

# La fin de vie en droit français actuel

Gérard Mémeteau<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Faculté de droit, Université de Poitiers, France

*«Je te salue, heureuse et profitable mort,  
Des extrêmes douleurs médecin et confort»  
Pierre de Ronsard*

Le 14 janvier 2014, M. le Président Hollande exprima le vœu de voir aboutir une loi complétant celle du 22 avril 2005 sur les soins de fin de vie (dite «loi Léonetti») dont la révision est à l'ordre du jour. Un rapport de M. le Président Sicard avait été déposé le 18 décembre 2012 avant la signature le 13 juin 2013 de l'avis n° 121 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Les 16 janvier, 14 février et 24 juin 2014 furent rendues, dans la douloureuse affaire «Vincent Lambert», trois décisions de justice (Tribunal administratif puis Conseil d'Etat) en référé, immédiatement suivies d'une ordonnance de mesures provisoires de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), saisie du dossier. C'était un dossier d'arrêt de soins d'une personne en état «pauci relationnel». Il était jugé, en juin 2014, à l'époque où une Cour d'assises acquittait un médecin accusé d'euthanasie. C'est écrire de quelle brûlante actualité est le thème de la fin de vie, joué sur une partition classique dont d'aucuns souhaitent réécrire les notes.

## Un droit positif fragile

Les principes sont connus et, à ce jour, maintenus (je n'ose écrire: «appliqués»), mais avec des risques de confusion et des risques de conflits. Ils tiennent dans le caractère illégal et pénalement punissable (peu, en pratique) de l'euthanasie (active), de l'abstention volontaire de secours (que peut devenir un refus de soins) et de l'aide, ou de la provocation, au suicide. En premier lieu, des confusions sont fréquentes, dans l'esprit du public non spécialisé, déformé par les médias. On confond: d'un côté, «l'acharnement thérapeutique» avec la poursuite de soins proportionnés ne maintenant pas artificiellement la vie au sens de l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique (CSP) confirmatif de solutions classiques, et les partisans de l'euthanasie active jouent de cette confusion. Seuls les soins disproportionnés, artificiels, sont non pas vraiment illicites mais non obligatoires et il n'y a pas faute civile ni pénale à les arrêter. D'un autre côté, les soins palliatifs et proportionnés avec ledit acharnement, ce dont a pu témoigner l'affaire Lambert.

D'un autre côté encore, l'euthanasie et le suicide assisté ou une «aide active à mourir», ces deux pratiques se différenciant peu. L'aide au suicide est illégale (TGI.

Dijon, référés, 17 mars 2008, affaire Sébire). Ici encore, les demandeurs de l'euthanasie rapprochent ces comportements en mettant l'accent sur la notion d'aide apportée au malade en fin de vie: l'euthanasie ne serait qu'une forme d'aide, banalisée. La loi du 22 avril 2005 ne reconnaît aucune de ces pratiques. Elle consacre au contraire les notions (théologiques) de soins proportionnés, d'acte à double effet (art. L. 1110-5 CSP). Elle est cependant imprécise sur les notions de phase avancée ou terminale et de mise en danger de la vie par arrêt de traitement (art. L. 1111-9 CSP; art. L. 1111-10, L. 1111-13 CSP). Existe d'ailleurs un Comité national de suivi du développement de soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie (arrêté du 9 février 2006). En second lieu, des conflits sont parfois révélés (affaire Lambert et autre affaire jugée par le TGI de Paris – référés – 6 et 19 mai 1987). D'un côté, il peut y avoir conflit entre les titulaires du pouvoir des choix thérapeutiques, lorsque le sujet est incapable ou inconscient. Certes, la loi prévoit la consultation des proches, de la famille (on disait: protecteurs naturels), de la personne de confiance. Mais, ces bons samaritains peuvent être divisés entre eux. C'est au juge à choisir celui qui a qualité pour, concrètement, autoriser l'arrêt des soins devenus inutiles, sauf priorité donnée à la personne de confiance (art. L. 1111-12 CSP). Parfois, une «procédure collégiale» est prévue (art. L. 1111-4 § 5 CSP), diluant la décision donc la responsabilité (au moins morale). Mais, ce conflit peut aussi se traduire par une décision substituée du juge lorsqu'il se complique d'une divergence de vues entre «les proches» (donc, le malade est incapable ou inconscient) et le corps médical auquel, en lisant bien les textes, on voit que la loi de 2005 a accordé le pouvoir final de décision, qu'il faut donc compenser par le contrôle, qui devient décision, du juge, quoique celui-ci ignore la médecine et n'a pas à choisir entre plusieurs stratégies thérapeutiques (Gazette du Palais, 7/8 février 2014). C'est ce que l'on nomme précisément «judiciarisation» de la décision médicale.

D'un autre côté, en effet, si le juge ne dit que le Droit, il doit statuer (art. 4 C. civil) s'il est saisi d'un litige même portant sur un arrêt de soins. C'est une évolution plus ou moins attendue du droit positif (jurisprudence) contrôlant à priori le choix médical. Elle témoigne, plus que les paroles sur l'autonomie ou la démocratie sanitaire, d'un contrepoids au pouvoir médical, étant entendu que le juge se prononce éclairé par des experts et Amici Curiae. Ces soutiens à la décision restent ambigus: le juge est libre de ne pas les entériner; si, en re-

vanche, il en écarte des conclusions, par quelle légitimité? Depuis 2001, le Conseil d'Etat laissait deviner l'émergence de ce contrôle.

## Un droit menacé

Les limites légitimes de cette présentation ne pouvaient permettre de détailler l'architecture du droit en vigueur, fondée sur le respect de la vie, bien que son invocation soit un peu hypocrite dans un système global permettant certaines manipulations de la vie humaine, et l'on ne peut, du reste, manquer de relever, dans les travaux préparatoires de cette loi du 22 avril 2005, des propos rapprochant ces interventions et la libéralisation du droit de *fin* de vie. En effet, c'est logique, mais «ce qui va sans dire va encore mieux en le disant» (Talleyrand).

### a) Propositions de réforme

Des cercles de pensée divers, rejoints par des sondages à considérer avec précaution (en juin 2014, 89% de Français interrogés se disent favorables à une nouvelle loi sur l'euthanasie; comment définissent-ils celle-ci?), et par des annonces politiques parfois exploitées, ont pu soutenir des propositions de réforme du droit positif.

En premier lieu, intervint le 6 avril 1973, devant le Sénat, la proposition de M. Caillavet «relative au droit de vivre sa mort», qu'il faut mentionner, car elle fut particulièrement symbolique – quoique l'idée euthanasique fût déjà véhiculée – par son existence et par sa motivation (exposé de motifs): «Ce texte donne le moyen de s'épargner les douleurs, et d'épargner aux autres le tragique spectacle d'un corps convulsé ou celui, triste, d'un corps étale et inerte. Il prétend non pas désarmer l'homme face à la mort, mais l'armer devant la douleur. Ne renversons pas la proposition. La vie reste le sursis. Le glissement vers la mort, le répit. Et non l'inverse. Les temps primitifs sont révolus. L'homme est avant tout un être doué d'intelligence et non un être de chair. Prétendre le contraire réduirait l'homme à peu de chose».

Si le droit comparé apportait ses indications (droits belge, néerlandais, luxembourgeois), certaines prudentes (Suisse, v. cep. CEDH. 14 mai 2013, «Gros»), le législateur français relançait régulièrement le mouvement réformiste. On ne peut, sur ces brèves pages, recenser toutes les propositions. Citons celle du 29 octobre 2008, du Sénateur Fouché déclarant avoir «pour but de remédier aux inégalités devant la mort et de fournir aux tribunaux les outils juridiques appropriés», en protégeant «les vrais intervenants». Le 8 juin 2012, le Sénat a reçu une proposition de loi suggérant que le décès d'une personne ayant bénéficié d'une assistance médicale pour mourir est considéré comme une «mort naturelle» (v. Droit de la famille, sept. 2012). On ne paraît pas proposer l'euthanasie au sens propre du mot, et l'on se borne à s'en rapprocher par les voies de la

mort assistée, du suicide médicalement assisté, et d'une facilitation de l'arrêt de soins en cas de fin de vie et de souffrance invincible. Ces propositions n'ont pas été désertées au fond.

En second lieu, le débat est public, non seulement parce que l'actuel Chef de l'Etat avait promis de consacrer une assistance médicalisée pour terminer la vie dans la dignité (on peut penser, selon la Presse, que M. le Président Hollande aborde avec circonspection le sujet), mais encore parce que diverses opinions se manifestent. D'un côté, un «avis citoyen» (sic) a été exprimé le 14 décembre 2013 à l'issue de la «conférence citoyenne sur la fin de vie». Ce n'est pas un sondage mais est présenté comme «une forme de démocratie participative» apparue en France en 1998. Dans le cadre de l'article L. 1412-1-1 CSP, le CCNE a sollicité l'IFOP (Institut français d'opinion publique) de sélectionner un groupe de ... 18 personnes (dites sans sourire «représentatives»). Il tend à développer les soins palliatifs, les directives anticipées, la sédation en phase terminale «à hauteur de ses besoins», admet le suicide assisté en distinguant (comme la Cour Suprême du Canada) deux situations, et une exception d'euthanasie «dans des cas particuliers» collégialement appréciés. La mort décidée par plusieurs serait plus acceptable que celle décidée par un seul, technique de dilution de la décision et logique de l'autorité du jugement du groupe. On hésite en tout cas devant l'euthanasie elle-même, sauf cette «exception» qu'avait naguère suggérée le CCNE.

D'un autre côté, cette éminente instance a déposé un avis n° 121 signé le 13 juin 2013, et a agi comme *Amicus Curiae* devant le Conseil d'Etat dans l'affaire «Vincent Lambert». Cet avis aborde la question des directives anticipées (consacrées, mais sans caractère impératif par l'article L. 1111-11 CSP), une évolution du processus de décision collégiale, estime ne pas devoir proposer la légalisation du suicide assisté:

«Certains membres du CCNE considèrent que le suicide assisté et l'euthanasie doivent – au moins dans certaines circonstances – être légalisés. Ils estiment que le respect de la liberté des individus doit aller jusqu'à ce point et permettre d'autoriser des tiers qui accepteraient de leur prêter assistance à le faire, sans risque majeur pour les liens de solidarité au sein de la société. «Le Comité estime cependant majoritairement que cette légalisation n'est pas souhaitable: outre que toute évolution en ce sens lui paraît, à la lumière notamment des expériences étrangères, très difficile à stabiliser, il souligne les risques qui en découlent au regard de l'exigence de solidarité et de fraternité qui est garante du vivre ensemble dans une société marquée par de nombreuses fragilités individuelles et collectives et des carences importantes dans le champ de la politique relative à la fin de vie.

«Le débat engagé sur la fin de vie et l'accompagnement des personnes âgées et handicapées doit continuer et gagner plus largement l'espace public. Le Comité es-

time qu'il est nécessaire d'organiser un véritable débat public national sur la fin de vie et la mort volontaire. L'article 46 de la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique prévoit d'ailleurs que tout projet de réforme sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé doit être précédé d'un débat public sous forme d'états généraux organisé à l'initiative du Comité consultatif national d'éthique.»

A ce jour (juillet 2014), le gouvernement n'a pas déposé de projet de loi sur la question. Il se pourrait qu'il intervînt avec la future loi de santé publique, il est difficile de le savoir, les orientations dévoilées le 19 juin 2014 par Madame le Ministre de la santé n'abordant pas ces difficultés.

#### *b) La recherche d'une philosophie?*

Il n'est pas excessif d'écrire que les propositions, soit parlementaires, soit doctrinales, d'extension du droit d'arrêt des soins, sinon du suicide assisté, voire de l'euthanasie, ont pour leitmotiv l'invocation de la dignité consacrée par l'article 16 du Code civil et rappelée par la jurisprudence (ex. devoir médical d'information, etc.). A première vue, ce soubassement philosophique mérite bonne considération.

En premier lieu, il y a dans la «dignité» une ambiguïté qui apparaissait dès la proposition de M. Caillavet. L'être devenu «indigne» peut bénéficier de (ou subir?) l'arrêt des soins voire de l'euthanasie compassionnelle mais pouvant devenir eugénique. A côté de la compassion déclarée peut s'insinuer, non seulement la tranquillité des proches mais encore celle de la Cité éradiquant non la souffrance mais les souffrants «au terme d'une vie devenant insupportable» (proposition Fouché), à définir, comme il faut définir les «indignes». Ceci lance un pouvoir collectif – certes médicalisé au cas par cas – de sélection des individus en fin de vie ou en état de tragédie et de souffrance. Une société qui consacre le préjudice d'anxiété est logique en consacrant le préjudice d'indignité. Le paradoxe philosophique est que

«l'indigne» est dit bénéficiaire de l'acte. On l'envierait presque! Mais, est-ce le vrai problème? En second lieu, la proposition de loi du Sénateur Fouché est claire: la dépenalisation permettrait «de protéger les tiers intervenants». L'emblématique proposition Caillavet prévoyait l'immunité civile, pénale et déontologique des intervenants répondant à la demande du patient (art. 6 et exposé des motifs). La loi néerlandaise dispose (sauf erreur) que le médecin n'est pas punissable s'il respecte «les critères de rigueur» (art. 20 modifiant l'art. 293 C. pénal). La loi belge, plus directe, dispose que le médecin qui pratique une euthanasie «ne commet pas d'infraction» si (etc., art. 3 § 1; sic. art. 4 § 2, déclaration anticipée). La loi luxembourgeoise pose elle aussi un fait justificatif en faveur du médecin répondant à une demande d'euthanasie sous certaines conditions (art. 2, chap. II).

Autrement dit, ces textes sont donc doublement ambigus, car, outre le libre jeu de l'interprétation de la «dignité», ils donnent l'impression d'être rédigés en faveur des intervenants exonérés du risque de sanction et, dès lors, protégés. Si quelqu'un subit un dommage du fait de son euthanasie ou de son arrêt de soins ou de son suicide, ce ne sera que le malade. On avait posé la même question naguère devant le comité d'éthique de fin de vie (après l'affaire Karen Quinlan): protègent-ils le malade, ou bien l'hôpital et les médecins en leur fournissant un nihil obstat? Et puis, dire la mort trop tôt, car il faut prélever, car il faut hériter, car il faut dormir? C'est de la mort des autres que l'on parle, et ce n'est déjà pas simple ...

---

#### **Correspondance**

Prof. Gérard Mémeteau  
2, impasse des paysans, La Chevrolière  
F-86300 Valdivienne

E-mail: gmemetEAU[at]wanadoo.fr

---

#### **Référence**

– Bérengère Legros, *L'euthanasie et le droit. Etat des lieux sur un sujet médiatisé*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières 2006.  
– *Revue française de droit administratif*. Juillet-août 2014, dossier, p. 657 et s.