

## EUTHANASIE

# Retour sur la décision « Vincent Lambert » du Conseil d'État

Le 24 juin 2014, le Conseil d'État (1) se prononçait pour la première fois sur la légalité de la décision médicale ayant pour conséquence d'entraîner la mort d'une personne par l'arrêt de son traitement. Il s'agissait de la procédure très médiatisée concernant Vincent Lambert.

**SIMON AYRAULT**  
Avocat à la cour,  
cabinet Seban et associés

Le Conseil d'État, confirmant la décision de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles du patient, s'est efforcé de souligner qu'il s'agissait d'une solution qui ne concernait que Vincent Lambert et liée à la singularité de son état. Toutefois, le Conseil d'État donnait par la même occasion sa première interprétation des dispositions en cause de la loi Leonetti du 22 avril 2005.

## Sur le rôle du médecin et le respect d'une procédure collégiale

Dans l'hypothèse (2) où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision d'arrêt du traitement ne peut intervenir qu'après la mise en œuvre d'une procédure collégiale (3) : doivent être pris en compte les directives anticipées du patient si elles existent (4), l'avis de la personne de confiance (5), de la famille ou à défaut de l'un des proches. C'est le médecin en charge du patient qui prend la décision d'arrêt de traitement après concertation avec l'équipe de soins, si elle existe, et sur l'avis motivé d'au moins un médecin sans lien de nature hiérarchique avec lui. Cette décision doit être écrite et motivée par le médecin. C'est à lui seul que revient la responsabilité de la décision d'interrompre le traitement, décision à laquelle il n'est jamais tenu.

## Code de la santé publique, 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 ».

## La loi s'applique « que le patient soit ou non en fin de vie »

Après avoir rappelé les intentions du législateur sur ce point, le Conseil d'État a retenu que la loi Leonetti, qui prévoit que le traitement médical ne doit pas être poursuivi par une obstination déraisonnable, est applicable « que le patient soit ou non en fin de vie ». Un patient, qui n'est pas en fin de vie, mais qui est inconscient, peut donc être également concerné.

## La définition des actes de « soins » ou de « traitement »

Après avoir pris connaissance des travaux parlementaires sur la loi Leonetti, d'un avis du Comité consultatif national d'éthique et d'un avis du Conseil d'État de 2009 sur la révision des lois de bioéthique, le rapporteur public, Rémi Keller, concluait à ce que l'alimentation et l'hydratation étaient « des techniques médicales destinées à remédier à une fonction vitale défaillante » et étaient donc bien des traitements au sens de la loi. Le Conseil d'État l'a suivi en retenant que « le législateur a entendu inclure au nombre des traitements susceptibles d'être limités ou arrêtés, au motif d'une obstination déraisonnable, l'ensemble des actes qui tendent à assurer de manière artificielle le maintien des fonctions vitales du patient ; l'alimentation et l'hydratation artificielles relèvent de ces actes ».

## L'obstination déraisonnable

La loi prévoit des critères alternatifs pour juger de l'obstination déraisonnable dans la poursuite d'un traitement : il peut être inutile, disproportionné ou n'avoir pour autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Dans le cas d'un état végétatif, et lorsque le traitement consiste en une alimentation et une hydratation artificielles, les critères de l'utilité du traitement ou de sa disproportion ne sont pas pertinents dès lors que le traitement en cause a pour but de maintenir la personne en vie et non d'améliorer son état de santé. Selon les circonstances propres à chaque espèce, l'alimentation et l'hydratation artificielles peuvent avoir pour seul but le maintien artificiel de la vie. Mais la volonté du patient doit également être prise en compte.

### Le refus d'un consentement présumé du malade à l'arrêt des soins

Le Conseil d'État se prononce fermement sur l'hypothèse où la volonté du patient est totalement inconnue en posant le principe selon lequel « dans l'hypothèse où (la volonté du patient) demeurerait inconnue, elle ne peut être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie dans les conditions présentes ».

### Les critères médicaux et non médicaux propres à chaque patient

Les éléments médicaux servant à apprécier la situation du patient doivent « couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique ». Dans ses conclusions, le rapporteur public soulignait que chaque situation « doit être appréhendée par le médecin dans sa singularité » et rappelait que le seul constat d'un état végétatif avec des perspectives de rétablissement faibles ou inexistantes « ne suffit pas à justifier une interruption de traitement » (6). C'est alors à ce stade que doivent intervenir l'avis de la famille, des proches, les directives anticipées, si elles existent, l'avis de la personne de confiance, ou les souhaits émis antérieurement par le patient lorsqu'il était encore conscient. Ses souhaits, ainsi rapportés par l'entourage, seront à prendre en compte par le médecin dans son appréciation. Le Conseil d'État conclut que le médecin se prononce au vu de « l'ensemble d'éléments médicaux et non médicaux » et que le « poids respectif (de chacun) ne peut être

prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient ». Il ajoute que le médecin doit s'efforcer de « dégager une position consensuelle » mais n'exclut donc pas que des désaccords existent entre les personnes consultées.

La Cour européenne des droits de l'Homme ayant été saisie de la décision rendue par le Conseil d'État, il a été demandé à la France « de faire suspendre l'exécution de l'arrêt rendu [...] pour la durée de la procédure », cette suspension impliquant que le patient « ne soit pas déplacé dans le but d'interrompre le maintien de son alimentation et de son hydratation ». La Cour aura notamment

à se prononcer sur la conformité de l'arrêt à l'article 2 de la Convention consacrant le « droit à la vie », ainsi qu'à son article 8 relatif « au droit au respect de la vie privée et familiale ». C'est sur la conciliation de ces droits que la Cour devra se prononcer. Il est difficile de présumer de la décision à venir. D'un côté, la Cour considère que « le droit à la vie [...] forme la valeur suprême dans l'échelle des droits de l'Homme » (7). Mais

de l'autre, elle a considéré 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 sein de l'article 8 de la Convention » (8). En outre, ce sera la première fois que la Cour aura à se prononcer sur le cas d'une personne qui n'est plus en état d'exprimer sa volonté. ♦

La Cour européenne devra se prononcer sur la conciliation entre le droit à la vie et le droit au respect de la vie privée et familiale.

(1) Conseil d'État, Ass., 24 juin 2014, n° 375081.

(2) Code de la santé publique, articles L.1111-4 et L.1111-13.

(3) Code de la santé publique, article R.4127-37.

(4) Code de la santé publique, article L.1111-11.

(5) Code de la santé publique, article L.1111-6.

(6) Le rapporteur public Rémi Keller s'appuie sur les observations de l'Académie nationale de médecine versées à la procédure.

(7) CEDH, 22 mars 2001, Streletz, Kessler et Krentz c. Allemagne, n° 34044/96, § 94.

(8) CEDH, 20 janvier 2001, Haas c. Suisse, n° 31322/07, § 51.