

COMMISSION OUVERTE **FAMILLE**

RESPONSABLE : HÉLÈNE POIVEY-LECLERCQ



Jeudi 21 novembre 2013

Sous-commission des majeurs vulnérables

Responsable : Florence Fresnel

La fin de vie

Intervenant :

Valérie Depadt-Sebag

Docteur en droit, maître de conférence



Présentes à cette occasion, les éditions Lexbase vous proposent de retrouver un compte-rendu de cette réunion.

Revue

Lexbase Hebdo édition privée n°557 du 6 février 2014

[Santé] Événement

La fin de vie — Compte-rendu de la réunion de la Commission Famille du barreau de Paris du 21 novembre 2013

N° Lexbase : N0583BU7



par Anne-Lise Lonné-Clément, Rédactrice en chef de Lexbase Hebdo
— édition privée

La Commission ouverte "Famille" du barreau de Paris tenait, le 21 novembre 2013, sous la responsabilité de Florence Fresnel, avocat à la cour, une réunion consacrée à "la fin de vie", à laquelle intervenait Valérie Depadt-Sebag, Maître de conférences à l'Université Paris 13. Présentes à cette occasion, les éditions juridiques Lexbase vous proposent de retrouver le compte-rendu de cette réunion.

Valérie Depadt-Sebag a exposé en détail l'état du droit de la santé au regard de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (N° Lexbase : L2540G8L), dite loi "Léonetti", ainsi que l'état du droit sur le plan pénal ; elle a enfin présenté les conclusions du rapport "Sicard" auquel elle a participé.

I — Etat du droit de la santé au regard de la loi "Léonetti"

C'est en 1995 que le droit a intégré les aspects relatifs à la fin de vie, dans le nouveau Code de déontologie médicale, en introduisant le droit au refus de l'acharnement thérapeutique (C. déont. méd., anc. art. 37 N° Lexbase : L5456DIW, aux termes duquel "*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*" ; cf. désormais, C. santé publ., art. R. 4127-37 N° Lexbase : L5241IG9).

C'est ensuite la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (N° Lexbase : [L9171AMM](#)), qui a consacré, à l'article L. 1110-9 du Code de la santé publique (N° Lexbase : [L4545DLW](#)), le principe d'accès aux soins palliatifs et un accompagnement pour toute personne malade dont l'état le requiert.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades (N° Lexbase : [L1457AXA](#)), aborde, ensuite, la question de la fin de vie en termes de participation du malade à toute décision concernant. Elle prévoit, notamment, que le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ; mais si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, les médecins doivent tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Ces mesures fermes et précises sont néanmoins apparues insuffisantes face à la gravité de certaines situations.

Le débat sur la nécessité de légiférer à propos de la fin de vie existait donc déjà depuis longtemps, mais c'est le cas de Vincent Humbert, décédé le 26 septembre 2003, qui a véritablement contribué au vote d'une loi spéciale à la fin de vie, promulguée le 22 avril 2005, dite loi "Léonetti". Cette loi constitue la réponse du législateur français à la demande de prise en charge de la fin de vie, et à celle de légalisation d'un acte létal. Par cette loi, la France a refusé l'euthanasie et opté pour un encadrement de bonne pratique médicale, et a pris le parti de faire prévaloir l'expression des solidarités collectives sur une vision individualiste de la personne.

La loi de 2005 ne dépénalise donc pas l'euthanasie. Le droit pénal, quant à lui, n'envisage pas l'euthanasie en tant que telle, mais l'assimile à une atteinte volontaire à la vie qui, suivant les circonstances, sera différemment qualifiée.

La loi de 2005 définit les droits de la personne malade en fin de vie, en ce qu'elle attache une importance primordiale à la volonté de la personne ; elle distingue diverses situations liées à l'état des patients, notamment à leur état de conscience ou d'inconscience. La loi a introduit dans le Code de la santé publique une section intitulée "Expression de la volonté des malades en fin de vie".

La loi traduit une recherche d'équilibre entre la protection de la vie et la demande des patients à mourir sans souffrir ; elle envisage ainsi la fin de vie au travers de la condamnation de l'acharnement thérapeutique, de la possibilité d'arrêt des traitements et de l'administration des traitements antalgiques susceptibles d'entraîner la mort. La loi réaffirme les droits des patients tels qu'ils figurent dans la loi de 2002, mais leur donne une portée plus forte en les insérant dans une loi spécifique. La loi de 2005 contient également de nouvelles mesures visant à respecter la participation du patient à la décision médicale, donc d'information et de consentement, ainsi que de transparence de la procédure. Enfin, la loi procède à la codification des bonnes pratiques médicales. Le Code de la santé publique, dans ses dispositions, telles qu'elles sont issues de la loi du 4 mars 2002, reconnaît pour *"toute personne, [...] compte tenu de son état de santé, et de l'urgence de l'intervention 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"* (C. santé publ., art. L. 1110-5 N° Lexbase : [L0022G9P](#)). L'alinéa suivant ces dispositions condamne clairement l'acharnement thérapeutique par la référence, notamment, aux deux critères de l'inutilité et de la disproportion : *"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"*, à savoir les soins palliatifs.

De même l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique consacre la théorie du double effet, dont il ressort que *"si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, [...], la personne de confiance [...], la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical"*. Cette disposition trouve sa raison d'être dans le souci de soulager les douleurs du patient et constitue une application du droit à ne pas souffrir ; mais elle ne peut permettre en aucune façon un acte destiné à abrèger la vie, et ne constitue donc en aucun cas un droit à l'euthanasie, directe ou indirecte, passive ou active.

La loi du 22 avril 2005 vise également les soins palliatifs, qui sont définis à l'article L. 1110-10 du Code de la santé publique (N° Lexbase : [L4543DLT](#)) comme des *"soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile"*, qui *"visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage"*.

Malgré les avancées médicales depuis 2005, le Conseil d'Etat, à la suite d'un rapport parlementaire consacré à cette question, a souligné combien la législation en vigueur sur les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur était encore insuffisamment appliquée dans les hôpitaux.

C'est après ce rappel du contexte que Valérie Depadt-Sebag a présenté les modalités d'application des principes définis par la loi "Léonetti".

La loi sur la fin de vie établit une distinction fondée sur l'état de santé de la personne, selon qu'elle est consciente ou inconsciente.

A — La situation des personnes conscientes

— *Les personnes qui ne sont pas en fin de vie*

S'agissant des personnes malades, mais qui ne sont pas en fin de vie, le principe de liberté du malade tel qu'il est proclamé par la loi du 4 mars 2002, est confirmé. L'article 1111-4 du Code de la santé publique, dans sa rédaction de 2002 (N° Lexbase : L4531DLE), disposait que *"si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables"*.

La loi du 22 avril 2005 a remplacé les termes *"un traitement"* par ceux de *"tout traitement"*, ce qui a pour effet de supprimer toutes les distinctions possibles sur le caractère vital ou non de l'acte refusé, et permet alors au malade de refuser l'alimentation artificielle. Le législateur vient alors renforcer le consentement du malade dans ses éléments d'information et de liberté. Ainsi, le médecin, lorsqu'il cherche à convaincre le patient d'accepter les soins indispensables, peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable, et cette décision sera inscrite dans son dossier médical. Aux termes de la loi, le médecin va alors sauvegarder la dignité du mourant et assurer la qualité de la fin de sa vie par le recours aux soins palliatifs. Il ne s'agit donc pas d'écarter l'ensemble des soins, ni de dégager le médecin de son obligation de soin, mais de passer d'un traitement thérapeutique à l'administration de soins palliatifs.

— *Les personnes en fin de vie*

Pour les personnes conscientes en fin de vie, la loi de 2005 a introduit l'article L. 1111-10 dans le Code de la santé publique (N° Lexbase : L9884G8L), indiquant au médecin la conduite qu'il doit tenir : *"lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement [et donc notamment l'alimentation artificielle], le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical"*. Là encore, le médecin est tenu de sauvegarder la dignité du mourant et d'assurer la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs.

Lorsque le médecin ne peut soulager les souffrances d'une personne en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement susceptible d'abrégé sa vie, il doit en informer le malade sans préjudice des dispositions relatives à la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic (cf. C. santé publ., art. L. 1111-2 N° Lexbase : L4555DLB) ; il doit aussi en informer la famille, ou à défaut un proche.

B — La situation des personnes inconscientes

Il faut savoir, dans ce cas, que le droit encourage toute personne à anticiper le moment éventuel où, face à la maladie, elle ne sera plus en mesure d'exprimer sa volonté. Dans cet objectif, la loi prévoit deux types de mesures, à savoir les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.

— *La désignation d'une personne de confiance*

La manifestation anticipée de volonté est une notion créée par la loi du 4 mars 2002, qui permet à toute personne majeure de désigner une personne de confiance qui sera consultée dans le cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire pour exprimer sa volonté. Cette personne de confiance peut être un parent, un proche, ou le médecin traitant.

Cette désignation est aujourd'hui proposée à toute personne hospitalisée. Cela étant, au-delà de ce cas prévu par la loi au moment de l'hospitalisation, elle peut être faite à tout instant, et elle n'est pas limitée dans le temps.

Le rôle de la personne de confiance est d'accompagner le patient, et de l'aider dans ses prises de décision, mais non de décider pour lui.

— *Les directives anticipées*

La loi du 22 avril 2005 a ajouté une nouvelle forme de manifestation anticipée de volonté, en insérant dans le Code de la santé publique la notion de directives anticipées. Il est donc possible, pour toute personne majeure, de

rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie, concernant les conditions de la limitation ou de l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. Très souvent, ces directives sont insérées dans des mandats de protection future, les notaires se préoccupant de ces questions.

Deux décrets du 6 février 2006 (décret n° 2006-119 du 6 février 2006 [N° Lexbase : L6130HG7](#) ; et décret n° 2006-120 du 6 février 2006 [N° Lexbase : L6131HG8](#)) définissent, pour le premier, les conditions de validité, de confidentialité, et de conservation des directives anticipées par lesquelles toute personne peut indiquer ses souhaits relatifs à sa fin de vie, et pour le second, les modalités de mise en œuvre de la procédure collégiale préalable à toute décision de limitation ou d'arrêt de traitement. Cette procédure prévoit que le médecin doit se réunir avec l'équipe de soins et inviter un médecin consultant extérieur avant toute prise de décision.

Lorsque la personne malade, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle que soit sa cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, la loi de 2005 permet au médecin de prendre une décision d'arrêt de traitement, dès lors que ce traitement s'avère inutile, disproportionné, n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

La volonté du législateur de 2005 d'instaurer un dialogue entre le corps médical et les proches de la personne malade prend tout son sens lorsque cette dernière est en état d'inconscience. Lorsque la limitation ou l'arrêt de traitement est susceptible de mettre en danger la vie d'une personne inconsciente, la loi "Léonetti" impose au médecin de respecter la procédure collégiale telle que définie à l'article 37 du Code de déontologie médicale, et de consulter la personne de confiance. A défaut d'une personne de confiance, le médecin consultera les proches, et le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Valérie Depadt-Sebag a souligné le fait que les directives anticipées ne constituent donc qu'une des données prises en compte par le médecin au moment de la décision ; s'il est tenu de les consulter, elles ne s'imposent pas lui, ce qui donne lieu à un vrai débat.

En tous les cas, la transparence de la procédure est assurée, dans la mesure où le médecin est tenu de laisser les traces de cette procédure à l'intérieur du dossier médical.

L'intervenante a relevé le problème de l'absence de centralisation des informations ; en effet, il n'existe pas de mode de conservation et de transmission de l'information ; les notaires ont demandé à être dépositaire de l'information, ou à ce qu'il y ait un fichier central des directives anticipées ; c'est une question pratique qui est importante.

La loi de 2005 répond donc à un nombre sérieux de situations dans lesquelles une personne souhaite abrégé sa vie. Pour autant, elle ne répond pas à toutes les demandes et notamment à la demande de la personne âgée dont l'état de santé ne présente aucune menace vitale à court terme, mais qui souhaite accélérer sa mort parce que son état physique ou mental s'est dégradé ; de même, la loi ne répond pas à la situation d'une personne ayant conscience qu'elle perd la raison, quel que soit son âge, et qui souhaite abrégé sa vie ou, du moins, déterminer le moment de fin de sa vie, alors qu'elle est encore lucide (situation qui se pose notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, au moment du diagnostic). D'une manière générale, on peut dire que la loi ne répond pas à la demande des personnes qui survivent sans souffrance, et sans support artificiel de vie, mais pour lesquelles l'existence devient insupportable. Ces situations ont donné lieu à divers procès qui s'inscrivent dans le domaine du droit pénal.

II — Etat du droit sur le plan pénal

A titre préliminaire, Valérie Depadt-Sebag a rappelé l'état du droit français sur l'assistance au suicide. Le suicide n'est pas réprimé par le Code pénal, et donc par définition, la complicité au suicide n'existe pas. Autrement dit, le Code pénal ignore le délit d'assistance au suicide ; en revanche, la provocation au suicide est pénalement sanctionnée depuis les deux lois du 31 décembre 1987 et du 12 juin 2001.

La loi n° 87-1133 du 31 décembre 1987 ([N° Lexbase : L3749IZU](#)), votée à la suite des demandes de censure de l'ouvrage "suicide : mode d'emploi", a introduit les articles 223-13 ([N° Lexbase : L9689IEL](#)), 223-14 ([N° Lexbase : L2262AMQ](#)), 223-15 ([N° Lexbase : L2073AMQ](#)) et 223-15-1 ([N° Lexbase : L2161IER](#)). Quant à la loi n° 2001-504 du 12 juin 2001 ([N° Lexbase : L0266G8D](#)), intervenue également dans des conditions très médiatisées, à la suite du drame de la secte de l'Ordre du temple solaire, elle tend à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'Homme et aux libertés fondamentales, à travers l'introduction de l'article 223-15-2 ([N° Lexbase : L2214IEQ](#)), qui sanctionne l'abus de faiblesse. Ces différentes dispositions peuvent être invoquées dans le cadre de la fin de vie, mais ne sont pas adaptées à une action dans le cadre de l'euthanasie. De surcroît, le terme de provocation ne connaît aucune définition en droit positif.

Dans ces conditions, le juge, confronté à la question de l'aide au suicide ou de l'euthanasie, se trouve face à un

vide législatif. Il ne peut donc que recourir à des textes d'ordre général afin de tenter d'y faire entrer les crimes d'euthanasie ou d'assistance au suicide. Force est de constater que l'euthanasie ou l'assistance au suicide relèvent de textes mal adaptés mais néanmoins appliqués.

En tout état de cause, l'incertitude qui pèse de fait sur la personne qui vient en aide à un proche ou à un patient désirant mettre fin à sa vie, est particulièrement inquiétante, même si la jurisprudence témoigne de l'absence de suites.

L'article 16 du Code civil (N° Lexbase : [L1687AB4](#)), issu de la loi de 1994 (loi n° 94-630 du 25 juillet 1994, première loi encadrant le droit biomédical et ayant posé les grands principes relatifs au corps humain), dispose que le corps humain est inviolable. Ce principe d'inviolabilité du corps humain connaît une exception inscrite à l'article 16-3 (N° Lexbase : [L6862GTC](#)), selon laquelle il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Il en résulte que la personne qui porte atteinte à l'intégrité physique d'autrui, dans d'autres conditions que celles de l'article 16-3, commet un crime qui, selon ses circonstances, pourra être qualifié d'empoisonnement ou d'homicide volontaire, peu important que l'auteur du crime ait agi sur demande de la personne et quels que soient les mobiles de l'auteur.

— *Fondements de l'action intentée contre la personne ayant pratiqué un acte d'euthanasie ou d'assistance au suicide*

Le premier fondement est le crime ; de même, la tentative et la complicité de crime sont punissables.

Ainsi, tout d'abord, le meurtre (C. pén., art. 221-1 N° Lexbase : [L2260AMN](#)), c'est-à-dire le fait de donner volontairement la mort, puni de 30 ans de réclusion criminelle.

Ensuite, les circonstances aggravantes : le meurtre commis avec préméditation (C. pén., art. 221-3 N° Lexbase : [L3256IQN](#)), ce qui est souvent le cas en matière d'euthanasie ; meurtre sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur (C. pén., art. 221-4 N° Lexbase : [L8825ITZ](#)).

— *Quelques affaires qualifiées de crime*

En janvier 2003, Morten Jensen, ayant augmenté les doses de morphine et de produit antalgique à son épouse atteinte d'un cancer généralisé, a été jugé pour homicide volontaire devant la cour d'Angers, et fut relaxé en 2006. L'avocat général n'avait requis qu'une peine de 2 ans avec sursis, ce qui était symbolique relativement à la peine encourue de 30 ans.

Le 24 octobre 2006, Léonie Crevel, âgée de 80 ans, a été condamnée à 2 ans de prison avec sursis pour le meurtre de sa fille âgée de 44 ans, lourdement handicapée et souffrant de terribles crises d'épilepsie.

Le 16 décembre 2008, après avoir été acquitté une première fois par la cour d'assises du Val d'Oise, Lydie Debaine, a été condamnée par la cour d'appel de Versailles à deux ans de prison avec sursis, pour le meurtre avec préméditation de sa fille de 27 ans lourdement handicapée, physiquement et mentalement.

Dans l'affaire de Vincent Humbert, la mère de celui-ci lui avait administré une substance potentiellement létale, qu'elle s'était procurée en Suisse, afin de répondre à la demande de son fils qui voulait mettre fin à ses jours et qui n'était pas en mesure de se suicider. Le docteur Chaussoy, après l'avoir réanimé, a décidé, en accord avec l'équipe médicale et la famille, de mettre fin au traitement, et afin de mettre fin à son agonie, lui a administré une substance létale. Le 13 janvier 2004, le docteur Chaussoy a été mis en examen pour empoisonnement avec préméditation. Le 27 février 2006, ce médecin a bénéficié d'un non-lieu fondé sur la contrainte visée à l'article 122-2 du Code pénal (N° Lexbase : [L2167AM9](#)).

Au mois de mars 2007, Laurence Trémois, médecin, et Chantal Chanel, infirmière, ont été renvoyées devant la cour d'assises de Dordogne pour empoisonnement et complicité d'empoisonnement. Le 15 mars 2007, la cour d'assises a condamné le médecin à un mois d'emprisonnement avec sursis, et a acquitté l'infirmière.

Le 30 mai 2007, la cour d'assises du Lot a suivi les réquisitions du procureur général et a condamné Corinne Teyssedou, jugée pour meurtre sur une personne particulièrement vulnérable, à cinq ans de prison avec sursis pour avoir étouffé son fils de 4 ans tétraplégique de naissance.

Enfin, le 12 août 2012, Nicolas Bonnemaïson, médecin urgentiste, a été mis en examen pour empoisonnement de

plusieurs malades en fin de vie. Il a, depuis, été renvoyé devant la cour d'assises des Pyrénées pour 7 empoisonnements de personnes en fin de vie. Selon Valérie Depadt-Sebag, cette affaire est différente des autres cas évoqués, dans le mesure où les actes ont été répétés.

— Quelques affaires qualifiées de délit

En 1997, la Cour de cassation a été saisie d'un pourvoi relatif à un médecin ayant réalisé une euthanasie en réanimation et a retenu la qualification d'homicide involontaire, délit prévu par l'article 221-6 du Code pénal (N° Lexbase : L3402IQ3) (Cass. crim., 19 février 1997, n° 96-82.377 N° Lexbase : A1200ACG).

Le TGI de Boulogne-sur-Mer a retenu la qualification du délit d'administration de substances nuisibles, prévu par l'article 221-5 du Code pénal (N° Lexbase : L2127AMQ), à l'encontre de la mère de Vincent Humbert. Elle a également bénéficié d'un non-lieu fondé sur la contrainte.

La non-assistance en péril, souvent invoquée par la doctrine, s'avère inapplicable en matière d'euthanasie, l'euthanasie supposant une action quelconque, alors que la non-assistance à personne en danger relève d'un acte passif.

L'analyse de cette jurisprudence conduit à un double constat. D'une part, la volonté de clémence des juges est évidente et s'exerce selon deux moyens : le premier consiste à qualifier de délit des faits qui relèvent en réalité de la catégorie des crimes ; le second réside dans la minimisation des peines, les juges ramenant à une peine de sursis, des condamnations qui encourent jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle. De même, l'emploi de circonstances atténuantes comme la contrainte s'inscrit dans cette même tendance. D'autre part, les juges qui prononcent des peines, rappellent au législateur leur obligation d'appliquer la loi, renvoyant le législateur à ses responsabilités.

Par ailleurs, les décisions rendues marquent les difficultés que présente le recours au juge : les délais sont longs, et parfois très longs, entre la mise en examen et la décision définitive. Même si la peine finalement prononcée est minime, l'on ne peut pas se satisfaire d'un procès, nécessairement très lourd et incontournable en l'état actuel du droit. Par ailleurs, force est de constater que les qualifications juridiques diffèrent d'une juridiction à l'autre, pour des faits similaires, ce qui présente le risque d'insécurité juridique, lié notamment au fait que les juges ne disposent pas d'un droit précis en la matière.

Une solution pourrait être trouvée dans la technique des circulaires ministérielles, par lesquelles le ministre de la Justice pourrait ordonner aux procureurs de la République de ne pas poursuivre. Mais quoi qu'il en soit, le non-lieu n'évite pas la mise en examen. Et il ne serait pas satisfaisant de déléguer au ministre de la Justice le rôle du législateur.

A la suite du décès de Chantal Sébire en 2008, dont la demande d'euthanasie avait été rejetée par la justice, la loi de 2005 a été dénoncée comme insuffisante. Le Premier ministre François Fillon a alors confié à Jean Léonetti le soin de procéder à une mission d'évaluation de la mise en œuvre de cette loi. Le rapport d'évaluation a été rendu au Premier ministre le 2 décembre 2008 a réaffirmé l'exclusion de la reconnaissance d'un droit à la mort, refusant ainsi toute légalisation de l'euthanasie active ; mais ce rapport conclut également que la loi de 2005 est à la fois méconnue et mal appliquée. C'est dans ce contexte qu'a été créée une Commission de réflexion sur la fin de vie.

III — Conclusions de la Commission "Sicard"

Une mission de concertation sur la fin de vie a été confiée, le 17 juillet 2012, au Professeur Sicard par le Président de la République. Ce rapport, intitulé "*Penser solidairement la fin de vie*" a été remis le 18 décembre 2012 au Président de la République. L'objet de cette mission était d'élaborer une évaluation de l'application de la loi de 2005, dans le cadre d'une réflexion pluraliste et pluridisciplinaire sur la fin de vie, et de procéder à une comparaison internationale des pratiques. Les travaux de cette commission ont notamment consisté à recueillir la parole des personnes, par le biais de forums publics, et de sondages.

Ces travaux ont montré une tension très forte entre une médecine technicienne performante et la revendication d'une plus grande autonomie de la part des patients. Il ressort que 80 % de la population française est favorable à la légalisation de l'euthanasie, ce qui est considérable. A également été ressenti le sentiment de réification des Français dans la période de fin de vie, exprimant le sentiment d'abandon face à la mort, tant par la médecine que par les pouvoirs publics. La mort constitue ainsi encore un sujet tabou, non exprimé, en dehors de circonstances exceptionnelles. Ces forums ont également permis d'identifier le problème que pose aux Français l'effacement de la notion de mort naturelle ; de même, est apparu le problème de se considérer comme une charge inutile et coûteuse, tant pour leurs proches, que pour la société, le concept de mort sociale venant précéder celui de mort cérébrale.

On s'est aperçu que la vision utilitariste de la vie est prédominante pour définir la valeur de la vie ; une mort de survenue rapide est en effet encouragée. Enfin, a été évoquée la peur de se retrouver exclu, au sein des EHPAD (établissements hospitaliers pour les personnes dépendantes).

L'attente des Français réside donc très fortement dans le fait de pouvoir bénéficier des soins palliatifs.

Les sondages réalisés ont mis en avant une grande méconnaissance de la législation actuelle, et notamment sur l'interdiction de l'obstination déraisonnable et le droit de refuser les traitements. Ils font également état d'une forte demande de légalisation de l'euthanasie et les demandes d'arrêt de traitements vitaux se partagent équitablement entre demande d'euthanasie, demande de sédation profonde, et demande d'assistance au suicide. Il apparaît également que solliciter la mort pour autrui est exprimé bien plus rarement que la demande pour soi. La nécessité d'aménager la loi a été loin de faire l'unanimité chez les personnes interrogées, même si la situation actuelle n'apparaît pas satisfaisante. Le processus collégial est revendiqué, et perçu comme une solution permanente permettant de l'isolement.

Du côté des institutions, on constate un cloisonnement très fort entre l'approche biomédicale et l'approche médico-sociale. Le rapport dénonce une indifférence des institutions au laisser-mourir, et notamment dans le milieu carcéral.

Du point de vue économique, et en particulier des inégalités socio-économiques, les conditions de la mort sont l'une des conséquences les plus importantes des inégalités sociales ; et ces différences ne sauraient être compensées par une attitude spécifique vis-à-vis des plus précaires au seul moment de la mort. A cet égard, les pratiques étrangères ne donnent pas l'impression que les facteurs économiques ont une importance prioritaire dans une demande d'euthanasie. Par ailleurs, on peut remarquer une différence notable entre les ressources allouées à la médecine curative et les soins palliatifs, dont l'efficacité médico-économique est constamment remise en question. L'ambition de réduction des coûts conduit à des arbitrages qui peuvent être contestables.

Il apparaît encore que la médecine, si elle s'intéresse à la maladie, cesse de s'intéresser aux malades lorsqu'ils cessent de faire l'objet de soins curatifs. Par ailleurs, la douleur psychique est encore très insuffisamment prise en charge par la médecine. Il faut relever également que les soins palliatifs ne devraient pas intervenir qu'à la fin des soins curatifs et devraient être associés aux autres soins. L'un des objectifs du rapport est ainsi d'anticiper la fin de la vie, et surtout de nuancer cette opposition entre les soins palliatifs et les soins curatifs, ce qui passe par le développement d'une culture palliative. Parmi les difficultés rencontrées par la médecine, l'usage des directives anticipées reste trop dérisoire, par méconnaissance de ces règles par les médecins, ou encore par doute de leur vraie valeur au regard des autres éléments à prendre en compte.