

**Dossier spécial - affaire Lambert**

*Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne*

*Conseil d'Etat*

*Cour européenne des droits de l'Homme*

*Droit comparé (Allemagne)*



UNIVERSITÄT  
DES  
SAARLANDES

<http://www.revuegeneraledudroit.eu>

ISSN : 2195-3732

La **Revue générale du droit (RGD)** est une revue juridique à comité de scientifique et comité de lecture.

### Conseil scientifique

Prof. Dr. **LORENZO CASINI**, Professeur à l'Université *La Sapienza* de Rome, *Research Fellow* à la *NYU School of Law*

Prof. Dr. hc. mult. **SABINO CASSESE**, Membre de la Cour constitutionnelle italienne, Professeur de droit public

Prof. Dr. **GUYLAIN CLAMOUR**, Professeur à l'Université de Montpellier, Directeur du CREAM (EA 2038)

Prof. Dr. **PHILIPPE COSSALTER**, Professeur agrégé de droit public, Chaire de droit public français de l'Université de la Sarre, Co-directeur du Centre juridique franco-allemand (Directeur de publication)

**STEPHANE COTTIN**, DESS information et documentation de l'IEP de Paris, chargé de mission valorisation des ressources documentaires auprès du Secrétaire général du Gouvernement

Prof. Dr. **GILLES GUGLIELMI**, Professeur à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)

Prof. Dr. **MAXIMILIAN HERBERGER**, Chaire de droit civil et d'informatique juridique de l'Université de la Sarre, Responsable de l'*Instituts für Rechtsinformatik*

Prof. Dr. **SOPHIE HOCQUET-BERG**, Professeur de droit privé à l'Université de Lorraine, Directeur adjoint de l'Institut François Géný

Prof. Dr. **PAUL LE CANNU**, Professeur de droit privé à l'Université Panthéon-Sorbonne (Paris I), co-directeur de Sorbonne-Affaires

Prof. Dr. **PIERRE TIFINE**, Professeur de droit public à l'Université de Lorraine, Directeur adjoint de l'IRENEE

Prof. Dr. hc. **CLAUDE WITZ**, Chaire de droit privé français de l'Université de la Sarre, Co-directeur du Centre juridique franco-allemand

### Comité de lecture

Prof. Dr. **GUYLAIN CLAMOUR**, Professeur de droit public à l'Université de Montpellier, Directeur du CREAM (EA 2038)

Prof. Dr. **PHILIPPE COSSALTER**, Professeur agrégé de droit public, Chaire de droit public français de l'Université de la Sarre, Co-directeur du Centre juridique franco-allemand (Directeur de publication)

Prof. Dr. **HELENE HOEPPFNER**, Professeur à l'Institut d'études politiques de Toulouse

Prof. Dr. **OLIVIER RENAUDIE**, Professeur de droit public à l'Université de Lorraine (Nancy)

Dr. **FLORENT ROEMER**, Doyen de la faculté de droit de Metz, Ancien élève de l'Ecole nationale des impôts, Maître de conférences à l'Université de

Lorraine UFR droit, économie et administration de Metz

Dr. **CHARLES-EDOUARD SENAC**, Maître de conférences en droit public à l'Université d'Amiens

Prof. Dr. **PIERRE TIFINE**, Professeur de droit public à l'Université de Lorraine, Directeur adjoint de l'IRENEE

Dr. **JULIEN WALTHER**, Maître de conférences HDR en droit privé à l'Université de Lorraine

#### Collège des doctorants :

**ANNE FROMENT**, Doctorante en droit public à l'Université de Lorraine

**ROXANE JURION**, Doctorante en droit public à l'Université de Lorraine

### Secrétariat de rédaction

**PAUL SAMMEL**, Etudiant en droit à l'Université de la Sarre, Assistant de la Chaire de droit public français de l'Université de la Sarre

**FELIX SCHUBERT**, Etudiant en droit à l'Université de la Sarre, Assistant de la Chaire de droit public français de l'Université de la Sarre

## Présentation du dossier

**PHILIPPE COSSALTER**

*Professeur de droit public - Chaire de droit public français de l'Université de la Sarre  
Co-directeur du Centre juridique franco-allemand  
Agrégé des facultés de droit*

---

Le caractère exceptionnel de l'affaire *Lambert* justifiait que la *Revue générale du droit* y consacre un dossier spécial.

En effet, si les multiples décisions rendues dans ce drame judiciaire familial apportent de nombreuses réponses juridiques, elles soulèvent également des questions inédites de nature extra-juridique.

Ce n'est pas la première fois que le Conseil d'Etat doit examiner une affaire dans laquelle la vie d'une personne est en cause, mais jusque là, il n'y procédait que par voie incidente et même le plus souvent de manière implicite.

Dans les affaires d'extradition, il examinait la légalité d'un décret tendant à la remise à un Etat tiers d'une personne qui pouvait être, le cas échéant, condamnée à la peine capitale. Depuis 1981, et l'abolition de la peine de mort, l'ordre public français fait obstacle à ce qu'une extradition soit mise en œuvre lorsqu'une peine capitale peut être prononcée ce qui implique l'illégalité d'un acte qui pourrait amener au prononcé d'une telle peine<sup>1</sup>.

Dans la célèbre affaire *Canal*<sup>2</sup>, cette même Assemblée du contentieux examinait la légalité d'une ordonnance présidentielle instituant une juridiction d'exception et non la peine qu'il convenait d'appliquer au condamné. L'annulation de l'acte fondateur de la Cour militaire de justice impliquait également celle des actes juridictionnels qui en résultaient et cela la veille de l'exécution d'une sentence capitale.

Dans les affaires de droit d'asile, le juge administratif doit rechercher si une personne encoure un risque pour sa vie ou pour celle de ses proches dans un autre Etat et si, en conséquence, les autorités administratives compétentes ont légalement statué sur cette demande<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> CE Sect., 27 février 1987, *Fidan*, n° 78665.

<sup>2</sup> CE Ass., 19 octobre 1962, *Canal, Robin et Godot*, n° 58502.

<sup>3</sup> Articles L.711-1 et s. du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Dans les affaires d'éloignement, le juge doit déterminer si l'Etat vers lequel une personne de nationalité étrangère est reconduite présente un risque pour la sécurité des personnes ; mais il censure en ce cas l'Etat de destination, non la décision de principe.

Mais jamais, depuis 1872, il n'avait eu à juger de la légalité d'une décision dont la teneur conditionnait directement la vie d'un être humain, les recours en grâce n'étant pas susceptibles d'être discutés au contentieux<sup>4</sup>.

On notera d'ailleurs que les juridictions saisies, le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne puis le Conseil d'Etat, ont toutes deux renvoyé le jugement de la plus rapide de leurs procédures, le référé-liberté<sup>5</sup>, devant leurs formations de jugement les plus solennelles. Ceci démontre l'importance qu'elles ont accordé à cette affaire ; le droit à la vie étant non seulement une liberté fondamentale mais la plus fondamentale des libertés.

Afin d'accorder à ces décisions la place qu'elles méritent, la *Revue* a regroupé dans un même dossier 4 contributions.

Tout d'abord des observations sous le jugement rendu par le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne le 16 janvier 2014 portant sur le référé liberté intenté par plusieurs membres de la famille Lambert ([article n° 17316, page 5](#)).

Ensuite deux commentaires portant sur les deux arrêts rendus en Assemblée du contentieux par le Conseil d'Etat et portant sur l'appel de ce référé liberté :

- Un premier commentaire sur les aspects procéduraux ([article n° 17317, page 31](#)) ;
- Un second commentaire sur la question du traitement juridique de la fin de vie ([article n° 17318, page 45](#)).

Puis un commentaire de la mesure provisoire adoptée par la Cour européenne des droits de l'Homme le 24 juin 2014 qui « *suspend* », à titre conservatoire, les effets des décisions du Conseil d'Etat ce qui n'a pas manqué de surprendre la presse et une partie de la doctrine administrative ([article n° 17327, page 57](#)).

Enfin, la *Revue* présente un éclairage comparatif sur le droit allemand applicable à ces questions ([article n° 17408, page 65](#)).

---

<sup>4</sup> CE Ass., 28 mars 1947, *Gombert*.

<sup>5</sup> Article L.521-2 du code de justice administrative.

La *Revue générale du droit* met également à la disposition de ses lecteurs quelques liens Internet vers des documents rendus publics qui peuvent éclairer certains aspects de ce dossier<sup>6</sup>.



---

<sup>6</sup> Ces liens sont disponibles dans la version en ligne de la revue.



## L'étrange situation d'un jugement concomitamment confirmé et censuré par le juge d'appel

Note sous TA Châlons-en-Champagne, plénière, 16 janvier 2014, *Consorts Lambert et autres*

**DIDIER GIRARD**

*Docteur en droit public*

*Chargé d'enseignements universitaires*

*Collaborateur scientifique à la Chaire de droit public de l'Université de la Sarre*

### Jugement :

---

**N° 14-00029**

**Lecture du 16 janvier 2014**

**Consorts Lambert et autres**

**Formation plénière**

**Mme Castelli-Dembélé, rapporteur ; Mme Lambing, rapporteur public**

Vu la requête, enregistrée le 13 janvier 2014, présentée pour M. Pierre Lambert (...), Mme Viviane Lambert (...), M. David Philippon (...) et Mme Anne Lambert épouse Tuarze (...), par Me Triomphe ;

M. et Mme Lambert et autres demandent au tribunal :

1°) d'enjoindre, sur le fondement des dispositions de l'article L.521-2 du code de justice administrative, d'interdire au Centre hospitalier universitaire de Reims et au Dr Kariger de faire supprimer l'alimentation et l'hydratation de M. Vincent Lambert, et, si elles ont été supprimées, de les rétablir immédiatement et de prodiguer tous les soins nécessaires au patient ;

2°) d'ordonner le transfert immédiat de M. Vincent Lambert dans l'unité de vie pour patients pauci-relationnels du Dr Jeanblanc ;

3°) de mettre à la charge du Centre hospitalier universitaire de Reims une somme de 3 000 euros en application des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative ;

(...)

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu la convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ;

Vu le code de justice administrative ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 15 janvier 2014 ;

- le rapport de Mme Castellani-Dembélé, rapporteur ;

- les conclusions de Mme Lambing, rapporteur public ;

- et les observations de Me Triomphe et Me Paillot représentant M. et Mme Lambert et autres, Me Weber-Seban représentant le Centre hospitalier régional universitaire de Reims, Me Fossier et Me Nourdin représentant Mme Rachel Phelix épouse Lambert, Me Lorit représentant M. François Lambert, du Dr Jeanblanc, du Dr Ducrocq, et du Dr Kariger ;

1. Considérant que M. Vincent Lambert, fils et frère des requérants, est hospitalisé au Centre hospitalier universitaire régional de Reims dans un état pauci-relationnel au sein de l'unité de soins et de suite et de réadaptation dirigée par le Dr Kariger, au sein duquel il reçoit une alimentation et une hydratation artificielles ; que ce chef de service a, en date du 11 janvier 2014, décidé de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient à compter du lundi 13 janvier 2014 à 19 heures, l'exécution de cette décision devant toutefois être différée en cas de saisine du tribunal administratif ; que M. et Mme Lambert et autres demandent que soit enjoint, sur le fondement des dispositions de l'article L.521-2 du code de justice administrative, d'interdire au centre hospitalier universitaire de Reims et au Dr Kariger de faire supprimer l'alimentation et l'hydratation de M. Vincent Lambert, et, si elles ont été supprimées, de les rétablir immédiatement et de prodiguer tous les soins nécessaires au patient, et que soit ordonné le transfert immédiat de M. Vincent Lambert dans l'unité de vie pour patients pauci-relationnels du Dr Jeanblanc ;

Sur les interventions :

2. Considérant que Mme Rachel Lambert et M. François Lambert, respectivement épouse et neveu de M. Vincent Lambert, ont intérêt au maintien de la décision querrellée ; que leur intervention doit par suite être admise ;

Sur l'urgence et l'atteinte à une liberté fondamentale :

3. Considérant qu'aux termes de l'article L.521-2 du code de justice administrative : « Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures » ; que le respect de ces conditions revêt un caractère cumulatif ;

4. Considérant que le droit au respect de la vie, rappelé notamment par l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, constitue une liberté fondamentale au sens des dispositions de l'article L.521-2 du code de justice administrative ; que, lorsque l'action ou la carence de l'autorité publique crée un danger caractérisé et imminent pour la vie des personnes, portant ainsi une atteinte grave et manifestement illégale à cette liberté fondamentale, et que la situation permet de prendre utilement des mesures de sauvegarde dans un délai de quarante-huit heures, le juge des référés peut, au titre de la procédure particulière prévue par cet article, prescrire toutes les mesures de nature à faire cesser le danger résultant de cette action ou de cette carence ;

5. Considérant que le requérant qui saisit le juge des référés sur le fondement des dispositions de l'article L.521-2 du code de justice administrative doit justifier des circonstances particulières caractérisant la nécessité pour lui de bénéficier à très bref délai d'une mesure de la nature de celles qui peuvent être ordonnées sur le fondement de cet article ;

6. Considérant que l'exécution de la décision, en date du 11 janvier 2014, de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation de Vincent Lambert à compter du lundi 13 janvier 2014 à 19 heures, ou à compter de la décision du tribunal administratif, entraînera, eu égard à son état de dépendance, la mort de M. Vincent Lambert à très bref délai, de sorte qu'est portée à son droit au respect à la vie une atteinte caractérisée ;

Sur la légalité de la décision du 14 janvier 2014 :

7. Considérant qu'aux termes de l'article L.1110-5 du code de la santé publique : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de

prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. / Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10. (...) » ; qu'aux termes du cinquième alinéa de l'article L.1111-4 du même code : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical » ; qu'aux termes de l'article R.4127-37 du même code : « I.- En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L.1111-4 et au premier alinéa de l'article L.1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R.1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale : / La

décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. (...) » ;

S'agissant de la conventionalité des dispositions des articles L.1110-5, L.1111-4 et R.4127-37 du code de la santé publique :

8. Considérant, en premier lieu, que M. et Mme Lambert et autres soutiennent que les dispositions précitées du code de la santé publique méconnaissent le droit à la vie tel que protégé par l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, aux termes duquel : « Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...) » ;

9. Considérant, toutefois, que les stipulations de l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ne s'opposent pas à ce qu'un Etat réglemente la possibilité pour un individu de s'opposer à un traitement qui pourrait avoir pour effet de prolonger sa vie ou celle ouverte à un médecin en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté et dont il estime, après avoir mis en œuvre un ensemble de garanties tenant à la consultation d'au moins un confrère, de l'équipe de soins, des directives anticipées rédigées par le patient et de sa famille, que le traitement qui lui est administré consiste en une obstination déraisonnable, de mettre fin à ce traitement, cette possibilité s'exerçant sous le contrôle du conseil de l'ordre des médecins, sous celui du comité d'éthique du centre hospitalier le cas échéant, ainsi que du juge administratif et du juge pénal ;

10. Considérant, en second lieu, que l'absence de définition, par les dispositions précitées des articles L.1110-5, L.1111-4 et R.4127-37 du code de la santé publique, du terme de traitement non plus que des actes ou soins susceptibles d'être regardés comme maintenant artificiellement la vie ne porte atteinte ni au droit à un procès équitable, ni au principe de légalité des délits et des peines, tels que consacrés respectivement aux articles 6 et 7 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, qui ne trouvent au demeurant pas à s'appliquer à un texte étranger à la matière pénale ;

S'agissant du champ d'application des dispositions des articles L.1110-5, L.1111-4 et R.4127-37 du code de la santé publique :

11. Considérant qu'il résulte des dispositions de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, telles qu'issues de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et éclairées notamment par les travaux parlementaires, que l'alimentation et l'hydratation artificielles par voie entérale, lesquelles empruntent aux médicaments le monopole de distribution des pharmacies, ont pour objet d'apporter des nutriments spécifiques au patient dont les fonctions sont altérées, et nécessitent en l'espèce le recours à des techniques invasives en vue de leur administration, consistent en des traitements ;

S'agissant de l'application des dispositions des articles L.1110-5, L.1111-4 et R.4127-37 du code de la santé publique :

12. Considérant que la décision querellée d'arrêter de procéder à l'hydratation et l'alimentation artificielle est motivée par la volonté qu'aurait exprimée M. Vincent Lambert, lequel n'a au demeurant pas rédigé de directives anticipées ni désigné de personne de confiance, de ne pas être maintenu en vie dans un état de grande dépendance ; que s'il résulte à cet égard de l'instruction que le patient a exprimé pareille position devant un de ses frères et son épouse, cette expression, qui n'est au demeurant pas datée avec précision, 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, et ce quelle qu'ait été sa connaissance professionnelle de la situation de patients en état de dépendance ou de handicap ; que la circonstance que le patient aurait entretenu des relations conflictuelles avec ses parents et ne partagerait pas leurs valeurs morales ou leurs engagements religieux, ce dont atteste la majorité des membres de sa fratrie, ne permet pas davantage de regarder M. Vincent Lambert comme ayant manifesté une volonté certaine de refuser tout traitement s'il devait subir une altération de ses fonctions motrices et cognitives telle que celle qu'il connaît aujourd'hui ; que, par ailleurs, il ne saurait être déduit des manifestations pouvant traduire le déplaisir et l'inconfort qu'induisaient les soins, qui ont été unanimement constatées par le personnel soignant à la fin de l'année 2012 et au début de l'année 2013, dont il est au demeurant constant qu'elles ont cessé, une interprétation univoque quant à la volonté du patient de rester ou non en vie, ainsi qu'il résulte notamment de l'ensemble des avis motivés rendus préalablement à la décision en cause ; qu'ainsi, et dès lors qu'il résulte de l'instruction qu'aucun code de communication n'a pu être mis en place avec le patient, le Dr Kariger a apprécié de manière erronée la volonté de Vincent Lambert en estimant qu'il souhaiterait opposer un refus à tout traitement le maintenant en vie ; qu'il résulte par ailleurs de l'instruction, et notamment du rapport établi par le centre hospitalier universitaire de Liège en août 2011, que Vincent Lambert est en état paucirelationnel, 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 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 ;

**13.** Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que la décision du 11 janvier 2014 de cesser l'alimentation et l'hydratation artificielles de Vincent Lambert caractérisent une atteinte grave et manifestement illégale au droit à la vie de Vincent Lambert ;

**14.** Considérant qu'il y a lieu, par suite, de suspendre l'exécution de la décision litigieuse ; qu'en revanche, eu égard à l'office du juge des référés, et dès lors qu'il n'est pas établi, ni même sérieusement soutenu, qu'en dépit de la présente ordonnance, l'exécution de la décision de cesser l'alimentation et l'hydratation artificielles de Vincent Lambert serait poursuivie, les conclusions tendant au transfert du patient dans un autre établissement doivent être rejetées ;

Sur les conclusions tendant à la suppression des passages injurieux, outrageants ou diffamatoires :

**15.** Considérant que les passages allégués d'injurieux par le centre hospitalier universitaire de Reims ne présentent pas, eu égard au contexte polémique du présent litige, le caractère qui justifierait, sur le fondement de l'article L.741-2 du code de justice administrative, que le juge ordonne sa suppression ;

Sur les conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative :

**16.** Considérant qu'aux termes de l'article L.761-1 du code de justice administrative : « Dans toutes les instances, le

*juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation. » ;*

**17.** Considérant que les dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge des requérants, qui ne sont pas la partie perdante dans la présente instance, la somme que le centre hospitalier universitaire de Reims et Mme Lambert demandent au titre des frais exposés et non compris dans les dépens ; qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du Centre hospitalier universitaire de Reims la somme que demandent M. et Mme Lambert et autres au titre des frais exposés et non compris dans les dépens ;

**DECIDE :**

**Article 1<sup>er</sup> :** Les interventions de Mme Rachel Lambert et de M. François Lambert sont admises.

**Article 2 :** L'exécution de la décision du Dr Kariger en date du 11 janvier 2014 est suspendue.

**Article 3 :** Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

**Article 4 :** Les conclusions présentées par le Centre hospitalier universitaire de Reims et par Mme Rachel Lambert sont rejetées.

**Article 5 :** Le présent jugement sera notifié à M. et Mme Lambert et autres, au Centre hospitalier universitaire de Reims, à Mme Rachel Lambert et à M. François Lambert.

## Observations :

---

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a statué dans sa formation la plus solennelle sur la requête en référé-liberté<sup>1</sup> présentée pour les conjoints Lambert et autres et tendant à la suspension de la décision, en date du 11 janvier 2014, par laquelle il a été décidé de mettre un terme aux traitements médicaux prodigués à M. Lambert.

Bien que le jugement ait été profondément réformé par le Conseil d'Etat<sup>2</sup>, à la suite de l'exercice d'un appel, certains éléments jugés demeurent dignes d'intérêt jurisprudentiel.

1°) Si pour le Conseil d'Etat, « *l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable* », les premiers juges avaient recherché une définition du traitement résultant des travaux préparatoires de la loi. Pour y procéder il a été fait appel à une définition non finaliste mais environnementale du traitement. Les deux approches ne sont pas forcément inconciliables et devrait permettre de s'adapter aux différentes configurations médicales<sup>3</sup>.

2°) Les premiers juges n'ont pas diligenté une expertise, estimant que le corps médical avait pu se prononcer à de multiples reprises et que les règles procédurales, imposées par la loi *Leonetti*, offraient des garanties à même de leur permettre de se prononcer en toute connaissance de cause. Leur posture de prudence, quant à la survie du patient, est à retenir comme une démarche justifiée *a posteriori*. En l'absence d'actualisation des données médicales par un expert judiciaire<sup>4</sup>, distinct et indépendant des médecins en charge du patient, c'est une mesure conservatoire qui doit être privilégiée. La différence de solution entre première instance et appel résulte d'abord et avant tout d'une évolution du litige liée à la présence d'une expertise. Le Conseil d'Etat prend le soin de le préciser et il n'est pas dans les usages de la haute juridiction de censurer une décision sur le fond tout en indiquant que les premiers juges avaient eu raison dans leur démarche et dans leur solution.

---

<sup>1</sup> Article L.521-2 du code de justice administrative.

<sup>2</sup> Les arrêts de l'Assemblée du contentieux sont également présentés et commentés dans ce numéro de la *Revue générale du droit*.

<sup>3</sup> Les notions de « *traitement* » et de « *soins* » sont en effet distinctes de la notion de « *médicament* » qui fait l'objet d'une définition normative (Article L.5111-1 du code de la santé publique).

<sup>4</sup> Articles R.621-1 et s. du code de justice administrative.

3°) Enfin, la démarche du juge quant à la prévention de l'inexécution de la décision de justice à intervenir est également à relever même si, en l'espèce, elle est écartée au regard du comportement du Centre hospitalier de Reims qui s'est avéré soucieux du droit comme cela avait été démontré à la suite d'une précédente ordonnance de référé<sup>5</sup>.



---

<sup>5</sup> TA Châlons-en-Champagne, ord., 11 mai 2013, *Consorts Lambert et autres*.



## Les décisions d'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat « *Lambert I* » et « *Lambert II* »

### Arrêt (« *Lambert I* ») :

**N° 375081, 375090, 375091**

**A**

**ECLI:FR:CEASS:2014:375081.20140214**

**Lecture du 14 février 2014**

**Consorts Lambert et autres**

**Assemblée du contentieux**

**Mme de Margerie, rapporteur ; M. Keller, rapporteur public**

Vu 1°, sous le n° 375081, la requête, enregistrée le 31 janvier 2014 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée pour Mme Rachel Lambert (...); Mme Lambert demande au juge des référés du Conseil d'Etat :

1°) d'annuler le jugement n° 1400029 du 16 janvier 2014 par lequel le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 par laquelle il a été mis fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert ;

2°) de rejeter la demande présentée, sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, devant le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne par M. Pierre Lambert, Mme Viviane Lambert, M. David Philippon et Mme Anne Lambert ;

Vu 2°, sous le n° 375090, la requête et le mémoire complémentaire, enregistrés les 31 janvier et 3 février 2014 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentés pour M. François Lambert (...); M. Lambert demande au juge des référés du Conseil d'Etat :

1°) d'annuler le jugement n° 1400029 du 16 janvier 2014 par lequel le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, a suspendu

l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 par laquelle il a été mis fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert ;

2°) de rejeter la demande présentée, sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, devant le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne par M. Pierre Lambert, Mme Viviane Lambert, M. David Philippon et Mme Anne Lambert ;

Vu 3°, sous le n° 375091, la requête et le mémoire complémentaire, enregistrés les 31 janvier et 4 février 2014 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentés pour le Centre hospitalier universitaire de Reims (...); le Centre hospitalier universitaire de Reims demande au juge des référés du Conseil d'Etat :

1°) d'annuler le jugement n° 1400029 du 16 janvier 2014 par lequel le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 par laquelle il a été mis fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert ;

2°) de rejeter la demande présentée, sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, devant le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne par M. Pierre Lambert,

Mme Viviane Lambert, M. David Philippon et Mme Anne Lambert ;

Vu les autres pièces des dossiers ;

Vu le code de la santé publique, modifié notamment par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 ;

Vu le code de justice administrative ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de Mme Sophie-Caroline de Margerie, conseiller d'Etat,

- les conclusions de M. Rémi Keller, rapporteur public ;

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Odent, Poulet, avocat de Mme Rachel Lambert, à Me Foussard, avocat du Centre hospitalier universitaire de Reims, à la SCP Coutard, Munier-Apaire, avocat de M. Lambert, à la SCP Le Bret-Desaché, avocat de M. Pierre Lambert, Mme Viviane Lambert, M. David Philippon et Mme Anne Lambert et à la SCP Piwnica, Molinié, avocat de l'Union nationale des associations de famille de traumatisés crâniens ;

1. Considérant que Mme Rachel Lambert, M. François Lambert et le Centre hospitalier universitaire de Reims relèvent appel du jugement du 16 janvier 2014 par lequel le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant en référé sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du médecin, chef du pôle Autonomie et santé du Centre hospitalier universitaire de Reims, de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert, hospitalisé dans ce service ; qu'il y a lieu de joindre les trois requêtes pour statuer par une seule décision ;

#### Sur l'intervention :

2. Considérant que l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC) justifie, eu égard à son objet statutaire et aux questions soulevées par le litige, d'un intérêt de nature à la rendre recevable à intervenir dans la présente instance

devant le Conseil d'Etat ; que son intervention doit, par suite, être admise ;

#### Sur l'office du juge des référés statuant sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative :

3. Considérant qu'aux termes de l'article L.521-2 du code de justice administrative : « Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale (...) » ;

4. Considérant qu'en vertu de cet article, le juge administratif des référés, saisi d'une demande en ce sens justifiée par une urgence particulière, peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une autorité administrative aurait porté une atteinte grave et manifestement illégale ; que ces dispositions législatives confèrent au juge des référés, qui se prononce en principe seul et qui statue, en vertu de l'article L.511-1 du code de justice administrative, par des mesures qui présentent un caractère provisoire, le pouvoir de prendre, dans les délais les plus brefs et au regard de critères d'évidence, les mesures de sauvegarde nécessaires à la protection des libertés fondamentales ;

5. Considérant toutefois qu'il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière, lorsqu'il est saisi sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative d'une décision, prise par un médecin sur le fondement du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie ; qu'il doit alors, le cas échéant en formation collégiale, prendre les mesures de sauvegarde nécessaires pour faire obstacle à son exécution lorsque cette décision pourrait ne pas relever des hypothèses prévues par la loi, en procédant à la conciliation des libertés

fondamentales en cause, que sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable ; que, dans cette hypothèse, le juge des référés ou la formation collégiale à laquelle il a renvoyé l'affaire peut, le cas échéant, après avoir suspendu à titre conservatoire l'exécution de la mesure et avant de statuer sur la requête dont il est saisi, prescrire une expertise médicale et solliciter, en application de l'article R.625-3 du code de justice administrative, l'avis de toute personne dont la compétence ou les connaissances sont de nature à éclairer utilement la juridiction ;

Sur les dispositions applicables au litige :

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

7. Considérant qu'aux termes de l'article L.1110-5 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. / Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou*

*ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10. / (...) Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. / Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort (...) » ;*

8. Considérant qu'aux termes de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 22 avril 2005 : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. / Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) / Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. (...) » ;*

9. Considérant que l'article R.4127-37 du code de la santé publique énonce, au titre des devoirs envers les patients, qui incombent aux médecins en vertu du code de déontologie médicale : « *I.- En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à*

*entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L.1111-4 et au premier alinéa de l'article L.1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R.1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. (...) / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. / III.- Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L.1110-5 et des articles L.1111-4 ou L.1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les*

*principes et dans les conditions énoncés à l'article R.4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire » ;*

**10.** Considérant, d'une part, que les dispositions de l'article L.1110-5 du code de la santé publique sont énoncées dans ce code au titre des droits garantis par le législateur à toutes les personnes malades ; que celles de l'article L.1111-4 sont au nombre des principes généraux, affirmés par le code de la santé publique, qui sont relatifs à la prise en considération de l'expression de la volonté de tous les usagers du système de santé ; que l'article R.4127-37 détermine des règles de déontologie médicale qui imposent des devoirs à tous les médecins envers l'ensemble de leurs patients ; qu'il résulte des termes mêmes de ces dispositions et des travaux parlementaires préalables à l'adoption de la loi du 22 avril 2005 qu'elles sont de portée générale et sont applicables à l'égard de M. Vincent Lambert comme à l'égard de tous les usagers du système de santé ;

**11.** Considérant qu'il résulte de ces dispositions que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ; que ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et qu'ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que la personne malade soit ou non en fin de vie ; que, lorsque celle-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre en danger la vie du patient, être prise par le médecin que dans le respect de la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et des règles de consultation fixées par le code de la santé publique ; qu'il appartient au médecin, s'il prend une telle décision, de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs ;

12. Considérant, d'autre part, qu'il résulte des dispositions des articles L.1110-5 et L.1111-4 du code de la santé publique, éclairées par les travaux parlementaires préalables à l'adoption de la loi du 22 avril 2005, 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 façon artificielle le maintien des fonctions vitales du patient ; que l'alimentation et l'hydratation artificielles relèvent de ces actes et sont, par suite, susceptibles d'être arrêtées lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable;

Sur les appels :

13. Considérant qu'il résulte de l'instruction que M. Vincent Lambert, né en 1976, infirmier en psychiatrie, a été victime, le 29 septembre 2008, d'un accident de la circulation qui lui a causé un grave traumatisme crânien ; qu'après cet accident, il a été hospitalisé pendant trois mois dans le service de réanimation du Centre hospitalier universitaire de Reims ; qu'il a été ensuite transféré dans l'unité spécialisée pour patients en état pauci-relationnel de ce centre hospitalier, avant d'être accueilli pendant trois mois, du 17 mars au 23 juin 2009, au Centre de rééducation de Berck-sur-Mer dans le département des blessés crâniens ; qu'après ce séjour, il a été à nouveau hospitalisé à Reims, où, en raison de son état de tétraplégie et de complète dépendance, il est pris en charge pour tous les actes de la vie quotidienne et est alimenté et hydraté de façon artificielle par voie entérale ;

14. Considérant que M. Vincent Lambert a été admis en juillet 2011 au *Coma Science Group* du Centre hospitalier universitaire de Liège pour un bilan diagnostique et thérapeutique ; qu'après avoir pratiqué des examens approfondis, ce centre a conclu que M. Vincent Lambert était dans un « *état de conscience minimale plus* », avec une perception de la douleur et des émotions préservées, notant que l'essai de contrôle volontaire de la respiration mettait en évidence une réponse à la commande et recommandant d'envisager la mise en place d'un code de communication avec le patient ;

qu'après le retour de M. Lambert au Centre hospitalier universitaire de Reims, quatre-vingt-sept séances d'orthophonie ont été pratiquées pendant cinq mois, du 6 avril 2012 au 3 septembre 2012 pour tenter d'établir un code de communication ; que ces séances ne sont pas parvenues à mettre en place un code de communication du fait de la non-reproductibilité des réponses ;

15. Considérant que, au cours de l'année 2012, des membres du personnel soignant ont constaté des manifestations comportementales chez M. Lambert dont ils ont pensé qu'elles pouvaient être interprétées comme traduisant une opposition aux soins de toilette pratiqués ; qu'à la suite de ces constats et se fondant sur l'analyse qu'il faisait de l'absence d'évolution neurologique favorable du patient, le Dr Kariger, chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire et, à ce titre, responsable du service prenant en charge le patient, a engagé la procédure collégiale prévue par l'article R.4127-37 du code de la santé publique afin d'apprécier si la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. Lambert était le résultat d'une obstination déraisonnable au sens de l'article L.1110-5 du même code ; que, le 10 avril 2013, ce médecin a décidé d'arrêter l'alimentation artificielle et de diminuer l'hydratation de M. Lambert ; que, saisi par les parents de M. Lambert, l'un de ses demi-frères et l'une de ses sœurs, le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, par une ordonnance du 11 mai 2013, a enjoint de rétablir l'alimentation et l'hydratation artificielles au motif que la procédure prévue par l'article R.4127-37 du code de la santé publique avait été méconnue, dès lors que seule l'épouse de M. Lambert, lequel n'avait pas rédigé de directives anticipées ni désigné de personne de confiance, avait été informée de la mise en œuvre de la procédure, associée à son déroulement et informée de la décision d'arrêt de traitement prise par le médecin ;

16. Considérant qu'après avoir engagé, en septembre 2013, une nouvelle procédure collégiale en y associant, outre l'épouse de M. Lambert, ses parents et ses frères et sœurs, le Dr Kariger a, au terme de cette procédure

collégiale, décidé, le 11 janvier 2014, de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient à compter du lundi 13 janvier 2014 à 19 heures, l'exécution de cette décision devant toutefois être différée en cas de saisine du tribunal administratif ; que, saisi à nouveau, le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant en référé en formation collégiale par jugement du 16 janvier 2014, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 ; que l'épouse de M. Lambert, un de ses neveux et le Centre hospitalier universitaire de Reims relèvent appel de ce jugement ;

17. Considérant qu'à l'appui de ces appels, il est, en particulier, soutenu que, contrairement à ce qu'a jugé le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificiellement administrées à M. Lambert, n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie du patient, traduit une obstination déraisonnable au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, ce qui est contesté en défense ;

18. Considérant qu'il revient au Conseil d'Etat, saisi de cette contestation, de s'assurer, au vu de l'ensemble des circonstances de l'affaire, qu'ont été respectées les conditions mises par la loi pour que puisse être prise une décision mettant fin à un traitement dont la poursuite traduirait une obstination déraisonnable ;

19. Considérant qu'il est nécessaire, pour que le Conseil d'Etat puisse procéder à cette appréciation, qu'il dispose des informations les plus complètes, notamment sur l'état de la personne concernée ; qu'en l'état des éléments versés dans le cadre de l'instruction, le bilan qui a été effectué par le *Coma Science Group* du Centre hospitalier universitaire de Liège et qui a conclu, ainsi qu'il a été dit, à un « *état de conscience minimale plus* », remonte à juillet 2011, soit à plus de deux ans et demi ; que les trois médecins dont l'avis, au titre de consultants extérieurs au Centre hospitalier universitaire de Reims, a été sollicité dans le cadre de la procédure collégiale engagée, se sont principalement prononcés sur les aspects éthiques et déontologiques d'un arrêt de traitement et non sur l'état médical du patient

qu'ils n'ont pas examiné ; qu'ainsi que cela a été indiqué lors de l'audience de référé, le dossier médical de M. Lambert n'a pas été versé dans son intégralité au cours de l'instruction de la demande de référé ; que des indications divergentes ont été données dans le cadre de l'instruction et au cours de l'audience de référé quant à l'état clinique de M. Lambert ;

20. Considérant, dans ces conditions, qu'il est, en l'état de l'instruction, nécessaire, avant que le Conseil d'Etat ne statue sur les appels dont il est saisi, que soit ordonnée une expertise médicale, confiée à des praticiens disposant de compétences reconnues en neurosciences, aux fins de se prononcer, de façon indépendante et collégiale, après avoir examiné le patient, rencontré l'équipe médicale et le personnel soignant en charge de ce dernier et pris connaissance de l'ensemble de son dossier médical, sur l'état actuel de M. Lambert et de donner au Conseil d'Etat toutes indications utiles, en l'état de la science, sur les perspectives d'évolution qu'il pourrait connaître ;

21. Considérant qu'il y a lieu, en conséquence, de prescrire une expertise confiée à un collège de trois médecins qui seront désignés par le président de la section du contentieux du Conseil d'Etat sur la proposition, respectivement, du président de l'Académie nationale de médecine, du président du Comité consultatif national d'éthique et du président du Conseil national de l'Ordre des médecins, avec pour mission, dans un délai de deux mois à compter de la constitution du collège :

- de décrire l'état clinique actuel de M. Vincent Lambert et son évolution depuis le bilan effectué en juillet 2011 par le *Coma Science Group* du Centre hospitalier universitaire de Liège ;
- de se prononcer sur le caractère irréversible des lésions cérébrales de M. Vincent Lambert et sur le pronostic clinique ;
- de déterminer si ce patient est en mesure de communiquer, de quelque manière que ce soit, avec son entourage ;
- d'apprécier s'il existe des signes permettant de penser aujourd'hui que M. Vincent Lambert 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 témoin, au contraire, du souhait que ce traitement soit prolongé ;

**22.** Considérant, en outre, qu'en raison de l'ampleur et de la difficulté des questions d'ordre scientifique, éthique et déontologique qui se posent à l'occasion de l'examen du présent litige, il y a lieu, pour les besoins de l'instruction des requêtes, d'inviter, en application de l'article R.625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. Jean Leonetti à présenter au Conseil d'Etat, avant la fin du mois d'avril 2014, des observations écrites d'ordre général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont, comme M. Vincent Lambert, dans un état paucirelationnel ;

Sur les conclusions d'appel incident :

**23.** Considérant qu'il ne résulte d'aucun élément versé dans le cadre de l'instruction que les soins qui doivent être dispensés à M. Vincent Lambert ne seraient pas accomplis conformément aux exigences requises au sein du service où il est hospitalisé depuis plusieurs années ou que son maintien dans ce service mettrait désormais en cause sa sécurité ; qu'il n'y a, dès lors, pas lieu, en l'état de l'instruction, d'ordonner à titre de mesure de sauvegarde le transfert de M. Vincent Lambert dans un autre établissement ;

**DECIDE :**

**Article 1<sup>er</sup> :** L'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC) est admise.

**Article 2 :** Avant de statuer sur les requêtes, il sera procédé à une expertise confiée à un collège de trois médecins, disposant de compétences reconnues en neurosciences, désignés par le président de la section du

contentieux du Conseil d'Etat sur la proposition, respectivement, du président de l'Académie nationale de médecine, du président du Comité consultatif national d'éthique et du président du Conseil national de l'Ordre des médecins, aux fins :

- de décrire l'état clinique actuel de M. Vincent Lambert et son évolution depuis le bilan effectué en juillet 2011 par le *Coma Science Group* du Centre hospitalier universitaire de Liège ;
- de se prononcer sur le caractère irréversible des lésions cérébrales de M. Vincent Lambert et sur le pronostic clinique ;
- de déterminer si ce patient est en mesure de communiquer, de quelque manière que ce soit, avec son entourage ;
- d'apprécier s'il existe des signes permettant de penser aujourd'hui que M. Vincent Lambert 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 témoin, au contraire, du souhait que ce traitement soit prolongé.

**Article 3 :** Les experts devront procéder à l'examen de M. Vincent Lambert, rencontrer l'équipe médicale et le personnel soignant en charge de ce dernier et prendre connaissance de l'ensemble de son dossier médical. Ils pourront consulter tous documents, procéder à tous examens ou vérifications utiles et entendre toute personne compétente. Ils accompliront leur mission dans les conditions prévues par les articles R.621-2 à R.621-14 du code de justice administrative et rendront leur rapport dans un délai de deux mois à compter de leur désignation.

**Article 4 :** L'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. Jean Leonetti sont invités, en application de l'article R.625-3 du code de justice administrative, à présenter au Conseil d'Etat, conformément aux motifs de la présente décision et avant la fin du mois d'avril 2014, des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de

maintien artificiel de la vie au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont, comme M. Vincent Lambert, dans un état pauci-relationnel.

**Article 5 :** La présente décision sera notifiée à Mme Rachel Lambert, à M. François Lambert, au Centre hospitalier universitaire de Reims, à M. Pierre Lambert et à Mme Viviane Lambert, à

M. David Philippon, à Mme Anne Lambert épouse Tuarze, à l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, au président de l'Académie nationale de médecine, au président du Comité consultatif national d'éthique, au président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à M. Jean Leonetti et à la ministre des Affaires sociales et de la santé.

## Arrêt (« Lambert II ») :

**N° 375081, 375090, 375091**

**ECLI:FR:CEASS:2014:375081.20140624**

**Lecture du 14 février 2014**

**Consorts Lambert et autres**

**Assemblée du contentieux**

**Mme de Margerie, rapporteur ; M. Keller, rapporteur public**

**A**

Vu la décision, en date du 14 février 2014, par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, avant de statuer sur les requêtes de Mme Rachel Lambert, enregistrée sous le n° 375081, de M. François Lambert, enregistrée sous le n° 375090, et du Centre hospitalier universitaire de Reims, enregistrée sous le n° 375091, tendant à l'annulation du jugement n° 1400029 du 16 janvier 2014 par lequel le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert et au rejet de la demande présentée, sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, devant le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne par M. Pierre Lambert, Mme Viviane Lambert, M. David Philippon et Mme Anne Tuarze, a, d'une part, ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M. Lambert et, d'autre part, invité, en application de l'article R.625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national

d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. Jean Leonetti à présenter des observations écrites de caractère général de nature à éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont dans un état pauci-relationnel ;

Vu l'intervention, enregistrée le 9 avril 2014, présentée pour Mme Marie-Geneviève Lambert (...); Mme Lambert conclut aux mêmes fins que la requête de M. François Lambert avec les mêmes moyens ;

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

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 29 avril 2014, présentées par M. Jean Leonetti, en

application des dispositions de l'article R.625-3 du code de justice administrative ;

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

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

Vu le rapport d'expertise, déposé le 26 mai 2014 ;

Vu le mémoire, enregistré sous les trois numéros le 10 juin 2014, présenté pour l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (...); (...)

Vu les autres pièces des dossiers ;

Vu la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;

Vu le code de la santé publique, modifié notamment par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 ;

Vu le code de justice administrative ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de Mme Sophie-Caroline Margerie, conseiller d'Etat,
- les conclusions de M. Rémi Keller, rapporteur public ;

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Odent, Poulet, avocat de Mme Rachel Lambert, à Me Foussard, avocat du Centre hospitalier universitaire de Reims, à la SCP Coutard, Munier-Apaire, avocat de M. François Lambert, à la SCP Le Bret-Desaché, avocat de Mme Viviane Lambert, de M. Pierre Lambert, de Mme Anne Tuarze et de M. David Philippon, et à la SCP Piwnica, Molinié, avocat de l'Union nationale des associations de familles

de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC) ;

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

2. Considérant que, par une décision du 14 février 2014, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, après avoir joint les trois requêtes et admis l'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, a, avant de se prononcer sur les requêtes, d'une part, ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, disposant de compétences reconnues en neurosciences, désignés par le président de la section du contentieux du Conseil d'Etat sur la proposition, respectivement, du président de l'Académie nationale de médecine, du président du Comité consultatif national d'éthique et du président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M. Lambert, d'autre part, invité, en application de l'article R.625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. Jean Leonetti à lui présenter des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont dans un état pauci-relationnel ;

3. Considérant que le collège des experts, désigné ainsi qu'il vient d'être dit, après avoir procédé aux opérations d'expertise et adressé aux parties, le 5 mai 2014, un pré-rapport en vue

de recueillir leurs observations, a déposé devant le Conseil d'Etat le rapport d'expertise définitif le 26 mai 2014 ; qu'en réponse à l'invitation faite par la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. Jean Leonetti ont, pour leur part, déposé des observations de caractère général en application de l'article R.625-3 du code de justice administrative ;

Sur l'intervention :

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

Sur les dispositions applicables au litige :

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

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

*poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L.1110-10. / (...) Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. / Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort (...)* » ;

7. Considérant qu'aux termes de l'article L.1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 22 avril 2005 : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. / Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) / Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. (...)* » ;

8. Considérant qu'aux termes de l'article L.1111-6 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 : « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-*

même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment (...)» ; que l'article L.1111-11 du même code prévoit que toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, lesquelles indiquent ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement et dont le médecin doit tenir compte pour toute décision de traitement à condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience ;

9. Considérant que l'article R.4127-37 du code de la santé publique énonce, au titre des devoirs envers les patients, qui incombent aux médecins en vertu du code de déontologie médicale : « I.- En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L.1111-4 et au premier alinéa de l'article L.1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R.1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé

d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. (...) / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. / III.- Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L.1110-5 et des articles L.1111-4 ou L.1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R.4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire » ;

10. Considérant qu'en adoptant les dispositions de la loi du 22 avril 2005, insérées au code de la santé publique, le législateur a déterminé le cadre dans lequel peut être prise, par un médecin, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ; qu'il résulte des dispositions précédemment citées, commentées et éclairées par les observations présentées, en application de la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux du 14 février 2014, par l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. Jean Leonetti, que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ; que ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination

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

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

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

**12.** Considérant qu'en égard à l'office particulier qui est celui du juge des référés lorsqu'il est saisi, sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, d'une décision prise par un médecin en application du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une

atteinte à la vie, il lui appartient, dans ce cadre, d'examiner un moyen tiré de l'incompatibilité des dispositions législatives dont il a été fait application avec les stipulations de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ;

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

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

**15.** Considérant, d'autre part, que le rôle confié au médecin par les dispositions en cause n'est, en tout état de cause, pas incompatible avec

l'obligation d'impartialité qui résulte de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ; que les stipulations de l'article 7 de la même Convention, qui s'appliquent aux condamnations pénales, ne peuvent être utilement invoquées dans le présent litige ;

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

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

17. Considérant que, pour apprécier si les conditions d'un arrêt d'alimentation et d'hydratation artificielles sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité ; qu'outre les éléments médicaux, qui doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, quels qu'en soient la forme et le sens ; qu'à cet égard, dans l'hypothèse où cette volonté demeurerait inconnue, elle ne peut être présumée comme

consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie dans les conditions présentes ; que le médecin doit également prendre en compte les avis de la personne de confiance, dans le cas où elle a été désignée par le patient, des membres de sa famille ou, à défaut, de l'un de ses proches, en s'efforçant de dégager une position consensuelle ; qu'il doit, dans l'examen de la situation propre de son patient, être avant tout guidé par le souci de la plus grande bienfaisance à son égard ;

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

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

19. Considérant que M. Lambert a été admis en juillet 2011 au *Coma Science Group* du Centre hospitalier universitaire de Liège pour un bilan diagnostique et thérapeutique ; qu'après avoir pratiqué des examens approfondis, ce centre a conclu que M. Lambert était dans un « *état de conscience minimale plus* », avec une perception de la douleur et des émotions préservées, notant que l'essai de contrôle volontaire de la respiration mettait en évidence une réponse à la commande et recommandant d'envisager la mise en place d'un code de communication avec

le patient ; qu'après le retour de M. Lambert au Centre hospitalier universitaire de Reims, quatre-vingt-sept séances d'orthophonie ont été pratiquées pendant cinq mois, du 6 avril au 3 septembre 2012, pour tenter d'établir un code de communication ; que ces séances ne sont pas parvenues à mettre en place un code de communication du fait de la non-reproductibilité des réponses ;

20. Considérant que, au cours de l'année 2012, des membres du personnel soignant ont constaté des manifestations comportementales chez M. Lambert dont ils ont pensé qu'elles pouvaient être interprétées comme une opposition aux soins de toilette traduisant un refus de vie ; qu'à la suite de ces constats et se fondant sur l'analyse qu'il faisait de l'absence d'évolution neurologique favorable du patient, le Dr Kariger, chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims et responsable du service de médecine palliative et soins de support – soins de suite et de réadaptation spécialisé « Gériatrique » prenant en charge le patient, a engagé la procédure collégiale prévue par l'article R.4127-37 du code de la santé publique afin d'apprécier si la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. Lambert était constitutive d'une obstination déraisonnable au sens de l'article L.1110-5 du même code ; que, le 10 avril 2013, ce médecin a décidé d'arrêter l'alimentation artificielle et de diminuer l'hydratation de M. Lambert ; que, saisi par les parents de M. Lambert, l'un de ses demi-frères et l'une de ses sœurs, le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, par une ordonnance du 11 mai 2013, a enjoint de rétablir l'alimentation et l'hydratation artificielles au motif que la procédure prévue par l'article R.4127-37 du code de la santé publique avait été méconnue, dès lors que seule l'épouse de M. Lambert, lequel n'avait pas rédigé de directives anticipées ni désigné de personne de confiance, avait été informée de la mise en œuvre de la procédure, associée à son déroulement et informée de la décision d'arrêt de traitement prise par le médecin ;

21. Considérant que le Dr Kariger a engagé une nouvelle procédure en septembre 2013 ; qu'il a

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

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

23. Considérant qu'il revient au Conseil d'Etat de s'assurer, au vu de l'ensemble des circonstances de l'affaire et de l'ensemble des éléments versés dans le cadre de l'instruction contradictoire menée devant lui, en particulier du rapport de l'expertise médicale qu'il a ordonnée, que la décision prise le 11 janvier 2014 par le

Dr Kariger a respecté les conditions mises par la loi pour que puisse être prise une décision mettant fin à un traitement dont la poursuite traduit une obstination déraisonnable ;

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

25. Considérant, en deuxième lieu, qu'il ressort, d'une part, des conclusions des experts que « l'état clinique actuel de M. Lambert correspond à un état végétatif », avec « des troubles de la déglutition, une atteinte motrice sévère des quatre membres, quelques signes de dysfonctionnement du tronc cérébral » et « une autonomie respiratoire préservée » ; que les résultats des explorations cérébrales structurales et fonctionnelles effectuées du 7 au 11 avril 2014 au Centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris sont compatibles avec un tel

état végétatif et que l'évolution clinique, marquée par la disparition des fluctuations de l'état de conscience de M. Lambert qui avaient été constatées lors du bilan effectué en juillet 2011 au *Coma Science Group* du centre hospitalier universitaire de Liège, ainsi que par l'échec des tentatives thérapeutiques actives préconisées lors de ce bilan, suggère « une dégradation de l'état de conscience depuis cette date » ;

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

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

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

29. Considérant que ces conclusions, auxquelles les experts ont abouti de façon unanime, au

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

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

les motifs de la décision contestée, sa certitude que M. Lambert ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions, ne peut être regardé comme ayant procédé à une interprétation inexacte des souhaits manifestés par le patient avant son accident ;

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

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

**33.** Considérant que si, en l'état des informations médicales dont il disposait lorsqu'il a statué à très bref délai sur la demande dont il avait été saisi, le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne était fondé à suspendre à titre provisoire l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du Dr Kariger en raison du

caractère irréversible qu'aurait eu l'exécution de cette décision, les conclusions présentées au juge administratif des référés sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, tendant à ce qu'il soit enjoint de ne pas exécuter cette décision du 11 janvier 2014, ne peuvent désormais, au terme de la procédure conduite devant le Conseil d'Etat, plus être accueillies ; qu'ainsi Mme Rachel Lambert, M. François Lambert et le Centre hospitalier universitaire de Reims sont fondés à demander la réformation du jugement du 16 janvier 2014 du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne et à ce que soient rejetées par le Conseil d'Etat les conclusions présentées sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative par M. Pierre Lambert, Mme Viviane Lambert, M. David Philippon et Mme Anne Tuarze ;

Sur les frais d'expertise :

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

**DECIDE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : L'intervention de Mme Marie-Geneviève Lambert est admise.

**Article 2** : Les conclusions présentées par M. Pierre Lambert, Mme Viviane Lambert, M. David Philippon et Mme Anne Tuarze sur le fondement de l'article L.521-2 du code de justice administrative, devant le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne et devant le Conseil d'Etat, sont rejetées.

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

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

**Article 5** : La présente décision sera notifiée à Mme Rachel Lambert, à M. François Lambert, au Centre hospitalier universitaire de Reims, à M. Pierre et à Mme Viviane Lambert, à M. David Philippon, à Mme Anne Lambert épouse Tuarze, à l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, à Mme Marie-Geneviève Lambert, au président de l'Académie nationale de médecine, au président du Comité consultatif national d'éthique, au président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à M. Jean Leonetti et à la ministre des Affaires sociales et de la santé.



## De l'office du juge du référé-liberté face à la fin de vie

Note sous CE Ass., 14 février 2014, *Consorts Lambert et autres* (« Lambert I »)  
et sous CE Ass., 24 juin 2014, *Consorts Lambert et autres* (« Lambert II »)

**DIDIER GIRARD**

*Docteur en droit public*

*Chargé d'enseignements universitaires*

*Collaborateur scientifique à la Chaire de droit public de l'Université de la Sarre*

### Arrêts :

---

Le texte intégral des arrêts « *Lambert I* » et « *Lambert II* » est reproduit *supra*. Il peut être également consulté sur le site de la *Revue générale du droit*.

### Observations<sup>1</sup> :

---

Il y a des affaires contentieuses qui dépassent de très loin leur simple objet technique. Les décisions rendues par l'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat les 14 février et 24 juin 2014 sont triplement exceptionnelles, doublement dramatiques et porteurs d'un formidable espoir.

Exceptionnelles, sur le plan procédural, car les enjeux sous-jacents sont inédits et le juge du référé-liberté se doit de répondre à l'attente des justiciables en la matière.

Exceptionnelles, sur le plan des droits fondamentaux, car rarement une décision contentieuse n'aura eu un impact aussi direct sur la vie d'une personne.

Exceptionnelles, sur les plans philosophique et politique, car les questions techniques posées au juge administratif suprême renvoient à des interrogations fondamentales sur notre être et la manière d'appréhender notre mort dans une société au sein de laquelle l'espérance de vie ne cesse de croître.

---

<sup>1</sup> **Note de la rédaction :** Le présent dossier comprend deux commentaires de ces importantes décisions. La présente note porte sur les aspects processuels, le commentaire qui suit porte sur les aspects matériels de mise en œuvre de la « *loi Leonetti* » (cf. page 45 *infra*).

Dramatiques, sur le plan humain, car M. Lambert se trouve dans un état médical qui n'offre pas d'espérance raisonnable de rétablissement.

Dramatiques, sur le plan familial, car la multiplication des instances entre proches pour déterminer, par la voie judiciaire, l'issue du traitement médical de M. Lambert ne peut jamais être une solution totalement satisfaisante.

Porteurs d'un formidable espoir car cela signifie que la médecine progresse à un point tel que des questionnements éthiques se posent au regard des aptitudes nouvelles du corps médical qui ne sauraient s'exercer hors de toute responsabilité humaine, déontologique et juridique.

Les faits, bien que partiellement connus<sup>2</sup>, se doivent d'être brièvement rappelés. M. Vincent Lambert, né en 1976, exerçait la profession d'infirmier lorsqu'il a été victime d'un accident de la circulation le 29 septembre 2008 qui l'a rendu tétraplégique. Après de multiples années de coma profond, il se trouve désormais dans un état de conscience minimale dont le niveau exact a été l'objet de spéculations et de controverses.

L'équipe médicale, qui en a la charge, a cru percevoir des signes d'opposition aux traitements et soins qui lui étaient prodigués. En conséquence, une première décision collégiale des médecins<sup>3</sup> du 10 avril 2013 a été d'interrompre son alimentation. En effet, ils ont alors estimé qu'il y avait là une « *obstination déraisonnable* » de nature à justifier la cessation des soins. Cependant, les parents de M. Lambert ainsi qu'une partie de sa famille, ont saisi le juge des référés du Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne qui, par une ordonnance du 11 mai 2013, a suspendu la décision d'arrêt du traitement à raison d'une irrégularité de procédure<sup>4</sup>.

Une nouvelle procédure collégiale a été alors régulièrement suivie et le 11 janvier 2014, le Dr Kariger a annoncé son intention de mettre un terme aux soins apportés à M. Lambert pour les mêmes motifs. Les époux Lambert et autres saisirent alors de nouveau le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne qui, par un jugement rendu en formation plénière le 16 janvier 2014<sup>5</sup>, a suspendu la décision prise par le médecin traitant en estimant que les soins prodigués étaient utiles et ne constituaient pas une « *obstination déraisonnable* » en l'absence de toute volonté certaine de M. Vincent Lambert qui viserait à s'y opposer.

---

<sup>2</sup> Pour une présentation exhaustive, nous ne pouvons que renvoyer aux conclusions prononcées par M. Rémi Keller, rapporteur public, lors de la séance publique du 13 février 2014 (<<http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=501&fonds=CRP&item=1>>).

<sup>3</sup> Cette exigence de collégialité résulte de la loi *Leonetti* du 22 avril 2005 (Loi n° 2005-370, *JO* p. 7084 ; actuellement articles L.1110-5 du code de la santé publique).

<sup>4</sup> TA Châlons-en-Champagne, ord., 11 mai 2013, *Consorts Lambert et autres*.

<sup>5</sup> TA Châlons-en-Champagne, plénière, 16 janvier 2014, *Consorts Lambert et autres*, n° 14-00029.

L'épouse de M. Lambert, d'autres membres de sa famille ainsi que le Centre hospitalier régional de Reims, ont alors interjeté appel de ce jugement devant le juge des référés du Conseil d'Etat le 31 janvier 2014. Après une première audience devant le président de la Section du contentieux statuant comme juge des référés, tenue le 6 février, l'affaire a été renvoyée à l'Assemblée du contentieux au regard de l'importance des questions qu'elle soulève.

Une séance publique a eu lieu le 13 février 2014 et, le lendemain, une première décision d'Assemblée a statué sur certaines questions de procédure et a, avant dire droit, ordonné une expertise et sollicité des *amici curiæ* aux fins d'éclairer la formation de jugement sur les enjeux de l'affaire.

Une dernière audience a été organisée après l'achèvement des opérations d'expertise et, par une décision au fond du 24 juin 2014, le Conseil d'Etat a statué sur l'appel en réformant, sur l'essentiel, le jugement entrepris<sup>6</sup>.

Les deux décisions rendues par l'Assemblée du Palais royal, au delà de la réponse au cas d'espèce qui lui était soumis, donnent un véritable *modus operandi* à l'attention des juges sur la manière dont il convient de traiter des affaires dans lesquelles la vie d'une personne est directement en jeu. Toutefois, et comme l'a bien précisé le vice-président du Conseil d'Etat dans sa conférence de presse<sup>7</sup>, la décision sur le fond ne concerne que le cas personnel de M. Lambert et ne saurait être transposée telle quelle à d'autres cas individuels car un examen de la situation médicale et juridique de chaque patient est impérativement requis.

Les décisions d'Assemblée « *Lambert I* » et « *Lambert II* » déterminent très largement un régime dérogatoire au droit commun du référé-liberté dès lors que la décision administrative litigieuse met directement en cause la vie d'une personne.

Ce faisant, l'articulation de ces deux décisions pose un cadre précis en matière procédurale tant sur le plan des questions préalables (*I.*) qu'au titre de la méthodologie requise pour trancher le fond du litige (*II.*)

## I. Une évolution mesurée de l'approche du traitement des questions préalables au jugement

Au cas présent, le Conseil d'Etat a statué sur les deux éléments essentiels qui doivent être nécessairement tranchés, au besoin de manière implicite, en préalable à l'examen du bien fondé d'une requête : la compétence (*A.*) et la recevabilité (*B.*). Il semble que

---

<sup>6</sup> Il convient de signaler que la Cour européenne des droits de l'Homme a été saisie et a prononcé une mesure conservatoire.

<sup>7</sup> Un tel procédé est en soi exceptionnel.

pour les questions non abordées, le droit commun du référé-liberté semble parfaitement demeurer applicable.

### A. Les questions de compétence

1°) La loi *Leonetti*<sup>8</sup> est un texte d'application générale et se trouve donc être susceptible d'une mise en œuvre tant au sein de structures de droit privé qu'au sein d'organismes privés chargés d'une mission de service public ou au sein d'établissements publics de santé. La compétence juridictionnelle qui en résulte directement, et qui est d'ordre public, est donc susceptible de varier suivant deux paramètres.

Tout d'abord, le critère organique est ici essentiel pour déterminer si la situation en cause relève de la compétence des juridictions civiles ou des juridictions administratives. Un patient qui serait soigné au sein d'un organisme de pur droit privé ou à son domicile se trouve dans une situation de droit commun et relève donc du juge civil.

Ensuite, dans le cadre hospitalier, certains médecins et praticiens peuvent agir dans le cadre de l'activité de service public ou dans le cadre d'une activité de nature libérale. Or, si dans le premier cas la compétence est administrative, tel n'est pas le cas dans le second cas<sup>9</sup>.

Le Conseil d'Etat a constaté que le Dr Kariger avait ici agi en sa qualité de médecin « *en charge du patient* » et non en qualité de chef du pôle autonomie et santé du Centre hospitalier universitaire de Reims au sein duquel M. Lambert est hospitalisé.

Or si les relations entre un patient et son médecin sont normalement régies par le droit privé, eu égard à la circonstance que M. Lambert était soigné dans un établissement public, la compétence judiciaire n'était pas *prima facie* incontestable<sup>10</sup>, et il pouvait être parfaitement admis que le juge administratif n'était pas « *manifestement* » incompétent<sup>11</sup>.

2°) Le référé-liberté, régi par l'article L.521-2 du code de justice administrative, permet au juge des référés « *saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, ... [d']ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale* » ; ces deux conditions sont donc cumulatives.

---

<sup>8</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *op. cit.*

<sup>9</sup> TC, 19 février 1990, *Hervé*, n° 02594, *Rec.* p. 389. Il convient de préciser qu'en ce cas, certains litiges accessoires relèvent néanmoins du juge administratif.

<sup>10</sup> Cf. : CE, 10 octobre 1973, *Saint-Louvent et autre*, n° 84178 et 84279, *Rec.* p. 556.

<sup>11</sup> Article L.522-3 du code de justice administrative.

La notion de « liberté fondamentale », au sens des dispositions de l'article L.521-2 du code de justice administrative, est distincte de la notion doctrinale homonyme même si elles tendent à s'en rapprocher<sup>12</sup>. Le Conseil d'Etat a ainsi pu qualifier des libertés constitutionnellement<sup>13</sup> ou conventionnellement protégées et même des droits prévus par de simples législations qui mettent en œuvre des droits fondamentaux constitutionnels ou conventionnels<sup>14</sup>.

Dans le cas de M. Lambert, il était invoqué la violation des articles 2, 6, 7 et 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme, et non le droit constitutionnel à la vie<sup>15</sup> ce qui aurait pu justifier une question prioritaire de constitutionnalité de nature à éclairer la portée de ce droit constitutionnel complexe<sup>16</sup>, ainsi que la violation des dispositions des articles L.1110-5, L.111-4 et R.4127-37 du code de la santé publique.

L'article 2 de la Convention européenne consacre le droit à la vie et pouvait donc justifier la compétence du juge des référés administratifs<sup>17</sup>. L'article 8 de cette Convention protège le droit à la vie privée et familiale. Toutefois, la Cour européenne des droits de l'Homme a eu l'occasion de préciser que les modalités suivant lesquelles une personne souhaitant mettre un terme à son existence étaient incluses dans ce droit<sup>18</sup> ce qui justifiait également la compétence du juge administratif des référés<sup>19</sup>.

Si la condition d'urgence ne fait pas l'objet de développements substantiels, il convient de relever que lorsqu'une situation ne peut être rétablie ou restituée, l'urgence doit être regardée comme présumée<sup>20</sup> et il semblerait incongru de ne pas appliquer ici cette jurisprudence. Les conditions de saisine du juge des référés, prévues par l'article L.521-2 du code de justice administrative, étaient donc remplies.

**3°) Le juge administratif des référés n'a pas vocation à se prononcer sur le fond d'un litige par des mesures qui excéderaient la simple mesure provisoire ou**

---

<sup>12</sup> L. FAVOREU, « La notion de liberté fondamentale devant le juge administratif des référés », *D.* 2001 p. 1739 ; G. GLENARD, « Les critères d'identification d'une liberté fondamentale au sein de l'article L.521-2 du CJA », *AJDA* 2003 p. 2008.

<sup>13</sup> Par exemple la liberté administration des collectivités territoriales, cf. CE Sect., 18 janvier 2001, *Commune de Venelles*, concl. TOUVET *Rec.* p. 18.

<sup>14</sup> Par exemple le droit de consentir à son traitement médical : CE ord., 16 août 2002, *Feuillatey*, n° 249552 *Rec.* p. 309.

<sup>15</sup> CC, 15 janvier 1975, « *Interruption volontaire de grossesse I* », n° 74-54 DC.

<sup>16</sup> CC, 27 juin 2001, « *Interruption volontaire de grossesse II* », n° 2001-446 DC.

<sup>17</sup> CE Sect., 16 novembre 2011, *Ville de Paris et autre*, concl. BOTTEGHI *Rec.* p. 552.

<sup>18</sup> Cour EDH, 20 juin 2011, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07.

<sup>19</sup> CE ord., 25 octobre 2007, *Mme Y.*, *Rec.* p. 1013.

<sup>20</sup> CE, 27 juillet 2001, *Commune de Tulle*, n° 230231, *Rec. T.* p. 1115.

conservatoire<sup>21</sup>, cependant ce principe est mis en échec dans deux hypothèses propres au référé-liberté<sup>22</sup>.

Tout d'abord, le juge peut ordonner des mesures qui sont théoriquement réversibles notamment en cas d'évolution de la situation de fait ou de droit<sup>23</sup> ce qui est parfaitement adapté ici. En effet, si la décision de cessation du traitement de M. Lambert est suspendue, alors celui-ci sera maintenu en vie jusqu'à ce que la solution évolue.

Enfin, le juge peut ordonner à l'administration d'adopter des actes ou un comportement donné qui ne seront matériellement pas susceptibles d'être remis en cause<sup>24</sup>.

Ces deux situations se justifient aisément en opportunité car il n'est pas exclu que dans certaines espèces, l'absence de réponse en référé du juge constituerait une forme de déni de justice.

## B. Les question de recevabilité

1°) D'un point de vue théorique, la décision par laquelle il est décidé l'interruption définitive de tout traitement médical se devrait d'être en premier lieu adopté par l'intéressé ou contestable par lui. Par la force des choses, cela n'est pas ici possible et il serait peu judicieux d'imposer la désignation par l'autorité judiciaire d'un administrateur ou d'un tuteur *ad hoc*<sup>25</sup>. C'est donc en réalité les proches qui peuvent solliciter l'adoption d'une telle démarche ou la contester tant devant l'administration hospitalière que devant les tribunaux.

A cet égard, on notera que normalement, l'intérêt à agir s'entend strictement. Toutefois, compte tenu de l'urgence procédurale et de la situation atypique qui est présente dans de telles instances, le Conseil d'Etat a fait évoluer sa jurisprudence sur ce point.

Dans le cadre de la contestation d'une décision portant sur l'arrêt d'un traitement médical ayant pour conséquence d'entraîner le décès d'une personne, tout proche a non seulement qualité pour intervenir à l'instance, mais également pour agir y compris pour la première fois en cause d'appel.

---

<sup>21</sup> Article L.511-1 du code de justice administrative.

<sup>22</sup> F. DIEU, « Du provisoire à l'irréversible ou comment le juge de l'urgence pèse sur le comportement de l'administration » *JCP (A)* 2007.2293.

<sup>23</sup> CE, 31 mai 2001, *Commune d'Hyères-les-Palmiers*, n° 234226, *Rec.* p. 253.

<sup>24</sup> CE ord., 22 décembre 2012, *Section française de l'observatoire international des prisons*, n° 364584.

<sup>25</sup> Articles 425 et s. du code civil.

Classiquement, la solution inverse était retenue en matière de référé<sup>26</sup> et l'appel n'était ouvert qu'aux « parties » de première instance même si, en matière de référé-liberté, le Conseil d'Etat avait tendance à se montrer libéral sur ce point car tous les intéressés, compte tenu des délais et de l'urgence, pouvaient parfaitement et en toute bonne foi ignorer l'instance<sup>27</sup>.

Ici, le Conseil d'Etat généralise le régime qui n'était auparavant appliqué qu'aux appels dirigés contre des jugements statuant en excès de pouvoir aux appels dirigés contre des décisions de référé<sup>28</sup>. Un intervenant en première instance a désormais qualité pour interjeter appel s'il avait pu lui-même agir (en demande)<sup>29</sup> ou former tierce-opposition (en défense)<sup>30</sup>.

Un tel raisonnement devrait pouvoir être transposé aux instances tenues devant le juge de cassation en pareille hypothèse<sup>31</sup>.

2°) Le Conseil d'Etat a invité, par son arrêt avant dire droit, diverses personnes et autorités à intervenir comme *amici curiæ* en mettant en œuvre les dispositions de l'article R.625-3 du code de justice administrative introduites par le décret du 22 février 2010<sup>32</sup>.

Sur le plan administratif, il avait été ainsi sollicité le Conseil national de l'ordre des médecins, l'Académie nationale de médecine et le Comité consultatif national d'éthique. Au regard de l'objet statutaire de ces institutions (représentation collective des médecins, institution scientifique de la médecine et institution éthique), une telle demande était utile et appropriée compte tenu du caractère inédit de l'espèce et du caractère probablement réitératif de ce nouveau type de contentieux<sup>33</sup>.

Il est en revanche beaucoup plus surprenant que le Conseil d'Etat ait sollicité M. Leonetti qui est l'auteur de la proposition de loi<sup>34</sup> devenue, après adoption, la loi n° 2005-370 dont l'application est ici en cause. En effet, si l'expertise de M. Leonetti

<sup>26</sup> CE, 3 janvier 2003, *Mme B.*, n° 253048, *Rec.* p. T. 933.

<sup>27</sup> CE ord., 22 décembre 2012, *Section française de l'observatoire international des prisons*, *op. cit.*

<sup>28</sup> Certains référés sont passibles d'appel devant le président de la cour administrative d'appel ; cette solution leur semble donc applicable désormais.

<sup>29</sup> CE, 17 juin 1977, *Association Centre et Ouest*, *Rec.* p. 929

<sup>30</sup> CE Sect., 9 janvier 1959, *de Harenne*, n° 41383 *Rec.* p. 23.

<sup>31</sup> Ainsi, une demande de suspension (article L.521-1 du code de justice administrative) dirigée contre une décision de cessation du traitement médical d'un patient serait soumise au même régime juridique quant à la faculté d'exercice des voies de recours.

<sup>32</sup> Décret n° 2010-164 du 22 février 2010 relatif aux compétences et au fonctionnement des juridictions administratives, *JO* p. 3325 ; C. BUGNON, « *L'amicus curiæ*, facteur de démocratisation du procès administratif » *AJDA* 2011 p. 1608.

<sup>33</sup> Certaines de ces observations ont été rendues publiques et la *Revue générale du droit* fait état des liens en permettant la consultation.

<sup>34</sup> Proposition de loi n° 1882 enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 26 octobre 2004.

dans le domaine de l'éthique médicale est connue et reconnue, il est singulier que le juge administratif suprême sollicite ainsi l'auteur d'un texte à titre personnel. On se souvient que le renvoi en interprétation préjudicielle des traités internationaux au ministre chargé des affaires étrangères soulevait de multiples objections jusqu'à ce qu'il soit mis fin à cette pratique<sup>35</sup>. D'un point de vue formel, l'auteur de la loi est le Parlement<sup>36</sup>, et non un parlementaire, et il aurait été probablement plus judicieux que le Conseil d'Etat sollicite celui-ci afin qu'il puisse présenter lui même son interprétation de la situation de M. Lambert en présentant des observations d'ordre général<sup>37</sup>.

## II. Un bouleversement de l'office du juge administratif des référés

Eu égard à l'importance fondamentale de la décision administrative contestée, la formation la plus solennelle du juge administratif suprême entend fortement inciter les juges des référés à ne pas statuer seul et à faire appel à des formation de jugement collégiales (A.) qui sont parfaitement à même de mettre en œuvre l'office spécial du juge du référé-liberté statuant en la matière (B.).

### A. Une nécessaire collégialité ?

1°) La loi du 30 juin 2000<sup>38</sup> confère la qualité de juge des référés administratifs aux présidents des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel ainsi qu'au président de la section du contentieux du Conseil d'Etat<sup>39</sup>. Il a été toutefois autorisé la possibilité de désigner d'autres membres de la juridiction afin de les assister dans ces fonctions<sup>40</sup>. Ce choix permet de juger rapidement les requêtes urgentes par un magistrat expérimenté statuant seul, en l'absence de conclusions d'un rapporteur public<sup>41</sup>, et suivant une procédure accélérée<sup>42</sup>.

Cependant, le législateur a admis la possibilité de renvoyer le jugement de toute instance de référé à une formation de jugement collégiale<sup>43</sup> ce qui permet par voie de

<sup>35</sup> CE Ass., 29 juin 1990, *GISTI*, concl. ABRAHAM *Rec.* p. 171

<sup>36</sup> Il convient de relever qu'à cet égard, les propositions de lois adoptées qui sont l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel sont défendues par le Gouvernement et non par les chambres ; voir en ce sens : CC, 27 mars 2014, « Loi visant à reconquérir l'économie réelle », n° 2014-692 DC.

<sup>37</sup> Les chambres pourraient, à cet égard y répondre par la voie d'un avis ou d'un rapport adopté en commission.

<sup>38</sup> Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, *JO* p. 9948.

<sup>39</sup> Articles L.511-2 et L.555-1 du code de justice administrative.

<sup>40</sup> Cette désignation est réalisée par décision individuelle du président de la juridiction. Elle fait l'objet d'un affichage dans les locaux de la juridiction mais n'est pas publié dans un recueil administratif.

<sup>41</sup> Article L.522-1 du code de justice administrative.

<sup>42</sup> Articles R.522-4, R.522-6, R.522-9 du code de justice administrative.

<sup>43</sup> Article L.522-3 du code de justice administrative. Il est également possible de procéder ainsi pour les affaires relevant du juge unique.

conséquence, lorsque l'importance de l'affaire le justifie, l'inscription de celle-ci au rôle d'une formation élargie ou solennelle<sup>44</sup>. En ce cas, cette dernière dispose des mêmes compétences et pouvoirs que le juge des référés mais est éclairée par des conclusions d'un rapporteur public et la collégialité permet d'approfondir certains points durant l'instruction, l'audience et le délibéré<sup>45</sup>.

La Haute assemblée avait adopté le parti pris de renvoyer de nombreuses affaires de référé en formation solennelle lorsque les référés administratifs nouveaux étaient entrés en vigueur ce qui avait permis de fixer rapidement des lignes jurisprudentielles générales<sup>46</sup>. Il y avait là un choix de politique prétorienne volontariste qui avait fait la preuve de son efficacité<sup>47</sup>. Depuis, les renvois en formation collégiale demeuraient possibles mais devenaient exceptionnels en dehors des cas de cassation de référé qui ne sont pas instruits et jugés en procédure d'urgence<sup>48</sup>. Mais des questions d'impartialité ou de difficultés juridiques pouvaient parfaitement justifier un tel renvoi<sup>49</sup>. C'est ainsi que pour la première fois l'Assemblée du contentieux a eu à connaître d'un référé-liberté par la voie de l'appel. L'importance des questions procédurales et matérielles en cause justifiaient un tel renvoi.

Le Conseil d'Etat a pris le soin de mentionner à trois reprises, dans sa décision du 24 juin, cette faculté de renvoi en formation collégiale<sup>50</sup> et ce détail est loin d'être anodin. En procédant ainsi, l'Assemblée du contentieux « invite »<sup>51</sup> les juges des référés, saisis de contentieux ayant un objet similaire, à renvoyer leur examen au fond en formation collégiale après avoir, le cas échéant, prononcé les mesures conservatoires utiles et ordonné une expertise.

---

<sup>44</sup> Articles R.122-17 et s. R.222-19 et s., R.222-29 et s. du code de justice administrative.

<sup>45</sup> A ce titre, l'urgence est de nature à faire obstacle à certaines pratiques usuellement suivies par les formations collégiales (note du rapporteur et du réviseur intégralement rédigées, tenue d'une séance d'instruction, analyse intégrale des conclusions et moyens dans les visas des jugements, etc.), la collégialité permet à ce titre d'en limiter l'incidence.

<sup>46</sup> CONSEIL D'ETAT, *Rapport annuel 2002*, p. 44

<sup>47</sup> Les principaux éléments de la jurisprudence sur les référés nouveaux avait été ainsi jugés en formation solennelle dans les 24 mois qui ont suivi l'entrée en vigueur de la réforme. Ceci explique que certaines décisions de principe rendues en formation de Section ont pu être jugées dès le mois de janvier 2001.

<sup>48</sup> Seuls les référés présentés au Conseil d'Etat compétent en première instance ou en cause d'appel sont jugés par le président de la Section du contentieux ou le conseiller d'Etat délégué par lui. Les pourvois en cassation dirigés contre une ordonnance de référé sont instruits et jugés suivant la forme ordinaire après la procédure d'admission.

<sup>49</sup> Voir par exemple, pour une application du principe de précaution en matière de référé-suspension : TA Basse-Terre, plénière, 5 juillet 2013, *Association Envie-Santé et autres*, n° 1300901 et 1300920.

<sup>50</sup> Le Conseil d'Etat rappelle ainsi (arrêt du 14 février 2014) que si le juge des référés statue « en principe seul », il lui est possible de renvoyer l'examen du fond d'un tel référé en formation collégiale après expertise.

<sup>51</sup> Elle ne peut pas imposer un tel renvoi, la lettre des textes ne le permettant pas. Toutefois, s'agissant d'un référé pour lequel l'appel est directement porté devant le Conseil d'Etat, il semble probable qu'un tel renvoi soit systématiquement opéré.

2°) La vie d'une personne justifie, même en cas d'urgence, un examen juridictionnel qui ne puisse être soupçonné *a posteriori* d'avoir été traité avec une rigueur ou une attention qui ne soient pas maximales ; en effet nulle réparation intégrale n'est possible.

Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a ainsi fait le choix de renvoyer le litige à sa formation plénière et le Conseil d'Etat a procédé de même vers son Assemblée du contentieux. Il est cependant probable que les contentieux ultérieurs ne seront pas renvoyés vers de telles formations mais vers des formations de chambre, éventuellement élargies, ou de sous-sections réunies<sup>52</sup> pour le juge administratif suprême.

La collégialité semble ici approprié pour assortir de garanties la recherche de la détermination de la volonté de quelqu'un qui ne peut plus s'exprimer.

## B. Un office spécial du juge du référé

1°) Depuis les jurisprudences « *Interruption volontaire de grossesse I* »<sup>53</sup> et *Nicolo*<sup>54</sup>, il appartient aux juridictions ordinaires d'écarter l'application de tout texte législatif, y compris postérieur, qui serait contraire à un traité international régulièrement ratifié et applicable en France conformément aux dispositions de l'article 55 de la Constitution du 4 octobre 1958.

Ce mécanisme permet, notamment, de faire assurer la primauté dans l'ordre interne du droit de l'Union européenne mais également de la Convention européenne des droits de l'Homme sur toute norme interne infra-constitutionnelle.

Toutefois, compte tenu de l'urgence et de l'absence de collégialité, les juges administratifs des référés ne sont pas normalement pas tenus de mettre en œuvre cette règle<sup>55</sup> sauf lorsqu'une décision de justice antérieure, passée en force de chose jugée, a statué sur l'incompatibilité de la norme interne avec la norme internationale<sup>56</sup> ou que l'incompatibilité alléguée porte sur le droit de l'Union européenne<sup>57</sup>. Il en résultait que normalement l'exception d'inconventionnalité présentée pour la première fois devant un juge des référés est vouée à l'échec même si la jurisprudence en matière de référé-liberté faisait parfois œuvre de libéralisme sur cette question sans pour autant remettre en cause frontalement cette position.

<sup>52</sup> En l'état des textes, il peut être constitué une formation de jugement comprenant au plus quatre sous-sections. Cette possibilité n'est actuellement utilisée qu'en matière fiscale.

<sup>53</sup> CC, 15 janvier 1975, « *Interruption volontaire de grossesse I* », n° 74-54 DC, *op. cit.*

<sup>54</sup> CE Ass., 20 octobre 1989, *Nicolo*, concl. FRYDMAN *Rec.* p. 190.

<sup>55</sup> CE, 30 décembre 2002, *Ministre de l'Aménagement du territoire c. Carminati*, n° 240430, *Rec.* p. 510.

<sup>56</sup> CE, 21 octobre 2005, *Association AIDES et autres*, n° 285577 *Rec.* p. 438, obs. GRANGEON *AJDA* 2006 p. 944 ; CE, 23 novembre 2005, *CGT-FO*, n° 286440, *Rec.* p. 523

<sup>57</sup> CE, 28 mai 2004, *Lassus*, n° 261289, *Rec.* p. 819 ; CE, 16 juin 2010, *Diakitè*, *Rec.* p. 205, obs. CASSIA *JCP (G)* 2010.739.

Mais l'Assemblée du contentieux du Conseil va faire évoluer son office dans le cadre « particulier » de l'examen de la légalité des décisions dont dépend directement la vie d'une personne créant ainsi un véritable régime d'exception procédural tenant compte de l'enjeu du litige.

En ce cas, le juge des référés (même statuant en 48 heures dans le cadre du référé-liberté) doit examiner l'ensemble des moyens qui lui sont présentés y compris ceux tirés de l'inconventionnalité de la loi lorsque ce moyen est utile à la solution du litige<sup>58</sup>.

Ainsi, le Conseil d'Etat va examiner le moyen tiré de l'incompatibilité des dispositions des articles L.1110-5, L.111-4 et R.4127-37 du code de la santé publique au regard des stipulations des articles 2, 3, 6 et 7 de la Convention européenne des droits de l'Homme pour les écarter au fond.

Il s'agit là d'une évolution notable de l'office de juge des référés ; le respect du droit à la vie justifie de multiples dérogations aux règles procédurales les plus consacrées.

2°) Le juge de l'administration n'est pas le juge de l'opportunité des décisions administratives<sup>59</sup> et est traditionnellement réservé sur ces questions ; le moyen est généralement qualifié d'inopérant. Le contrôle du juge ne porte que sur l'utilité ou l'inutilité d'une mesure administrative que lorsqu'un texte l'impose ou lorsque cela est requis pour statuer sur la légalité de l'acte<sup>60</sup>.

Les textes qui imposent aux juridictions de statuer sur l'opportunité d'adopter telle mesure particulière sont rares. En dehors des contentieux très particuliers des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE)<sup>61</sup> ou des installations et édifices menaçant ruine<sup>62</sup>, c'est principalement le juge administratif spécialisé qui est chargé d'en connaître<sup>63</sup>.

Mais le référé-liberté, introduit par la loi du 30 juin 2000, peut constituer une autre de ses exceptions même si les applications positives en sont peu fréquentes. En effet, la loi *Leonetti* du 2005 a posé un cadre général aux termes duquel, le corps médical peut

---

<sup>58</sup> Il a été admis que le juge des référés pouvait statuer sur l'inconventionnalité des actes administratifs puisqu'il ne s'agit que d'une question de stricte légalité.

<sup>59</sup> CE, 7 juin 1995, *Lagourgue et Mellier*, n° 143647-143648 ; CE, 13 novembre 2006, *Commune de Sernhac et autres*, n° 282487.

<sup>60</sup> C'est ainsi que l'opportunité d'une mesure administrative peut être examinée sous cet angle pour déterminer si l'acte est entaché de détournement de pouvoir ou de procédure. Mais cet examen laisse une grande latitude à l'administration compétente dès lors que l'opportunité est de nature administrative.

<sup>61</sup> Article L.514-6 du code de l'environnement.

<sup>62</sup> Articles L.511-1 et s. du code de la construction et de l'habitation.

<sup>63</sup> Il en est ainsi du juge disciplinaire ordinal ou universitaire.

adopter, suivant une procédure comportant de multiples garanties, une décision de cessation définitive des soins médicaux en vue de provoquer le décès d'un patient.

Sous la réserve du respect du formalisme préalable (collégialité médicale, audition des proches, prise de connaissance des volontés et déclarations anticipées du patient, décisions et avis de la personne de confiance,...), la légalité et l'opportunité de la mesure se confondent ici largement. On relèvera que la volonté de M. Lambert, exprimée antérieurement, consistait à ne pas demeurer dans un état de grande dépendance et que cette circonstance sera ici fondamentale.

En effet, les possibilités d'évolution pathologique dépendent directement de l'état du patient, de l'état des connaissances médicales et des progrès thérapeutiques. C'est donc, par définition même, une appréciation individualisée et non transposable qui est opérée.

Or, le juge administratif est ici contraint de statuer sur cette opportunité eu égard aux termes de la loi. En effet, comment déterminer si un traitement constitue une « *obstination déraisonnable* » sans prendre en compte les alternatives médicales et les traitements existants ? L'office du juge serait vidé de tout sens, s'il ne pouvait prendre en compte ses éléments or ils sont de pure opportunité sur le plan juridique.

3°) C'est donc une double exigence qui en résulte.

La première consiste en des obligations de nature procédurale qui pèsent sur l'institution médicale en vertu des textes en vigueur. La procédure formalisée par la loi *Leonetti* implique une collégialité médicale et le recueil d'avis auprès de proches et se fonde, préférablement, sur la volonté exprimée par le patient ou par les personnes de confiance qu'il désigne ce qui peut soulever des difficultés d'appréciation considérables.

La seconde est prétorienne est le Conseil d'Etat fait peser sur le corps médical une double contrainte qui va au delà du simple formalisme juridique.

En premier lieu, il incite le corps médical à user de toute adaptation de procédure qui serait de nature à mieux les éclairer et à mieux expliquer la démarche suivie aux proches ce qui, au cas présent, constituait en la tenue de conseils de famille « élargis » et en l'assistance de multiples médecins extérieurs à l'équipe médicale. Une telle volonté doit être saluée car elle permet d'adapter la démarche juridique aux impératifs médicaux et humains. Il peut être ainsi mis en œuvre des démarches personnalisées, au delà de la lettre du texte pour en respecter l'esprit. Ainsi des familles recomposées, des liens personnels ou sentimentaux peuvent être pris en compte, nonobstant tout lien juridique, et cela est heureux.

En second lieu, l'exigence de pédagogie qui pèse sur les membres du corps médical, et qui trouve son origine dans les règles déontologiques qui leur sont applicables<sup>64</sup>, se formalise sur le plan juridique comme une obligation morale de « motivation » accrue dont les exigences dépassent celles issues des textes administratifs. En effet, il semble inconcevable, sur le plan humain, qu'une telle démarche ne soit pas accompagnée d'une pro-activité afin d'expliquer, de justifier, de rassurer les proches sur le sens, le raisonnement et la finalité du processus. C'est une nécessité incontournable.

Ces contraintes jurisprudentielles permettront d'apaiser certaines tensions et incompréhensions et auront nécessairement une fonction méthodologique afin de pouvoir, le cas échéant, justifier d'une telle démarche *a posteriori* devant le juge.

Or, la juridiction administrative est composée d'hommes et de femmes qui peuvent parfaitement être un jour, la « victime » d'un tel contentieux. Il semble donc approprié, au delà de simples garanties textuelles dont l'administration assumerait les conséquences pécuniaires en cas de violation, que l'accompagnement des malades et de leurs proches soit emprunté d'humanité. La loi fixe un cadre général mais c'est aux hommes de le mettre en œuvre et il ne serait pas admissible de traiter le contentieux des actes dont dépend la survie d'une personne comme toute autre affaire de pure légalité administrative. La légalité est peut être objective, la relation humaine est néanmoins ici omniprésente.



---

<sup>64</sup> Articles 36 à 38 du code de déontologie médicale (articles R.4127-36 à 38 du code de la santé publique).



## « Ce qu'on appelle une raison de vivre est en même temps une excellente raison de mourir »<sup>1</sup>

Note sous CE Ass., 24 juin 2014, *Consorts Lambert et autres* (« Lambert II »).

**SANDRINE BIAGINI-GIRARD**

*Maître de conférences en droit public*

*Université de Bretagne occidentale (UBO)*

*Centre de recherche administrative de Brest (CRA) – EA 3150*

### Arrêts :

---

Le texte intégral des arrêts « Lambert I » et « Lambert II » est reproduit *supra*. Il peut être également consulté sur le site de la *Revue générale du droit*.

### Observations<sup>2</sup> :

---

Par un arrêt d'Assemblée du 24 juin 2004, le Conseil d'Etat a reconnu comme légale la décision du médecin-chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims mettant fin à l'alimentation et l'hydratation artificielle de Vincent Lambert. Il a été ainsi appliqué et précisé les dispositions juridiques relatives à la fin ou à l'arrêt de vie d'un patient en « *survie* »<sup>3</sup>.

L'affaire en cause est un drame humain car elle met en cause, d'une part, un individu dépendant qui n'a pas la possibilité, en raison de son état de vulnérabilité, de pouvoir choisir sa propre mort ou de manifester son consentement pour arrêter les soins qui lui sont prodigués et, d'autre part, une famille divisée dans les actes dictés par leur propre amour et leurs représentations personnelles.

---

<sup>1</sup> Le mythe de Sisyphe.

<sup>2</sup> **Note de la rédaction :** Le présent dossier comprend deux commentaires de ces importantes décisions. La précédente note porte sur les aspects processuels (cf. page 31 *supra*), ce commentaire porte sur les aspects matériels de mise en œuvre de la « loi Leonetti ».

<sup>3</sup> ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Rapport sur l'affaire Lambert du 22 avril 2014* ; COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, Avis n° 63 sur « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie », 27 Janvier 2000 ; Article L.1111-4 alinéa 5 du code de la santé publique.

Le débat suscite des questionnements philosophiques, religieux et politiques non seulement sur la phase agonique de l'extrême fin de vie mais aussi sur la qualité de l'existence telle qu'elle est définie dans la société et dans les convictions individuelles : l'aide active à mourir sera donc analysée par un prisme à géométrie variable, ontologique, holistique ou subjectif et personnel, et en fonction de l'évolution des données médicales tout en étant la source d'un déplacement de l'interdit pour les « situations-limites », et ce, d'autant plus que les procédures euthanasiques se généralisent progressivement dans les autres Etats<sup>4</sup>.

En outre, il s'agit juridiquement d'une rencontre de principes différents (comme le respect de la dignité humaine, l'inviolabilité et l'indisponibilité du corps humain, le droit à une prise en compte de la douleur et du consentement) dont la difficulté est la détermination du fondement matriciel qui orientera la politique d'accompagnement de fin de vie alors même que le coût économique (formation des médecins, évolution des pratiques bioéthiques,...) doit être pris en compte tout en demeurant un sujet tabou en ce domaine<sup>5</sup>.

C'est dans ce contexte exacerbant les passions que le juge administratif a déterminé et précisé le cadre visant à permettre aux personnes de mourir dans la dignité et sans souffrance posé en partie dans la loi « Leonetti » du 22 avril 2005<sup>6</sup>.

Il a été ainsi dessiné les contours de l'arrêt de la vie (*I.*) afin d'éviter l'acharnement thérapeutique dont le médecin reste le principal « gardien » (*II.*).

## **I. La nécessité de la fin d'un traitement n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie**

Le droit de mourir prend une dimension collective dès lors qu'il implique l'intervention d'un tiers et touche à l'un des piliers fondateurs d'une société –ne pas tuer illégitimement un être humain- (*A.*) ; toutefois le législateur français l'a aménagé afin de permettre que la mort puisse survenir dans la dignité et sans souffrance tout en s'inscrivant dans le droit des patients (*B.*).

### **A. Les frontières de l'interdit : avoir le droit de tuer autrui pour une mort douce**

Derrière la pudeur juridique de la terminologie employée dans le mécanisme d'accompagnement vers la mort, c'est bien le fait de mettre fin à l'existence d'autrui

---

<sup>4</sup> COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, avis n°121, « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », 30 juin 2013.

<sup>5</sup> CC, 12 août 2004, « Loi relative à l'assurance maladie », n° 2004-504 DC, *JO* du 17 août 2004, p. 5 ; B. FEUILLET, J. TESTART, « Bioéthique : droits, valeurs, science », *Constitutions* 2011 p. 167 et s.

<sup>6</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *JO* du 23 avril 2005 p. 7089 ; S. LE GAC-PECH, « Pour une légalisation de l'euthanasie », *AJ famille* 2014 p. 117 et s.

dont il est question alors même qu'il est constant en droit français qu'une telle assistance n'est pas possible. En effet, depuis la loi n° 87-1133 du 31 décembre 1987 il a été institué un délit de provocation au suicide suite à la parution d'un livre intitulé « *Suicide mode d'emploi* », afin d'interdire toute publicité en faveur de produits, objets ou méthodes préconisés pour mettre fin à ses jours<sup>7</sup>.

Il s'agit là sans aucun doute d'une résurgence morale d'inspiration judéo-chrétienne qui tend à affirmer que toute vie, même imparfaite, aurait plus de valeur que la mort provoquée<sup>8</sup> et qui a trouvé des échos en droit dans les interdictions matérielles d'une telle mise en œuvre comme les duels<sup>9</sup>. Cette assimilation à la « *victoire du mal* » pour le suicide en opposition à la « *bonne mort* », qui serait celle qui n'est pas prévisible, a évolué dans les sociétés contemporaines où la conception individualiste accepte difficilement qu'il existe un ostracisme latent pour ceux qui ne souhaitent plus vivre pour prôner la liberté de pouvoir choisir sa mort<sup>10</sup>. S'il n'a pas été élaboré immédiatement la nécessité de l'intervention de l'Etat, il a été envisagé progressivement que le désir mortifère s'inscrivait dans une logique de soulagement et de dignité, voire une exaltation parfois qualifiée de nihilisme voire de lâcheté<sup>11</sup>.

Dans cette conception paradoxale d'amélioration de la qualité de vie avec la certitude de mourir rapidement sans une dégradation psychique et/ou physique, une première étape importante fût franchie en 1999 avec un droit d'accès aux soins palliatifs pour des personnes atteintes d'une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quelque soit leur âge<sup>12</sup>.

Cependant, la finalité de ce dispositif demeurerait l'instauration de droits des malades qui doivent pouvoir bénéficier de « *soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile [pour] soulager la douleur, (...) apaiser la souffrance [même moral], [et] sauvegarder [leur] dignité (...)* »<sup>13</sup>.

En d'autres termes, les patients doivent pouvoir lutter contre les symptômes physiques tout en ce que qu'il leur soit apporté un soutien psychologique, spirituel et social ainsi qu'à leurs proches, ce qui n'est que l'expression implicite d'une dignité de

<sup>7</sup> Articles 223-13 à 223-15-1 du code pénal ; TGI Paris, 11 avril 1995, *JCP (G)* 1996.II.22729.

<sup>8</sup> J. MOREAU-DAVID, « Approche historique du droit de la mort », *D.* 2000.266-1.

<sup>9</sup> Cass. ch. réunies, 15 décembre 1837, *S.* 1838.I.5 ; Cass. crim., 23 janvier 1890, *DP* 1890.II.332.

<sup>10</sup> P. ARIES, *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*, Seuil, 1975, p. 33 et s.

<sup>11</sup> F. NIETZSCHE, *Humain, trop humain*, Livre de poche, 1995, voir II, § 88 Empêchement du suicide ; *Par-delà le bien et le mal : prélude d'une philosophie de l'avenir*, 10<sup>e</sup> éd., Livre de poche, 1991, voir IV, § 157.

<sup>12</sup> Loi n° 99-477 du 7 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs, *JO* du 10 juin 1999 p. 8487 ; désormais article L.1110-9 du code de la santé publique.

<sup>13</sup> Articles L.1110-2 et L.1110-9 du code de la santé publique.

la personne humaine jusqu'à la mort, consacrée notamment par la loi « Kouchner » du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>14</sup>.

Mais le principe est bien posé d'un accès aux soins et à la protection de la santé dans sa dimension curative (assurer des soins et leur continuité) et non préventive (garantir la prévention et la sécurité sanitaire) en faisant comme si l'issue fatale n'était pas connue : il s'agit donc d'un processus de médicalisation artificiel notamment contre la douleur et non d'un droit à mourir<sup>15</sup>. L'un des fondements de la société qui tend à ne pas donner un droit de tuer est ainsi respecté, mais corrélativement se pose ici la protection de la vulnérabilité dans un débat nécessairement passionnel, ainsi que le rapport à l'autonomie de la personne dont l'appréhension varie nécessairement d'un individu à un autre par son acceptation à la dépendance<sup>16</sup>. Dès lors, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie<sup>17</sup> a modifié le droit positif existant pour permettre un « *droit de laisser-mourir sans faire mourir* » dans un contexte largement médiatisé de l'affaire Humbert qui avait été euthanasié sur sa demande par sa mère avec l'aide d'un médecin<sup>18</sup>. Il résulte désormais de cette strate de textes un droit consensuel qui pourrait être remis en cause par le droit européen et qui pose une forme d'« exception d'euthanasie » acceptable dans la société et qui pourrait même être étendue<sup>19</sup>.

## B. Le consensualisme français sur l'euthanasie : permettre de mourir dans la dignité et sans souffrance

L'euthanasie passive est reconnue alors qu'elle n'est d'ailleurs pas explicitement mentionnée comme telle dans le code de la santé publique<sup>20</sup>. Il s'agit d'une alternative

<sup>14</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JO* du 5 mars 2002 p. 4118 ; article L.1110-2 du code de la santé publique.

<sup>15</sup> Alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 ; article 16 du code civil ; CC, 27 juillet 1994, « *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal* », n° 94-343/344 DC ; CE Ass., 27 octobre 1995, *Commune de Morsang-sur-Orge*, Rec. p. 372.

<sup>16</sup> D. SICARD (dir.), Commission de réflexion sur la fin de vie en France, *Rapport au président de la République*, 18 février 2012 ; J. LEONETTI, *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer les droits des patients en fin de vie*, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 avril 2013, n° 970.

<sup>17</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *op. cit.*

<sup>18</sup> E. ALFANDARI, Ph. PEDROT, « La fin de vie et la loi du 22 avril 2005 », *RDSS* 2005 p. 751 ; J. LEONETTI, *Rapport au nom de la Mission d'information sur l'accompagnement et la fin de vie*, n° 1708, déposé le 30 juin 2004.

<sup>19</sup> F. VIALLA, « Fin de vie : poursuite du débat (citoyen) », *JCP (G)* 2014.40 ; « Démocratie (participative) et fin de vie : publication de l'"avis citoyen" », *D.* 2014.22 ; V. proposition de loi n° 182 qui sera discutée au Sénat le 13 février 2014 ; voir toutefois les missions de l'Observatoire national de la fin de vie créé par décret n° 2010-158 du 19 février 2010 témoignant sans doute d'une volonté de privilégier les pratiques d'accompagnement et non l'évolution vers des techniques d'assistance au suicide.

<sup>20</sup> C'est précisément ce que prévoit l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 qui autorise certes la suspension des soins lorsque les traitements deviennent inutiles, mais qui fait en même temps

(...)

à une action qui consisterait à franchir l'interdit fondamental pour un médecin en injectant un produit mortel avec le consentement du patient<sup>21</sup>, qui est nommée pudiquement « *suicide assisté* », « *meurtre par pitié ou sur demande de la victime* », et qui demeure condamnable pénalement comme un fait donnant volontairement la mort à autrui<sup>22</sup>. Mais si dans les deux cas il s'agit d'une « *mort douce* », elle n'est envisageable que dans le cadre d'une interdiction de l'obstination déraisonnable (ou acharnement thérapeutique), que le patient soit en fin de vie ou non, et qui est une résonance de l'article 37 du code de déontologie médicale qui existait auparavant<sup>23</sup>. La Haute juridiction va d'ailleurs rappeler que cela implique que « *toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté* ».

Ce mécanisme est conforme à la protection de la santé qui est un droit fondamental devant être mis en œuvre au bénéfice de toute personne par tous moyens disponibles et au droit à la dignité de la personne malade dans sa vie et jusqu'à la mort<sup>24</sup>.

C'est ainsi que dans l'affaire *Lambert*, le Conseil d'Etat a confirmé qu'une telle administration des fonctions nutritives constituait un traitement au sens de la Loi « Leonetti » du 22 avril 2005 et que dès lors la continuité de tels actes étant donné la nature irréversibles des lésions cérébrales, l'absence de progrès depuis l'accident et la consolidation du pronostic fonctionnel constituait une obstination déraisonnable, corroborée également par un faisceau d'indices de la volonté du patient<sup>25</sup>.

La question n'est pas nouvelle et avait déjà été évoquée lors du rapport sur la proposition de cette loi en affirmant qu'il était nécessaire, par voie de conséquence, de faire obstacle à un acharnement thérapeutique en autorisant le médecin à décider de l'arrêter avec l'accord du patient mais dont il pouvait avoir l'initiative de la demande ou après en avoir discuté avec la personne de confiance et les proches<sup>26</sup>.

Une argumentation différente de la Haute juridiction aurait sans doute conduit à une lecture restrictive de la loi tout en redéfinissant son champ d'application par une interprétation contraire à l'esprit du texte.

---

peser sur les médecins une obligation de « *sauvegarder la dignité du mourant* », notamment en lui offrant les secours des soins palliatifs ; articles L.1110-5 al. 2 et L.1110-10 du code de la santé publique.

<sup>21</sup> ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Rapport sur l'affaire Lambert du 22 avril 2014, op. cit.*

<sup>22</sup> Articles 221-1, 122-4 du code pénal et L.1110-5 du code de la santé publique.

<sup>23</sup> Article R.4127-37 du code de la santé publique.

<sup>24</sup> Articles L.1110-1, L.1110-2 et L.1110-5 du code de la santé publique ; CAA Nantes, 30 juin 2010, *Abdelhafid X. c. CH Nogent-le-Rotrou*, n° 09NT02723 ; Cass. Civ. 1<sup>re</sup>, 16 mai 2006, *RCA* 2006, n° 7.

<sup>25</sup> Articles L.1110-5 et L.1111-10 du code de la santé publique.

<sup>26</sup> J. LEONETTI, *Rapport, au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer les droits des patients en fin de vie, op. cit.*

Le Conseil d'Etat n'a d'ailleurs pas manqué de citer les conclusions d'experts qui révélaient une dégradation de l'état de conscience depuis l'accident de M. Lambert. Il mentionne surtout un état clinique végétatif, sans toutefois aller jusqu'à poser un degré figé de capacité émotionnelle dans son raisonnement pour déterminer les possibilités relationnelles, laissant ainsi une appréciation subjective et non objective au corps médical, conformément aux observations du Conseil national de l'ordre des médecins<sup>27</sup>. La renonciation de pratiquer des actes médicaux pour guérir s'inscrit alors dans un processus alternatif de donner des soins qui auront comme finalité l'apaisement des souffrances d'un malade en fin de vie (doses massives de sédatifs, de calmants) quand bien même la conséquence en serait un raccourcissement des fonctions vitales ou l'arrêt de leur maintien artificiel<sup>28</sup>. Il y a donc une prise en compte de la douleur visant à anticiper cette décision<sup>29</sup>.

## II. La décision médicale comme limite à l'obstination déraisonnable

L'accompagnement de la fin de vie peut aller jusqu'à la prise de décision de son arrêt par le médecin (A.). La finalité en est, en réalité, le respect de la volonté du patient, si elle est exprimée, mais surtout cela permet d'inscrire la mort dans un processus d'évolution, sans que cela nécessite un acharnement thérapeutique (B.).

### A. Une expression empirique de la volonté des malades en fin de vie

La vérification de la volonté en fin de vie est en réalité un corollaire au consentement libre et éclairé d'un individu aux soins médicaux qui lui sont prodigués. Il peut être retiré à tout moment et est reconnu comme un droit et surtout une liberté fondamentale, comme celui de consentir ou de ne pas subir (à) un traitement qui traduirait une obstination raisonnable<sup>30</sup>.

Ainsi, lorsque son expression ne souffre d'aucune difficulté, une personne peut refuser ou interrompre tout acte médicalisé et son choix doit être respecté, à condition qu'elle reçoive toutes les informations requises sur les conséquences qui peuvent en découler, ce qui ne fait pas obstacle à la qualité et à la dignité de sa fin de vie par l'instauration de soins palliatifs<sup>31</sup>. En cas de contestation, notamment lorsque l'arrêt

<sup>27</sup> ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Rapport sur l'affaire Lambert du 22 avril 2014*, op. cit. ; CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Observations en application de la demande avant dire droit de l'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat du 14 février 2014*.

<sup>28</sup> Articles L.1110-9 et L.1110-10 du code de la santé publique.

<sup>29</sup> CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Observations en application de la demande avant dire droit de l'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat du 14 février 2014*, op. cit.

<sup>30</sup> L. CLUZEL-METAYER, « Le droit au consentement dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS* 2012 p. 442 et s. ; Article L.1111-4 du code de la santé publique ; CE Ass., 14 février 2014, « Lambert I », n° 375081 ; TA Rennes, 18 juin 2012, *Mme A. c. CHS Guillaume-Régnier*, n° 1202373.

<sup>31</sup> Articles L.1111-4 et L.1110-10 du code de la santé publique.

des soins met en jeu le pronostic vital, il peut être fait appel à un autre membre du corps médical et le patient devra réitérer sa décision après un délai raisonnable<sup>32</sup>.

Il y a donc réellement la reconnaissance pour une personne de participer aux décisions concernant sa propre santé, ce qui paraît logique puisque les questions d'intégrité morale et physique sont tirées de sa vie privée et familiale bien que la notion d'autonomie personnelle reflète une interprétation des garanties dans ce cadre<sup>33</sup>. En effet, il ne s'agit pas de pouvoir choisir sa mort de manière inconditionnelle car le droit à la vie est un droit absolu en application de l'article 2 de la Conv. EDH, ce qui permet de refuser à une personne la possibilité de mettre fin à ses jours avec assistance et de lui permettre d'y porter une atteinte irréversible<sup>34</sup>.

Il a été également affirmé qu'il en était de même sur le fondement de l'article 8 de la Conv. EDH, ce qui revient à dire que le droit à la vie privée et familiale, qui peut être susceptible de variations, ne peut pas obliger positivement un Etat à procurer à un patient les moyens de mourir alors même que les juridictions internes sont tenues d'en examiner concrètement la demande<sup>35</sup>. Le juge administratif dans le cadre d'un référé-liberté<sup>36</sup> a donc rappelé les conditions de la compatibilité de la décision prise par un médecin pour interrompre, ou ne pas entreprendre, un traitement dans ce cadre, en toute impartialité<sup>37</sup>.

Cependant cet état intermédiaire, même équilibré, apparaît rapidement comme paradoxal car il ne s'agit pas de reconnaître la possibilité d'une injection létale par un médecin, ce qui irait à l'encontre de sa mission et de la législation en vigueur<sup>38</sup>. Or, si euthanasier pour éviter l'acharnement thérapeutique au nom de la dignité peut poser des complications lorsque la personne ne peut s'exprimer clairement, il n'existe pas de droit à mourir<sup>39</sup>.

Lorsque le consentement ne peut pas être formulé, comme c'est le cas dans l'affaire *Lambert*, une procédure collégiale (régulièrement tenue dans cette espèce) est prévue par le code de déontologie médicale pour pouvoir limiter ou arrêter un traitement qui serait susceptible de mettre une vie en danger<sup>40</sup>. La collégialité joue un rôle essentiel

<sup>32</sup> Article L.1111-4 du code de la santé publique.

<sup>33</sup> Article 8 Conv. EDH ; Cour EDH, 29 avril 2002, *Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02.

<sup>34</sup> Cour EDH, 29 avril 2002, *Pretty c. Royaume-Uni*, *op. cit.*

<sup>35</sup> Cour EDH, 20 janvier 2011, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07 ; Cour EDH, 19 juillet 2012, *Koch c. Allemagne*, n° 497/09.

<sup>36</sup> Article L.521-2 du code de justice administrative.

<sup>37</sup> Article 6 Conv. EDH.

<sup>38</sup> ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Rapport sur l'affaire Lambert du 22 avril 2014*, *op. cit.* ; COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, Avis n° 63 sur « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie », 27 janvier 2000.

<sup>39</sup> Cour EDH, 25 avril 2002, *Pretty c. Royaume Uni*, *op. cit.*, § 61, note PH. MALAURIE *Defrénois* 2002 p. 1131 et s. ; Cour EDH, 20 janvier 2011, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07 ; Cour EDH, 19 juillet 2012, *Koch c. Allemagne*, n° 497/09 ; CE Ass., 14 février 2014, « *Lambert I* », n° 375081 ; ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Rapport sur l'affaire Lambert du 22 avril 2014*, *op. cit.*

<sup>40</sup> Article L.1111-4 al. 5 du code de la santé publique.

ici et s'inscrit dans les bonnes pratiques médicales et hospitalières<sup>41</sup> car elle évite et anticipe les éventuelles dérives et permet un consensus (et le juge souligne que les opinions peuvent être partagées) qui légitime le choix d'un glissement progressif vers la fin de vie<sup>42</sup>. Un tel processus prend également en compte la complexité de la décision médicale qui n'est pas toujours nécessairement prise au moment opportun, ce que des avis consultatifs peuvent pallier sans se substituer à la responsabilité décisionnaire du médecin en charge du patient<sup>43</sup>.

Ce dernier peut engager le mécanisme collégial de sa propre initiative au vu des directives anticipées du patient, si elles existent et sont datées notamment de moins de 3 ans, ou des souhaits présentés par l'un des détenteurs de celles-ci (médecin traitant, dossier médical hospitalier,...) ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches et prend en compte leur avis<sup>44</sup>.

Il a été prévu que ce « *testament de vie* » écrit sans valeur comminatoire prévaut sur toutes les mesures d'investigation d'intervention ou de traitement prises par le médecin mais demeure sans valeur contraignante. Dès lors, le juge administratif a consolidé la prise en compte de la volonté en mentionnant qu'une importance particulière doit lui être accordée lorsqu'elle a été exprimée antérieurement « *quels qu'en soient la forme et le sens* » et qu'à défaut si elle demeurerait « *inconnue* », elle ne pourrait « *être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie* » dans un état de conscience minimale ou végétatif. Or, tel n'est pas réellement le cas pour M. V. Lambert, puisqu'il a été établi par témoignages non contredits « *qu'il ne souhaitait pas avant son accident vivre dans de telles conditions* » et que le personnel soignant a constaté « *des manifestations comportementales qui pouvaient être interprétées comme une opposition aux soins de toilette traduisant un refus de vie* ».

Il s'agit du respect du choix d'un patient sur le devenir de son corps, sauf que cela ne constitue pas une alternative entre un « *laissez mourir* » ou « *pouvoir vivre* » en l'imposant aux autorités publiques, comme une sorte de créance sur un blanc-seing de la mort<sup>45</sup>. Mais il se dessine les contours d'un individualisme qui reste conforme à l'intérêt général, cristallisé par la dignité de la personne humaine, qui se distingue de manière traditionnelle avec le bien commun, lequel conserve néanmoins des connotations religieuses et morales<sup>46</sup>.

<sup>41</sup> F. SAVONITTO, « Les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé », *RFDA* 2012 p. 471 et s. ; CE, 12 janvier 2005, *Kerkerian*, n° 256001.

<sup>42</sup> Article L.1111-9 du code de la santé publique ; J. LEONETTI, *Rapport, au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer les droits des patients en fin de vie*, *op. cit.*

<sup>43</sup> CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Observations en application de la demande avant dire droit de l'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat du 14 février 2014*, *op. cit.*

<sup>44</sup> Articles L.1111-11, R.1111-19 et R.4127-37 du code de la santé publique.

<sup>45</sup> Article L.1111-4 du code de la santé publique.

<sup>46</sup> CONSEIL D'ETAT, *Réflexions sur l'intérêt général*, Rapport public, *EDCE*, n° 50 (1999), p. 245.

Ce n'est qu'ensuite, et donc à défaut, que la personne de confiance désignée le temps de l'hospitalisation peut suppléer la volonté d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable en pouvant remettre en cause tout avis non médical, sauf situation d'urgence ou impossibilité objective<sup>47</sup>.

**B. « Nous mourons dès notre naissance, et nous naissons jusqu'à notre mort »<sup>48</sup>**

Le médecin peut ainsi décider de mettre fin à un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne à condition de prendre en compte l'avis de tiers (la personne de confiance, à défaut l'un des proches) et le cas échéants des directives anticipées<sup>49</sup>. C'est d'ailleurs une telle concertation qui a été soulignée dans la décision « Lambert II » bien que l'opposition concomitante d'un demi-frère et de l'une de ses sœurs se soit également manifestée par la formulation d'un référé-liberté<sup>50</sup>. Il s'agit ainsi de dégager une position consensuelle en examinant la situation propre de chaque patient en étant guidé par la plus grande « bienfaisance » à son égard, comme l'a rappelé ici le juge administratif<sup>51</sup>.

Dans ce cadre, l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme semblerait inapplicable car ses stipulations prohibent la torture, les peines et traitements inhumains et dégradants et ne vise que des actions positives (l'acte d'infliger la mort à quelqu'un) et non l'interdiction de permettre de mourir à un patient qui le souhaite<sup>52</sup>. Toutefois il ne serait pas inenvisageable de transposer le champ d'application de ces notions à un patient en pauci-relationnel, le refus de la mort pouvant alors constituer une maltraitance ou permettre des conditions de vie avilissantes qui atteindraient un certain niveau de gravité<sup>53</sup>.

Il convient de souligner que le terme de « bienfaisance » n'est pas anodin puisqu'il révèle un axe éthique « téléologique » en relation avec le principe de non-malfaisance par opposition à une prise de position « déontologique » fondée sur le respect des personnes dans leur autonomie : cette affirmation vient donc tempérer le choix de la société de permettre aux individus de déterminer leur propre quiétude et de participer aux décisions les concernant tout en rappelant que « les médecins

<sup>47</sup> Articles L.1111-6 et L.1111-12 du code de la santé publique.

<sup>48</sup> Heidegger ; v. M. THEVOZ, *L'esthétique du suicide*, Collection « Paradoxe », 2003, p. 9-10 : « La mort, en tant qu'elle est signifiée ou figurée, est une des données essentielles, ou plutôt existentielles, de la condition humaine, elle est intériorisée dès l'enfance, elle est agissante dans tout le cours de l'existence, on peut donc la considérer paradoxalement comme vitale, et comme un facteur de complexité ».

<sup>49</sup> Article L.1111-13 du code de la santé publique.

<sup>50</sup> TA Châlons-en-Champagne, 16 janvier 2014, *M. Lambert*, n° 1400029.

<sup>51</sup> Article L.1111-6 du code de la santé publique.

<sup>52</sup> R. SCHWARTZ, « conclusions sur Conseil d'Etat, 29 décembre 2000, Duffau », *RDSS* 2001 p. 282 et s.

<sup>53</sup> J. CALLEWAERT, « L'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme : une norme relativement absolue ou absolument relative », in *Mélanges Eissen*, Bruylant-LGDJ, 1995, p. 13 et s.

[délient] la connaissance de ce qui est le "bien" dans le domaine de la santé »<sup>54</sup>. En d'autres termes, la prise de position décisionnelle elle-même dépendra du médecin chargé de la prise en charge, 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 (deux si nécessaire) et sera communiquée aux personnes intéressées avec inscription dans leur dossier<sup>55</sup>. Il s'agit sans aucune mesure d'un contre-balancement aux critiques de la judiciarisation du « biopouvoir »<sup>56</sup> et d'une reconnaissance scientifique du corps médical dans son domaine sans que celui-ci soit exempt du contrôle du juge<sup>57</sup>.

Le malade inconscient n'a donc pas sa volonté nécessairement respectée car la représentation du consentement demeure ici assez atténuée, ce qui entre dans les nécessités tirées de l'intérêt général appliquées en matière de santé et parfois contestées (protection de la personne contre elle-même,...)<sup>58</sup>.

Le Conseil d'Etat a d'ailleurs rappelé que si le médecin doit prendre une telle décision en fonction de son appréciation, ce n'est que dans le cadre prévu par la législation en vigueur et notamment par le respect de la procédure instaurée qui permet de limiter l'acharnement thérapeutique en suspendant ou en interdisant les actes « *qui apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que le patient soit ou non en fin de vie* », mais toujours en déterminant, eu égard aux circonstances particulières, si le traitement est injustifié ou non. La situation devra donc être examinée dans la singularité de chaque patient en tenant compte d'éléments non-médicaux ou médicaux sur une période suffisamment longue, conformément à la relation de confiance entre malade/médecin<sup>59</sup>.

En tout état de cause, la Haute juridiction rejette la systématisation qui consisterait à affirmer que la perte d'autonomie ou un état irréversible d'inconscience entre dans l'obstination déraisonnable, ce qui rappelle implicitement que les maladies et les handicaps sont inscrits comme caractéristiques du fonctionnement de l'espèce humaine et que la différence ne saurait entraîner la disparition organisée d'un être humain<sup>60</sup>.

<sup>54</sup> Article L.1111-4 code de la santé publique ; COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, avis n° 58 consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche, 12 juin 1998.

<sup>55</sup> Article R.4127-37 du code de la santé publique.

<sup>56</sup> H. GILLES, « Quelques réflexions à propos de la nécessité d'une loi sur l'euthanasie », *Etudes sur la mort*, 2001/2 n° 120, p. 87-94.

<sup>57</sup> F. ROME, « Peine de vie », *D.* 2014.137.

<sup>58</sup> Cour EDH, Grande Chambre, 18 janvier 2001, *Chapman c. Royaume-Uni*, n° 27238/95 ; D. ROMAN, « A corps défendant », *D.* 2007.1284 ; « Le respect de la volonté du malade : une obligation limitée ? », *RDSS* 2005 p. 423 et s.

<sup>59</sup> ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, *Rapport sur l'affaire Lambert du 22 avril 2014*, *op. cit.*

<sup>60</sup> COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE, avis n° 120, Questions éthiques associées au développement des tests génétiques fœtaux sur sang maternel, 25 avril 2013.

Il demeure constant que lorsqu'une telle décision a été prise, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, le médecin doit mettre en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes d'accompagnement de fin de vie (en dispensant les soins palliatifs et en sauvegardant la dignité du patient) en informant et en apportant le soutien nécessaire à l'entourage, sans provoquer délibérément la mort<sup>61</sup>.

Il s'agit indiscutablement d'un choix politique d'apporter une sérénité à l'approche de la mort et non la promesse d'une paix funeste<sup>62</sup>.



---

<sup>61</sup> Articles R.4127-37 et R.4127-38 du code de la santé publique.

<sup>62</sup> J. LEONETTI, proposition de loi relative aux droits des malades et à la fin de vie enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 octobre 2004, n° 1882.



## La Cour de Strasbourg, l'ultime recours ?

Note sous Cour EDH, mesure provisoire, 24 juin 2014, *Lambert et autres c. France*

**DIDIER GIRARD**

*Docteur en droit public*

*Chargé d'enseignements universitaires*

*Collaborateur scientifique à la Chaire de droit public de l'Université de la Sarre*

### Mesure provisoire :

---

**Note de la rédaction :** Les « mesures provisoires » qui sont adoptées par la Cour européenne des droits de l'Homme ne sont pas soumises au même formalisme que les actes juridictionnels rendus par cet organe. Leur forme s'apparente à celui d'un simple courrier adressé à l'agent représentant l'Etat mis en cause (pour la France : le directeur des affaires juridiques du ministère des Affaires étrangères) qui est télétransmis par un serveur sécurisé. Le juge administratif français procède suivant le même procédé pour certains actes d'instruction par le truchement de *Télérecours*.

**Cinquième section**

**CEDH-LF2.2G**

**SPR/jsa**

**Strasbourg, le 24 juin 2014**

**PAR VOIE ELECTRONIQUE UNIQUEMENT**

**Requête n° 46043/14**

**Lambert et autres c. France**

Monsieur le Directeur,

Je vous informe que, le 23 juin 2014, Messieurs et Mesdames Lambert, Tuarze et Philippon ont introduit la requête précitée devant la Cour européenne des droits de l'Homme en vertu de l'article 34 de la Convention européenne des droits de l'Homme.

Dans la procédure devant la Cour, les requérants sont représentés par Me J. Paillot, avocat à Strasbourg.

Le 24 juin 2014, ayant pris connaissance de l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat rendu le même jour (requêtes n° 375081, 375090 et 375091), la Chambre à laquelle l'affaire a été attribuée a décidé d'indiquer à votre Gouvernement, en application de l'article 39 du règlement de la Cour, dans l'intérêt des parties et du bon déroulement de la procédure devant la Cour, de faire suspendre l'exécution de cet arrêt pour la durée de la procédure devant la Cour, et précise que cette mesure implique que Monsieur Vincent Lambert ne soit pas déplacé avec le but d'interrompre le maintien de son alimentation et de son hydratation.

En outre, la chambre a décidé, en vertu de l'article 41 du règlement, que la requête serait traitée en priorité.

De plus, le même jour, à la suite d'un examen préliminaire de la recevabilité de la requête, la chambre a décidé, en vertu de l'article 54 § 2 b) du règlement de la Cour, de donner connaissance de la requête à votre Gouvernement et d'inviter celui-ci à présenter par écrit ses observations sur la recevabilité et le bien-fondé de la requête.

Je vous adresse ci-joint un lot d'étiquettes portant un code-barres. Veuillez apposer l'une de ces étiquettes sur le coin supérieur droit de la première page de tout courrier que vous enverrez au greffe dans le cadre de la présente affaire.

Vous serez informé de la procédure ultérieurement et notamment en ce qui concerne les questions posées par la Cour.

Vous trouverez ci-joint les documents relatifs à l'affaire.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

**C. Westerdiek**  
**Greffière de section**

## Observations :

---

La décision de l'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat du 24 juin 2014<sup>1</sup> statuant sur le fond de l'appel du référé liberté initié par la famille Lambert, après expertise, aurait dû, en toute logique, constituer la dernière étape procédurale de ce drame judiciaire puisque les décisions rendues par le juge administratif suprême ne sont pas susceptibles de recours<sup>2</sup>.

Toutefois, en vertu des conventions et accords internationaux auxquels la France est partie, certains organes supranationaux peuvent être saisis par des particuliers après que les juridictions nationales aient statué sur les prétentions des parties.

C'est ainsi que la Cour européenne des droits de l'Homme a été saisie le 23 juin 2014 par certains membres de la famille Lambert<sup>3</sup> et qu'une « *mesure provisoire* » a été adoptée afin de notamment faire suspendre l'exécution de la décision du Conseil

---

<sup>1</sup> CE Ass., 24 juin 2014, *Mme Lambert et autres*, n° 375081, 375090, 375091.

<sup>2</sup> Article L.111-1 du code de justice administrative. Il convient cependant de réserver les cas des recours en opposition (articles R.831-1 et R.832-1 du même code), révision (article R.823-1) et en rectification d'erreur matérielle (article R.834-1).

<sup>3</sup> Requête n° 46043/14.

d'Etat<sup>4</sup>. Une telle décision pourrait surprendre l'administrativiste tant il semble incongru de « suspendre » les effets d'une décision d'une juridiction souveraine, pourtant il n'y a là que des éléments connus du droit international qui sont ici l'objet d'une application atypique.

1°) La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (ci après Conv. EDH) pose le principe de la garantie de certains droits fondamentaux au profit des personnes se trouvant dans la « *jurisdiction* » d'un Etat partie<sup>5</sup>. Le mécanisme général est classique et la Cour européenne des droits de l'Homme, juridiction internationale, en assure le respect. Il doit être signalé, même si cette voie de recours est désormais parfaitement connue<sup>6</sup>, que la Cour peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'une violation de ces droits<sup>7</sup>.

Il est cependant prévu de strictes conditions de recevabilité<sup>8</sup> car le contrôle supranational exercé par la Cour de Strasbourg a un rôle subsidiaire ; c'est avant tout et en premier lieu aux autorités nationales compétentes de connaître d'abord de toute allégation de violation des droits conventionnellement garantis. La Convention est à ce titre d'effet direct et tout sujet de droit peut s'en prévaloir devant les autorités administratives et juridictionnelles<sup>9</sup>, le juge national étant le juge de droit commun de la Convention.

Ce n'est qu'après avoir épuisé les voies de recours internes que la Cour pourra être saisie dans le délai de 6 mois<sup>10</sup> suivant la décision rendue par la plus haute juridiction nationale compétente<sup>11</sup> et à la condition que la victime ait subi un « *préjudice important* »<sup>12</sup>. On signalera immédiatement que si les requérants ont saisi la Cour européenne avant la lecture de la seconde décision d'Assemblée du Conseil d'Etat, ce

---

<sup>4</sup> La mesure provisoire interdit également le transfert de M. Lambert vers un autre Etat. En effet, certains membres de sa famille ont publiquement fait état de leur volonté de faire transférer vers la Belgique, Etat au sein duquel la législation relative à la fin de vie est différente et permettrait plus aisément la cessation des « soins médicaux ».

<sup>5</sup> Article 1<sup>er</sup> de la Conv. EDH.

<sup>6</sup> Cour EDH, Grande Chambre, 7 juin 2001, *Kress c. France*, n° 39594/98 ; Cour EDH, 9 novembre 2006, *Sacilor-Lormines c. France*, n° 65411/01.

<sup>7</sup> Article 35 Conv. EDH.

<sup>8</sup> Ces conditions sont régulièrement modifiées dans un sens restrictif depuis l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1998 du Protocole n° 11 qui a permis une saisine directe de la Cour européenne des droits de l'Homme.

<sup>9</sup> Cour EDH, 6 novembre 1980, *Van Oosterwijck c. Belgique*, n° 7654/76.

<sup>10</sup> Ce délai sera réduit à 4 mois après l'entrée en vigueur du Protocole n° 15.

<sup>11</sup> C'est à égard qu'il est important de relever que les décisions du Conseil d'Etat ne peuvent faire l'objet, en France, d'aucun recours. Il en irait autrement si le Conseil constitutionnel pouvait être saisi d'un recours constitutionnel comme cela existe dans certains autres Etats européens (Allemagne, Espagne, etc.).

<sup>12</sup> Cette condition supplémentaire a été introduite par le Protocole n° 14 afin de désengorger la Cour des requêtes qui ne posent aucune question de principe et pour lesquelles le préjudice subi, à le supposer établi, est principalement symbolique.

qui devrait normalement constituer une irrecevabilité, la Cour a pour pratique de ne pas la relever lorsque l'espèce est particulièrement atypique et pose soit des questions fondamentales dans le système de la Convention, soit lorsque les conséquences propres à l'espèce sont « exceptionnelles »<sup>13</sup> ce qui semble ici être le cas<sup>14</sup>.

Mais il est également possible à une partie devant la Cour, de solliciter le bénéfice d'une « mesure provisoire ». Il s'agit en réalité de mesures conservatoires que la Cour peut prononcer en vue d'un règlement utile d'une requête<sup>15</sup>. Si, à l'origine, seul le président de la Cour avait la compétence de les accorder, la nouvelle rédaction du Règlement permet depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 leur traitement par la chambre, les présidents de section ou les juges de permanence. La Cour a en effet été contrainte de se réorganiser car le prononcé d'une mesure provisoire intervient à très bref délai, généralement moins de 2 jours ouvrés<sup>16</sup>.

La très grande majorité des demandes de mesures provisoires est rejetée car elles ne se justifient pas. Pour qu'une mesure provisoire soit accordée, il faut que l'exécution des décisions internes puisse avoir des conséquences irréversibles. Si, en théorie, tous les droits protégés par la Convention pourraient être bénéficiaires d'une mesure provisoire, cela concerne principalement les requêtes dont l'objet ne peut être réparé ou restitué comme l'éloignement d'une personne vers un Etat où il risque de subir la peine de mort, des actes de torture ou des traitements inhumains et/ou dégradants. Le droit à la vie, consacré par l'article 2 de la Convention, est nécessairement concerné. Il est exceptionnel qu'une mesure provisoire soit accordée dans d'autres domaines. La France n'a été concernée, jusqu'à ce jour que par des mesures provisoires fondées sur un risque de violation de l'article 3 de la Convention en cas d'éloignement vers un Etat tiers ; la présente mesure provisoire présente donc, dans cette mesure, un caractère inédit.

2°) Les mesures provisoires revêtent un caractère obligatoire pour l'Etat. D'un point de vue juridique, la Cour sanctionne les Etats qui font obstacle au plein effet desdites mesures sur le fondement de l'article 34 de la Convention<sup>17</sup>. Un tel fondement est logique dès lors que le prononcé d'une mesure conservatoire vise à permettre aux

<sup>13</sup> Cour EDH, 31 mars 1992, *X. c. France*, n° 18020/91.

<sup>14</sup> La Chambre de la 5<sup>e</sup> section de la Cour a procédé à un examen préliminaire de la recevabilité de la requête présentée par la famille Lambert ; il aurait pu être alors constaté que la requête était manifestement irrecevable. En procédant ainsi, la Cour devra néanmoins statuer ultérieurement et formellement sur la recevabilité de la requête.

<sup>15</sup> Article 39 du Règlement de la Cour.

<sup>16</sup> Instruction pratique de la Cour européenne des droits de l'Homme sur les demandes de mesures provisoires.

<sup>17</sup> Cour EDH, Grande chambre, 4 février 2005, *Mamatkulov et Askarov c. Turquie*, n° 46827/99 et 46951/99, obs. G. COHEN-JONATHAN *JDI* 2005 p. 421, obs. P. FRUMER *RTDH* 2005 p. 799, chron. F. SUDRE et al. *RDP* 2006 p. 789.

requérants de saisir utilement la Cour de Strasbourg. La France a pour pratique internationale de suivre les mesures provisoires qui sont émises à son encontre par la Cour<sup>18</sup> lorsqu'elles sont nominatives<sup>19</sup>.

Dans l'ordre interne, la jurisprudence des juges du fond était divisée, certaines juridictions estimant que de telles mesures étaient dépourvues de toute force juridique<sup>20</sup>. Mais le juge des référés du Conseil d'Etat a estimé que la méconnaissance des mesures provisoires édictées par la Cour constituait une atteinte grave et manifestement illégale au droit fondamental au recours<sup>21</sup> et, de ce fait, celles-ci se doivent d'être respectées sauf exigence impérieuse tirée de l'ordre public ou présence d'un obstacle objectif. Toutefois cette solution n'a jamais été confirmée par une formation solennelle de jugement mais elle est conforme aux principales exigences posées par la Convention européenne des droits de l'Homme.

Les mesures provisoires n'ont qu'une durée de validité limitée dans le temps même si cela n'est pas mentionné expressément dans leur corps. En effet, la finalité est de permettre un accès efficace au prétoire européen des droits de l'Homme. En l'absence de toute précision en ce sens, la pratique de la Cour quant à leur durée de validité est désormais standardisée.

Si une décision d'irrecevabilité est adoptée par une formation de la Cour, celle-ci n'est pas susceptible d'être contestée<sup>22</sup>, et la mesure provisoire perd son objet puisqu'une telle décision d'irrecevabilité est définitive. En ce cas, il appartiendra aux autorités de l'Etat d'exécuter pleinement les décisions internes qui auraient été auparavant rendues.

Si la Cour adopte un arrêt de condamnation, alors l'Etat sera tenu de mettre un terme à l'exécution de toute décision administrative ou juridictionnelle interne qui serait contraire à ses motifs. Ceci peut impliquer, le cas échéant, de rouvrir la procédure juridictionnelle interne suivant les voies procédurales instaurées à cette fin<sup>23</sup>.

---

<sup>18</sup> Elle a cependant méconnu celle édictée dans l'affaire *Koughouli* mais le ministère des Affaires étrangères n'en n'avait été informé qu'après l'éloignement physique vers l'Algérie du requérant (Cour EDH, 26 septembre 2002, *Koughouli c. France*, n° 50160/99).

<sup>19</sup> La Cour a édicté une mesure provisoire le 23 octobre 2007 de non éloignement bénéficiant à tous les ressortissants du Sri-lanka d'« origine tamoule » sans que ceux-ci soient même identifiés en leur qualité de requérant. La France n'a pu pleinement exécuter celle-ci dans la mesure où elle n'en connaissait pas les bénéficiaires.

<sup>20</sup> Ainsi pour certaines juridictions la mesure ne saurait faire échec à un acte administratif (TA Strasbourg, 21 février 2008, *Thusyanthan*, n° 07-02930) alors que d'autres estiment qu'elles s'imposent à l'Etat (TA Paris, 17 avril 2008, *Rajathurai*, n° 08-00755, obs. P. LETOURNEUR *AJDA* 2008 p. 1445).

<sup>21</sup> CE ord., 30 juin 2009, *Ministre de l'Intérieur c. Beghal*, n° 328879.

<sup>22</sup> Articles 27 et 28 de la Conv. EDH.

<sup>23</sup> Pour le droit pénal : articles 626-1 et s. du code de procédure pénale.

Si la Cour prononce un arrêt de rejet, alors la mesure provisoire devient caduque à compter de sa lecture. Toutefois, lorsque celui-ci est rendu par une chambre, il peut faire l'objet d'un renvoi devant la Grande chambre à la demande d'une partie<sup>24</sup>, la Cour précise en ce cas que la mesure provisoire demeure applicable jusqu'à ce que l'arrêt soit considéré comme définitif<sup>25</sup>. Dans cette hypothèse, le caractère définitif de l'arrêt résulte soit du prononcé d'un arrêt de Grande chambre statuant sur renvoi, soit du rejet de la demande de renvoi par le collège de la Grande chambre, soit par l'expiration du délai de renvoi<sup>26</sup>.

Il peut néanmoins être sollicité à tout moment, d'office ou sur demande des parties, la révision de la teneur des mesures provisoires<sup>27</sup>.

3°) Dans une perspective plus vaste, il convient de relever que le mécanisme des mesures conservatoires devant un organe international n'est pas inédit. La Cour internationale de Justice a pu ainsi procéder en toute matière<sup>28</sup>. Elle a également mis en œuvre cette faculté dans des litiges mettant en œuvre les droits procéduraux de nationaux à la demande de l'Etat dont le justiciable avait la nationalité<sup>29</sup>, ce qui tend ici à rapprocher son office de celui de la Cour européenne des droits de l'Homme même si les deux organes juridictionnels ne sont pas régis par les mêmes règles procédurales et ne sont pas chargés de dire le droit au regard des mêmes textes.

Le Comité des droits de l'Homme des Nations-Unies, chargé de contrôler le respect du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et de ses protocoles, dispose de compétences analogues<sup>30</sup> qui sont régulièrement mises en œuvre.

C'est donc une voie procédurale peu usitée mais cependant parfaitement connue des praticiens et des justiciables qui a été ici mise œuvre. Il n'y a donc strictement rien d'anormal dans le traitement de la requête présentée par la famille Lambert devant la Cour européenne des droits de l'Homme compte tenu du caractère irréversible des conséquences de l'exécution de la décision de l'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat « *Lambert II* ».

4°) Enfin, la Cour européenne a annoncé qu'elle mettait en œuvre dans cette instance sa procédure de traitement prioritaire des requêtes<sup>31</sup> afin de permettre un

<sup>24</sup> Article 43 § 1 de la Conv. EDH.

<sup>25</sup> Article 44 de la Conv. EDH.

<sup>26</sup> Cour EDH, 19 décembre 2013, *N. K. c. France*, n° 7974/11.

<sup>27</sup> Par exemple : Cour EDH, décision, 12 octobre 2010, *Dansoko c. France*, n° 50284/07.

<sup>28</sup> Article 41 du Statut de la Cour internationale de justice et articles 73 à 75 de son règlement.

<sup>29</sup> CIJ ord., 3 mars 1999, *Allemagne c. Etats-Unis d'Amérique* (« *Affaire LaGrand* »), n° 104.

<sup>30</sup> Article 86 du Règlement intérieur du Comité ; A. DE ZAYAS, « Les procédures de communications individuelles devant le Comité des droits de l'Homme des Nations-Unies » *RTDH* 1999 p. 349.

audiencement rapide et un traitement conjoint de la recevabilité de la requête et de son bien fondé<sup>32</sup>. L'arrêt de la Cour pourrait ainsi être rendu d'ici 3 mois. L'adoption de cette procédure dans les instances où la vie d'une personne est directement en cause est usuel bien que les cas soient rarissimes<sup>33</sup>. Ainsi, dans l'affaire *Pretty*<sup>34</sup>, la requête avait été enregistrée le 18 janvier 2002 et l'arrêt de la Grande Chambre a été lu le 29 avril 2002, après une audience du 19 mars 2002, soit environ 3 mois. Un calendrier similaire semble ici prévisible.

Le fond du litige est éminemment complexe et la jurisprudence européenne en la matière se concentre, non sur certaines questions de fond, mais sur la manière dont les autorités juridictionnelles nationales appréhendent ce genre de cas. En effet, l'absence de consensus européen sur cette problématique ne permet pas de dégager une solution certaine au regard des articles 2 et 8 de la Convention et les Etats disposent en la matière d'une marge de manœuvre « *considérable* »<sup>35</sup>. Force est de constater que la décision du Conseil d'Etat est particulièrement motivée et que cet élément est important pour la vérification du respect de la Convention par son « juge ultime »<sup>36</sup>.

Mais la Cour européenne des droits de l'Homme adopte parfois des positions surprenantes. Elle a ainsi reconnu comme conforme au droit à mener une vie privée et familiale le principe de l'« *accouchement sous X* » compte tenu de la marge nationale d'appréciation<sup>37</sup>. Il n'est donc nullement exclu à ce stade une position novatrice propre à l'espèce ou, au contraire, ayant vocation à faire jurisprudence qui serait complémentaire de la solution rendue par le Palais royal<sup>38</sup>.

---

<sup>31</sup> Article 41 de la Conv. EDH.

<sup>32</sup> Article 54 de la Conv. EDH.

<sup>33</sup> En effet depuis l'adoption du Protocole n° 6 et l'arrêt *Al-Saadoon* (Cour EDH, 2 mars 2010, *Al-Saadoon et Mufdhi c. Royaume-Uni*, n° 61498/08) la peine de mort n'est plus pratiquée au sein du Conseil de l'Europe. Les affaires mettant en cause la responsabilité internationale de l'Etat, au titre de l'article 2 de la Convention, sont donc principalement des actions posthumes exercées par les ayant-droits.

<sup>34</sup> Cour EDH, 29 avril 2002, *Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02.

<sup>35</sup> Cour EDH, 20 juin 2011, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07.

<sup>36</sup> Cour EDH, 6 décembre 2007, *Maumousseau et Washington c. France*, n° 39388/05.

<sup>37</sup> Cour EDH, 13 février 2003, *Odièvre c. France*, n° 42326/98

<sup>38</sup> Pour une telle articulation : CE Sect., 18 novembre 2005, *Société fermière de Campoloro et autres*, n° 271898 et Cour EDH, 26 septembre 2006, *Société fermière de Campoloro et autres c. France*, n° 57516/00.



# La libéralisation de l'euthanasie passive en Allemagne<sup>1</sup>

Aspects comparatifs au regard de l'affaire *Lambert*

AUDREY EUGENIE SCHLEGEL

Collaboratrice scientifique à la Chaire de droit public de l'Université de la Sarre

---

A l'heure où s'achève en France la douloureuse affaire *Lambert*, l'Allemagne aussi s'interroge sur l'euthanasie. Le ministre fédéral de la Justice Heiko Maas a annoncé en janvier 2014 son intention de lancer d'ici la fin de l'année une réflexion sur ce sujet, devant mener à la rédaction d'un projet de loi<sup>2</sup>.

Le terme « *Euthanasie* » est connu de l'allemand, mais il lui est préféré l'expression plus évocatrice de „*Sterbehilfe*“ : l'aide à la mort. Celle-ci est à différencier de la notion de „*Beihilfe zur Selbsttötung*“ (assistance à sa propre mort), également connue sous le nom de „*assistierter Suizid*“ (suicide assisté). Ce dernier comportement consiste à fournir à une personne les moyens lui permettant de se donner elle-même la mort. Il n'encourt aucune sanction, dans la mesure où les §§ 211, 212 du *Strafgesetzbuch - StGB* (code pénal) ne répriment que le fait de donner la mort à un autre être humain (à l'encontre de la lettre de leurs dispositions)<sup>3</sup>. Nous nous intéressons ici au seul cas de la *Sterbehilfe*.

Ce terme recouvre deux comportements différents : l'euthanasie active (*aktive Sterbehilfe*) et l'euthanasie passive (*passive Sterbehilfe*). La doctrine<sup>4</sup> et la jurisprudence<sup>5</sup> s'accordent pour dire que l'*aktive Sterbehilfe* demeure strictement réprimée par le droit allemand. Mais la *passive Sterbehilfe* est légale et encadrée par la loi du 29 juillet 2009, dite „*Patientenverfügungsgesetz*“ (loi sur les dernières volontés du patient). Cette loi pose le cadre juridique de la fin du traitement médical (*Behandlungsabbruch*).

Cet encadrement législatif a été complété par la jurisprudence. Etrangement, celle-ci provient uniquement du *Bundesgerichtshof - BGH* (Cour fédérale) et non du

---

<sup>1</sup> Expression empruntée à G. DUTTGE, „*Rechtliche Typenbildung: aktive und passive, direkte und indirekte Sterbehilfe*“ dans D. KETTLER, *Selbstbestimmung am Lebensende*, 2006, p. 40.

<sup>2</sup> V. l'article „*Maas will Sterbehilfe-Gesetz ohne Fraktionszwang*“ dans *Frankfurter Allgemeine Zeitung* du 11 janvier 2014.

<sup>3</sup> V. sur ce point K. GAVELA, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 2013, pp. 7-17.

<sup>4</sup> Comp. T. FISCHER, *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*, t. 10, 59<sup>e</sup> éd., 2012, §§ 211-216 *StGB*, n° 33.

<sup>5</sup> Confirmé par le jugement du *Bundesgerichtshof - BGH* (Cour fédérale allemande) du 8 mai 1991, n° 3 *StR* 467/90.

*Bundesverfassungsgericht - BVerfG* (Tribunal constitutionnel fédéral), lequel est pourtant l'organe judiciaire de prédilection pour trancher des grands débats politiques et/ou de société<sup>6</sup>. La question de l'euthanasie passive semble donc relever en droit allemand bien plus de la technique que de la politique juridique. Cet aspect technique fut particulièrement mis en avant dans la dernière décision du *BGH*<sup>7</sup> à ce sujet, datant de 2010<sup>8</sup>.

L'euthanasie passive soulève certes en droit allemand d'intéressantes questions techniques, dans la mesure où elle relève à la fois du droit civil et du droit pénal (*I.*). Mais au-delà de ces aspects techniques se profile un choix de politique juridique : le choix de faire ou non du droit à la vie un droit laissé à la libre disposition de la personne (*II.*).

## I. L'euthanasie passive, à la croisée des chemins du droit civil et du droit pénal

L'euthanasie passive fut l'objet d'une lente clarification du droit allemand, culminant avec l'adoption de la *Patientenverfügungsgesetz* de 2009 (*A.*), laquelle ne régla cependant que les aspects civils de la question, laissant son volet pénal à la discrétion du pouvoir judiciaire (*B.*).

### A. Une lente clarification du droit

L'euthanasie n'avait fait avant 2009 l'objet d'aucune disposition législative ou réglementaire<sup>9</sup>. La jurisprudence était empreinte d'importantes divergences, notamment entre les formations civiles et criminelles du *BGH*<sup>10</sup>. En effet, le Premier Sénat criminel avait eu à statuer en 1994<sup>11</sup> sur le cas d'un patient souffrant de graves dommages cérébraux et hors d'état de manifester sa volonté. Dans la mesure où son état de santé n'avait pas encore pris une tournure devant mener directement à sa mort, le *BGH* jugea que l'interruption de l'alimentation artificielle ne répondait pas aux critères de l'euthanasie passive tels que posés dans les lignes directrices de la chambre des médecins. Toutefois, analysant cet acte en un homicide volontaire au sens du § 211 *StGB*, le Premier Sénat fit de la volonté présumée du patient un fait

<sup>6</sup> H. VORLÄNDER, „Regiert Karlsruhe mit? Das BVerfG zwischen Recht und Politik“ dans *Aus Politik und Zeitgeschichte*, n° 35-36/2011, pp. 30-36.

<sup>7</sup> *BGH*, 20 juin 2010, n° 2 *StR* 454/09.

<sup>8</sup> Il s'agit pour le *BGH* d'une question de « droit matériel » (*sachliches Recht*) (§ 12), et de porter une « appréciation juridique des faits » („*rechtliche Würdigung des Geschehens*“) (§ 13), sans qu'il ne soit jamais fait mention d'un éventuel débat de société.

<sup>9</sup> C. P. KOLB, *Neue Entwicklungen bei der Sterbehilfe*, 2013, pp. 15-22.

<sup>10</sup> X. HÖFLING, S. RIXEN, dans *Juristenzeitung*, 2003, pp. 884-885 ; T. VERREL, „Stand der strafrechtlichen Diskussionen in Deutschland- Ergebnisse des 66. Deutschen Juristentags“, dans JUNGINGER et al. (éds.), *Grenzsituation in der Intensivmedizin*, 2008, pp. 123-130.

<sup>11</sup> *BGH*, 13 septembre 1994, n° 1 *StR* 357/94.

justificatif, dont le fondement serait le droit fondamental à l'autodétermination du patient<sup>12</sup>.

Cette décision devait donner plein effet à la volonté du patient, que l'ancien § 1904 du *Bürgerliches Gesetzbuch - BGB* (code civil allemand) protégeait sous son aspect civil<sup>13</sup>. Mais ces dispositions ne visaient expressément que l'accord du patient sous tutelle à un traitement médical : leur extension à l'arrêt de traitement fut critiquée par une partie de la doctrine<sup>14</sup>. Le Douzième Sénat civil<sup>15</sup>, appliquant ces mêmes dispositions, les étendit aussi à l'arrêt de traitement. Mais il soumit la légalité de ce dernier à la double condition de correspondre à la volonté du patient et de survenir dans les cas où l'état de santé de celui-ci aurait déjà pris « *un cours irréversible menant à la mort* » (“*irreservibel tödlicher Verlauf*”), c'est-à-dire dans la situation où le traitement ne fait que retarder la mort. Cette dernière condition fut cependant reformulée par le Douzième Sénat civil en 2005 : l'arrêt de tout traitement retardant ou empêchant la mort devint possible<sup>16</sup>.

Le législateur fédéral s'empara de la question, dans le but affiché de clarifier le droit et la pratique en la matière<sup>17</sup>. Toutefois, la loi de 2009 ne régla que le volet civil de la question, en créant les §§ 1901a à 1901c *BGB*. Le but était de conférer une meilleure protection au droit fondamental d'autodétermination médicale, en rendant contraignante pour le tuteur<sup>18</sup> la volonté du patient hors d'état de manifester sa volonté. Il est tenu compte de la volonté exprimée au préalable dans une *Patientenverfügung* (dernière volonté du patient) (§ 1901a al. 1 *BGB*), et subsidiairement de la volonté supposée (*mutmaßlicher Willen*) (§ 1901a al. 2 *BGB*). En revanche, cette loi ne comporte aucune disposition de nature pénale. Il ressort des travaux préparatoires que le législateur choisit délibérément laisser le droit pénal en l'état<sup>19</sup>.

## B. Les spécificités du droit pénal allemand

L'euthanasie passive est appréhendée en droit pénal allemand sous l'incrimination du § 212 *StGB*, le *Todschatz* (homicide volontaire). Ainsi que rappelé dans la décision précitée du 20 juin 2010 du *BGH*<sup>20</sup>, cette incrimination connaît des faits justificatifs (*Rechtfertigungsgrund*). Tout d'abord la *Nothilfe* du § 32 *StGB* (aide d'urgence). Le *BGH*

<sup>12</sup> Ibid., v. n° 19.

<sup>13</sup> Comp. A. JETTER, *Das Vormundschaftsgericht und die Entscheidung über die passive Sterbehilfe*, 2004, p. 22.

<sup>14</sup> V. F. SALIGER, dans *Medizinrecht*, 2004, p. 240.

<sup>15</sup> *BGH*, 17 mars 2003, *XII ZB 2/03*.

<sup>16</sup> *BGH*, 8 juin 2005, *XII ZR 177/03*.

<sup>17</sup> V. Impression du *Bundestag* 16/13314, p. 3 et s., ainsi que 7 et s.

<sup>18</sup> Impression du *Bundestag* 16/8441, p. 7.

<sup>19</sup> Impression du *Bundestag* 16/8441, p. 7 et s.

<sup>20</sup> V. n. 7.

identifie dans la décision de la direction d'un établissement médical de rétablir l'alimentation artificielle de la patiente une menace urgente pour un intérêt supérieur de cette dernière : son droit à l'autodétermination médicale. Le comportement visant à l'inverse à faire échec à cette menace urgente, la destruction du tuyau d'alimentation artificielle, est une atteinte à un autre intérêt supérieur de la patiente, sa vie. Or une menace pesant sur le droit à l'autodétermination médicale ne saurait justifier une atteinte à un intérêt de nature bien plus importante, le droit à la vie<sup>21</sup>. Ainsi, les critères de la *Nothilfe* ne sont pas remplis selon le *BGH*. Pour la même raison, le *BGH* considère que les critères du *Notstand* du § 34 *StGB* (état d'urgence) ne sont pas remplis non plus<sup>22</sup>. Cette argumentation visant à écarter les faits justificatifs classiques est très technique, au point d'en sembler spéieuse.

Son principal intérêt est de faire ressortir le rôle de la volonté du patient, une nouvelle fois<sup>23</sup> érigée en fait justificatif autonome. Le *BGH* lui confère un nouveau fondement, non plus de nature jurisprudentielle, mais législative : la *Patientenverfügungsgesetz* de 2009<sup>24</sup>. Pourtant, le *BGH* rappelle que le législateur ne souhaitait pas modifier le droit pénal avec cette loi<sup>25</sup>. Une affirmation apparemment aussitôt démentie : La volonté dont il doit être tenu compte au titre des faits justificatifs pénaux est celle exprimée selon les formes du § 1901a *BGB*<sup>26</sup>.

Le *BGH* s'explique : il ne s'agit pas de faire application de normes de droit civil au pénal, mais de sauvegarder l'unité du droit<sup>27</sup>, ainsi que de garantir le respect de la *Grundgesetz* (Loi fondamentale)<sup>28</sup>. En effet, le droit à l'autodétermination médicale est de nature constitutionnelle, déduit de l'article 1 al. 1 en combinaison avec l'article 2 al. 1 de la *Grundgesetz*<sup>29</sup> : la *Patientenverfügungsgesetz* modifiant le *BGB* ne fait donc que lui donner des contours concrets<sup>30</sup>. Or exposer les personnes ayant fait application de ces dispositions civiles à des poursuites pénales reviendrait à les empêcher *de facto* d'en faire usage- et donc de faire usage du droit fondamental que ces dispositions visent à concrétiser. Ceci justifie donc d'ériger des dispositions civiles en fait justificatif à des infractions de nature pénale. La décision du *BGH* est peut-être critiquable du point de vue technique (notamment au regard du principe de séparation du droit civil et du droit pénal)<sup>31</sup>, mais empreinte de pragmatisme. Elle témoigne de surcroît d'une volonté judiciaire de donner plein effet à la possibilité d'avoir recours à l'euthanasie passive.

<sup>21</sup> V. n. 7, n° 19.

<sup>22</sup> V. n. 7, n° 20.

<sup>23</sup> Comp. les décisions de 1994 (n. 11), 2003 (n. 15) et 2005 (n. 16) citées plus haut.

<sup>24</sup> V. n. 7, n°s 20 à 40.

<sup>25</sup> V. n. 7, n°s 25, 35.

<sup>26</sup> V. n. 7, n°s 25 *in fine*, 40.

<sup>27</sup> V. n. 7, n° 25.

<sup>28</sup> V. n. 7, n° 25, ph. 3 et 35.

<sup>29</sup> V. n. 7, n° 35.

<sup>30</sup> M. RUFFERT, *Vorrang der Verfassung und Eigenständigkeit des Privatrechts*, 2001, p. 65.

<sup>31</sup> Comp. A. SCHATMAM, *Haftung für Tötung*, 2010, p. 250.

## II. Le droit à la vie, un droit de disposition ?

En fondant son raisonnement sur la loi de 2009, le *BGH* étend le champ de l'euthanasie passive à des cas considérés comme relevant jusqu'ici de l'euthanasie active, au risque de brouiller les frontières entre les deux concepts (A.). Toutefois, malgré la large place faite à la volonté du patient en l'état actuel du droit allemand, celui-ci ne consacre pas encore un droit à disposer de sa propre vie (B.).

### A. La délicate différenciation entre euthanasie passive et active

La décision de 2010 présente une particularité par rapport à la jurisprudence antérieure<sup>32</sup>. Selon celle-ci, l'acte mettant fin au traitement permettant de sauvegarder ou prolonger la vie ne bénéficiait du fait justificatif de la volonté du patient que s'il consistait en une omission. L'euthanasie passive n'était donc que le comportement consistant à s'abstenir de maintenir le traitement<sup>33</sup>. Mais dans le cas de 2010, les accusés avaient accompli l'acte positif d'endommager le tuyau d'alimentation artificielle, afin d'empêcher le rétablissement du traitement.

Se fondant sur le § 1901a *BGB*, le *BGH* définit l'euthanasie passive de la manière suivante: le fait de s'abstenir, de réduire ou de mettre fin à un traitement médical, en fonction de la volonté du patient telle qu'exprimée dans les formes du § 1901a *BGB*<sup>34</sup>. Or le *BGH* relève (à juste titre) que l'idée de « *mettre fin* » ou « *réduire* » comprend une série de comportements différents, lesquels peuvent relever aussi bien de l'omission que de la commission<sup>35</sup>. Ce raisonnement reposant sur un adroit maniement des techniques juridiques allemandes révèle là encore une franche volonté de « *libéraliser* » l'euthanasie passive.

Dès lors, il est permis de se demander où se trouve la frontière entre euthanasie passive et active, si l'une comme l'autre peuvent constituer en un comportement de commission. La différence semble tenir à ce que dans l'euthanasie passive, il ne s'agit que de laisser son libre cours à un cycle naturel. A l'inverse, l'euthanasie active implique, selon la doctrine allemande<sup>36</sup> de provoquer, par l'intervention humaine, une mort qui ne serait pas survenue dans le cycle naturel des événements.

Ceci soulève la question des soins palliatifs, définis comme le fait d'administrer délibérément à un patient un traitement de nature à soulager ou atténuer la douleur, tout en sachant que celui-ci peut éventuellement accélérer la survenance de la mort<sup>37</sup>. La doctrine classe les soins palliatifs parmi les comportements correspondant à

<sup>32</sup> Une particularité dont le *BGH* a pleinement conscience : v. n. 7, n° 22.

<sup>33</sup> Comp. R. HELGERTH, *Juristische Rundschau*, 1995, p. 338, 339.

<sup>34</sup> V. n. 7, principe directeur n° 1.

<sup>35</sup> V. n. 7, n° 29.

<sup>36</sup> Comp. N. JACOB, *Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der EMRK*, 2013, p. 24.

<sup>37</sup> A. LOOSE, *Strafrechtliche Grenzen ärztlicher Behandlung und Forschung*, 2003, p. 3.

l'euthanasie passive, et donc légaux<sup>38</sup>. La jurisprudence a dans un premier temps considéré ces actes comme relevant des atteintes à l'intégrité corporelle commis par un médecin bénéficiant du fait justificatif de la volonté du patient, dont la légalité n'est pas menacée par le fait qu'ils puissent conduire à la mort<sup>39</sup>. Mais la nouvelle définition de l'euthanasie passive englobant les actes de commission, le *BGH* a considéré que les soins palliatifs représentent également une forme d'euthanasie passive<sup>40</sup>.

## B. Le rôle de la volonté du patient

La volonté du patient semble constituer le fil rouge de l'ensemble de la jurisprudence allemande touchant à l'euthanasie passive et aux soins palliatifs<sup>41</sup>. Elle est également fréquemment invoquée dans les discussions relatives à l'euthanasie active<sup>42</sup>. Si elle est centrale, elle n'est néanmoins pas toute-puissante : ni la décision de 2010 ni la jurisprudence ultérieure n'ont admis que la volonté du patient puisse légaliser l'euthanasie active<sup>43</sup>.

Car la volonté du patient n'est admise comme fait justificatif d'un comportement autrement constitutif d'un *Todschlag* qu'en présence d'un état de santé devant conduire naturellement à la mort<sup>44</sup>. L'arrêt de traitement ne déclenche pas la mort, il permet une mort que le traitement avait pour but de retarder ou d'empêcher. Ainsi, dans la lignée de la jurisprudence *Pretty*<sup>45</sup> de la Cour Européenne des droits de l'Homme, le *BGH* maintient que le droit à la vie n'est pas un droit à disposer de sa vie.

Eu égard au rôle centrale de la volonté du patient, il est remarquable que la question de la détermination de cette volonté n'ait pas suscité en Allemagne un contentieux similaire à celui de l'affaire *Lambert* en France<sup>46</sup>. Il est permis de douter que ceci soit uniquement dû à la réglementation détaillée de cette question contenue dans les § 1901a et suivants *BGB*<sup>47</sup>. En effet, ceux-ci prévoient la consultation de nombreux acteurs différents, tels les membres de la famille et le médecin, et ceci aussi bien dans les cas où il s'agit de déterminer la volonté supposée du patient que dans ceux où le

<sup>38</sup> N. JACOB, *Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der EMRK*, 2013, p. 24.

<sup>39</sup> *BGH*, 15 novembre 1996, 3 *StR* 79/96, principe directeur n° 2.

<sup>40</sup> V. n. 7, n° 34.

<sup>41</sup> V. en ce sens U. BERNET-AUERBACH, *Das Recht auf den eigenen Tod und aktive Sterbehilfe unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten*, 2011, p. 23.

<sup>42</sup> N. JACOB, *Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der EMRK*, 2013, p. 24 et s.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 36.

<sup>44</sup> V. n. 7, n° 33.

<sup>45</sup> Cour EDH, Grande chambre, 29 avril 2002, *Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2342/02.

<sup>46</sup> Comme exemple de l'absence de jurisprudence en la matière, v. R. SCHULZE, H. DÖRNER, *BGB-Handkommentar*, 8<sup>e</sup> éd., 2014, sous § 1901a *BGB*.

<sup>47</sup> Cette « marche à suivre détaillée » fut mise en avant par le *BGH* dans sa décision de 2010 : v. n. 7, n° 24.

patient a laissé une *Patientenverfügung* détaillée<sup>48</sup>. Certes, il ressort des § 1901a et suivants *BGB* que la décision finale est prise par le seul tuteur du patient incapable de manifester sa volonté<sup>49</sup>. Néanmoins, au regard du nombre d'acteurs consultés au cours de la procédure, il est surprenant que sa décision ne soit apparemment quasiment jamais contestée devant les tribunaux.



---

<sup>48</sup> § 1901b *BGB*.

<sup>49</sup> Toute personne empêchée de prendre des décisions par un manque de discernement ou incapable d'exprimer sa volonté se voit assigner un tuteur en droit allemand: v. § 1896 *BGB*.



**REVUE GENERALE DU DROIT**

Revue et site Internet édité par la Chaire de droit public français  
de l'Université de la Sarre (*Universität des Saarlandes*).

**ISSN** : 2195-3732

**Adresse postale :**

*Universität des Saarlandes*  
Campus A5.4,  
rez-de-chaussée -  
D-66123 Saarbrücken  
ALLEMAGNE

Tel : +49 (0) 681 302-2185

Fax : +49 (0) 681 302-4668

**Adresses électroniques :**

<http://www.revuegeneraledudroit.eu>

E-mail : [redaction@revuegeneraledudroit.eu](mailto:redaction@revuegeneraledudroit.eu)

**Directeur de la publication :**

**Philippe Cossalter**

Professeur agrégé de droit public

Chaire de droit public français de l'Université de la Sarre

Co-directeur du Centre juridique franco-allemand



**UNIVERSITÄT  
DES  
SAARLANDES**

*Centre juridique franco-allemand  
Deutsch-französischen Rechtszentrum*

**Dossier spécial – affaire Lambert**

---

Présentation du dossier.....	1
L'étrange situation d'un jugement concomitamment confirmé et censuré par le juge d'appel .....	5
Les décisions d'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat « <i>Lambert I</i> » et « <i>Lambert II</i> » .....	13
De l'office du juge du référé-liberté face à la fin de vie .....	31
« <i>Ce qu'on appelle une raison de vivre est en même temps une excellente raison de mourir</i> » .....	45
La Cour de Strasbourg, l'ultime recours ? .....	57
La libéralisation de l'euthanasie passive en Allemagne.....	65