

N° 375081
Mme R... L...

N° 375090
M. F... L...

N° 375091
Centre hospitalier universitaire de Reims

Assemblée

Séance du 20 juin 2014
Lecture du 24 juin 2014

CONCLUSIONS

M. Rémi KELLER, rapporteur public

L'affaire qui vous réunit aujourd'hui a déjà donné lieu à une première décision de votre assemblée le 14 février dernier, et il n'est pas habituel que l'assemblée du contentieux du Conseil d'État éprouve la nécessité de se réunir deux fois pour statuer sur un même litige. Mais il s'agit d'une affaire hors du commun : vous devez vous prononcer pour la première fois sur la légalité d'une décision médicale ayant pour conséquence d'entraîner la mort d'une personne par l'arrêt de son traitement.

I. – 1. M. V...L... est né en 1976. Marié, père d'une petite fille qui aura bientôt six ans, il exerçait la profession d'infirmier en psychiatrie jusqu'à ce jour de septembre 2008 où il a été victime d'un accident de la route qui l'a rendu tétraplégique et entièrement dépendant. Il est hospitalisé au centre hospitalier universitaire de Reims, dans une unité spécialisée qui accueille huit patients en état végétatif ou en état de conscience minimale. Outre les soins de confort courant, M L... bénéficie d'une hydratation et d'une alimentation artificielles par voie entérale,¹ c'est-à-dire que les nutriments sont directement introduits dans son estomac.² En juillet 2011, M. L... a été examiné par le *Coma Science Group* du centre hospitalier universitaire de Liège, qui a conclu qu'il se trouvait en état de conscience minimale – qu'on appelle également état « pauci-relationnel ».

À la fin de l'année 2012, les médecins et l'équipe soignante se sont interrogés sur la question de savoir si M. V...L... ne faisait pas l'objet d'une obstination déraisonnable au sens de la « loi Leonetti » du 22 avril 2005. 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, le Dr K..., responsable du service de médecine palliative et soins de support du CHU de Reims, a 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

¹ Du grec *enteron* (έντερο), qui signifie intestin.

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

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. Par une ordonnance du 11 mai 2013, le juge du référé-liberté a jugé que la procédure avait été irrégulière, les parents de M. L... n'ayant été informés de la décision que deux semaines plus tard par un de leur enfants, et il a enjoint au centre hospitalier de rétablir l'alimentation et l'hydratation normales du patient.

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... a annoncé son intention d'interrompre à nouveau l'alimentation et l'hydratation de M. V...L... à compter du lundi 13 janvier, sous réserve d'une saisine du tribunal administratif. Une nouvelle demande en référé-liberté a été présentée par les mêmes requérants, et par un jugement du 16 janvier 2014, la formation plénière du tribunal de Châlons-en-Champagne a de nouveau suspendu l'exécution de la décision, cette fois au motif que M. L... ne faisait pas l'objet d'une obstination déraisonnable.

Vous êtes saisis en appel de ce jugement 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.... L'affaire a été examinée le 6 février 2014 en audience de référé par le président de la section du contentieux, qui a décidé de la porter devant votre assemblée.

2. Votre décision du 14 février 2014 a fixé le cadre juridique dans lequel s'inscrit ce litige, en apportant une réponse aux questions de droit inédites et essentielles qu'il soulève.

Vous avez d'abord jugé qu'il appartenait au juge du référé-liberté de concilier le droit au respect de la vie et le droit du patient de ne pas faire l'objet d'une obstination déraisonnable, qui constituent tous deux des libertés fondamentales au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative.

Vous avez ensuite jugé que le juge du référé-liberté, saisi d'une décision ayant pour conséquence d'entraîner la mort d'une personne, devait prendre les mesures nécessaires pour faire obstacle à l'exécution de cette décision « si elle ne relevait pas des hypothèses prévues par la loi » – entendant de cette façon exercer un entier contrôle sur une telle décision. Vous vous êtes ainsi éloignés de la lettre de l'article L. 521-2 qui n'autorise le juge à prendre de telles mesures que dans l'hypothèse où la décision en cause porterait une atteinte « grave et manifestement illégale » à une liberté fondamentale.

Votre décision juge également que les dispositions de la loi Leonetti prévoyant qu'un traitement médical ne doit pas être poursuivi par une obstination déraisonnable sont applicables à un patient en état de conscience minimale comme à tous les usagers du système de santé. Enfin, vous avez jugé que la notion de « traitement » au sens de cette loi s'appliquait à l'alimentation et à l'hydratation artificielles.

Mais vous n'avez pas statué sur le fond du litige : vous avez décidé de confier une expertise à trois médecins spécialistes des neurosciences, dont les noms vous seraient proposés par les présidents de l'Académie nationale de médecine, du Comité consultatif national d'éthique et du Conseil national de l'Ordre des médecins. C'est ainsi qu'ont été désignés à titre d'experts le Pr M...-G... B..., chef de service honoraire à l'hôpital Lariboisière, le Pr L... N..., neurologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et chercheur

en neurosciences cognitives à l'Institut du cerveau et de la moelle épinière, et le Pr J... L..., chef du service de médecine physique et de réadaptation au centre hospitalier universitaire de Lyon.

En ordonnant cette expertise, vous n'avez pas entendu remettre en cause les compétences de l'équipe médicale de Reims, et encore moins faire peser un doute permanent sur le bien-fondé des décisions d'arrêt de traitement : vous avez considéré que, dans le cas particulier du litige qui vous était soumis, vous ne disposiez pas d'informations complètes sur l'état de M. V...L..., compte tenu du fait que le bilan qui avait été effectué à Liège et qui avait conclu à un état de conscience minimale remontait à plus de deux ans et demi.

Vous avez également jugé utile, en raison de la difficulté des questions d'ordre scientifique, éthique et déontologique soulevées par ce litige, de solliciter au titre d'*amicus curiae* en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, chacune des trois institutions que nous avons évoquées, ainsi que M. J... L.... Vous leur avez demandé de vous présenter des observations d'ordre général de nature à vous éclairer sur les 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 en état de conscience minimale.

Vous disposez maintenant de ces observations et du rapport d'expertise, et il vous revient de dire si la décision du Dr K... répond aux conditions prévues par la loi du 22 avril 2005.

La question essentielle, bien sûr, est de savoir si, contrairement à ce qu'a jugé le tribunal, M. V...L... fait l'objet d'une obstination déraisonnable, comme le soutiennent Mme R... L... et les autres appelants, au soutien desquels intervient Mme M...-G... L..., la demi-sœur de M. V...L..., dont vous pourrez admettre l'intervention.

II. - Mais avant d'en arriver à cette question, nous vous proposons d'examiner les deux autres moyens qui étaient soulevés en première instance et qui sont partiellement repris devant vous par les défendeurs. Le premier est tiré de ce que les dispositions de la loi du 22 avril 2005 méconnaissent les stipulations des articles 2, 6 et 7 de la Convention européenne relatives au droit à la vie, au droit au procès équitable et à l'exigence de prévisibilité de la loi. L'autre moyen est tiré de ce que le Dr K... n'a pas respecté la procédure collégiale prévue par la loi.

1. S'il s'agissait d'un litige ordinaire, vous n'auriez pas à répondre à ces questions.

En matière de référé-liberté, en effet, seules les illégalités qui affectent « directement et gravement » l'exercice de la liberté en cause peuvent être retenues, comme l'a affirmé le juge des référés du Conseil d'État par une décision *Commune de Montreuil-Bellay* du 12 novembre 2001 (p. 551³). C'est pourquoi le juge n'a pas à tenir compte, en principe, d'une éventuelle contrariété de la loi à des engagements internationaux (voyez, en référé-suspension, et précisément à propos de la méconnaissance de la Convention européenne, la décision *GISTI et autres* du 27 août 2012, t. p. 911).

³ Egalement : JRCE, 27 octobre 2011, *Min. intérieur c/ S...*, p. 532.

Vous réservez cependant une place particulière au droit de l'Union européenne, dans la lignée de votre décision *Ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement c/C...* du 30 décembre 2002 (p. 510). Le juge des référés peut en effet s'opposer à l'exécution d'une décision « *en cas de méconnaissance manifeste des exigences qui découlent du droit de l'Union* » (voyez, pour une demande d'admission au séjour en référé-liberté : 16 juin 2010, *Mme D...*, p. 205).

Sans remettre en question le principe de la décision *GISTI*, il nous paraît nécessaire de faire une exception en l'espèce et d'examiner le moyen tiré de la méconnaissance de la Convention européenne au même titre que s'il s'agissait d'une contrariété avec le droit de l'Union européenne. D'abord parce que la Convention et le droit de l'Union entretiennent des liens étroits – à tel point que le traité de Lisbonne impose à l'Union européenne d'adhérer, en tant que telle, à la Convention. Mais également parce que si une décision susceptible de porter atteinte au droit à la vie méconnaissait manifestement les exigences de la Convention, il nous paraîtrait impossible que le juge du référé-liberté n'en tienne aucun compte.

C'est pourquoi nous vous proposons d'examiner les moyens tirés de la méconnaissance par la loi du 22 avril 2005 des articles 2, 6 et 7 de la Convention européenne.

2. Il est donc temps de rappeler les dispositions essentielles de la loi.

La loi pose d'abord le principe du refus de l'acharnement thérapeutique. L'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose en effet 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. (...)* ». Il s'agit des soins palliatifs.

L'article L. 1111-4 du code affirme ensuite le principe du respect de la volonté du patient : « *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.* »

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.

Les modalités de cette procédure sont précisées à l'article R. 4127-37 du code, qu'il nous paraît utile de citer presque en entier car ses dispositions sont essentielles – et pourtant mal connues de nombreux médecins, comme le montre encore une fois l'actualité récente : « *Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient (...) ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. (...)* / *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. / Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé (...), le médecin (...) met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne (...). Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire. »

Enfin, l'article R. 4127-38 impose au médecin, en cas d'arrêt de traitement, d'« accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. »

La loi française n'autorise donc pas l'assistance au suicide, et encore moins l'euthanasie. A ceux dont la vocation est de soigner, le législateur n'a pas voulu imposer de franchir le fossé existant entre le fait de laisser la mort faire son œuvre, lorsque plus rien ne peut l'empêcher, et celui de l'infliger directement par l'administration d'un produit létal. En interrompant un traitement, le médecin ne tue pas : il se résout à se retirer lorsqu'il n'y a plus rien à faire.⁴ Pour de nombreux médecins, il s'agit là d'une distinction éthique fondamentale. Aux questions particulièrement complexes de l'obstination déraisonnable et de la fin de vie, le législateur a cherché à répondre de façon subtile et équilibrée en mettant à la disposition des équipes médicales des solutions qui leur permettent de faire face à des situations toujours difficiles et singulières. Mais il n'a pas voulu prendre le risque de rompre la confiance entre le malade et le médecin en permettant que ce dernier puisse être à la fois « la main qui soigne et la main qui tue ». En étant autorisé à interrompre un traitement, mais non à donner la mort, le médecin peut ainsi rester fidèle à l'un des engagements les plus forts du serment de l'Ordre des médecins, inspiré du serment d'Hippocrate : « *Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.* »

3. Les dispositions que nous venons de décrire sont-elles manifestement contraires à la Convention européenne ?

Il est certain qu'elles ne méconnaissent pas les articles 6 et 7 de la Convention : les règles du procès équitable de l'article 6 ne s'appliquent évidemment pas à la procédure instaurée par la loi du 22 avril 2005; quant à l'article 7, il ne concerne que la matière pénale.

La question est plus délicate à propos du 1^{er} § de l'article 2 de la Convention, qui garantit le droit à la vie : « *Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.* » Pour

⁴ Cf. notamment D. Folscheid, *La vie finissante*, cité par Bertrand Mathieu, Constitutions, Dalloz éd., p. 525.

la Cour de Strasbourg, « le droit à la vie (...) forme la valeur suprême dans l'échelle des droits de l'homme. »⁵

Toutefois, le droit à la vie doit se concilier avec d'autres droits de la personne, notamment celui de refuser un traitement, même si ce refus peut entraîner la mort. Ce droit au refus d'un traitement a été affirmé pour la première fois dans un arrêt *P... c. Royaume-Uni* du 29 juillet 2002, aux termes duquel « 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 (...) ».⁶ Par la suite, ce droit au refus a été rattaché au droit au respect de la vie privée garanti par l'article 8 de la Convention, un droit qui, selon la Cour, autorise toute personne à « décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin ».⁷ La Cour a ainsi jugé, dans un arrêt de chambre *G... c. Suisse* du 14 mai 2013, que la législation suisse qui permet d'obtenir un produit mortel sur ordonnance médicale méconnaissait le droit au respect de la vie privée, faute de fournir des indications suffisantes sur les conditions dans lesquelles le produit en question pouvait être obtenu.⁸

Certes, la Cour de Strasbourg n'a jamais eu à se prononcer sur la législation française, et pas davantage sur le cas des personnes hors d'état d'exprimer leur volonté. Mais elle a relevé qu'il n'existait aucun consensus au sein des États membres sur les questions de fin de vie, et elle en a déduit que la marge d'appréciation des États était « considérable » dans ce domaine.⁹ C'est donc au regard de la façon dont les États préservent les droits des personnes que la Cour se prononce.

Or la loi du 22 avril 2005, nous l'avons vu, entoure la décision du médecin de nombreuses garanties : l'interruption du traitement d'une personne incapable de s'exprimer n'est envisageable que dans la stricte hypothèse de l'obstination déraisonnable, et la décision est précédée d'une procédure rigoureuse faisant notamment intervenir d'autres médecins, l'équipe soignante et la famille du patient. Le législateur a ainsi tenté de concilier le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés et celui de ne pas subir un traitement qui traduirait une obstination déraisonnable, et il l'a fait dans des conditions qui, selon nous, ne peuvent être regardées comme méconnaissant manifestement les stipulations de l'article 2 de la Convention européenne.

4. Il vous faut aussi vérifier que le Dr K... a respecté la procédure prévue par la loi.

Les irrégularités de procédure ne sont en principe pas invocables devant le juge du référé-liberté, qui ne s'attache qu'aux illégalités qui affectent directement l'exercice de la liberté en cause. C'est ainsi, par exemple, que la seule circonstance que le préfet ayant rejeté une demande d'asile était territorialement incompétent ne caractérise pas une atteinte grave, au sens de l'article L. 521-2, à l'exercice du droit d'asile (Juge des référés du Conseil d'État, 27 octobre 2011, *Min. intérieur c/ S...*, rec. p. 532).

Mais le respect de la procédure précédant une décision aussi lourde que l'interruption d'un traitement nécessaire à la vie constitue une garantie essentielle pour le

⁵ CEDH, Grande chambre, 22 mars 2001, *Streletz, Kessler et Krentz c. Allemagne*, n° 34044/96, § 94.

⁶ CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 juillet 2002, § 63.

⁷ CEDH, *Haas c. Suisse*, 20 janvier 2011, n° 31322/07, § 51. Voir également : *Koch c. Allemagne*, 19 juillet 2012, n° 497/09.

⁸ CEDH, *Gross c. Suisse*, n° 67810/10, § 69. A noter cependant que l'affaire a été renvoyée devant la Grande chambre à la demande du gouvernement fédéral.

⁹ CEDH, 20 juin 2011, *Haas c. Suisse*, § 55.

patient. Si un traitement était interrompu sans concertation préalable avec l'équipe de soins, ou sans qu'un médecin extérieur ait été consulté, ou encore sans que la famille se soit exprimée, le droit au respect de la vie de la personne concernée en serait directement affecté et le juge du référé-liberté devrait en tirer les conséquences - ce qui a été fait, d'ailleurs, par le juge des référés du tribunal de Châlons-en-Champagne qui a interdit l'exécution de la première décision d'interruption de traitement en raison d'une grave irrégularité de procédure.

Mais comme nous l'avons dit en concluant devant vous le 13 février dernier, la procédure ayant conduit à la décision en cause aujourd'hui a été régulière, allant même au-delà de ce qu'exigent les textes.

Le Dr K... a tenu deux « conseils de famille » les 27 septembre et 16 novembre 2013, qui réunissaient l'épouse de M. V...L..., ses parents et ses huit frères et sœurs. L'épouse de M. L... et six de ses frères et sœurs se sont prononcés pour l'interruption du traitement, tandis que les parents ainsi qu'un frère et une sœur se sont prononcés en sens contraire. Et contrairement à ce qui a été soutenu, rien n'interdisait au Dr. K... de s'entretenir également avec M. F... L..., le neveu du patient.

Par ailleurs, alors que l'article R. 4127-37 du code exige de prendre l'avis « *d'au moins un médecin* », le Dr K... a consulté six médecins, dont trois extérieurs à l'établissement - parmi lesquels l'un était proposé par les parents de M. V...L.... Une réunion a eu lieu le 9 décembre 2013 en présence de tous les médecins et de la presque totalité de l'équipe soignante. À l'issue de cette réunion, le Dr K... et cinq des six médecins consultés se sont déclarés favorables à l'arrêt du traitement. Et contrairement à ce qui est soutenu, rien ne permet de penser que certains membres du personnel soignant auraient été délibérément écartés de cette réunion, et rien n'imposait que participe à cette réunion un autre médecin désigné par les parents de M. L....

L'impartialité du Dr K... a également été mise en doute, au motif qu'il s'était exprimé dans la presse et qu'il s'était opposé à une demande de récusation et au transfert de M. L... dans un autre établissement. Mais ces circonstances ne suffisent pas, à elles seules, à établir que le Dr K... aurait manqué à son obligation d'impartialité. Enfin, la décision elle-même est longuement et sérieusement motivée comme nous le verrons.

La procédure préalable n'a donc été entachée d'aucune irrégularité.

III. – Il vous reste à dire si le traitement prodigué à M. V...L... caractérise une obstination déraisonnable justifiant qu'il soit interrompu.

1. Vous pourriez craindre que votre réponse, quelle qu'elle soit, puisse influencer les décisions médicales relatives à l'interruption de traitement.

Cette crainte ne doit pas être exagérée. Chaque année, selon les estimations, 25 000 décès au moins interviennent en France à la suite d'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements, et ce chiffre ne concerne que les personnes en réanimation.¹⁰ Chacune de ces décisions est unique, car chaque patient est unique, chacun entretient une relation particulière avec sa famille et avec ceux qui le soignent, les choix thérapeutiques sont multiples à chaque étape, depuis la réanimation jusqu'aux soins palliatifs, et l'arrêt des traitements ne peut être

¹⁰ Louis Puybasset, Marine Lamoureux, *Euthanasie, le débat tronqué*, Calmann-Lévy 2012 p. 68.

décidé qu'après une réflexion conduite avec d'autres médecins, avec l'équipe soignante et avec la famille. Et votre décision n'aura bien entendu aucun caractère général : ce sera une décision d'espèce, étroitement liée à la singularité de la situation de M. V...L....

2. La question qui vous est posée est une des plus difficiles que vous ayez eu à connaître. Elle renvoie aux interrogations fondamentales de l'humanité, au sens de la vie, à la souffrance, à la mort et à l'au-delà. Et la réponse que vous apporterez, quelle qu'elle soit, sera douloureuse pour une partie de la famille de M. V...L....

Mais vos convictions personnelles ne sont pas en jeu. Les débats moraux, philosophiques, religieux, ont eu lieu devant le Parlement qui a consulté de nombreuses et éminentes personnalités : philosophes, juristes, médecins, autorités religieuses. C'est au législateur que revenait la tâche difficile de prendre en compte ces questions essentielles avant de fixer les règles, dans le respect des valeurs qui fondent notre pays. Et c'est au médecin qu'il revient ensuite de prendre la décision qui correspond le mieux à l'intérêt du patient tout en respectant les conditions posées par la loi.

Votre rôle est difficile, lui aussi, mais d'une certaine façon plus modeste : vous devez veiller à ce que la loi soit respectée. Vous n'êtes pas les garants de la décision médicale, vous n'êtes pas non plus les gardiens de la vie à tout prix : vous êtes les gardiens de la loi.¹¹ Il ne vous revient pas d'apprécier si la vie de M. V...L... vaut la peine d'être vécue - une question à laquelle aucune réponse ne peut être apportée. Votre seule morale, c'est votre déontologie : quelles que soient vos convictions personnelles, il vous revient seulement de dire si la décision du Dr K... obéit aux conditions fixées par la loi.

3. Il faut donc rappeler les critères de l'obstination déraisonnable, tels qu'ils figurent à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique : « *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 vous revient d'évaluer la situation de M. L... au regard de ces trois critères que sont l'inutilité du traitement, son caractère disproportionné ou la circonstance qu'il n'aurait pas d'autre effet que le maintien artificiel de la vie.

Lorsque nous avons conclu devant vous le 13 février dernier, nous avons fait état du bilan établi en juillet 2011 par le *Coma science group* de l'université de Liège, qui avait conclu que M. L... se trouvait dans un état de conscience minimale - c'est-à-dire un état dans lequel la personne réagit aux stimulations de façon minimale et fluctuante, ce qui suggère qu'elle ressent des impressions mais on ignore lesquelles car elle ne peut pas les exprimer de façon cohérente. Les médecins de Liège avaient alors suggéré à l'équipe soignante de tenter d'établir un code de communication avec le patient. Mais en dépit des 87 séances organisées dans ce but par une orthophoniste au CHU de Reims entre avril et septembre 2012, aucune communication n'avait pu être établie.

¹¹ Comme le dit le rapport d'information de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 (p. 59) : « *La mise en place [d'un traitement] comme son retrait n'ont pas être apprécié au regard d'un principe absolu tel que le caractère sacré de la vie mais au regard du droit du malade.* »

C'est parce que vous estimiez que ce bilan n'était pas assez récent que vous avez ordonné une expertise qui a été effectuée par les professeurs B..., N... et L.... Vous avez demandé aux experts - nous citons l'article 2 de votre décision du 14 février 2014 :

- « de décrire l'état clinique actuel de M. L... et son évolution depuis le bilan effectué [à Liège] en juillet 2011 » ;

- « de se prononcer sur le caractère irréversible des lésions cérébrales [du patient] et sur le pronostic clinique » ;

- « de déterminer si [M. L...] est en mesure de communiquer (...) avec son entourage » ;

- enfin, « d'apprécier s'il existe des signes permettant de penser (...) que M. L... réagit aux soins qui lui sont prodigués et, dans l'affirmative, si ces réactions peuvent être interprétées comme un rejet de ces soins, une souffrance, le souhait que soit mis fin au traitement qui le maintient en vie ou comme témoignant, au contraire, du souhait que ce traitement soit prolongé. »

4. Disons tout de suite que nous vous proposerons, quelle que soit votre décision, de mettre les frais d'expertise à la charge de l'hôpital de Reims, qu'il soit ou non la partie perdante. Car ainsi qu'il est dit au 2^e alinéa de l'article R. 761-1 du code de justice administrative, les dépens sont à la charge de la partie perdante « *sauf si les circonstances particulières de l'affaire justifient qu'ils soient mis à la charge d'une autre partie ou partagés entre les parties.* » Et ce ne serait pas la première fois qu'une expertise serait supportée par la partie qui l'emporte (voyez par exemple section, 17 mars 1972, A..., p. 231 ; 23 février 1990, *Commune de Plénée-Jugon c/ Cts Moulin*, t. p. 930).

Il serait en effet inéquitable que les frais d'expertise soient mis à la charge de membres de la famille de M. V...L..., et le code ne permet pas de les mettre à la charge de l'État qui n'est pas partie à l'instance – mais rien n'interdirait à l'hôpital de demander ensuite à l'Etat de l'aider à supporter cette charge.

5. Les experts ont rencontré l'équipe médicale et l'équipe soignante du CHU de Reims, l'épouse et les parents de M. V...L... ainsi que leurs médecins-conseils et leurs avocats respectifs, trois de ses frères et sœurs, et enfin les représentants et l'avocat de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, qui intervient à l'instance. Et ils ont examiné M. L... à neuf reprises.

Pour évaluer l'état d'un patient qui souffre de lésions au cerveau et qui est incapable de communiquer, deux types d'examen sont nécessaires. Il faut d'abord procéder à des examens cliniques et comportementaux, au cours desquels le patient est soumis à différents tests pour apprécier ses capacités auditives, visuelles, motrices et verbales. Les résultats des tests sont consignés en fonction d'échelles internationales standardisées ; ils permettent d'évaluer le degré d'éveil et de communication du patient. En l'espèce, les experts ont principalement utilisé l'échelle dite de récupération du coma¹², celle qui avait été utilisée par le groupe de Liège. Ils ont également eu recours à une autre échelle dite de Wessex¹³.

¹² *Coma recovery scale revised*, ou CRS-R.

¹³ *Wessex head injury matrix*

Le patient doit aussi faire l'objet d'explorations complémentaires à l'aide de techniques plus lourdes. Leurs résultats, ajoutés aux données cliniques et comportementales, permettent de préciser le diagnostic et d'évaluer les chances de récupération. C'est la raison pour laquelle M. L... a été transféré du 7 au 11 avril 2014 à l'hôpital de la Pitié- Salpêtrière, qui dispose d'un département de neurologie de grande renommée. C'est là qu'on notamment été réalisés un électroencéphalogramme et des « potentiels évoqués » cognitifs¹⁴, un scanner cérébral, une tomographie par émission de positons (ou *PET scan*) et, pour la première fois chez ce patient, une imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les experts ont ensuite rédigé un rapport provisoire qui a été communiqué pour observations aux parties le 5 mai 2014 et qui mettait en évidence une dégradation de l'état de M. V...L....

Le rapport définitif, comprenant les réponses des experts aux dires des parties, a été rendu le 26 mai. Il s'agit d'un document de 20 pages, d'une clarté et d'une précision remarquables, qui témoigne du souci des experts de répondre entièrement, et dans un langage accessible au profane, aux questions que vous leur avez posées.

Leurs conclusions sont unanimes.

S'agissant d'abord des possibilités de communication, ils estiment que, « *dans son état clinique actuel, M. V...L... n'est pas en mesure d'établir une communication fonctionnelle avec son entourage. (...) Il réagit aux soins qui lui sont prodigués et aux stimulations [douloureuses] mais les caractéristiques de ces réactions suggèrent qu'il s'agit de réponses non conscientes.* » Aucune interprétation des réactions de M. L... ne semble possible aux experts, qu'il s'agisse de l'expression d'une souffrance ou encore d'une volonté de prolonger le traitement ou de l'interrompre. M. L... n'éprouve d'ailleurs aucune sensation consciente, y compris de douleur, puisque les résultats des observations suggèrent que lorsqu'il réagit aux stimulations douloureuses, « *il s'agit de réponses (...) non conscientes plutôt que d'une expérience consciente de la douleur* ». ¹⁵

Cet état d'inconscience s'explique par des lésions cérébrales particulièrement sévères et étendues. En effet – nous citons le rapport -, « *la conscience nécessite une communication cohérente et intégrée entre les régions [frontales et pariétales du cerveau]. Or, l'IRM (...) a montré (...) une désorganisation structurelle majeure des voies de communication, notamment entre ces régions fronto-pariétales stratégiques.* » Les explorations ont d'ailleurs mis en évidence une « *atteinte massive des faisceaux de la substance blanche* » : il s'agit des fibres nerveuses qui assurent la connexion entre les différentes régions du cerveau. D'une façon plus générale, M. L... souffre d'une « *atrophie cérébrale diffuse majeure témoignant d'une perte neuronale définitive, une destruction quasi complète de régions stratégiques telles que les deux thalamus et la partie haute du tronc cérébral* ». Les examens révèlent également « *une atteinte sévère de la structure et du métabolisme de régions sous-corticales cruciales pour le fonctionnement cognitif* ». ¹⁶

¹⁴ Analyses des réponses cérébrales à des stimulations extérieures auditives variées. Les réponses sont enregistrées à l'aide de la technique de l'électro-encéphalogramme.

¹⁵ Rapport d'expertise, p. 17.

¹⁶ Les citations de ce paragraphe sont extraites des p. 11 et 15 du rapport d'expertise. Voir aussi, sur ce point, les observations du comité consultatif national d'éthique (p. 16) : « *L'activité mentale consciente ne reposerait donc pas sur l'activité d'une région unique, mais plutôt sur un mode de fonctionnement global au sein de réseaux cérébraux étendus. Ces résultats ont également contribué à révéler l'existence de nombreux processus perceptifs et cognitifs inconscients. Ce dernier point permet de comprendre que la mise en évidence d'une activité cérébrale localisée ne suffit pas à s'assurer d'un état conscient de la*

L'état de M. V...L... s'est donc dégradé depuis l'examen réalisé à Liège en 2011. Selon les experts, les fluctuations de l'état de conscience qui avaient été constatées à cette occasion ont disparu ; aucun signe en faveur d'un état de conscience minimale n'a pu être détecté. Contrairement à ce que l'on croyait, M. L... ne se trouve pas – ou ne se trouve plus – en état de conscience minimale : il est dans un état végétatif.¹⁷

Signalons au passage que cet état n'a rien à voir avec une situation dont les médias se font parfois l'écho, et qui est évoquée devant vous par les défenseurs : celle de personnes qui, tout en étant parfaitement conscientes, sont incapables de communiquer du fait d'une paralysie totale, à l'exception parfois du mouvement des paupières et des yeux. Dans cette situation, appelée syndrome d'enfermement (ou *locked-in syndrome*) - et qui n'a rien à voir non plus avec le coma contrairement à ce qu'on entend parfois -, seules les voies nerveuses contrôlant la motricité sont atteintes tandis que le reste du cerveau est indemne de lésions ; les facultés intellectuelles peuvent donc être intactes, et des rétablissements peuvent se produire, aussi rares que spectaculaires.¹⁸

Mais en ce qui concerne M. V...L..., on doit malheureusement considérer qu'il n'existe aucune perspective d'amélioration, compte tenu des nombreux éléments qui, selon les experts, vont dans le sens « *du caractère irréversible des lésions cérébrales.* » Le rapport d'expertise énumère ainsi « *le délai de 5 ans ½ depuis l'accident initial, (...) la dégradation clinique depuis juillet 2011, l'état végétatif actuel, la nature destructrice et l'étendue des lésions cérébrales, les résultats des tests fonctionnels, (...) la sévérité de l'atteinte motrice des quatre membres* » et « *l'échec des différentes tentatives thérapeutiques actuellement disponibles* » : l'addition de ces éléments conduit les experts à formuler un « *mauvais pronostic clinique* ». ¹⁹

6. Dans ces conditions, peut-on considérer que la poursuite du traitement prodigué à M. V...L... caractérise une obstination déraisonnable ?

Disons d'abord que les critères de l'inutilité et du caractère disproportionné du traitement nous paraissent peu opérants à l'égard de l'alimentation et de l'hydratation artificielles.

Il ressort en effet de la discussion au Parlement, comme nous l'avions déjà indiqué le 13 février, qu'un traitement doit être considéré comme inutile lorsqu'il ne permet pas d'améliorer l'état de santé du patient. Étaient ainsi citées 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.* »²⁰ C'est également

personne » (Dehaene S. et al., *Towards a computational theory of conscious processing*, Current Opinion in Neurobiology, 2014;25C :76-84; Kouider S. et al., *A neural marker of perceptual consciousness in infants*, Science 2013, 340:376-80); Casali A, et al., *A theoretically based index of consciousness independent of sensory processing and behavior*, Science Translational Medicine 2013, 5:198ra105; Sitt J. et al., *Ripples of consciousness*, Trends in Cognitive Sciences 2013, 17 :552-4 ; Dehaene S., Changeux JP, *Experimental and theoretical approaches to conscious processing*, Neuron 2011, 70:200-27).

¹⁷ Certains spécialistes, inquiets de la connotation péjorative que ce terme pourrait revêtir, suggèrent de le qualifier d'« état d'éveil sans réponse » (S. Laureys et autres, *Unresponsive wakefulness syndrome : a new name for the vegetative state or apallic syndrome*, BMC Medicine 2010, 8.68.

¹⁸ Cf. J.-D. Bauby, *Le scaphandre et le papillon*, Pocket 1998.

¹⁹ Rapport d'expertise, pp. 15 et 16.

²⁰ Rapport de M. Leonetti devant l'Assemblée nationale, p. 17.

au regard des effets sur la santé du patient que doit s'apprécier le critère de la disproportion : est disproportionné un traitement qui ne contribue pas ou peu à l'amélioration de l'état de santé alors qu'il est particulièrement lourd ou pénible à supporter pour le patient.

Ces deux critères concernent donc des traitements à visée thérapeutique ; ils ne sont guère pertinents à l'égard de l'alimentation et de l'hydratation artificielles dont l'objet est de maintenir la personne en vie mais non d'améliorer son état de santé.

Reste donc le critère essentiel du maintien artificiel de la vie, dont le tribunal administratif a considéré qu'il n'était pas satisfait.

Pour arriver à cette conclusion, les premiers juges se sont fondés sur la circonstance « 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. »

Le tribunal a donc considéré que la possibilité de conserver « un certain lien relationnel » suffisait à interdire l'arrêt du traitement.

A supposer que ce raisonnement ait pu être justifié en l'état des informations dont disposait le tribunal, les conclusions du rapport d'expertise obligent à le reconsidérer entièrement : vous savez désormais que M V...L... se trouve dans un état végétatif qui le prive de toute perception émotionnelle, de toute réaction consciente à son environnement, de tout « lien relationnel ». Et le rapport d'expertise laisse clairement entendre que ses lésions cérébrales sont irréversibles et que son état ne peut que continuer à se dégrader. Ce pronostic pessimiste rejoint d'ailleurs ce que soulignait le professeur L..., qui dirige le Coma Science Group de Liège, dans une interview parue il y a déjà plusieurs années : il faisait valoir qu'une vaste étude conduite aux Etats-Unis avait révélé « qu'après un an d'état végétatif, il n'y a plus aucune chance de voir le patient revenir à lui lorsque le coma a été provoqué par un traumatisme crânien. »²¹

Dans ces conditions, et aussi douloureuse que soit cette constatation, il faut considérer que l'alimentation et l'hydratation prodiguées à M. V...L... n'ont pas d'autre effet que de le maintenir artificiellement en vie : la vie de M. L... se prolonge sous l'effet de ce traitement, mais celui-ci n'a aucun effet positif sur son état de santé qui s'est au contraire dégradé. Comme le dit le Conseil national de l'ordre des médecins dans ses observations, la poursuite du traitement « trouve une évidente justification si des signes cliniques ou para-cliniques entretiennent la perspective d'une évolution favorable ». En revanche, si « l'état pathologique, devenu chronique, entraîne une détérioration physiologique de la personne et une perte de ses facultés cognitives et relationnelles, l'obstination pourra être considérée comme déraisonnable dès lors qu'aucun signe d'amélioration n'apparaîtrait. »²²

²¹ Interview parue dans *Cerveau&Psycho*, n° 17, sept.-oct. 2006

²² Observations du Conseil national de l'ordre des médecins, p. 7.

7. Bien entendu - et il faut le rappeler ici avec force -, les éléments médicaux ne sont pas les seuls à prendre en compte.

La décision du médecin doit se fonder sur d'autres considérations, parmi lesquelles l'avis de la famille et, faute de directives anticipées ou de personne de confiance, les souhaits émis antérieurement par l'intéressé. Chaque situation doit être appréhendée par le médecin dans sa singularité, et le poids respectif de chacun des éléments à prendre en compte dépend des circonstances particulières à chaque patient. Nous rejoignons entièrement l'Académie nationale de médecine pour dire que la circonstance qu'un personne se trouve en état végétatif ou de conscience minimale, avec des perspectives de rétablissement faibles ou inexistantes, ne suffit pas à justifier une interruption de traitement.²³

Ainsi, on peut comprendre qu'un médecin hésite à interrompre l'alimentation et l'hydratation artificielles d'une personne si la famille unanime s'y oppose, alors même que les conditions médicales de l'obstination déraisonnable paraîtraient réunies. Le législateur semble d'ailleurs avoir lui-même hésité à imposer aux médecins une obligation en la matière, car si 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* », le même article indique ensuite que lorsque les critères de l'obstination déraisonnable sont remplis, ces actes « *peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris*. » La même souplesse se retrouve à l'article R. 4127-37 du code, aux termes duquel le médecin « *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*. »

Au demeurant, c'est ainsi que les choses se passent dans la réalité : le médecin n'interrompt pas un traitement contre l'avis unanime de la famille.²⁴ Le plus souvent, un consensus se crée peu à peu entre les soignants et les proches du patient, qu'il s'agisse de poursuivre ou d'interrompre le traitement. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle vous n'aviez encore jamais été saisi d'un tel litige alors que la loi du 22 avril 2005 est en vigueur depuis plus de neuf ans et que, nous l'avons dit, plusieurs dizaines de milliers de décès sont dus chaque année, en France, à une décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

Et si vous êtes saisi de ce litige, c'est précisément parce que M. P...L... et Mme V... L..., les parents de M. V...L..., ainsi que son frère M. D... P... et sa sœur Mme A... T..., sont en désaccord avec la décision du Dr K..., alors que les autres membres de la famille ont exprimé leur accord. Et le législateur n'a pas voulu établir une hiérarchie entre les membres de la famille du patient.

La Chambre des Lords britannique a été confrontée à une situation comparable dans une affaire *G.* du 16 novembre 1994 : il s'agissait d'un patient en état végétatif à la suite d'un accident, dont l'épouse soutenait la proposition de l'hôpital visant à interrompre les soins alors que la mère du patient y était opposée. Les juges ont considéré que l'arrêt des soins était dans le meilleur intérêt du patient, précisant que si l'opinion dissidente d'un membre de la famille était importante, elle ne pouvait être déterminante dans la prise de décision.

²³ Observations de l'académie nationale de médecine, p. 5.

²⁴ Cf. L. Puybasset et M. Lamoureux, *Euthanasie, le débat tronqué*, Calmann-Lévy 2012 ; également, sous la direction d'Emmanuel Hirsch, *Fins de vie, éthique et société*, Erès 2012.

Il nous paraît difficile de raisonner autrement. Car aussi forts que soient les sentiments d'un frère, d'une sœur et surtout d'un père et d'une mère, et aussi respectables que soient leurs convictions, cela ne suffit pas à l'emporter sur l'ensemble des éléments qui pèsent en sens contraire. Si vous deviez interdire un arrêt de traitement au seul motif que certains membres de la famille du patient y sont opposés, vous confèreriez à ces derniers un droit de *veto* que le législateur n'a pas voulu leur donner.

8. Il reste une dernière considération qui pourrait s'opposer à l'arrêt du traitement, si elle résultait d'une volonté ainsi exprimée par M. V...L....

Depuis son accident, celui-ci a été dans l'incapacité de s'exprimer. Mais l'article R. 4127-37 impose au médecin de prendre en compte « *les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés* », même s'ils n'ont pas été formalisés par des directives anticipées.

Cette prise en compte des souhaits antérieurs est également prévue par l'article 9 de la Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997, dite Convention d'Oviedo. L'article stipule que « *les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte.* » Le Conseil de l'Europe vient d'ailleurs d'éditer un « Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie », qui recommande que le patient qui ne peut pas exprimer sa volonté soit « *intégré au processus décisionnel par l'intermédiaire des souhaits qu'il aurait précédemment exprimés. (...) La personne peut avoir confié ses intentions à un membre de la famille ou à un proche (...).* »²⁵

Le Comité consultatif national d'éthique préconise lui aussi de prendre en compte « *les souhaits exprimés antérieurement par la personne (...), tels qu'ils peuvent être rapportés (...) par la personne de confiance, ou à défaut la famille ou un proche* ». ²⁶ C'est également ce que souligne Jean Leonetti dans ses observations.²⁷

Or, comme le relève la décision du Dr K..., il apparaît, au vu du témoignage de l'épouse et d'un frère de M. V...L..., que ce dernier, qui avait eu affaire à des personnalités diminuées dans le cadre de son activité d'infirmier psychiatrique et à l'occasion de stages en soins palliatifs, avait exprimé à plusieurs reprises son souhait de ne pas être maintenu dans un état de dépendance si une telle hypothèse devait se présenter.

Bien sûr, ce souhait n'a pas été exprimé de façon écrite et détaillée. Et nous savons que l'opinion sur la fin de vie, exprimée par une personne en pleine santé, peut varier lorsque l'échéance fatale semble se rapprocher. Les souhaits de M. L... ne peuvent être regardés, bien entendu, comme l'expression d'une volonté du patient à laquelle le médecin devrait se conformer, au sens de l'article L. 1111-4 du code. Il reste que leur sens général ne nous a pas paru sérieusement contesté, et qu'ils ont été exprimés par un professionnel de santé qui savait de quoi il parlait. La voix de M. V...L... nous parvient ainsi, certes ténue et fragile, mais elle constitue un élément du dossier que vous ne pouvez pas ignorer.

²⁵ Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie, Conseil de l'Europe, mai 2014, p. 18.

²⁶ Observations du comité consultatif national d'éthique, p. 13.

²⁷ Observations de M. Jean Leonetti, p. 5.

Les autres cours suprêmes raisonnent de la même façon lorsqu'elles sont confrontées à une telle situation.

Ainsi, dans un arrêt *Kemptener* du 13 septembre 1994, qui concernait une personne en état végétatif, la Cour fédérale allemande a jugé que l'arrêt de l'alimentation artificielle était justifié eu égard à l'état de cette personne et à la circonstance, établie par le témoignage des proches, qu'il était permis de présumer qu'elle aurait été d'accord avec cette mesure. La Cour fédérale a confirmé ce raisonnement dans un arrêt *Putz* du 30 avril 2009 qui concernait l'arrêt de l'alimentation artificielle d'une personne en état de coma : la Cour a retenu le témoignage de la fille de la patiente qui affirmait que sa mère avait, par le passé, exprimé oralement sa volonté de ne pas être maintenue en vie si une telle situation devait se produire.

La Cour de cassation italienne cherche, elle aussi, à reconstituer la volonté de la personne qui n'est plus en état de s'exprimer, en se fondant sur des éléments tirés de l'histoire et de la personnalité de cette personne, ainsi que sur les valeurs éthiques, religieuses, culturelles ou philosophiques qui guidaient ses comportements.²⁸

Nous pouvons maintenant résumer l'ensemble des éléments que vous devez prendre en considération pour apprécier la légalité de la décision du Dr K... M. V...L... est en état végétatif, totalement inconscient. Il n'existe aucun espoir de récupération. Le traitement dont il bénéficie n'a pas d'autre effet que de le maintenir artificiellement en vie, emmuré dans sa nuit de solitude et d'inconscience. La décision a été prise après concertation avec l'équipe de soins et en accord avec cinq des six médecins consultés. Sur les onze personnes de la famille qui ont été consultées, sept - dont son épouse - ont estimé que la poursuite du traitement n'était plus justifiée. M. V...L... lui-même avait exprimé le souhait de ne pas être maintenu en état de dépendance si cette hypothèse devait se présenter.

Enfin, la décision du Dr K..., qui comporte 12 pages, est particulièrement motivée. Elle rappelle les dispositions applicables ; elle souligne les questions éthiques soulevées par un arrêt de traitement ; elle décrit l'état clinique de M. L..., elle rappelle le souhait qu'il avait exprimé antérieurement, elle résume les opinions de la famille, et elle indique les critères qui ont conduit à considérer que M. L... faisait l'objet d'une obstination déraisonnable, en se fondant notamment sur la nature irréversible des lésions cérébrales, sur l'absence de progrès depuis l'accident, et « *sur un pronostic consolidé et confirmé (...) après cinq années de soins, sans espoir de retour à une communication même minimale* »²⁹, rejoignant ainsi l'opinion des trois experts que vous avez consultés.

9. La décision précise également qu'en cas d'interruption de traitement, toutes les mesures seront prises pour éviter l'inconfort et la souffrance éventuelle du patient, conformément au code de déontologie médicale. Le III de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique prévoit en effet, que « *lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé (...), le médecin (...) met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne [jusqu'à ses derniers moments]. (...)* » Et l'article R. 4127-38, nous l'avons vu, impose au médecin d'« *accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage.* »

²⁸ Cass. civ., 16 octobre 2007, *Eluana Englaro* n° 21748, § 7-6.

²⁹ E. K..., 11 janvier 2014, *Rapport motivé sur la situation de M. V...L...*, p. 7.

La décision prévoit également, si nécessaire, de recourir à une sédation profonde comme cela est autorisé par le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique : « *Les professionnels de santé mettent en œuvre 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 (...) qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade (...) ou, à défaut, un des proches. (...)* » Le Dr K... n'envisage donc certainement pas de réitérer la procédure suivie en 2013 à la suite de la première décision d'interruption du traitement, qui avait vu M. V...L... sous-hydraté et privé de toute nourriture pendant un mois avant que la nutrition ne soit reprise.

Car le législateur n'a pas voulu qu'on puisse laisser une personne - fût-elle inconsciente - mourir de faim ou de soif, ni que ses proches se voient infliger le spectacle d'une longue agonie - qui pourrait d'ailleurs être regardée comme un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne, ainsi que la cour de Strasbourg l'a laissé entendre dans un arrêt *D. c. Royaume-Uni* du 2 mai 1997.³⁰ C'est d'ailleurs ce que souligne le rapport d'information de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 : « *L'obligation de préserver la dignité du patient exclut qu'un arrêt de nutrition et d'hydratation artificielles soit décidé sans que soient immédiatement prodigués des soins palliatifs.* »³¹

Le Conseil national de l'ordre des médecins considère lui aussi dans ses observations « *qu'une fois la décision prise d'interrompre les moyens artificiels qui maintenaient la seule vie somatique, une sédation profonde doit être simultanément mise en œuvre* ». Le Conseil de l'ordre se réfère au « *principe humaniste de bienfaisance, qui est un des piliers de l'éthique médicale* ». Car jusqu'à la fin, l'homme doit être reconnu dans son humanité et dans sa dignité : il appartient aux médecins et à l'équipe soignante de l'accompagner jusqu'au bout de son chemin et de prendre en charge « *tout ce qui reste à faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire* », comme l'écrivent Louis Puybasset et Marine Lamoureux dans leur ouvrage *Euthanasie, le débat tronqué* paru en 2012.³²

Enfin, la décision du Dr K... indique qu'en cas d'interruption du traitement, les proches de M. V...L... seront accompagnés par l'équipe médicale : médecins, personnel infirmier, ainsi que par des psychologues et des représentants du culte. Ce dispositif est conforme aux exigences de l'article R. 4127-37, aux termes duquel le médecin « *veille (...) à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.* » Une équipe de soins palliatifs d'un autre établissement est également à la disposition des membres de la famille opposés à la décision, qui ont fait savoir qu'ils refuseraient le soutien qui leur était proposé par le CHU de Reims.

10. Nous voici arrivés au terme de l'examen de la décision du Dr K... et, vous l'avez compris, nous ne vous proposerons pas de confirmer le jugement du tribunal.

Car lorsque les conditions de l'obstination déraisonnable sont réunies, quand tout espoir de guérison a disparu, quand la quasi-totalité des médecins et de l'équipe soignante

³⁰ CEDH, 2 mai 1997, *D. c. Royaume-Uni*, n° 30240/96, cons. 53, à propos d'une personne atteinte d'une maladie incurable en phase terminale dont l'expulsion vers un autre État la priverait de l'accompagnement nécessaire.

³¹ Assemblée nationale, *Rapport d'information faite au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relatif aux droits des malades et à la fin de vie*, p. 60.

³² Louis Puybasset, Marine Lamoureux, *Euthanasie, le débat tronqué*, Calmann-Lévy 2012 p. 58.

ainsi que la majorité de la famille se rejoignent pour dire que le traitement ne doit pas être poursuivi, et lorsqu'il est permis de penser que tel aurait été le souhait du patient, alors la loi autorise la médecine à se retirer. C'est pourquoi nous vous proposons de constater que la décision d'interrompre le traitement répond aux conditions posées par la loi du 22 avril 2005.

Avant de conclure, nous voudrions nous tourner vers les membres de la famille de M. V...L... qui se sont opposés à l'arrêt du traitement, et tout particulièrement vers son père et sa mère. Certains des mots qu'ils ont entendus ont dû leur être douloureux – qu'ils sachent qu'ils ont été difficiles à prononcer. Nous formulons le vœu qu'à défaut de partager les raisons qui nous ont déterminé, ils comprendront que notre souci a été de respecter, en toute humanité, notre rôle de gardien de la légalité. A cet égard, la décision que nous allons maintenant proposer à l'assemblée du contentieux nous paraît non seulement conforme à la lettre de la loi mais aussi, en notre âme et conscience, respectueuse de la personne de M. V...L... et de la dignité qui lui est due.

Par ces motifs, nous concluons :

- à l'admission de l'intervention de Mme M...-G...L... ;
- au rejet des conclusions présentées devant le tribunal par M. P... L..., Mme V... L..., M. D... P... et Mme A... T... ;
- à ce que le jugement du 16 janvier 2014 soit réformé en ce qu'il a de contraire à ce qui précède ;
- à ce que les frais d'expertise soient mis à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims.