

Lorsque la poursuite des soins de réanimation d'un patient constitue une obstination déraisonnable

Lire les commentaires de :

Mailys Tetu

Une mise en lumière du pouvoir du médecin sur la fin de vie des patients

DÉCISION DE JUSTICE

TA Lyon, ordonnance des juges des référés – N° 1607855 – 09 novembre 2016 – C [↗](#)

INDEX

Mots-clés

Interruption des soins, Obstination déraisonnable, L.1110-5 et L.1110-5-1 du code de la santé publique, R.4127-37-2 du code de la santé publique, Référé-liberté, Fin de vie, Droits des patients

Rubriques

Santé publique, Libertés fondamentales, Responsabilité

Résumé Note universitaire

Résumé

¹ Demande de suspension de l'exécution d'une décision d'une équipe soignante d'interrompre des soins de réanimation sur un patient dans un coma profond -La poursuite des soins aurait caractérisé une obstination déraisonnable

² 1° Régularité de la procédure - notion de directives anticipées en l'absence de volonté du patient exprimée antérieurement - en l'espèce, non -

³ Ni le souhait du patient d'être transféré, depuis l'étranger, dans un hôpital en France, ni ses convictions religieuses ne sauraient être interprétés comme une directive anticipée, au sens des dispositions de l'article R4127-37-2 du code de la santé publique, d'être maintenu artificiellement en vie. Par suite, la famille n'est pas fondée à soutenir que la volonté du patient serait que les soins qui lui sont délivrés depuis son admission en service de réanimation soient poursuivis et, en l'absence de directive anticipée, la procédure collégiale de limiter les soins pouvait être engagée.

⁴ 2° Caractère contraignant de la volonté de la famille - non

⁵ L'équipe médicale, n'étant pas tenue de se conformer à l'avis de la famille, la décision est intervenue au terme d'une procédure régulière, dès lors que l'ensemble des formalités prévues à l'article R4127-37-2 du code de la santé publique a été accompli.

⁶ 3° Notion d'obstination déraisonnable, au sens des dispositions de l'article L1110-5-1 du code de la santé publique - en l'espèce, oui

⁷ Le patient est dans un coma profond depuis cinq semaines, sans possibilité de communiquer avec son environnement, le cortex et les noyaux gris centraux étant atteints de lésions importantes. Il présente des épisodes convulsifs et des signes montrant que les soins pratiqués sont douloureux. Un réveil ne peut être exclu, dans un délai indéterminé avec une probabilité très élevée de séquelles neurologiques lourdes. La poursuite de soins actifs et douloureux a donc pour seul effet de maintenir artificiellement le patient en vie, alors qu'en cas de retour, non exclu, mais très hypothétique, à un état de conscience, la vie de celui-ci serait affectée par des lésions majeures au caractère irréversible. La poursuite de ces soins doit donc être regardée comme constitutive d'une obstination déraisonnable au sens des dispositions de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

⁸ Les juges des référés, suffisamment éclairés par les pièces du dossier et par les échanges lors de l'audience, ont donc estimé qu'il n'était pas besoin de procéder à une expertise.

⁹ Cf. : - [CE, Assemblée, 14 février 2014, 375081 375090 375091, Mme L. et autres](#) - [CE Assemblée, 24 juin 2014, 375081 375090 375091, Mme L. et autres](#)

Note universitaire

Une mise en lumière du pouvoir du médecin sur la fin de vie des patients

Mailys Tetu

Doctorante contractuelle à l'Université Jean Moulin Lyon 3
Equipe de droit public de Lyon - Centre de droit constitutionnel

Autres ressources du même auteur



DOI : [10.35562/alyoda.6319](https://doi.org/10.35562/alyoda.6319)

¹ *Le juge des référés de Lyon n'a pas suspendu la décision d'un médecin d'arrêter les traitements d'un patient malgré l'opposition unanime formulée par la famille, au motif que la procédure collégiale était régulière et que les traitements administrés constituaient une obstination déraisonnable au regard des nouvelles dispositions du code de la santé publique. Ainsi, le témoignage de la famille du patient hors d'état d'exprimer sa volonté n'est-il pas considéré comme disposant d'un caractère contraignant. À défaut d'accorder une importance primordiale à la volonté du patient exprimée à travers le témoignage de la famille, le Tribunal administratif de Lyon réintroduit indirectement le pouvoir des médecins quant aux décisions relatives à la fin de vie des patients.*

² La situation particulière du malade hors d'état d'exprimer sa volonté met en lumière toute l'étendue du pouvoir des médecins face à la fin de vie. L'ère du paternalisme médical - que l'on pensait éteinte -, semble continuer à prévaloir sur une entière prise en compte des droits des patients.

³ Les dispositions législatives ne manquent pourtant pas lorsqu'il s'agit d'affirmer les droits des patients : droit au respect de la dignité du malade ([article L.1110-2 CSP](#)), droit au secret de sa vie privée et au secret des informations le concernant ([article L.1110-4 CSP](#)), droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés ([article L.1110-5 code de la santé publique](#)), droit au libre choix du praticien ([article L.1110-8 CSP](#)), droit d'accéder à des soins palliatifs ([article L.1110-9 CSP](#)), droit d'être informé sur son état de santé ([article L.1111-2 CSP](#)) . En outre, suite à l'affaire Lambert ([CE, 24 juin 2014, Mme F. ; I... et autres](#), n° 375081, n° 375090, n° 375091 ; v. note. *JCP G* 2014. 825, note Vialla (F.) ; *JCP A* 2014. Act. 539, Touzeil-Divina (M.)), le législateur est venu consolider cet état du droit, par l'adoption d'une loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, laquelle consacre le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ([article L.1110-5 alinéa 2 CSP](#)), mais aussi celui de recevoir des traitements et des

soins visant à soulager sa souffrance ([article L.1110-5-3 CSP](#)).

L'innovation de cette loi tient surtout à la consécration d'un droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement médical ([article L.1111-4 CSP](#)). Auparavant l'individu ne disposait d'aucune prérogative, de la sorte, il n'existait que des obligations, notamment de soins et de respecter de la volonté du patient, à la charge des professionnels de santé. Désormais, ces obligations ne sont plus considérées comme inhérentes à la fonction médicale, mais deviennent un corollaire des droits du patient. En d'autres termes, les droits du patient l'emportent désormais sur les pouvoirs du médecin, relégués au second rang.

4

La relation entre le patient et le médecin se voit par conséquent largement transformée : l'individualité du malade trouve dorénavant toute sa place dans le processus médical. Cette approche est toutefois renversée, en matière d'arrêt des traitements constitutifs d'une obstination déraisonnable, lorsque la personne, qui n'a pas rédigé de directives anticipées, n'est pas en état de pouvoir exprimer sa volonté. Le juge des référés lyonnais l'a ainsi souligné dans l'ordonnance du 9 novembre 2016, considérant que le témoignage de la famille du patient, censé éclairer la volonté de ce dernier, n'est qu'un avis auquel l'équipe médicale n'est pas tenue de se conformer ([TA Lyon ordonnance de référé - n° 1607855 - 9 novembre 2016 - Mme J et autres - C - ACP](#)).

5

De plus, après l'affaire Lambert, on espérait que soient apaisées les tensions relatives à l'arrêt des traitements susceptibles d'entraîner le décès du patient ; c'était sans compter les difficultés d'interprétation de la [loi n° 2016-87 du 26 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie](#) et de son [décret d'application n° 2016-1067 du 3 août 2016](#) concernant la procédure collégiale préalable à la décision de mettre un terme aux traitements susceptibles de constituer une obstination déraisonnable. Deux affaires parallèles, soumises aux juges des référés de Lyon ([TA ordonnance de référé, 9 novembre 2016, Mme J et autres, n° 1607855](#)) et de Marseille ([TA Marseille ordonnance de référé, 8 février 2017, Mme E., n° 1608830](#)) viennent raviver les tensions déjà exacerbées par l'affaire Lambert. La saisine du Conseil d'État d'un recours pour excès de pouvoir à l'encontre des dispositions de ce décret et le renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité attestent de l'absence de consensus autour de la procédure d'arrêt de traitement ([CE, 3 mars 2017, UNAFTC, n° 403944](#)) . L'affaire soumise au Tribunal administratif de Lyon reste toutefois particulière. Contrairement à la situation relevant du Tribunal administratif de Marseille ou à l'affaire Lambert, il ne s'agit pas d'une personne à l'aube de la vie (le Tribunal administratif de Marseille avait à connaître du cas d'une enfant d'un an souffrant de lésions cérébrales définitives à la suite d'une infection grave) ou qui a subi un accident

au faite de l'âge (affaire Lambert), mais bien d'une personne en situation que l'on peut qualifier de fin de vie, eu égard à son âge et à son état de santé.

6

En l'espèce, un homme âgé de 79 ans, M. J., est en état paucirelationnel depuis octobre 2016 à la suite d'un épisode d'hypoglycémie suivi d'un mal épileptique convulsif alors qu'il séjournait au Maroc. La famille de M. J. décide de le transférer dans un hôpital français, où il est accueilli dès le 7 octobre 2016. Toutefois, après que la famille a accepté une limitation des soins, elle est informée le 27 octobre de la décision du médecin de mettre un terme aux soins. Opposée à cette décision, elle engage une procédure de référé-liberté devant le Tribunal administratif de Lyon afin que soit suspendue la décision d'arrêt des soins. Il revient ainsi au juge des référés, statuant en formation collégiale, d'interpréter la portée des dispositions relatives à l'arrêt des traitements lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté. Le texte prévoit qu'une telle décision relève des pouvoirs du médecin après la mise en œuvre d'une procédure collégiale ([article L.1111-4 CSP](#)). Cette procédure est définie à l'article [R.4127-37-2](#) du code de la santé publique et suppose un processus en deux temps, lorsqu'aucune directive anticipée n'a été rédigée : le médecin doit rechercher le témoignage de la volonté exprimée par le patient auprès de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. Puis, il doit organiser une procédure collégiale qui prend la forme d'une concertation avec les membres de l'équipe de soins et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Le juge se trouve ici dans une position délicate face à un domaine technique spécifique : la médecine.

7

Plus largement, il s'agit ici de concilier la volonté du patient exprimée par l'intermédiaire d'une tierce personne et le pouvoir du médecin résultant de sa connaissance de l'état de santé dudit patient. Dans une perspective plus générale, c'est bien de l'équilibre entre les droits du patient et le pouvoir du médecin dont il est question. Car, au-delà de la nécessité, pour le juge, de rechercher si les traitements administrés au patient constituent une obstination déraisonnable au regard de l'âge du patient (I), l'affaire en cause, à l'instar de celle soumise au Tribunal administratif de Marseille puis au Conseil d'État ([CE, 8 mars 2017, Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, n° 408146](#)), suscite une interrogation sur la portée de l'obligation du médecin de recueillir le témoignage de la personne de confiance, ou, à défaut de la famille ou d'un proche (II). Finalement, cette décision met en évidence le rôle prééminent du médecin quant à la fin de vie des patient (III).

1 L'âge du patient : un élément décisif dans le contrôle du bien-fondé de la décision médicale

⁸ Si la décision *médicale*, de mettre un terme aux traitements lorsqu'ils constituent une obstination déraisonnable, témoigne de l'exercice d'un pouvoir particulier : celui de la médecine (Delvolvé (P.), « Glissements », *RFDA*, 2014, p. 702-703), elle n'en reste pas moins, lorsqu'il s'agit d'un praticien hospitalier, une décision *administrative* unilatérale (Truchet (D.), « L'affaire *Lambert* », *AJDA*, 2014, p. 1669).

⁹ Cette qualification implique que le juge administratif vérifie le bien-fondé de la décision prise par le médecin. En l'espèce, il lui revient de déterminer si les éléments médicaux mis en évidence lors de l'instruction permettent de caractériser les traitements administrés à M. J comme constituant une obstination déraisonnable. Celle-ci, désormais définie par le code de la santé publique, correspond aux actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins inutiles, disproportionnés qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ([article L.1110-5 CSP](#)) . À cet égard, les juges des référés notent que le patient est dans « *un état pauci-relationnel, sans possibilité de communiquer avec son environnement* », et même s'il « *ouvre les yeux spontanément* », il ne « *répond à aucun ordre simple, présente une réactivité non orientée à la douleur et n'a pas de motricité spontanée* ». Par ailleurs, les traitements dont il bénéficie ne laissent pas envisager une amélioration : des épisodes convulsifs persistent. L'instruction révèle, en outre, que même si le patient est dans un coma réversible, le réveil reste « *très hypothétique* » et pourrait entraîner, avec « *une probabilité très élevée* » des « *séquelles neurologiques lourdes* ». Enfin, les soins dont il bénéficie sont douloureux et le soumettent à « *des risques de complication, notamment à des infections respiratoires et à des escarres qui peuvent elles-mêmes provoquer des douleurs et des infections* ». À partir de l'ensemble de ces éléments, le Tribunal administratif de Lyon en déduit que « *la poursuite de ces soins doit (...) être regardée comme constitutive d'une obstination déraisonnable* ».

¹⁰ Les juges des référés omettent toutefois d'examiner l'ensemble des éléments médicaux déterminants et relevés par le Conseil d'État dans sa décision relative à l'affaire Lambert ([CE, 24 juin 2014, préc.](#)) . Ce dernier a estimé, en effet, que les éléments médicaux à prendre en considération pour qualifier un traitement d'obstination déraisonnable, « *doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysée collégalement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique* » (nous soulignons). Or, seuls les éléments relatifs à l'état actuel du patient, à sa souffrance ainsi qu'au pronostic clinique sont analysés par les

juges lyonnais, qui écartent, d'ailleurs, la demande de la famille de réaliser une expertise sur l'état médical du patient. Le silence gardé sur ce point a pu étonner (en ce sens : Veron (P.) et Vialla (F.), « Arrêt des traitements : deux premières applications de la loi du 2 février 2016 », *AJDA*, 2017, p. 307) : la période écoulée entre l'accident du patient et la décision médicale n'était que de trois semaines. Le Conseil d'État réaffirme, dans sa décision du 8 mars 2017 relative à la situation d'une enfant hospitalisée à la suite d'une infection grave (CE, 8 mars 2017, préc.), l'importance de la dimension temporelle dans la détermination des éléments médicaux susceptibles de caractériser une obstination déraisonnable. La Haute juridiction insiste sur le fait que « *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 de suppléance des fonctions vitales 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* ». Dans l'affaire Lambert, le patient était en état pauci-relationnel depuis plus de cinq ans lorsque la décision d'arrêter les traitements a été prise par le médecin, tandis que dans l'affaire Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, l'enfant est admise en réanimation pédiatrique le 25 septembre 2016 et le médecin prend la décision d'arrêter les traitements le 4 novembre 2016. Face à ce délai, que l'on peut qualifier de restreint, le Conseil d'État considère que « *l'arrêt des traitements ne peut être regardé comme pris au terme d'un délai suffisamment long pour évaluer de manière certaine les conséquences de ses lésions neurologiques* ».

11

Faut-il pour autant en déduire que les juges du Palais Royal auraient retenu une conclusion similaire en ce qui concerne M. J, dont la période séparant l'accident et la décision d'arrêt de traitements est similaire au cas de l'enfant ? La transposition de ce raisonnement semble toutefois peu probable, le Conseil d'État n'estimant pas explicitement que la prise en considération d'une période suffisamment longue soit une condition indispensable permettant d'aboutir à la qualification d'une obstination déraisonnable. Au contraire, il affirme que « *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* » (nous soulignons). En l'espèce, l'âge du requérant - 79 ans - explique, pour beaucoup, que ce délai bref n'ait pas suscité de critique de la part du juge (Veron (P.) et Vialla (F.), « arrêt des traitements : deux premières applications de la loi du 2 février 2016 », *AJDA*, 2017, p. 308). La prise en compte de l'âge du patient dans le raisonnement du juge soulève cependant une

interrogation plus large relative à l'importance variable accordée tant par le médecin que par le juge à la volonté du patient exprimée par l'intermédiaire de la famille.

2 Le témoignage de la famille du patient : un élément relégué au second rang dans le contrôle du bien-fondé de la décision médicale

¹² La place à accorder au témoignage de la famille afin de connaître la volonté du patient constitue, à n'en point douter, le nœud du problème ; à l'origine des dissensions au sein de la famille Lambert, elle place la famille de M. J. et les parents de l'enfant, dans l'affaire APHM soumise au Conseil d'État, en confrontation directe avec le médecin et l'administration hospitalière.

¹³ La loi de février 2017, en consacrant le caractère obligatoire des directives anticipées ([article L.1111-11 CSP](#)), renforce la place du consentement du patient dans le processus décisionnel d'arrêt de traitement, lorsque celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté. La rédaction de l'article [R. 4127-37-2](#) du code de la santé publique (« *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 de l'obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale* » - nous soulignons) laisse ainsi supposer que cette procédure collégiale n'est obligatoire qu'en l'absence de directives anticipées. Le juge du référé-liberté s'efforce d'interpréter les dispositions du code de la santé publique relatives aux directives anticipées, lesquelles, au sens de [l'article L.1111-11](#) doivent être rédigées, afin de déterminer si le médecin pouvait ou non engager la procédure collégiale d'arrêt des soins. Il considère, à cet égard, que ni « *le souhait du patient d'être transféré dans un hôpital en France, ni ses convictions religieuses ne sauraient être interprétés comme une directive anticipée, au sens des dispositions précitées de l'article R.4127-37-2 du code de la santé publique* ». Les directives anticipées doivent donc prendre la forme d'un écrit rédigé par le patient et ne sauraient être assimilées au témoignage de la famille.

¹⁴ Si le caractère impératif des directives anticipées est affirmé par la loi du 2 février 2016, la portée que le médecin doit accorder au témoignage de la famille reste, elle, somme toute assez floue. C'est pourquoi, par une lecture *a contrario* des dispositions relatives aux directives anticipées, les juges des référés de Lyon considèrent que l'avis donné par la famille n'a qu'une portée consultative. Pour

certaines commentateurs, les juges lyonnais auraient, ici, accordé « *peu de place à la recherche des préférences du patient, comme si l'absence de directives anticipées épuisait la question* » (Veron (P.) et Violla (F.), « arrêt des traitements : deux premières applications de la loi du 2 février 2016 », *AJDA*, 2017, p. 307). Pour sa part, le Conseil d'État a réaffirmé, dans sa décision du 8 mars 2017, que « *le médecin doit accorder une importance toute particulière à la volonté 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* ». Bien que l'on comprenne que lorsque la situation concerne un enfant mineur, qui plus est trop jeune pour formuler son consentement, l'avis des parents ou des titulaires de l'autorité parentale revête une signification toute particulière, la détermination de la portée de celui-ci reste entière dans les autres situations. L'élément factuel lié à l'âge du patient semble ainsi déterminant et révèle l'étendue du pouvoir du médecin dans la prise de décision. En effet, le témoignage de la famille n'est qu'un élément parmi d'autres que le médecin doit prendre en considération, il n'est en aucun cas considéré comme déterminant, même lorsqu'il existe un consensus au sein de celle-ci. Une telle situation laisse donc une place primordiale au rôle du médecin sur la fin de vie du patient hors d'état d'exprimer sa volonté.

3 Le pouvoir du médecin : un élément implicitement essentiel dans le contrôle du bien-fondé de la décision médicale

¹⁵ À défaut d'accorder une place déterminante au témoignage de la famille lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le juge des référés retient que la décision appartient *in fine* à l'équipe médicale. Toutefois, il se trouve ici en contradiction avec les termes de la loi de 2016 et la jurisprudence du Conseil d'État. En effet, par deux fois, le Tribunal administratif de Lyon évoque la décision de « *l'équipe médicale* ». D'abord, il estime que « *l'équipe médicale, qui n'était pas tenue de se conformer à cet avis, a alors pris la décision attaquée* » et ensuite il considère que « *l'équipe médicale du professeur Q. n'a pas porté une atteinte manifestement illégale à une liberté fondamentale, au sens des dispositions précitées de l'article L. 521-é du code de justice administrative* ».

¹⁶ *A contrario*, le Conseil d'État dans sa décision du 8 mars 2017, APHM, a insisté sur le rôle du médecin : « *Le législateur a ainsi 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* ». Toutefois, dans

le prolongement de la décision rendue par la Cour administrative d'appel de Nancy dans l'affaire Lambert (CAA Nancy, 16 juin 2016, M. I..., n° 15NC02132), le Conseil d'État a considéré implicitement qu'aucune injonction ne pouvait être faite à un médecin, personne privée. C'est pourquoi, il n'évoque plus le médecin, mais cette fois l'équipe médicale, lorsqu'il estime que « *l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, (...), le juge des référés du tribunal administratif de Marseille a suspendu la décision du 4 novembre 2016 de mettre un terme aux thérapeutiques actives et enjoint à l'équipe médicale, (...), de maintenir les soins appropriés la concernant* » (nous soulignons). Au sens du Conseil d'État, la décision revient donc exclusivement au médecin et non à l'équipe médicale comme le laisse entendre le juge des référés de Lyon.

17

Malgré tout, l'ordonnance du Tribunal administratif de Lyon, lue à la lumière de la décision postérieure du Conseil d'État, clarifie l'interprétation de la procédure collégiale d'arrêt des traitements d'une personne qui n'est pas en état d'exprimer sa volonté et souligne le pouvoir prédominant que garde le médecin en matière de fin de vie. Celle-ci offre ainsi une image particulière du partage effectué entre les droits du patient, primordiaux dans la seule situation où celui-ci est en état d'exprimer sa volonté, et le pouvoir du médecin. Les dissensions au sein de l'affaire Lambert avaient eu pour conséquence de jeter dans l'ombre le poids du rôle du médecin, l'affaire soumise au Tribunal administratif de Lyon l'a mis, au contraire, en pleine lumière.