1 intitulée « Principes généraux », où figure l'article L. 1111-4 qui pose, nous l'avons vu, l'obligation de respecter la volonté du patient ou, à défaut, de mettre en œuvre la procédure collégiale.

Ces dispositions sont d'ordre général. Ce n'est qu'ensuite qu'intervient une section 2 du titre 1^{er} qui, elle, est spécifiquement consacrée aux malades en fin de vie. Nous en déduisons que les articles L. 1110-5 et L. 1111-4 s'appliquent à tous les patients, qu'ils soient ou non en fin de vie. Les travaux parlementaires confirment d'ailleurs cette lecture sans ambiguïté.

2. Vous devez également déterminer si l'alimentation et l'hydratation artificielles dispensées à M. V... L... constituent des « actes de soins » ou des « traitements » au sens des articles L. 1110-5 et L. 1111-4, auxquels il peut être mis fin si leur poursuite caractérise une obstination déraisonnable.

Cette question fait l'objet de controverses, pour des raisons aussi bien médicales que philosophiques ou religieuses. Ce point était d'ailleurs, lui aussi, débattu en première instance.

Pour notre part, nous croyons fermement que l'alimentation et l'hydratation artificielles sont des traitements au sens de la loi du 22 avril 2005. Il s'agit d'une technique médicale destinée à remédier à une fonction vitale défaillante, comme le serait une dialyse ou un dispositif de ventilation artificielle. Il ne fait d'ailleurs guère de doute que cette technique intrusive requiert, comme tout acte de soin, l'autorisation du patient lorsqu'il est conscient ; de façon symétrique, un patient serait en droit de demander son interruption.

²² CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 juillet 2002, § 63.

²³ CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 juin 2011, § 51 ; également : *Koch c. Allemagne*, 19 juillet 2012.

²⁴ CEDH, 20 juin 2011, *Haas c. Suisse*, § 55.

Les travaux parlementaires confirment cette interprétation. Lors de la discussion du projet de loi devant l'Assemblée nationale, Jean Léonetti indiquait qu'« *inscrire ce droit au refus de tout traitement, c'est conférer un droit au refus de l'alimentation artificielle.* »²⁵ Et en présentant l'exposé des motifs, le rapporteur confirmait qu'« *en autorisant le malade conscient à refuser tout traitement, le dispositif viserait implicitement le droit au refus à l'alimentation artificielle, celle-ci étant considérée par le Conseil de l'Europe, des médecins et des théologiens comme un traitement.* » Les sénateurs ont d'ailleurs rejeté un amendement qui visait à limiter les cas dans lesquels l'hydratation et la nutrition pourraient être interrompues.²⁶

Dans un avis rendu en 2005, le Comité consultatif national d'éthique estimait, lui aussi, que l'alimentation artificielle constituait un traitement au sens de la loi.²⁷

Votre assemblée générale a exprimé le même avis en 2009, dans son étude consacrée à la révision des lois de bioéthique, publiée à *La documentation française*²⁸, qui conclut ainsi sur ce point : « *Même si, symboliquement, l'arrêt de l'alimentation d'un patient semble opérer une transgression plus forte que les autres gestes, du point de vue médical, l'ensemble des actes de suppléance vitale sont du même ordre. On doit donc tirer des débats parlementaires l'idée que le législateur a bien entendu inclure l'arrêt des suppléances vitales dans la notion d'arrêt de traitement, et qu'il a plus particulièrement examiné le cas de l'alimentation car c'était celui qui posait le plus question. Va dans le même sens la définition des actes d'obstination déraisonnable qui figure à l'article L. 1110-5, qui vise notamment ceux qui « n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie », ce qui inclut l'ensemble des actes tendant à assurer de façon artificielle le maintien des fonctions vitales.* »²⁹

Enfin, il n'est pas indifférent de relever que les juges des autres pays, lorsqu'ils sont saisis de cette question, lui apportent la même réponse. La Cour suprême des Etats-Unis a jugé en 1990 qu'un malade en état végétatif disposait d'un droit constitutionnel à l'arrêt de l'alimentation artificielle, cette alimentation pouvant être refusée au même titre que n'importe quel traitement médical.³⁰ Un point de vue similaire a été exprimé en 1993 par la Chambre des Lords britannique³¹, et en 2007 par la Cour de cassation italienne.³²

V. – Avant d'examiner les moyens dont vous êtes saisis, il est encore une question préalable qui se pose, et elle est d'une grande importance : c'est celle de l'office du juge du référé-liberté lorsqu'il est saisi d'une décision qui a pour conséquence la mort d'une personne.

Les appelants soutiennent que le tribunal a méconnu son office en exerçant un entier contrôle sur la décision du Dr K..., alors qu'elle ne pouvait être suspendue que si elle portait

²⁵ Présentation de la discussion en commission, rapport Léonetti devant l'Assemblée nationale, p. 24.

²⁶ Proposition d'amendement numéro 13 rectifié.

²⁷ Avis n°87.

²⁸ Etude de l'assemblée générale plénière du CE en du 9 avril 2009, *La révision des lois de bioéthique*, La documentation française, p 89

²⁹ Op. cit., pp.106-107.

³⁰ Cour suprême des Etats-Unis, 25 juin 1990, *Cruzan v. Missouri Department of Health*.

³¹ *Airedale NHS Trust v. Bland*, 1993, AC 789.

³² *Eluana Englaro*, Ch. civile, 16 octobre 2007, n° 21748, § 7-6.

une atteinte « grave et manifestement illégale » à une liberté fondamentale, comme l'exige l'article L. 521-2 du code de justice administrative.

Il est vrai que le tribunal s'est livré à un examen minutieux de la légalité de la décision du Dr K..., sur la forme comme sur le fond. Mais nous croyons qu'il ne pouvait pas en être autrement, pour deux raisons au moins.

1. D'abord, en rédigeant l'article L. 521-2 du code de justice administrative, le législateur n'avait certainement pas pensé au cas exceptionnel qui vous est soumis aujourd'hui.

La loi, on le sait, confère aux décisions du juge des référés un caractère provisoire, ainsi qu'il est dit à l'article L. 511-1 du code. Mais dès lors que l'atteinte que l'interruption des soins pourrait porter au droit de vivre de M. V... L... serait définitive, irréversible, votre décision sera définitive, elle aussi, si vous rejetez la demande de référé : aucun jugement de fond ne pourra venir la corriger. On imagine mal, dans ces conditions, que vous puissiez laisser s'exécuter une décision aussi grave au seul motif qu'elle ne serait pas « manifestement illégale ».

2. La seconde raison, c'est que la décision en cause oblige à concilier le droit de M. V... L... au respect de sa vie à un autre principe : celui de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Et celui-ci est, à nos yeux, tout aussi fondamental car, comme l'écrivait Paul Ricœur, la notion de dignité humaine renvoie à l'idée que « *quelque chose est dû à l'être humain du fait qu'il est humain.* »³³

Le principe de la « sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation » a été érigé au rang de principe constitutionnel par la décision du 27 juillet 1994 du Conseil constitutionnel relative aux lois de bioéthique.³⁴ Le conseil s'est fondé sur le premier alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : « *Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés.* »

La notion de dignité de la personne figure également à l'article 16 du code civil : « *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.* »³⁵

Enfin, le même principe est affirmé au plus haut niveau dans de nombreux Etats et dans plusieurs conventions internationales. Et précisément en matière de bioéthique, il figure à l'article 1^{er} de la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997, dite Convention d'Oviedo : « *Les parties à la présente convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité (...)* ».

³³ Paul Ricœur, in J.-F. de Raymond, *Les Enjeux des droits de l'homme*, Paris, Larousse, 1988, p. 236.

³⁴ CC, 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC, cons. 2, rec. p. 100)

³⁵ Voir également les articles L. 1110-2 du code de la santé publique, L. 611-17 du code de la propriété intellectuelle, 131-5-1 et 225-14 du code pénal, ainsi que l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.

Il est à peine besoin de rappeler l'importance que votre assemblée a donnée à ce principe dans l'arrêt *Commune de Morsang-sur-Orge et autre* du 27 octobre 1995³⁶, un principe récemment réaffirmé par le juge du référé-liberté dans sa décision du 9 janvier 2014 *Ministre de l'intérieur c/ Société Les Productions de la Plume et autre*³⁷.

Le respect de la dignité de la personne comporte une dimension objective, universelle, qui peut même s'opposer à la liberté individuelle. C'est cette conception qui inspire votre arrêt *Commune de Morsang-sur-Orge* : elle interdit à l'individu de faire valoir ses droits individuels au nom d'une dignité qu'il ne revendique pas lui-même. Cette dignité n'est pas seulement la sienne : c'est celle de l'humanité tout entière qui l'habite mais qui le dépasse.

Mais le droit à la dignité, bien entendu, est avant tout un droit subjectif qui permet à chacun de s'opposer à toute action qui lui porterait atteinte. Or, une personne qui s'estimerait dans un état dégradé pourrait considérer que la poursuite d'un traitement médical, en prolongeant cet état, porte atteinte à sa dignité. Autrement dit, il nous paraît possible de donner au refus de l'acharnement thérapeutique un fondement constitutionnel : celui du droit au respect de la dignité humaine.

La première chambre civile de la Cour de cassation a d'ailleurs tenu un raisonnement comparable en matière médicale : elle a jugé, par un arrêt du 9 octobre 2001, que le devoir du médecin d'informer son patient des risques du geste médical envisagé « *trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.* »³⁸ Et ce principe accompagne la personne jusqu'au bout de son chemin, jusqu'à ses derniers instants - car l'homme est « *vivant jusqu'à la mort* », pour citer encore une fois Paul Ricoeur³⁹ - et il l'accompagne même au-delà puisque le respect de la dignité est également dû aux morts.⁴⁰

M. V... L..., qui n'est plus en état d'exprimer sa volonté, a droit au respect de sa vie, et ses parents et proches peuvent revendiquer ce droit pour lui. Mais il dispose aussi du droit à la sauvegarde de sa dignité, et son épouse et ses proches peuvent, au nom de ce droit, demander que sa vie ne soit pas prolongée artificiellement.

3. Ces considérations vous conduiront à exercer aujourd'hui un entier contrôle sur la légalité de la décision du Dr K.... Et ce contrôle devra porter sur le respect des règles de droit, mais aussi sur le bien-fondé de la décision.

Le législateur a en effet soumis cette décision à une condition légale : celle du refus de l'obstination déraisonnable, et la loi en a défini les trois critères : le caractère artificiel du maintien de la vie, l'inutilité du traitement ou son caractère disproportionné. Or, ces critères peuvent être interprétés différemment, y compris par les médecins : il est donc nécessaire de clarifier le cadre légal de leur décision.

Quant à l'appréciation par le médecin de la situation même du patient, elle ne peut pas non plus échapper à tout contrôle.

³⁶ Rec. p. 372, avec les conclusions de Patrick Frydman.

³⁷ N° 374508, qui sera publiée au recueil.

³⁸ Cass. 1^{ère} civ., 9 octobre 2001, n°00-14564 (publié au bulletin).

³⁹ Paul Ricoeur, *Vivant jusqu'à la mort*, Seuil, 2007.

⁴⁰ 30 août 2006, *Association Free Dom*, p. 392.

Le jugement du tribunal administratif, on s'en souvient, a provoqué sur ce point des réactions critiques : les juges se sont vu reprocher d'avoir pris la place du médecin. Le Dr K... a lui aussi exprimé ce reproche lors de la conférence de presse qu'il a tenue le jour même du jugement. Cette critique est reprise par les appelants : ils soutiennent que le tribunal a commis une erreur de droit en vérifiant la condition de l'obstination déraisonnable, alors qu'il s'agit d'une question d'ordre médical qu'il ne revient pas au juge de contrôler.

Certes, c'est sur le médecin, et sur lui seul, que pèse l'entière responsabilité de la décision. Le législateur n'a pas voulu diluer cette responsabilité en la confiant à un collège médical ou à l'équipe soignante, qui doit seulement être consultée. Il n'a pas non plus voulu faire peser une décision aussi lourde sur la famille, d'autant que celle-ci peut être divisée comme on le voit en l'espèce.

Mais cela n'implique pas que l'appréciation du médecin échappe à tout contrôle. Il est habituel que le juge apprécie le bien-fondé d'une décision médicale. En matière de responsabilité, le juge administratif vérifie le caractère justifié d'un traitement⁴¹, ou encore le caractère anormal des conséquences d'un acte médical⁴². Et dans cette matière votre assemblée a abandonné depuis plus de 20 ans le critère de la faute lourde (10 avril 1992, *Epoux V.*)⁴³. Le juge civil et le juge pénal exercent eux aussi un contrôle de même nature, en vérifiant si les soins sont « conformes aux données acquises de la science »⁴⁴, ou « contraires aux règles consacrées par la pratique ».⁴⁵

La décision d'interrompre un traitement est sans doute la plus grave pour un médecin qui est voué à protéger et à sauver la vie des hommes. Et nous comprenons que le médecin accepte difficilement d'être contrôlé par le juge, alors que pour prendre cette décision il s'est retrouvé seul, face à sa conscience. Mais le juge n'est pas un médecin, et le médecin n'est pas un juge : chacun a sa mission propre – et difficile – à accomplir. Le médecin prend une décision médicale ; le juge porte une appréciation juridique sur cette décision, en vérifiant si elle répond aux conditions posées par la loi. Et si le juge est parfois amené à contredire l'appréciation du médecin, c'est parce que d'autres médecins la contestent eux aussi : comme dans toute matière technique, le juge se fonde sur les avis des spécialistes qui sont au dossier, et s'il n'est pas suffisamment éclairé, il convoque les experts.

Ce qui rend en l'espèce l'intervention du juge plus voyante - et qui de ce fait l'expose plus à la critique -, c'est qu'elle intervient avant l'acte médical, alors qu'habituellement le juge intervient *a posteriori*. Mais cela ne justifie pas que le juge s'abstienne, bien au contraire. Car il peut arriver au médecin de commettre des erreurs, comme cela arrive aussi au juge ; mais en médecine il n'existe aucune procédure d'appel ou de cassation qui puisse effacer l'acte accompli.

Nous observons au demeurant qu'à aucun moment, au cours des travaux parlementaires, n'a été exprimée l'intention d'interdire au juge de vérifier le bien-fondé des

⁴¹ 26 juillet 1985, *Centre hospitalier régional de Rennes c/ Epoux L...*, n° 34327, p. 257 ; 16 juin 1995, *A...*, n° 143741.

⁴² 16 déc. 2013, *A...*, 354268, à mentionner aux tables.

⁴³ N° 79027, rec. p. 171, avec les conclusions d'Hubert Legal.

⁴⁴ Cass. 1^{ère} civ., 6 juin 2000, n° 98-19295 ; 6 janvier 2011, n° 09-66994.

⁴⁵ Cass. crim., 19 fév. 1997, n° 96-82377.

décisions d'interruption de soins. Et dans d'autres pays, ces décisions font l'objet d'une appréciation minutieuse des juges, comme le montrent des arrêts de la Chambre des Lords⁴⁶, de la Cour de cassation italienne⁴⁷ ou encore de la Cour fédérale de Karlsruhe⁴⁸.

4. Nous ajouterons enfin – et nous en terminerons sur ce point – que si les parents de M. V... L... avaient choisi la voie du référé-suspension⁴⁹, le juge aurait été conduit à apprécier non pas l'« illégalité manifeste » de la décision du Dr K..., mais l'existence d'un « doute sérieux », ce qui n'est pas la même chose. Or, la nature de votre contrôle sur une décision d'une telle importance ne peut pas dépendre du choix procédural effectué par les requérants.

VI. – C'est dans ce cadre qu'il vous revient de vérifier si la décision d'interrompre le traitement de M. V... L... est conforme aux dispositions de la loi du 22 avril 2005.

1. La première décision, prise en avril 2013, avait été suspendue par le juge des référés du tribunal administratif au motif que la procédure collégiale n'avait pas été respectée, les parents de M. V... L... n'ayant pas été informés de la mise en œuvre de la procédure et leurs souhaits n'ayant pas été pris en compte. Le Dr K... en avait d'ailleurs convenu, et il l'a dit à nouveau lors de l'audience de référé.

En revanche, la procédure ayant conduit à la seconde décision est exempte de tout reproche, allant même au-delà de ce qu'exigent les textes.

Le Dr K... a consulté sept médecins, dont quatre du centre hospitalier de Reims et trois extérieurs à l'établissement – dont un proposé par les parents de V... L... –, alors que l'article R. 4127-37 du code exige seulement de prendre l'avis « *d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.* » Une réunion a eu lieu le 9 décembre 2013 avec les sept médecins et presque tous les personnels soignants. Six des sept médecins se sont déclarés favorables à l'arrêt du traitement, seul le Pr. D..., proposé par les parents, s'y étant opposé.

Le Dr K... a aussi consulté les membres de la famille, et il a fait preuve d'une volonté de dialogue et d'apaisement. Il a réuni deux « conseils de famille » les 27 septembre et 16 novembre 2013, qui comprenaient Mme R... L..., épouse de M. V... L..., les parents de M. V... L... et ses huit frères et sœurs. Mme R... L... et six des frères et sœurs se sont prononcés pour l'interruption du traitement, tandis que les parents, un frère et une sœur se sont prononcés en sens contraire.

Quant à la décision elle-même, par laquelle le Dr K... annonce son intention d'interrompre le traitement, elle est longuement motivée et elle témoigne du sérieux de la démarche entreprise.

La régularité de la procédure n'est d'ailleurs plus contestée devant vous.

⁴⁶ House of Lords, *Airedale NHS Trust v. Bland*, 4 février 1993

⁴⁷ Cass. civ., 16 octobre 2007, *Eluana Englaro* n° 21748, § 7-6.

⁴⁸ Cour constitutionnelle fédérale de Karlsruhe, *Kemptener et Putz* déjà cités.

⁴⁹ Comme ils pourraient encore le faire (section, 18 janvier 2001, *Commune de Venelles et M...*, n° 229247, p. 18, avec les conclusions de Laurent Touvet).⁵⁰ C. cass. italienne, 16 octobre 2007, n° 21748.

2. En revanche, il est reproché au tribunal d'avoir commis une erreur de droit en refusant de prendre en considération la volonté exprimée par M. V... L... avant son accident.

Ce dernier avait en effet, à plusieurs reprises, indiqué à son épouse et à l'un de ses frères que si la question devait un jour se poser, il ne voulait pas être maintenu dans un état de grande dépendance. Son épouse et lui, tous deux infirmiers, savaient de quoi ils parlaient, d'autant plus que M. V... L... avait effectué des stages en soins palliatifs.

Les premiers juges ont considéré que *« cette expression (...) émanait d'une personne valide qui n'était pas confrontée aux conséquences immédiates de son souhait et ne se trouvait pas dans le contexte d'une manifestation formelle d'une volonté expresse »*.

Sans aller jusqu'à caractériser une véritable erreur de droit, on pourrait reprocher au jugement de ne pas avoir accordé aux souhaits de M. V... L... l'importance qu'ils méritent. Car si la loi du 22 avril 2005 offre un cadre formel à l'expression de la volonté des personnes : celui des directives anticipées, elle n'interdit pas de prendre en compte des souhaits exprimés sous une autre forme, et cette prise en compte est au contraire prévue par l'article R. 4127-37 qui impose au médecin de prendre en compte *« les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier - donc pas seulement - dans des directives anticipées, s'il en a rédigé »*.

C'est d'ailleurs ainsi que raisonnent les juges d'autres pays. La Cour de cassation italienne a jugé, à propos d'une jeune fille en état végétatif, qu'il convenait de rechercher si cette personne aurait refusé la poursuite des soins, en se fondant notamment sur des éléments tirés de l'histoire et de la personnalité de cette personne, et sur les valeurs éthiques, religieuses ou philosophiques qui guidaient son comportement⁵⁰. La Cour constitutionnelle allemande recherche également la volonté présumée du patient, et elle a eu l'occasion à deux reprises au moins de juger que le témoignage des proches permettait de présumer que la personne concernée aurait été d'accord avec l'interruption des soins.⁵¹

La circonstance que M. V... L... ne puisse plus exprimer sa volonté ne saurait faire oublier ce qu'il a été avant son accident et qui le constitue encore aujourd'hui. La volonté qu'il avait exprimée - qui n'est pas véritablement contestée par ses parents, on a pu le constater lors de l'audience de référé - était l'un des éléments de la décision à prendre.

3. Enfin, il est surtout reproché au tribunal d'avoir jugé que le traitement prodigué à M. V... L... n'était pas constitutif d'une « obstination déraisonnable ».

Rappelons les termes de la loi et les critères de l'obstination déraisonnable, tels qu'ils figurent à l'article L. 1110-5 : *« Les actes de prévention, d'investigation ou de soins (...) 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. »* Il s'agit, on le voit, de critères alternatifs. Ils sont repris à l'identique à l'art. L. 1111-13 qui concerne les malades en fin de vie, et on les retrouve également à l'article R. 4127-37.

⁵⁰ C. cass. italienne, 16 octobre 2007, n° 21748.

⁵¹ Arrêts *Kemptener* et *Putz* déjà cités.

La situation de M. V... L... représente l'hypothèse la plus délicate, celle où la décision est la plus difficile à prendre : la personne n'est pas en fin de vie, mais elle est inconsciente, elle n'a pas rédigé de directives anticipées ni désigné une personne de confiance, sa famille est divisée, et les médecins consultés ne sont pas unanimes.

3.1. Il faut, à ce stade, vous décrire plus précisément l'état de santé de M. V... L....

La doctrine médicale distingue essentiellement trois états de conscience inexistante ou diminuée.

Il y a d'abord l'état de coma. Les personnes concernées sont totalement inconscientes et ne manifestent aucune réaction à leur environnement. Leurs yeux sont continuellement fermés, elles ne connaissent pas d'alternance entre la veille et le sommeil.

Le coma ne dure jamais plus de quelques semaines. Il peut aboutir à la mort cérébrale, ou au contraire à la récupération et au réveil du patient. Mais il peut aussi évoluer vers l'état végétatif. Celui-ci diffère du coma par le fait que les patients alternent les cycles veille-sommeil et qu'ils réagissent à l'environnement. Il ne s'agit pas de réactions conscientes mais seulement de réflexes. Les yeux sont parfois ouverts, ils bougent mais ne poursuivent pas les objets.

Cette situation peut elle-même évoluer, quand la personne commence à manifester des réactions autres que purement réflexes : c'est ce qu'on appelle l'état « pauci-relationnel » ou « état de conscience minimale ». Les informations provenant des cinq sens arrivent au cerveau, mais on ne sait pas à quel point il les intègre car les réactions sont à la fois minimales et fluctuantes. La personne est donc passée d'une vie purement végétative à un début de conscience, mais sous une forme très réduite : elle ressent des impressions dont on ignore à peu près tout car elle ne peut pas les exprimer de façon cohérente.

Il y aurait en France environ 1 700 personnes en état de conscience minimale. Cette situation peut, elle aussi, n'être qu'une étape vers un rétablissement de la conscience. Mais le plus souvent, elle persiste ou se dégrade. L'espérance de vie de ces personnes varie selon les estimations de six à quinze ans.⁵²

Précisons qu'il ne fait aucun doute que l'état de conscience minimale est susceptible d'entrer dans le champ de l'article L. 1110-5. Les travaux parlementaires en font état, et cela a été affirmé dans le rapport de la mission parlementaire d'évaluation de la loi de 2005.⁵³

M. V... L... a été examiné en juillet 2011 par le *Coma science group* de l'université de Liège, une équipe de renommée internationale. Ces experts ont conclu qu'il se trouvait dans un état de conscience minimale « *plus* », un terme qui a été repris par le tribunal et qui correspond à une classification propre, semble-t-il, aux experts de Liège, établie en fonction des réactions aux différents tests effectués sur le patient.

A l'issue de ce bilan, les experts ont suggéré à l'équipe de Reims d'essayer d'établir un code de communication avec M. V... L..., consistant par exemple à fermer les yeux pour la

⁵² Rapport de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, p. 46.

⁵³ Rapport de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, p. 48.

réponse « oui » ou bouger la tête pour la réponse « non ». Dans ce but, 87 séances ont été organisées au CHU de Reims par une orthophoniste entre avril et septembre 2012. 69 % des séances n'ont fait apparaître aucune « *participation active* ». Dans 31 % des cas, on a constaté une « *participation active* », qui se caractérisait notamment par « *des yeux très ouverts et un regard intense avec déplacement donnant le sentiment de suivre activement ce qui est proposé* ». Mais dans le même temps, l'orthophoniste ne constatait aucune cohérence dans ces réactions car « *l'intensité du regard ne se reproduisait pas pour une même stimulation* ». Et finalement, aucun code de communication n'a pu être établi.

C'est à partir de la fin de l'année 2012 que les constatations peu à peu unanimes de l'équipe soignante sur d'apparents refus de soins ont conduit à engager la réflexion collégiale sur l'interruption du traitement.

L'état actuel de M. V... L... est décrit de la façon suivante dans la décision du docteur K... : « *En 2013, la constatation est celle d'un état général stationnaire et une absence d'évolution neurologique. Au cours des dernières années, aucun des traitements proposés (kinésithérapie, orthophonie, mise au fauteuil) n'a donné d'amélioration, ni de résultat significatif. Au final, un pronostic consolidé et confirmé avec des séquelles neurologiques graves après cinq ans de soins, sans espoir de retour à une communication même minimale* ». Et le médecin conclut ainsi : « *Situation caractérisée par la nature irréversible de la lésion cérébrale de V... L... qui fait que le traitement n'a d'autre effet que le maintien artificiel de la vie.* »

Le tribunal en a jugé autrement. Il a d'abord constaté « *que V... L... est en état pauci-relationnel, soit un état de conscience "minimale plus", impliquant la persistance d'une perception émotionnelle et l'existence de possibles réactions à son environnement ; qu'ainsi, l'alimentation et l'hydratation artificielles qui lui sont administrées, dès lors qu'elles peuvent avoir pour effet la conservation d'un certain lien relationnel, n'ont pas pour objet de maintenir le patient artificiellement en vie, cet artifice ne pouvant au demeurant se déduire du seul caractère irréversible des lésions cérébrales et [de] l'absence de perspective d'évolution favorable dans l'état des connaissances médicales ; que pour les mêmes motifs, et dès lors que le centre hospitalier universitaire de Reims ne fait valoir aucunes contraintes ou souffrances qui seraient engendrées par le traitement, celui-ci ne peut être qualifié d'inutile ou de disproportionné, de sorte qu'il n'est pas constitutif d'une obstination déraisonnable au sens des dispositions combinées des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique* ».

Pour synthétiser ce raisonnement, on peut dire que le tribunal a considéré que l'état de « conscience minimale plus » impliquait l'existence « d'un certain lien relationnel ». Il en a déduit que l'alimentation et l'hydratation artificielles, qui permettent la conservation de ce lien, n'ont pas pour objet de le maintenir artificiellement en vie, et les mêmes motifs l'ont conduit à dire que le traitement n'était pas inutile ou disproportionné.

3.2. Voyons d'abord le critère de l'utilité du traitement.

La proposition de loi Léonetti prévoyait de caractériser l'obstination déraisonnable au moyen de deux critères seulement : « *lorsqu'il n'existe aucun espoir d'obtenir une amélioration de l'état de santé de la personne* », et lorsque les soins « *entraînent une prolongation artificielle de la vie.* » Sur la proposition du rapporteur, la mention de

l'amélioration de l'état de santé a été remplacée par celle de l'utilité du traitement. Et un troisième critère a été ajouté : celui de son caractère disproportionné.

Il ressort de la discussion au Parlement que le critère de l'utilité s'applique à un traitement qui permet de guérir le patient ou au moins d'améliorer son état de santé.⁵⁴ Étaient ainsi cités, *a contrario*, comme exemples de traitements inutiles « *des thérapeutiques comme ces chimiothérapies renouvelées, alors que l'on sait pertinemment qu'aucun traitement n'améliorera l'état de santé du malade.* »⁵⁵

S'il fallait apprécier la situation de M. V... L... en fonction de ce critère, vous devriez le faire au regard des traitements qui visaient à améliorer son état, comme la kinésithérapie et l'orthophonie, et vous ne pourriez que constater qu'aucun de ces traitements n'a donné de résultats significatifs.

En revanche, nous pensons qu'il n'y a pas à s'interroger sur l'« utilité » de l'alimentation artificielle au sens de l'article L. 1110-5. L'alimentation a pour objet de suppléer à une fonction vitale défaillante : celle de la mastication/déglutition, que le patient ne peut plus effectuer. Son but est de maintenir le patient en vie, comme le ferait un dispositif de respiration artificielle. L'alimentation n'a ni pour objet ni pour effet d'améliorer l'état de santé ou le confort du patient : le critère de l'utilité n'est donc pas opérant.

3.3. La question du caractère disproportionné du traitement soulève moins de difficultés. Au vu des débats au Parlement, on peut qualifier de disproportionné un traitement dont le bénéfice est médiocre par rapport à sa lourdeur ou à sa pénibilité pour le patient, voire aux souffrances qu'il peut entraîner.

Or, le maintien en vie de M. V... L..., comme de toutes les personnes en état végétatif ou de conscience minimale, ne nécessite pas de techniques lourdes, mais seulement l'alimentation et l'hydratation artificielles. Il paraît difficile de qualifier de disproportionné un tel « traitement », dès lors qu'il n'entraîne apparemment aucune véritable souffrance.

3.4. Il reste le critère essentiel du « *maintien artificiel de la vie* ».

Au cours des débats au Parlement, ce critère a été illustré par des exemples tels que la dialyse rénale, la respiration artificielle ou encore l'assistance cardiaque, qui permettent de pallier une défaillance vitale. L'alimentation et l'hydratation « artificielles », qui permettent de maintenir « artificiellement » en vie M. V... L..., entrent sans aucun doute dans ce champ.

Toute la question est de savoir si ce traitement n'a pas « *d'autre effet* », comme le dit l'article L. 1110-5, ou « *d'autre objet ou effet* » comme le dit l'article R. 4127-37.

Le tribunal, nous l'avons dit, a estimé que le traitement n'avait pas ce seul effet, dès lors qu'il pouvait permettre « *la conservation d'un certain lien relationnel* ». Cette formule est manifestement inspirée du rapport de Jean Léonetti sur l'évaluation de la loi du 22 avril 2005. Le rapporteur écrivait, à propos des patients en état de conscience minimale, que « *la*

⁵⁴ Cf. présentation de la discussion en commission, rapport Léonetti devant l'Assemblée nationale, p. 18.

⁵⁵ Rapport Léonetti devant l'Assemblée nationale, p. 17.

*poursuite des soins et des traitements n'a (...) pas pour finalité le seul maintien artificiel de la vie biologique mais la conservation d'un certain pouvoir relationnel. »*⁵⁶

Mais Jean Léonetti ne s'arrêtait pas là. Il poursuivait en faisant valoir que « *la question de savoir dans quelle mesure ces traces d'activité psychique (...) présentent l'unité structurelle nécessaire pour être considérées comme des signes révélateurs d'une vie psychique et caractériser effectivement la présence d'une entité psychique autonome (...) est très difficile à trancher. (...) L'obligation d'évaluer l'état du malade, sans exclure d'envisager une limitation ou un arrêt de traitement, s'impose d'autant plus au médecin que l'hypothèse selon laquelle ces patients peuvent souffrir ne doit pas être écartée.* » Et il concluait en disant que « *la loi condamne clairement toute attitude d'attente qui aurait pour conséquence de laisser dépérir pendant de longues années des individus hors d'état d'exprimer leur volonté, sans qu'un argumentaire propre à chaque cas ne soit construit, formulé et communiqué.* »⁵⁷

Or, c'est bien cet argumentaire propre à la situation de M. V... L..., à sa singularité, à sa complexité, qui nous paraît faire défaut dans le jugement. La seule circonstance que l'intéressé réagisse à son environnement - comme toute personne en état de conscience minimale - ne suffit pas pour résoudre la question de l'obstination déraisonnable. Car si le traitement ne devait servir qu'à le laisser « *dépérir pendant de longues années* », pour reprendre les termes du député Léonetti, vous pourriez considérer que M. V... L... fait l'objet d'une obstination déraisonnable. En revanche, si l'on pouvait raisonnablement envisager une amélioration de son état, soit par l'établissement d'une communication, soit même par un retour à un état de conscience normale, alors vous pourriez considérer que l'alimentation artificielle a un autre objet que le maintien artificiel de la vie et, en conséquence, qu'elle ne caractérise pas une obstination déraisonnable.

Or, en l'état actuel du dossier, il ne nous paraît pas possible de nous prononcer avec un degré raisonnable de certitude sur ce point. Certes, selon le Dr K..., « *plus on s'éloigne de la date du traumatisme, moins il y a des chances de rétablissement. À l'heure actuelle, il n'y a plus d'espoir médical de récupération.* » Mais comme le souligne le rapport du *Coma Science Group* de Liège, on ne peut jamais exclure la possibilité d'un retour à une conscience normale.⁵⁸

Le bilan réalisé à Liège remonte à juillet 2011. Vous pourriez donc juger utile, avant de prendre votre décision, d'être éclairés par une nouvelle étude complète et collégiale de l'état de santé de M. V... L... et de ses perspectives d'évolution. Il ne s'agit en aucun cas, dans notre esprit, de remettre en cause la compétence du Dr K... : il s'agit d'éclairer entièrement votre décision à l'aide d'un nouveau bilan qui viendrait actualiser celui de Liège qui date de plus de deux ans et demi.

Une telle expertise pourrait aussi être justifiée par les enjeux considérables de votre décision, non seulement sur l'avenir de M. V... L..., mais aussi parce qu'elle aura un impact important au plan national : elle pourrait influencer les décisions médicales relatives à

⁵⁶ Rapport de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, p.52.

⁵⁷ Rapport de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, p.52.

⁵⁸ Le professeur Laureys, qui dirige l'équipe de Liège, cite le cas d'un Américain qui recommença à s'exprimer après 20 années passées en état de conscience minimale, mais il souligne qu'il s'agit d'un cas unique (*Sorti de 20 ans de coma*, Agora, Actualités Innovations Médecine n°119, 2006, p. 14).

l'interruption des soins - alors même que chacune de ces décisions se fonde avant tout, bien entendu, sur les éléments liés à la situation individuelle de la personne concernée.

VII. – Si vous nous suivez, il reste à préciser les mesures d'instruction que vous pourriez ordonner.

1. L'expertise médicale devra être réalisée dans un délai bref, de l'ordre de six semaines. Elle pourrait être confiée à un collège de trois médecins spécialisés. Leurs noms pourraient vous être proposés par les présidents d'organismes nationaux à l'autorité incontestable, tels que le Conseil national de l'ordre des médecins, le Comité consultatif national d'éthique et l'Académie nationale de médecine.

2. Vous pourriez également estimer utile de consulter ces personnes ou ces organismes sur les questions générales d'ordre scientifique et déontologique qui se posent à vous pour la première fois. Cette consultation serait opérée à titre d'*amicus curiae* sur le fondement de l'article R. 625-3 du code de justice administrative. Enfin, compte tenu des débats sur l'interprétation à donner à la loi du 22 avril 2005, notamment sur la notion d'obstination déraisonnable, vous pourriez également solliciter sur le même fondement M. Léonetti, qui est l'auteur de la proposition de loi et qui a dirigé la mission d'évaluation conduite en 2008.

3. Nous n'ignorons pas qu'il est inhabituel - bien qu'aucune disposition ne l'interdise - de proposer des mesures d'instruction dans le cadre d'un référé suspension ou liberté – *a fortiori* devant l'assemblée du contentieux.

Mais aucune disposition ne l'interdit. Nous observons d'ailleurs que l'arrêt de section *Ville de Paris et autre* déjà cité ouvre au juge du référé-liberté le droit de « *déterminer des mesures complémentaires prises à brève échéance* ». De plus, ce supplément d'instruction serait cohérent avec le caractère approfondi du contrôle que nous vous proposons d'exercer dans cette affaire hors du commun. Quant aux consultations à titre d'*amicus curiae*, elles seront susceptibles d'éclairer tous les médecins et les juges qui seraient amenés à intervenir dans des situations aussi difficiles.

En tout état de cause, cette assemblée ne sera pas inutile, car vous apporterez d'ores et déjà des réponses à des questions essentielles qui, toutes, sont du niveau de votre formation de jugement.

Nous mesurons le risque d'un nouveau renvoi de l'affaire : certains vous reprocheront de temporiser - comme ils l'ont déjà fait après l'audience de référé -, voire de ne pas oser décider par vous-mêmes. Mais il est permis d'espérer, en sens inverse, que si vous nous suivez, l'appel à des experts sera salué – notamment par ceux qui ont reproché au tribunal de prendre la place des médecins - comme manifestant la volonté du juge suprême de ne pas se prononcer sans disposer des éclairages indispensables à une décision aussi lourde.

Enfin, nous mesurons la déception de l'épouse et de la famille de M. V... L..., qui attendent l'issue de ce litige douloureux. Mais nous formulons le vœu qu'ils comprendront, eux aussi, que si vous décidez d'ordonner un supplément d'instruction, c'est dans le souci de prendre la meilleure décision, en toute connaissance de cause, dans le respect de la personne de M. V... L... et de sa dignité.

Par ces motifs, nous concluons :

- à l'admission de l'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés ;
- à ce qu'avant de statuer sur les requêtes, il soit procédé à une expertise médicale sur les questions et dans les conditions que nous avons dites, ainsi qu'à la consultation, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, des personnes que nous avons mentionnées ;
- au rejet des conclusions incidentes présentées par M. P... L... et autres.