

CONFERENCE DEBAT

MARDI 16 MAI 2017, 19H00

À LA FACULTÉ DE DROIT, D'ÉCONOMIE ET
DE GESTION DE L'UNIVERSITÉ D'ANGERS

DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CODE PÉNAL :

*Mise en perspective des
questions juridiques et pratiques
liées au traitement judiciaire
d'une affaire de fin de vie*

O.TCHERKESOFF AVOCAT GÉNÉRAL PRÈS LA COUR D'APPEL D'ANGERS

centrejeanbodin.univ-angers.fr



université
angers

FACULTÉ DE DROIT,
D'ÉCONOMIE
ET DE GESTION

CENTRE JEAN BODIN

Recherche juridique
et politique



UN CHOC ENTRE DEUX CODES

O.TCHERKESOFF AVOCAT GÉNÉRAL PRÈS LA COUR D'APPEL D'ANGERS

centrejeanbodin.univ-angers.fr



université
angers

FACULTÉ DE DROIT,
D'ÉCONOMIE
ET DE GESTION

CENTRE JEAN BODIN

Recherche juridique
et politique



UN CHOC ENTRE DEUX CODES

Le code pénal

Le code de la
santé
publique

O.TCHERKESOFF AVOCAT GÉNÉRAL PRÈS LA COUR D'APPEL D'ANGERS

centrejeanbodin.univ-angers.fr



FAÇULTÉ DE DROIT,
D'ÉCONOMIE
ET DE GESTION

CENTRE JEAN BODIN
Recherche juridique
et politique



LES NOTIONS PÉNALES

L'INFRACTION

Emploi ou
administration de
substances de
nature à entraîner
la mort...

ELÉMENTS CONSTITUTIFS

L'élément matériel

L'élément moral
(intentionnel)

L'ÉLÉMENT MATÉRIEL

Acte réalisé en lui-même

Emploi ou administration d'une substance ayant un caractère mortel

Soit intrinsèquement

Soit du fait d'un usage ou d'un dosage entraînant le décès

L'ÉLÉMENT MORAL OU INTENTIONNEL

Il se décompose en
deux éléments

L'emploi en toute
connaissance de
cause de la
substance que
l'on sait mortelle

Avec pour but de
donner la mort

Pour ne pas être punissable la mort
doit survenir naturellement et
non de manière forcée quel que
soit l'instant ou elle survient

L'ÉLÉMENT INTENTIONNEL OU MORAL

Comment faire ?

Impossible de rentrer dans la conscience de celui qui agit....

Examen objectif des circonstances accompagnant ou entourant l'usage du produit

- ▶ Soit intrinsèquement mortel
- ▶ Soit de l'usage ou du dosage qui en est fait

afin d'éclairer l'objectif mortifère

NE PAS CONFONDRE INTENTION ET MOBILE

L'intention

C'est le fait d'agir volontairement, en connaissance de cause et d'effet

Le mobile

louable ou non est indifférent

C'est-à-dire qu'il ne retire pas à l'acte son caractère intentionnel

LE MOBILE

Peu importe de savoir si l'on a agi par compassion, par aveuglement, par passion, par espoir de gain, ou encore pour abrégé les souffrances , ou pour offrir aux yeux de ceux qui restent une mort présentable.... ou par identification du patient en s'auto persuadant que l'on fait le bien.

LE MOBILE

L'empoisonnement par pitié, par compassion ou par amour ou tout autre motif pouvant apparaître louable

N'en est pas moins , juridiquement intentionnel

que l'empoisonnement par vengeance, par jalousie ou par cupidité.

Par contre on doit en tenir compte pour déterminer la peine.

LE FAIT JUSTIFICATIF

Article 122-4 du code pénal

N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires.

LE FAIT JUSTIFICATIF

C'est une autorisation à agir prévue par la loi ou par le règlement

C'est-à-dire un acte prescrit ou autorisé par les dispositions législatives ou réglementaires

Comme il s'agit d'une exception, la réunion des éléments de nature à entraîner l'exonération de responsabilité pénale doit être certaine.

LE FAIT JUSTIFICATIF

Quand il est invoqué, c'est à celui qui s'en prévaut d'en faire la démonstration.

C'est un renversement de la charge de la preuve.

Je dois prouver que j'ai bien agi conformément et selon les modalités propres à l'autorisation donnée.

LE FAIT JUSTIFICATIF

La preuve peut en être rapportée simplement dès lors que l'on a respecté les prescriptions.

Il y en a trois qui pour tous soins (pas seulement palliatifs) s'imposent au médecin.

LE FAIT JUSTIFICATIF

1/ La traçabilité de l'acte par une inscription obligatoire au dossier du patient

ARTICLE R 4127-45 DU CODE DE LA SANTE

PUBLIQUE (ARTICLE 45 DU CODE DE DEONTOLOGIE - EXTRAIT)

- I. — Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

LE FAIT JUSTIFICATIF

2/ La conformité des prescriptions:

- Aux limites fixées par la loi
- Aux données acquises de la science ou connaissances médicales avérées

ARTICLE R 4127-8 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 8 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles

ARTICLE R 4127-32 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 32 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

LE FAIT JUSTIFICATIF

Les données acquises de la science se traduisent, principalement, en jurisprudence par la référence aux recommandations de bonnes pratiques telles que celles formalisées par les sociétés médicales dans le cadre de conférences de consensus

LE FAIT JUSTIFICATIF

3/ La recherche du consentement du malade

ARTICLE R 4127-36 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 36 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42.

ARTICLE R 4127-42 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 42 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

ARTICLE R 4127-37-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-1 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

- I.- Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimée par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans les cas prévus aux II et III du présent article.
- II.- En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale.

ARTICLE R 4127-37-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-1 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

III.- Si le médecin en charge du patient juge les directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le refus de les appliquer ne peut être décidé qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1111-11. Pour ce faire, le médecin recueille l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

IV.- En cas de refus d'application des directives anticipées, la décision est motivée. Les témoignages et avis recueillis ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille ou l'un des proches du patient est informé de la décision de refus d'application des directives anticipées.

ARTICLE R 4127-37-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-2 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

I. - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et dans le respect des directives anticipées et, en leur absence, après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

II. - Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

ARTICLE R 4127-37-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-2 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

III. - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de 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 recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

ARTICLE R 4127-37-2 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-2 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

IV. - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

ARTICLE R 4127-37-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-3 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

I.- A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'issue d'une procédure collégiale, telle que définie au III de l'article R. 4127-37-2, dont l'objet est de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies.

Le recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue telle que définie au premier alinéa, ou son refus, est motivé. Les motifs du recours ou non à cette sédation sont inscrits dans le dossier du patient, qui en est informé.

ARTICLE R 4127-37-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-3 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

II.- Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable, en application des articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 et dans les conditions prévues à l'article R. 4127-37-2, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

ARTICLE R 4127-37-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37-3 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

Le recours à une sédation profonde et continue, ainsi définie, doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2.

En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

Le recours à une sédation profonde et continue est motivé. La volonté du patient exprimée dans les directives anticipées ou, en l'absence de celles-ci, le témoignage de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé des motifs du recours à la sédation profonde et continue.

DÉONTOLOGIE, QUELQUES REGLES SUPPLEMENTAIRES

ARTICLE R 4127-37 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 37 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

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 et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

ARTICLE R 4127-38 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (ARTICLE 38 DU CODE DE DÉONTOLOGIE)

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

LE FAIT JUSTIFICATIF

Il y a renversement de la charge de la preuve!

LES NOTIONS MÉDICALES

Le code de la santé publique contient plusieurs dispositions qui encadrent l'action du médecin confronté à un patient en fin de vie.

Elles ont évolué avec la loi du 2 février 2016.

Le décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 est venu les préciser.

Elles constituent autant de faits justificatifs auxquels il convient de rester attentif...

LES NOTIONS MÉDICALES

Comme une sorte de check-list à laquelle le médecin et le personnel soignant peuvent se référer

Au même titre que le juriste en cas de mise en cause de la responsabilité.

LES NOTIONS MÉDICALES

Le principe du droit aux soins en faveur des malades et des personnes en fin de vie

est réaffirmé à 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, **sur l'ensemble du territoire**, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire **et le meilleur apaisement possible de la souffrance** au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation **ou de traitements** et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. **Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.**

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

L'ANCIEN ARTICLE L1110-5 DU CSP (LOI DU 22 AVRIL 2005)

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.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

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. 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, sans préjudice des dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. **La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.**

LES NOTIONS MÉDICALES

Le principe du droit aux soins en faveur des malades et des personnes en fin de vie

- ▶ Ajout du mot « traitement » avant celui de « soins »
- ▶ Affirmation du droit de chacun à une mort digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance
- ▶ Obligation de mise en œuvre impliquant tous les professionnels de santé
- ▶ Renvoi des dispositions sur l'obstination déraisonnable à un autre article (L1110-5-1 du CSP)
- ▶ La notion de « double effet » (effet secondaire) disparaît, mais on retrouve dans le nouvel article L 1110-5-3 du CSP, celle de « traitements analgésiques et sédatifs pouvant avoir pour effet d'abrégé la vie »

LES NOTIONS MÉDICALES

L'article L 1110-5-1 du code de la santé publique, sur l'obstination déraisonnable et la LAT:

Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.

Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

LES NOTIONS MÉDICALES

Les traitement analgésiques et sédatifs pouvant avoir effet d'abréger la vie

(remplace la notion de traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger la vie)

- ▶ **le caractère facultatif est maintenu**
- ▶ **la prise en compte de la volonté du patient**
- ▶ **le principe de la collégialité est introduit dans la loi qui renvoie au décret pour les modalités pratiques**
- ▶ **hydratation et nutrition sont des traitements**

LA PROCÉDURE COLLÉGIALE (ARTICLE R 4127-37-2 DU CSP)

I.- La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

II.- Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

III.- La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de 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 recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

IV.- La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est . La de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Nouvel article L 1111-11 du code de la santé publique

- ▶ expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie
- ▶ contraignantes car s'imposant au médecin
- ▶ qui ne peut y déroger que si elles sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale
- ▶ une procédure collégiale pour y déroger (voir R 4127-37-1 du CSP)
- ▶ inscrite au dossier médical

L 1111-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE 1/3

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

L 1111-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE 2/3

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

L 1111-11 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE 3/3

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

L 1111-12 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

R 4127-37-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

I. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimée par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans les cas prévus aux II et III du présent article.

II. En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale.

III. Si le médecin en charge du patient juge les directives anticipées **manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale**, le refus de les appliquer ne peut être décidé qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1111-11. Pour ce faire, le médecin recueille **l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.**

IV. En cas de refus d'application des directives anticipées, la décision est motivée. Les témoignages et avis recueillis ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille ou l'un des proches du patient est **informé de la décision** de refus d'application des directives anticipées.

LA CRÉATION D'UN DROIT A LA SÉDATION

(ARTICLE L 1110-5-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

- ▶ **Sédation profonde et continue**
- ▶ **provoquant une altération de la conscience**
- ▶ **maintenue jusqu'au décès**
- ▶ **associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie**

LA CRÉATION D'UN DROIT À LA SÉDATION À LA DEMANDE DU PATIENT (ARTICLES L1110-5-2 ALINÉA 1 ET R 4127-37-3 DU CSP)

- ▶ **Demande du patient**
- ▶ **Eviter toute souffrance et ne pas subir d'obstination déraisonnable**
- ▶ **Mise en œuvre dans deux cas:**
 - **affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, en présentant une souffrance réfractaire aux traitements**
 - **si la décision du patient d'arrêter le traitement engage à court terme le pronostic vital et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable**
- ▶ **la sédation est mise en œuvre**
- ▶ **Inscription au dossier médical du patient, qui est informé**

**LA CRÉATION D'UN DROIT À LA SÉDATION SI LE PATIENT NE PEUT
EXPRIMER SA VOLONTÉ** (ARTICLES L1110-5-2 ALINÉA 2 ET R 4127-37-3 DU CSP)

- ▶ **En cas de décision d'arrêt de traitement de maintien en vie (LAT) au titre du refus de l'obstination déraisonnable**
- ▶ **Même si la souffrance ne peut être évaluée du fait de l'état cérébral**
- ▶ **En l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées**
- ▶ **En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille le témoignage de la volonté du patient** (personne de confiance, famille, un des proches)
- ▶ **Procédure collégiale définie par voie réglementaire (R 4127-37-2 du CSP)**
- ▶ **Permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application de la loi sont remplies**
- ▶ **Le recours à la sédation profonde et continue est motivé**
- ▶ **Tout est inscrit au dossier médical du patient , et la personne de confiance ou autre est informée**

ARTICLE L 1110-5-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ALINEA 1:

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

- 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

ARTICLE L 1110-5-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ALINEA 2:

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.

ARTICLE R 4127-37-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 1/3

- I. A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'issue d'une procédure collégiale, telle que définie au III de l'article R. 4127-37-2, dont l'objet est de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies.

Le recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue telle que définie au premier alinéa, ou son refus, est motivé. Les motifs du recours ou non à cette sédation sont inscrits dans le dossier du patient, qui en est informé.

ARTICLE R 4127-37-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 2/3

II. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable, en application des articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 et dans les conditions prévues au présent article, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

Le recours à une sédation profonde et continue, ainsi définie, doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2.

En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

ARTICLE R 4127-37-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 3/3

Le recours à une sédation profonde et continue est motivé. La volonté du patient exprimée dans les directives anticipées ou, en l'absence de celles-ci, le témoignage de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé des motifs du recours à la sédation profonde et continue

ARTICLE R 4127-37-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

I. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

ARTICLE R 4127-37-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

II. Le médecin en charge du patient **peut** engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il **est tenu de le faire** à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

ARTICLE R 4127-37-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

III. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est **prise par le médecin en charge du patient** à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de 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 recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

ARTICLE R 4127-37-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

IV. La **décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée**. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision

LA SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE

Au titre des faits justificatifs, on retiendra:

- ▶ **Les cas spécifiques et précis de mise en œuvre**
- ▶ **Le devoir d'information multiforme incombant au médecin**
- ▶ **L'importance des directives anticipées (ou de leur absence)**
- ▶ **S'il y a lieu, la mise en œuvre de la procédure collégiale et ses modalités**
- ▶ **La décision prise par le médecin en charge du patient**
- ▶ **La motivation écrite et la complète traçabilité des consultations, des vérifications préalables et de la décision au dossier médical du patient**

LES TRAITEMENTS ANALGÉSIFIQUES ET SÉDATIFS LIÉS À LA SOUFFRANCE RÉFRACTAIRE (ARTICLE L 1110-5-3 DU CSP)

- ▶ Affirme le droit aux traitements et soins visant à soulager la souffrance
- ▶ laquelle doit être prévenue, prise en compte et constamment évaluée et traitée
- ▶ La responsabilité du médecin dans la mise en place de l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale
- ▶ même s'ils peuvent avoir pour effet d'abrèger la vie
- ▶ Le devoir d'information au malade (ou personne de confiance...)
- ▶ L'inscription au dossier médical
- ▶ L'information sur la prise en charge à domicile

ARTICLE L 1110-5-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée.

Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet.

TRAITEMENT SÉDATIF ET ANTALGIQUE/SÉDATION

Deux régimes:

1/ celui de l'article L1110-5-2 du CSP:

Sédation profonde , associée à une analgésie et maintenue jusqu'au décès, dans le cadre de l'arrêt de traitement. Elle est voulue par le patient ou possible pour le patient n'exprimant pas sa volonté sous conditions.

2/ celui de l'article L 1110-5-3 du CSP:

Traitements sédatifs et analgésiques pour répondre aux souffrances réfractaires du malade mis en place par le médecin même s'ils peuvent avoir pour effet d'abrégé la vie.

UNE CHECK LIST ?

La traçabilité de principe de tout acte médical

La conformité des prescriptions aux limites fixées par la loi

La conformité aux données acquises de la science ou connaissances médicales avérées

Les conditions de mise en œuvre

La volonté du patient qui peut s'imposer et l'information qui lui est due

La collégialité inscrite dans la loi

Le rôle de l'équipe soignante

Les notions médicales spécifiques, comme celle de souffrances réfractaires

Sont autant d'éléments qui pourront être examinés sous l'angle du fait justificatif en cas de mise en cause de la responsabilité

POUR MÉMOIRE....

QUELQUES DÉFINITIONS OU NOTIONS QUI ONT FAIT DÉBAT

LA DÉFINITION DES SOUFFRANCES RÉFRAC TAIRE PAR LA SFSP

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SOINS PALLIATIFS

« *Est défini réfractaire tout symptôme dont la perception est insupportable et qui ne peut être soulagé en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté sans compromettre la conscience du patient*».

LA DÉFINITION DE LA SÉDATION PAR LA SFSP À L'ÉPOQUE DE LA LOI DE 2005

« La sédation consiste en une «utilisation de traitements médicamenteux sédatifs afin de soulager une souffrance intolérable due à des symptômes réfractaires par une réduction de l'état de conscience du patient». »

« La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. »

Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté.

La sédation est une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience qui peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue. »

LA TEMPORALITÉ SELON LA SFAP À L'ÉPOQUE DE LA LOI DE 2005

La temporalité est essentielle à un double titre :

- sur le plan éthique et légal, chez un patient en fin de vie suite à une décision de LATA, il y a un fort risque à ce que la sédation soit utilisée pour provoquer délibérément la mort, risque majoré par la souffrance des proches et/ou des soignants qui peuvent exprimer le souhait que « les choses aillent vite » pour ne pas ajouter la souffrance de l'attente à celle de la perte.
- « L'incertitude pour tous sur la durée de l'agonie et sur le moment même du décès atteste que la mort est le résultat d'un processus naturel prévisible dans son issue mais non dans son déroulement, qui reste hors de maîtrise humaine. La mort doit survenir « du fait des choses » et non « du fait de l'homme ».

Sur le plan psychologique, les temps de la délibération, puis de la décision de LATA, puis de l'agonie sont des temps vécus dans la souffrance (souffrance des ambivalences, des incertitudes, du doute, du déni, de la révolte, etc.) pour les proches et les soignants.

Mais ce sont des temps de cheminement, de maturation, permettant aux questions d'être posées, aux incertitudes d'être exprimées, au chagrin de se dire ; c'est le temps de l'engagement d'un travail de perte. Ce temps de souffrance est incontournable, inévitable, « inoccultable ».

LE RÔLE DES INFIRMIERS

R4311-2 du code de la santé publique:

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. [...] Ils ont pour objet [...] :

- 1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des **soins palliatifs**, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage

LE RÔLE DES INFIRMIERS

R4311-5 du code de la santé publique:

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants [...] :

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur.

LE RÔLE DES INFIRMIERS

R4312-29 du code de la santé publique (rédaction antérieure au 25/11/2016)

« L'infirmier applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés.

Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise.

Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. [...]

LE RÔLE DES INFIRMIERS

R4312-42 du code de la santé publique (rédaction décret n° 2016-1605 du 25/11/2016)

«L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée.

Il demande au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée.

En cas d'impossibilité de vérification et de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié ».

LE RÔLE DES INFIRMIERS

R4312-41 du code de la santé publique (rédaction décret n° 2016-1605 du 25/11/2016)

«L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge.».

LA TITRATION SELON LA SFSP À L'ÉPOQUE DE LA LOI DE 2005

« Il faut insister ici sur la marge thérapeutique très importante de l'hypnovel selon un dosage qui peut varier de 1 à 10 selon les individus et qui commence par le pallier le plus bas possible, d'où l'évidente nécessité de la titration, c'est à dire du dosage très progressif ».

« Chez le sujet très âgé ou fragilisé, la titration débute par une injection de 1 mg toutes les 5 à 6 minutes jusqu'à l'obtention d'un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée.

Il est recommandé de noter, dans le dossier du patient, la dose totale qui a été nécessaire pour induire la sédation.

En cas de sédation continue.

L'entretien d'une sédation continue est fait en injectant une dose horaire, en perfusion continue, égale à 50 % de la dose qui a été nécessaire pour obtenir un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée, chez l'adulte.

LA TITRATION SELON LA SFSP À L'ÉPOQUE DE LA LOI DE 2005 (SUITE)

Evaluation de la sédation.

L'évaluation de la profondeur de la sédation se fait, chez l'adulte, toutes les 15 minutes pendant la première heure, puis au minimum 2 fois par jour

Il est recommandé, pendant toute la durée de la sédation, de maintenir une attention constante à la proportionnalité du traitement et à l'effet sédatif visé ».

UN CHOC ENTRE DEUX MONDES ?

MONDE MÉDICAL ET MONDE JUDICIAIRE

POURQUOI DES LOIS DANS UN CADRE AUSSI DÉLICAT QUE CELUI DE LA FIN DE VIE ?

- ▶ **Un colloque singulier entre le médecin et son patient ?**
- ▶ **Le caractère incomplet voire hypocrite de la loi de 2005 dite Léonetti... et celle du 2 février 2016.**
 - **Mettra t-elle fin aux reproches souvent entendus?**
- ▶ **Mais la loi est faite pour nous protéger:**
 - **des dérives précisément nées de l'absence de textes**
 - **des pratiques anciennes de l'époque des injections de chlorure de potassium ou tout autre cocktail lytique...**
 - **des risques de contournement de la loi quand elle existe**
- ▶ **Le rôle de la loi est toujours de fixer des gardes fous, des barrières, des protections, des interdits, d'autant plus nécessaire qu'il s'agit ici de la vie**
- ▶ **La loi protège le patient aussi bien que le médecin et le personnel soignant**
- ▶ **Le rôle de la justice est d'y veiller**

POURQUOI UNE CONFRONTATION AVEC LA JUSTICE?

- ▶ **Parce qu'il n'y a pas de droit sans juge, c'est à dire de règle de droit édictée par la société sans juge chargé de son application**
- ▶ **La mission du juge est de vérifier , particulièrement dans les cas limites, les conditions de son application**
- ▶ **La société ne peut s'en remettre à l'appréciation de la seule conscience de la personne concernée, même d'un médecin qui a prêté serment parce qu'il ne peut à la fois être juge et partie, surtout dans les situations les plus délicates**
- ▶ **Parler d'acharnement judiciaire, d'obstination judiciaire déraisonnable n'a pas de sens dans ce contexte**

JE VOUS REMERCIE DE
VOTRE ATTENTION

O.TCHERKESOFF AVOCAT GÉNÉRAL PRÈS LA COUR D'APPEL D'ANGERS

centrejeanbodin.univ-angers.fr



université
angers

FACULTÉ DE DROIT,
D'ÉCONOMIE
ET DE GESTION

CENTRE JEAN BODIN
Recherche juridique
et politique

