

Circulaire du 20 octobre 2011 concernant la mise en œuvre de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et de traitement judiciaire des affaires dites de « fin de vie »
NOR : JUSD1128836C

Le garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés

à

Pour attribution

Mesdames et messieurs les procureurs généraux près les cours d'appel

Monsieur le procureur de la République près le tribunal supérieur d'appel

Mesdames et messieurs les procureurs de la République près les tribunaux de grande instance

Pour information

Mesdames et messieurs les premiers présidents des cours d'appel

Mesdames et messieurs les présidents des tribunaux de grande instance

Annexe :

- Dépêche du 11 juin 2008 relatif aux travaux menés sur la loi sur le droit des malades et de la fin de vie (Convention signée à Besançon le 17 avril 2008)

Dans le cadre de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, menée sous la direction de Monsieur le député Jean LEONETTI, il a été constaté que si l'équilibre auquel est parvenu cette loi en maintenant l'interdit de donner la mort ne devait pas être remis en cause, les conditions de mise en œuvre de ce texte, tant par les médecins que par les magistrats, étaient perfectibles.

A ce titre, dans ses conclusions rendues publiques le 2 décembre 2008, le rapport de la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 a préconisé l'édiction de mesures garantissant une meilleure connaissance de la loi¹ et a proposé la création d'un Observatoire des pratiques médicales de la fin de vie qui aura pour objet d'étudier et d'améliorer l'application de la loi. Le rapport a formulé également le souhait que les relations entre les médecins et les magistrats soient favorisées et qu'une circulaire de politique pénale soit réalisée à l'adresse de ces derniers. Enfin, le rapport a recommandé qu'une meilleure culture des soins palliatifs soit transmise aux soignants.

Un certain nombre de préconisations du rapport nécessitait que soient prises des mesures réglementaires concernant d'une part, la procédure collégiale accompagnant certaines décisions d'arrêt de traitement et d'autre part, les conditions d'utilisation des antalgiques dans les arrêts de traitement des personnes cérébrolésées. Ces mesures, adoptées par décret du 29 janvier 2010, s'inscrivent dans la partie valant code de déontologie médicale du code de la santé publique.

Parallèlement au travail d'élaboration par le gouvernement de ce nouveau texte réglementaire, il est apparu nécessaire de fournir aux magistrats quelques pistes et éléments de réflexion pour le traitement judiciaire de ces affaires particulièrement délicates.

La présente circulaire de politique pénale a donc pour double objectif d'exposer le cadre posé par la loi du 22 avril 2005 (I) et de proposer certaines pistes de réflexion pour le traitement de ces affaires particulièrement sensibles (II).

1. Présentation de la loi du 22 avril 2005 dite loi LEONETTI

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 dite loi LEONETTI relative aux droits des malades et à la fin de vie a eu pour objectif, tout en conservant à l'interdiction de donner la mort son caractère absolu, de concilier de façon équilibrée et prudente plusieurs principes fondamentaux :

- l'interdiction de l'obstination déraisonnable, l'obligation pour le médecin de prodiguer des soins et de respecter la dignité du patient, jusqu'à sa mort,
- le respect de la volonté du malade,

¹ En 2009, au titre de la formation continue, l'ENM a mis en place un stage intitulé "le juge et la fin de vie".

- l'encadrement de la délivrance des médicaments à « double effet » et la prise en charge de la souffrance

Cette loi précise notamment les conditions dans lesquelles peuvent intervenir les limitations ou arrêts de traitement lorsqu'une telle décision est susceptible d'entraîner la mort de la personne malade et selon que celle-ci est ou non en mesure d'exprimer sa volonté.

Elle ne comprend pas uniquement des dispositions relatives aux patients en fin de vie, c'est à dire les personnes « en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable », mais comporte également des dispositions qui relèvent des droits de toute personne malade, droits introduits dans le code de la santé publique par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi KOUCHNER (réaffirmation de l'obligation pour le médecin de respecter la volonté du patient même lorsque ce dernier n'est pas en fin de vie et refuse « tout traitement »).

A travers cette loi, le législateur a marqué son refus de légaliser une aide active à mourir et a écarté toute introduction en droit français de la notion d'euthanasie².

Les dispositions qui répriment l'atteinte volontaire à la vie sont ainsi maintenues, préservant la portée universelle et inconditionnelle de l'interdit de donner la mort à autrui.

Dans le même temps, le dispositif de la loi du 2 avril 2005 constitue, lorsqu'il est correctement appliqué, une permission de la loi³, cause d'irresponsabilité pénale, permettant, dans certaines hypothèses, au médecin d'intervenir en toute légalité dans le processus de vie (par exemple en arrêtant un traitement de survie artificielle).

1.1. Le principe du refus de l'obstination déraisonnable et le droit aux soins palliatifs

Le premier alinéa de l'article L 1110-5 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 rappelle le droit de toute personne de recevoir des soins appropriés et dispose que les actes de prévention, d'investigation ou de soins, ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir aux patients de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

La loi du 22 avril 2005 a inséré dans cet article un deuxième alinéa aux termes duquel ces actes de prévention, d'investigations ou de soins, « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable » (ce principe figurait déjà dans le code de déontologie). Elle a précisé en outre que de tels actes « lorsqu'ils paraissent inutiles, disproportionnés, ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » « peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris ».

Ce principe concerne tous les malades, qu'ils soient ou non en fin de vie.

La loi du 22 avril 2005 a par ailleurs introduit la nécessité de sauvegarder, en tout état de cause, la dignité du patient et d'assurer sa qualité de vie en dispensant des soins palliatifs. Elle a ainsi conféré une portée plus étendue au droit à l'accès aux soins palliatifs et au droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur⁴.

1.2. La prise en compte de la volonté de la personne, la place de la personne de confiance et des proches, la procédure collégiale,

La loi du 4 mars 2002 a rappelé certains principes fondamentaux applicables aux relations entre le médecin et le patient. Ainsi l'article L 1111-4 du code de la santé publique dispose que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix... ».

La loi du 22 avril 2005 est venue renforcer le principe du respect de la volonté du patient et a apporté certaines

² L'euthanasie se définit comme l'acte ou l'omission dont l'intention première vise la mort d'un malade pour supprimer sa douleur.

³ Conformément à l'article 111-4 du code pénal qui dispose « n'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires ».

⁴ Droits édictés par la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et par la loi du 4 mars 2002 qui a apporté la précision selon laquelle la douleur doit être « en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

précisions en distinguant selon que la personne se trouve ou non en fin de vie⁵ et selon qu'elle est en état ou non d'exprimer sa volonté. Ainsi, lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, le dispositif prévoit de prendre en compte des souhaits antérieurement exprimés. Il prévoit également de prendre en compte l'avis de la personne de confiance, de la famille ou des proches et d'encadrer la décision par une procédure collégiale faisant notamment place à l'équipe médicale.

- *Les personnes qui ne sont pas en fin de vie :*

- en état d'exprimer leur volonté

La loi du 22 avril 2005 précise que « si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre « tout traitement » met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables... ». Dans cette hypothèse, le texte (article L 1111-4 du code de la santé publique) prévoit en outre la possibilité pour le médecin de faire appel à un autre membre du corps médical pour tenter de convaincre le patient de continuer les traitements. Le texte prévoit également que cette décision ne pourra être prise en compte que si elle est réitérée dans un délai raisonnable⁶.

Dans l'éventualité où le patient aura exprimé de façon libre et éclairée un tel refus, le strict respect des conditions imposées par la loi fera obstacle aux poursuites du médecin du chef de non assistance à personne en danger (ces dispositions légales constituant une autorisation de la loi dans le sens de l'article 122-4 du code pénal).

Il convient de rappeler que demeurent applicables des dispositions spéciales, issues de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, destinées à assurer la protection des mineurs et des majeurs en tutelle⁷.

- hors d'état d'exprimer leur volonté

L'article L 1111-4 alinéa 5 du code de la santé publique prévoit que « lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisée sans avoir respecté la procédure collégiale et sans que la personne de confiance ou la famille ou, à défaut un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés⁸».

De telles décisions relèvent exclusivement de la responsabilité du médecin en charge du malade, mais celui-ci doit alors respecter la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale (article R 4127-37 du code de la santé publique).

Cette procédure collégiale est applicable dans les situations prévues aux articles L 1111-4 et L 1111-13 du code de la santé publique, relatifs aux patients hors d'état d'exprimer une volonté. Ainsi, la décision est prise après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, ce dernier ne devant pas avoir de lien de nature hiérarchique avec le médecin en charge du patient. L'avis motivé d'un second consultant peut être demandé si l'un des deux médecins l'estime utile.

La décision prend par ailleurs en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées⁹. Elle s'appuie aussi sur l'avis de la personne de confiance¹⁰

5 C'est à dire les personnes « en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable ».

6 Ainsi, se trouve confirmé le principe selon lequel le patient a la faculté de s'opposer non seulement à un traitement qu'il estime inutile ou disproportionné mais encore à ceux qu'il refuse pour toute raison qui lui est personnelle.

7 Le texte prévoit que leur consentement devra être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur en tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

8 Sous réserve d'une interprétation des juges du fond, il semble que les critères auxquels devront répondre ces limitations ou arrêts de traitement résultent d'une application cumulative du cinquième alinéa de l'article L 1111-4 du code de la santé publique relatif aux personnes hors d'état d'exprimer leur volonté et du deuxième alinéa de l'article L 1110-5 du même code relatif aux critères généraux de l'obstination déraisonnable. Ainsi, pour les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté, ces limitations et interruptions ne peuvent intervenir que « lorsque les traitements apparaissent inutiles, disproportionnés, ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ».

9 Article R 1111-19 du code de la santé publique.

10 La personne de confiance est définie à l'article L 1111-6 du code de la santé publique comme celle qui sera consultée au cas où le patient serait hors d'état de manifester sa volonté et qui recevra alors les informations pertinentes. Sa désignation est faite par écrit et

éventuellement désignée et sur celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

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

La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

Il faut observer que les décisions de limitation ou d'arrêt de traitement peuvent concerner également des patients hors établissement hospitalier, à domicile ou dans un établissement médico-social. La procédure collégiale devra dès lors également être suivie.

La procédure collégiale, jusqu'au décret du 29 janvier 2010, ne pouvait être initiée que par le seul médecin. A présent, le médecin est tenu d'engager la procédure collégiale au vu du contenu des directives anticipées du patient, présentées par l'un des détenteurs de celles-ci ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut de l'un des proches.

Par ailleurs, il est fait obligation au médecin d'informer l'entourage du malade de la mise en œuvre de la procédure collégiale.

Toutefois, l'engagement de la procédure ne préjuge pas de la décision. Il revient au seul médecin de prendre la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

Celle-ci doit être motivée et inscrite au dossier médical.

La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient doivent être informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

Les directives anticipées, prévues par l'article L 1111-11 du code de la santé publique indiquent les souhaits qu'une personne majeure peut avoir exprimés au sujet des conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement qui seraient mises en œuvre à sa fin de vie. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant¹¹. Elles n'ont pas de caractère contraignant.

- *Les personnes en fin de vie :*

- en état d'exprimer leur volonté

L'article 1111-10 du code de la santé publique prévoit que lorsque le patient en fin de vie décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix¹².

- hors d'état d'exprimer sa volonté

L'article L 1111-13 inséré dans le code de la santé publique prévoit dans cette hypothèse que « le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale, consulté la personne de confiance, la famille ou à défaut un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne ».

Là encore, sous condition de respecter la procédure collégiale ci-dessus décrite, il s'agit d'une décision relevant de la responsabilité exclusive du médecin (article R 4127-37 du code de la santé publique). Une fois encore, les avis recueillis au cours de la procédure, comme les directives anticipées, n'ont pas de force contraignante ; elles ont toutefois vocation à apporter au médecin l'un des éléments lui permettant de prendre sa décision.

Enfin, comme précisé ci-dessus, la décision du médecin d'arrêter ou de limiter les traitements doit être non

est révocable à tout moment.

¹¹ Les articles R 1111-17 à R 111-20 du code de la santé publique, issus du décret n° 2006-119 du 6 février 2006 ont défini les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées.

¹² S'agissant d'une personne en fin de vie, le législateur n'a pas subordonné le respect de la volonté du patient à l'exigence de tout mettre en œuvre pour convaincre celui-ci d'accepter les soins indispensables ni à celle d'une réitération de la décision au terme d'un délai raisonnable.

seulement inscrite dans le dossier médical, mais encore être motivée et faire l'objet d'une information aux personnes visées par le texte (personne de confiance si elle a été désignée, la famille ou à défaut l'un des proches du patient).

*

De façon générale, la loi prescrit l'inscription au dossier médical de l'ensemble des décisions concernant les arrêts ou limitations de traitement. Concernant les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté et s'agissant de la procédure collégiale, le code de déontologie prévoit également que les motifs de la décision, les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui auront eu lieu au sein de l'équipe médicale doivent être inscrits dans le dossier médical. Ainsi, il est conservé trace de tout le processus décisionnel et des modalités de sa mise en œuvre.

1.3. L'encadrement de la délivrance des médicaments dits à « double effet » et la prise en charge de la souffrance

La loi du 22 avril 2005 a également modifié le dernier alinéa à l'article L 1110-5 du code de la santé publique afin de reconnaître et d'encadrer l'utilisation des médicaments antalgiques, qui apaisent la souffrance mais peuvent avoir pour effet secondaire d'abrèger la vie. La mise en œuvre d'une telle possibilité est circonscrite aux personnes en fin de vie.

Il résulte de ces dispositions 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 la vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou à défaut un de ses proches. »

Par ailleurs, suite au rapport d'évaluation de la loi du 22 avril 2005, le décret 29 janvier 2010 a entendu rendre plus explicite le droit à être soulagé de sa souffrance, en rendant obligatoire, lorsqu'une décision de limitation ou d'arrêt de traitement a été prise pour des personnes cérébrolésées dont la douleur ne peut être évaluée, la mise en œuvre de traitements antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne jusqu'à sa mort. Dans ce cas, le décret impose d'informer l'entourage du patient de la situation et lui assurer le soutien nécessaire (nouvel alinéa de l'article R 4127-37 du code de la santé publique).

Cette obligation se situe dans le prolongement des dispositions prévues par l'article R 4127-38 du code de la santé publique, qui prévoit que « le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage ».

2. Le traitement judiciaire des affaires dites de « fin de vie »

Dans ce domaine tout particulièrement, chaque affaire est singulière, ce qui ne permet pas de donner des instructions générales et absolues. Toutefois, l'examen de quelques dossiers récents, examen réalisé en commun avec des magistrats ayant eu à connaître de ces affaires, permet de dégager quelques grands axes. La présente circulaire a donc surtout pour objectif de guider les magistrats dans la prise de décisions relatives à l'opportunité des poursuites, au choix des qualifications, à l'orientation de la procédure, mais également à la gestion humaine et médiatique de l'affaire.

L'intervention du juge dans ce type de situation (usant d'un vocabulaire professionnel et de qualifications criminelles) est rendue plus délicate tant par la dimension privée de la sphère familiale, dans un moment, par définition, de grande émotion, que par la spécificité du monde médical, légitimement attaché à établir le bien fondé de son action.

Lors de cette intervention, la conciliation par le magistrat chargé du dossier des exigences de l'enquête pénale avec le nécessaire respect dû aux familles appelle un discernement et un tact particuliers.

A ces obstacles s'ajoute, très souvent, une forte médiatisation, relayant les interrogations de l'opinion publique.

Prendre une décision en tenant compte de toutes ces dimensions ne peut se faire qu'au prix d'une réelle

coordination de l'ensemble des intervenants de la chaîne judiciaire.

Cet échange permanent doit être engagé dès les premiers signalements des faits et se poursuivre jusqu'à la phase de jugement, lorsque celle-ci intervient.

2.1. Les choix procéduraux

- Les orientations procédurales à privilégier :

Les premiers éléments portés à la connaissance du procureur de la République le sont parfois à titre de simple information, sans laisser percevoir immédiatement la commission d'une infraction pénale. Il peut s'agir notamment de rapports ou courriers à lui transmis, relatifs par exemple à un décès consécutif à un arrêt de traitement sur une personne en fin de vie ou à un placement sous sédation¹³. Dans ces hypothèses où aucun obstacle médico-légal n'aura été dressé par le médecin ayant constaté le décès, une enquête d'environnement et un recueil de renseignements pourront le cas échéant être ordonnés rapidement. Ces vérifications devront être faites avec célérité afin de préserver la possibilité d'ouvrir une enquête et de faire réaliser éventuellement une autopsie avant que le corps soit inhumé ou incinéré.

Mais le plus souvent, l'autorité judiciaire est saisie à la suite du décès d'une personne en fin de vie (cf définition supra) ou dans un état de grande vulnérabilité (personne atteinte d'une maladie incurable, personne atteinte d'un handicap, personne dans le coma etc.), dont les circonstances apparaissent floues, litigieuses, ou lorsqu'il existe des indices apparents d'un comportement délictueux à l'origine du décès¹⁴.

En principe, dans ces hypothèses, un obstacle médico-légal aura été délivré et le parquet sera avisé¹⁵. Il devra alors se prononcer sur la délivrance du permis d'inhumer (article 81 du code civil).

Il importe que les premiers actes d'enquête, essentiels à la recherche de la vérité, notamment l'autopsie, soient engagés sans tarder.

Le cadre naturel de l'enquête sera celui de la recherche des causes de la mort (article 74 du code de procédure pénale).

Quand des éléments rendront vraisemblable la commission d'infractions, il sera alors opportun d'ouvrir une enquête de flagrance ou en la forme préliminaire pour établir les faits, tout en conservant pendant quelques temps la possibilité de procéder à un classement sans suite si aucune infraction ne peut finalement être retenue ou si le principe de l'opportunité des poursuites l'autorise. Il sera impératif de motiver cette décision de classement et d'expliquer la décision aux personnes parties à la procédure.

Lorsque l'enquête aura été initiée à la suite du signalement émanant d'un ordre professionnel ou d'une administration, au titre de l'article 40 du code de procédure pénale, le procureur de la République, en application de l'article 40-2 du même code, devra aviser l'autorité signalante des poursuites ou mesures alternatives décidées.

Si la nature des actes l'exige, une ouverture d'information judiciaire sera privilégiée. En effet, elle permettra d'offrir un cadre coercitif et sécurisé pour notamment faire réaliser les expertises, procéder à des confrontations et permettre, le cas échéant, la mise en place de mesures de sûreté.

La coactivité de magistrats instructeurs prévue par l'article 83-1 du code de procédure pénale sera encouragée s'agissant de dossiers complexes et d'une gestion difficile, pour lesquels les investigations à mener sont très techniques.

Concernant la désignation des services enquêteurs, la dimension sensible de ces affaires, le risque de médiatisation et le caractère le plus souvent criminel des qualifications retenues devront conduire à désigner un service enquêteur habitué au traitement d'affaires techniques et complexes (en règle générale, SRPJ ou BR/SR voire l'OCLAESP : office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique).

¹³ Par exemple, hypothèse dans laquelle un médecin ou un directeur d'hôpital signalerait une situation sensible ou juridiquement complexe juste avant ou après le décès d'un patient.

¹⁴ Par exemple, à la suite d'un signalement émanant d'un membre du personnel soignant, ou d'une équipe médicale d'intervention, d'une plainte d'un proche de la personne décédée.

¹⁵ Il est d'ailleurs important que les parquets s'assurent que les médecins exerçant sur leur ressort et appelés à constater des décès maîtrisent les principes fondamentaux régissant la délivrance des obstacles médico-légaux. A cette fin, un rapprochement pourrait utilement s'effectuer avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins.

- Les actes d'enquête :

Il conviendra de s'interroger, dès réception des informations, sur l'opportunité d'un transport du parquet sur les lieux. Le lieu du décès (domicile ou établissement de santé) ne constitue toutefois pas à lui seul un critère décisif, les circonstances des faits, la dimension médicale et la nature de l'environnement familial étant tout aussi prépondérantes dans l'appréciation de l'opportunité de ce déplacement. Celui-ci permettra souvent de fournir un premier éclairage sur l'orientation de l'enquête à venir, notamment s'agissant de la dimension intentionnelle, voire préméditée, de l'acte.

- les analyses médico-légales :

Il sera très souvent nécessaire de faire procéder à une autopsie ainsi qu'aux analyses anatomo-pathologiques et toxicologiques¹⁶, qui occuperont souvent une place déterminante dans les débats ultérieurs.

Nonobstant la réticence parfois exprimée par les familles, la décision d'autopsie qui sera prise devra être mise en œuvre dans les meilleurs délais, afin d'éviter d'apparaître comme ayant été ordonnée sous une quelconque pression ultérieure.

- la saisie du dossier médical¹⁷ :

Celle-ci va s'opérer :

- soit dans le cadre d'une perquisition (qui implique qu'il y ait une véritable recherche - au sens propre - d'indices) dans un cabinet médical ou tout lieu dans lequel se trouvent des dossiers comportant des informations couvertes par le secret professionnel, selon les règles posées par l'article 56-3 du code de procédure pénale : perquisition par un magistrat et en présence d'un représentant du conseil de l'ordre ;

- soit hors cadre d'une perquisition, lorsque le dossier est remis volontairement par le médecin dans un cabinet médical ou tout lieu dans lequel se trouve des dossiers comportant des informations couvertes par le secret professionnel. Dans cette hypothèse, si la présence du magistrat n'est pas nécessaire, celle du représentant de l'ordre des médecins doit être prévue afin que le secret médical soit protégé. Une fois la remise volontaire opérée, le dossier est placé sous scellés. En cas de refus du médecin, seul le cadre de la perquisition peut permettre la saisie du dossier médical.

Il pourra être intéressant de collecter, outre le dossier médical, les notes et échanges utilisés dans les services hospitaliers ou établissements de santé et conservés sur support informatique : ils peuvent comporter des informations précieuses pour l'enquête pénale sans pour autant figurer dans le dossier médical au format papier. Par exemple, dans certains services d'urgence, un journal informatisé comporte l'historique de l'ensemble des actes et interventions réalisés auprès du patient.

La saisie de l'ensemble des objets (dispositifs médicaux ou emballage/ résidus des produits utilisés / produits non utilisés transmis dans les PUI – pharmacies à usage intérieur des hôpitaux...) ou des documents écrits relatifs à l'usage de substances vénééuses ou létales (journal intime ou messagerie Web, SMS si hypothèse de suicide) peut également s'avérer opportune.

Certaines précautions particulières doivent être prises lorsque la personne est décédée à l'hôpital ou dans un centre médicalisé (maison de retraite etc...).

Dans cette hypothèse, l'enquête devra s'attacher à identifier les soignants chargés de ce patient, à rechercher l'existence, le cas échéant, d'un protocole de soin, de la saisine et de l'intervention d'un comité d'éthique, d'une réclamation réalisée par la famille ou les proches du patient auprès de l'établissement, d'une enquête administrative en cours, envisagée ou réalisée, et à déterminer si le patient était ou non en fin de vie.

Lorsque la personne est décédée chez elle, il conviendra de faire procéder à toutes les constatations utiles s'agissant d'éventuels soins palliatifs reçus à domicile.

Enfin lorsqu'un rapport administratif a été établi par les autorités de tutelle des établissements de santé, comme par exemple, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), l'Agence régionale de santé (ARS) ou l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), sa communication sera d'une aide précieuse pour les enquêteurs et les magistrats.

¹⁶ Guide méthodologique sur le traitement judiciaire des décès. Intranet justice. Site DACG (Bureau de la police judiciaire).

¹⁷ Circulaire CRIM 97-13 du 24 novembre 1997 (figurant sous l'article 56-3 du code de procédure pénale dans le code Dalloz).

Lorsque l'enquête permettra d'établir que l'on se trouve dans une des situations prévues par la loi du 22 avril 2005, il conviendra de vérifier :

- le caractère effectif de la concertation avec l'équipe de soins et avec un confrère n'ayant pas de lien de nature hiérarchique par le médecin qui prend la décision d'arrêt des traitements,
- l'existence et, le cas échéant, la validité et le contenu des directives anticipées,
- l'identité de la personne de confiance si une telle personne a été désignée,
- la consultation par l'équipe médicale de la famille, des proches, de la personne de confiance et des directives anticipées dans l'hypothèse où celles-ci existent.

- Les éléments à vérifier prioritairement au cours de l'enquête :

Plusieurs éléments doivent être vérifiés afin de caractériser les faits et de trouver la qualification pénale la plus juste.

Les investigations devront plus particulièrement porter sur la nature de l'acte réalisé (actes d'abstention -arrêts de traitement ou refus du malade-, actes thérapeutiques de soulagement de la douleur présentant le risque de mettre en jeu le pronostic vital, actes positifs ayant eu pour objectif de donner la mort) et sur la situation du défunt avant sa mort (état général du patient -physique et psychique-, situation de fin de vie ou non, existence ou non de solutions thérapeutiques ou analgésiques, caractère proportionné des actes médicaux posés, etc...).

En outre, il faudra parvenir à identifier si la personne décédée était consciente ou inconsciente au moment où l'acte en relation avec la mort, ou supposé tel, a eu lieu. Cet exercice pourra s'avérer délicat et difficile dans de nombreuses situations intermédiaires¹⁸.

Les éléments inscrits dans le dossier médical, les témoignages du personnel soignant ou de l'entourage de la personne décédée et les expertises permettront de rassembler des preuves utiles à la manifestation de la vérité.

On pourra également mener les investigations sur le possible « état de contrainte » dans lequel se trouvait la personne qui a donné la mort, notamment à la demande du patient.

- L'information des plaignants :

A tous les stades de la procédure, il conviendra de s'assurer que les plaignants disposent de toutes les informations nécessaires sur le déroulement de l'enquête et de les orienter vers le service d'aide aux victimes.

La loi du 31 décembre 2007 a généralisé l'obligation d'informer la victime en cas de classement sans suite. Comme rappelé dans la circulaire 9 octobre 2007 relative aux droits des victimes dans le procès pénal et à leur mise en œuvre, il importe que cette information soit personnalisée et expliquée quant aux raisons juridiques ou d'opportunité qui justifient la décision de classement.

La décision de non-lieu qui interviendra éventuellement devra, elle aussi, respecter cette exigence et pourra utilement, par un magistrat du ministère public si nécessaire, être expliquée aux éventuels plaignants.

Lorsque l'enquête ayant été initiée à la suite d'un signalement effectué par un conseil de l'ordre au titre de l'article 40 du code de procédure pénale, sera classée sans suite ou fera l'objet d'un non-lieu, l'ordre devra également être avisé. Il devra alors lui être précisé les raisons juridiques ou d'opportunité qui ont motivé cette décision. Cette information sera d'autant plus importante que, si l'autorité judiciaire a considéré les poursuites comme inopportunes ou infondées, le conseil de l'ordre pourra, lui, avoir une vision différente des faits et apporter des réponses disciplinaires adaptées.

- Le rôle des conseils de l'ordre comme partie civile ou témoin :

Outre l'hypothèse où un conseil de l'ordre sera à l'origine d'une procédure et donc à même de se constituer partie civile ab initio, le procureur de la République devra, lorsque les faits sont susceptibles de fonder une constitution de partie civile par l'ordre compétent, mettre ce dernier en mesure d'exercer ses droits¹⁹. Pour ce faire,

¹⁸ Hormis les cas où le patient est physiquement totalement hors d'état d'exprimer sa volonté (personne dans le coma), de nombreuses situations intermédiaires peuvent se présenter : patient atteint d'une maladie neuro-dégénérative, patient dont les souffrances altèrent le discernement, patient dont les facultés intellectuelles apparaissent altérées mais qui ne bénéficie pas de mesure de protection, certains patients tétraplégiques ou atteints d'un locked-in-syndrome etc...

¹⁹ Aux termes des articles L 4122-1, L 4321-1 et L 4231-2 du code de la santé publique : le conseil national de l'ordre des médecins et celui des pharmaciens, les conseils départementaux des ordres de médecins, des chirurgiens-dentistes et de sages-femmes (les

le représentant du parquet devra veiller à en informer le conseil de l'ordre compétent.

Enfin, si un renvoi devant le tribunal correctionnel ou la cour d'assises d'un professionnel de santé appartenant à une profession réglementée est ordonné, il conviendra d'apprécier l'opportunité de faire citer en qualité de témoin le président du conseil de l'ordre compétent ou un de ses représentants, et ce même s'il n'est pas partie à la procédure, dans le respect des conditions fixées selon les hypothèses, par les articles 281 ou 435 du code de procédure pénale.

Cette pratique qui a déjà pu être mise en œuvre dans des affaires délicates, s'est révélée fructueuse, ce témoignage pouvant être de nature à apporter un éclairage important sur les pratiques et thèses du corps médical, lesquelles enrichiront utilement les débats.

2.2. Le choix des qualifications

Certaines situations peuvent relever de plusieurs qualifications. Crucial, tant pour les implications procédurales qu'il emporte, que pour la perception que les parties, les jurés, voire l'opinion publique pourront avoir du dossier, le choix de la qualification devra s'opérer avec finesse et circonspection.

Sans prétendre à l'exhaustivité, les qualifications suivantes pourront être envisagées.

- Les actes positifs :

Les circonstances dans lesquelles la mort a été donnée par un tiers peuvent susciter des interrogations sur la qualification à choisir. Ainsi, hormis l'hypothèse dans laquelle un individu aura donné sur son initiative la mort à autrui et pour laquelle la qualification pénale des faits ne posera pas de difficulté, d'autres situations plus ambiguës pourront donner lieu à différentes qualifications, notamment dans l'hypothèse du suicide assisté.

Dans notre droit, si le consentement de la victime n'est pas un fait justificatif de l'homicide volontaire, le suicide, lui, n'est pas interdit. Cependant, l'individu ne possède pas de droit au suicide (CEDH 29 avril 2002 Arrêt Diane Pretty²⁰). Ainsi, nul ne peut demander à autrui de lui donner la mort à sa place.

Toutefois, la « simple » aide au suicide, lorsqu'elle n'a pas consisté en une incitation à se donner la mort, et qu'elle ne peut être appréhendée sous une autre qualification, soulève de délicates questions. En premier lieu, il faut distinguer ce qui relève de la simple assistance au suicide de ce qui constitue un homicide volontaire ou un empoisonnement.

En second lieu, une distinction paraît souvent pertinente, selon que l'aide au suicide a porté sur les moyens employés ou sur le résultat. Il conviendra d'essayer de déterminer si le tiers a simplement aidé une autre personne à se suicider sachant que la personne désirant mourir a pris matériellement part à son suicide (aide sur les moyens) ou si le tiers a, seul, donné la mort à autrui (aide sur le résultat).

Il faut également distinguer l'aide au suicide de la véritable provocation au suicide²¹. Pour pouvoir poursuivre

conseils régionaux des pharmaciens ne bénéficient pas de ce droit) " peuvent devant toutes les juridictions exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de leurs profession" et, concernant plus particulièrement les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, y compris "en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à l'une de ces professions."

Il n'est pas toujours aisé de définir a priori quels sont les faits qui causent un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de ces professions réglementées.

Il convient donc de se référer aux critères établis par la jurisprudence qui définit ces infractions comme celles commises par un praticien dans l'exercice de ses fonctions et de nature à porter atteinte à la considération de l'ensemble de la profession.(C.Cass 6/07/1994), c'est-à-dire un fait susceptible de jeter le discrédit sur cette profession, et aux intérêts communs qu'elle a la charge de défendre.

L'infraction d'exercice illégal de la profession réglementée est une infraction qui devra automatiquement être l'objet d'une information à l'ordre compétent, ce type d'incrimination étant une infraction dont le conseil de l'ordre est de facto victime.

20 La Cour européenne de Strasbourg a affirmé à propos de l'affaire Diane Pretty qu'il n'existe pas de droit à mourir en précisant qu'"il ne paraît pas arbitraire à la Cour que le droit reflète l'importance du droit à la vie en interdisant le suicide assisté tout en prévoyant un régime d'application et d'appréciation par la justice qui permet de prendre en compte dans chaque cas concret tant l'intérêt public à entamer des poursuites que les exigences justes et adéquates de la rétribution et de la dissuasion".

21 La provocation au suicide: L'article 223-13 du code pénal prévoit que le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000€ d'amende lorsque la provocation a été suivie d'un suicide ou d'une tentative de suicide. A été jugé que « la fourniture, à la demande d'une personne qui a librement pris la décision de se suicider, de l'arme au moyen de laquelle elle se donnera la mort, ne pourrait constituer qu'une complicité par aide ou assistance non punissable et non une provocation au suicide au

un individu du chef de provocation au suicide, il conviendra de démontrer qu'il a eu "la volonté de faire surgir chez autrui la résolution de se donner la mort" (CA Paris 11 janvier 2005).

Au surplus, si le moyen fourni est en lui-même illicite, l'acte pourra également être poursuivi du chef d'exercice illégal de la pharmacie²² ou du non respect de la réglementation sur les substances vénéneuses²³.

Il pourrait être également envisagé de poursuivre du chef d'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse²⁴, une personne qui userait de pressions pour en conduire une autre en état de manifeste vulnérabilité à se suicider ou à refuser un traitement.

- *Les actes d'abstention* :

En dehors de l'hypothèse d'une aide matérielle effective et active, il est également possible d'appréhender les faits sur le terrain de l'abstention, que celle-ci relève d'une négligence, d'une imprudence (homicide involontaire) ou d'une volonté délibérée (non-assistance à personne en péril).

Concernant la non-assistance à personne en péril²⁵, elle pourrait être établie dès lors qu'il sera prouvé que le tiers a eu connaissance des intentions suicidaires du défunt et qu'il n'a volontairement pris aucune mesure pour lui porter assistance. Ainsi, tout tiers informé de la volonté d'un proche en situation de fin de vie ou de grande vulnérabilité, de se donner la mort, pourrait être poursuivi de ce chef s'il s'est abstenu volontairement de lui porter secours alors qu'il pouvait, par son action personnelle ou en provoquant les secours, sans risque pour lui ou pour un tiers, le faire.

En revanche, le médecin qui s'est abstenu volontairement de donner au patient son traitement sur demande de ce dernier ne pourra, en tout état de cause, être poursuivi de ce chef. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002 complétée par la loi du 22 avril 2005, le respect de la volonté exprimée par le patient dans les cadres fixés par la loi, prévaut sur l'obligation de traitement du médecin.

Concernant l'homicide involontaire, il pourrait être retenu à l'encontre des personnes de l'entourage du défunt qui ont commis une faute caractérisée ayant indirectement causé son décès²⁶.

2.3. L'aide technique au travail du magistrat

L'appréhension d'une problématique médicale complexe, la confrontation à des interlocuteurs professionnels inhabituels, la pression exercée au niveau médiatique par les partisans ou opposants à l'euthanasie, rendent nécessaire une véritable concertation qui pourra s'appuyer sur l'aide que peuvent conjointement apporter au magistrat saisi du dossier, plusieurs intervenants.

sens du code pénal » (T.Corr LILLE 5 avril 1990 et CA ORLEANS, ch.acc, 5/04/1990).

22 Exercice illégal de la pharmacie : L'article L 4223-1 du code de la santé publique dispose que le fait de se livrer à des opérations réservées aux pharmaciens, constitue l'exercice illégal de la pharmacie. Ce délit est réprimé de deux ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende. Le délit d'exercice illégal de la pharmacie n'est pas un délit d'habitude.

Cette qualification pénale pourrait éventuellement être retenue à l'encontre d'une personne qui aurait mis à disposition de la personne décédée une substance ayant causé la mort, seuls les pharmaciens étant susceptibles de délivrer de tels produits

23 Non respect de la législation sur les substances vénéneuses :L'article L 5432-1 du code de la santé publique punit de deux ans d'emprisonnement et de 3750€ d'amende le fait de ne pas respecter les dispositions réglementaires relatives à la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi de plantes, de substances ou de préparations classées comme vénéneuses. L'article L 5132-1 du même code classe les substances psychotropes parmi les substances vénéneuses.

24 Article 223-15-2 du code pénal

25 La non-assistance à personne en danger (prévue à l'article 223-6, alinéa 2, du code pénal et punie de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende)

26 L'homicide involontaire : une jurisprudence isolée peut être donnée à titre d'illustration mais doit être considérée avec beaucoup de prudence (prévu à l'article 221-6 du code pénal et puni de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende): condamnation d'une jeune fille ayant confié une arme à un garçon dont elle connaissait la fragilité psychologique. Cette jeune fille, poursuivie du chef d'homicide involontaire par imprudence, a été condamnée par la cour d'appel de Paris le 26 avril 2007 à 18 mois d'emprisonnement avec sursis

- Assistance des experts et des assistants spécialisés des pôles de santé publique :

Lorsque les investigations doivent se dérouler dans des services hospitaliers ou des maisons médicalisées, l'assistance d'un technicien (médecin ou toute autre personne susceptible de lui apporter une aide technique ou scientifique) aux côtés de l'officier de police judiciaire peut permettre à ce dernier d'améliorer l'efficacité et le déroulement de son enquête.

Au stade de l'enquête, les articles 60 et 77-1 du code de procédure pénale prévoient la possibilité pour l'OPJ d'avoir recours à toutes personnes qualifiées afin de procéder à des constatations ou à des examens techniques. Ces personnes doivent impérativement prêter serment par écrit d'apporter leur concours à la justice en leur honneur et conscience à moins qu'elles soient inscrites sur la liste d'experts prévue par l'article 157 du code de procédure pénale. Ces informations devront impérativement figurer sur un procès-verbal²⁷.

- Le choix de l'expert :

Une attention particulière devra être portée au choix du ou des experts, afin notamment d'éviter des reproches de corporatisme ou des mises en cause de l'expert en raison de prises de position publiques sur l'euthanasie ou d'un lieu d'exercice trop proche du lieu de l'acte litigieux.

Face à un dossier médicalement complexe, le recours à un collège d'experts (autorisé par l'article 159 du code de procédure pénale) pourra utilement être privilégié. Le contenu de la mission d'expertise elle-même pourra être élaboré après discussion avec ces professionnels.

- D'une manière générale, une aide précieuse pourra être apportée par les assistants spécialisés des pôles santé publique de Paris et Marseille (médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique). Pour les solliciter, il suffit de contacter les magistrats sous la direction desquels les assistants spécialisés sont placés (article R 50 quinquies du code de procédure pénale).

- Appui des services de la Chancellerie :

- concernant les choix procéduraux, les orientations de l'enquête et les qualifications à retenir le Bureau de la santé publique, de l'environnement et du droit social (BSPDSE) de la Direction des affaires criminelles et des grâces se tient à la disposition des magistrats pour leur apporter son expertise et ses conseils.
- Informé de la plupart des affaires signalées de type fin de vie, ce bureau bénéficie d'une certaine expérience dans ce domaine²⁸. Il dispose, en outre, de contacts qui peuvent permettre d'apporter une aide rapide et concrète face à un problème particulier (avec la Direction des affaires civiles et du sceau, le ministère de la santé, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)²⁹, l'office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique – OCLAESP - etc...).
- concernant la communication :

Dans les dossiers qui le nécessitent, il importe que la communication faite par l'autorité judiciaire émane d'un seul représentant, le plus souvent au niveau du parquet du tribunal de grande instance saisi et que l'interlocuteur unique soit ainsi identifié. Il pourra être utile de rappeler aux services enquêteurs saisis l'importance et l'intérêt de cette communication exclusive de l'institution.

Le pôle presse du cabinet du Garde des Sceaux, placé sous la responsabilité du porte parole du Garde des Sceaux, peut être sollicité pour fournir des panoramas ou des synthèses de presse thématiques ainsi que des conseils pour la rédaction de communiqués de presse.

²⁷ A cet égard, la Cour de Cassation, par un arrêt du 21 juin 2006, a réaffirmé fermement le principe selon lequel le serment de toute personne requise, hormis celles figurant sur la liste d'expert, est indispensable à la légalité de l'assistance des personnes requises et qu'une telle disposition, d'ordre public, n'exige pas la démonstration d'un grief pour entacher l'acte de nullité. En l'espèce, un officier de police judiciaire avait réalisé des perquisitions et saisies dans les locaux d'une société avec l'assistance de deux fonctionnaires des impôts qui n'avaient pas prêté serment.

²⁸ Par exemple, l'utilisation de certains types de produits mortifères non commercialisés en France peut constituer un indice permettant d'établir que la victime a eu recours aux services de certaines associations pro-euthanasie. L'expérience du BSPDSE pourra à cet égard permettre de centraliser et rediffuser l'information vers les juridictions.

²⁹ Pour certaines questions très techniques (par exemple, la législation sur les substances vénéneuses etc...).

Dans les hypothèses de forte médiatisation, le pôle communication de la Direction des services judiciaires³⁰, fort de son expérience en matière de relations presse, de procès médiatiques et de média-trainings, propose un accompagnement technique qui permet aux magistrats de bénéficier de conseils personnalisés de plusieurs ordres : préconisations sur la gestion des médias, préparation aux interventions à venir (rédaction d'un communiqué de presse et organisation d'une conférence de presse notamment), média-training individuel et dédié à une affaire spécifique, débriefing des interventions presse, analyse des retombées médiatiques. Un numéro de téléphone de permanence est également mis à la disposition des magistrats en cas d'urgence.

En complément de l'accompagnement du Pôle communication de la DSJ, l'appui du magistrat délégué à la communication de la cour d'appel pourra par ailleurs être utilement sollicité.

*

L'étude de la problématique de la fin de vie a permis de rappeler et de mettre en exergue combien le rapprochement entre les magistrats et les professionnels de santé est indispensable.

Ainsi, à l'exemple de la convention signée à Besançon entre le procureur général près la Cour d'appel de Besançon et le directeur du CHU de Besançon le 17 avril 2008, en présence de Monsieur le député LEONETTI et de Madame DATI, alors Garde des Sceaux³¹, je vous invite à vous rapprocher des représentants du corps médical et du monde de la santé au niveau local et en dehors de toute situation d'enquête, afin d'améliorer la connaissance réciproque de nos exigences et contraintes respectives. Un état des lieux des différentes problématiques communes et des moyens à mettre en place pour y répondre serait à cet égard très utile.

Il serait notamment, par exemple, intéressant que les parquets s'assurent que les médecins exerçant sur leur ressort et appelés à constater des décès maîtrisent les principes fondamentaux régissant la délivrance des obstacles médico-légaux.

Dans cette perspective, un groupe de travail interministériel a été chargé par le Conseil supérieur de la médecine légale au début de l'année 2011 de réfléchir à une grille de recommandations en matière d'obstacle médico-légal utile pour tous les praticiens concernés.

*

Vous voudrez bien veiller à l'application des orientations de la présente circulaire, et me rendre compte, outre de toute enquête ouverte dans ce cadre, de toute difficulté relative à son application, sous le timbre du Bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement.

La directrice des affaires criminelles et des grâces

Maryvonne CAILLIBOTTE

³⁰ Voir le site intranet de la Direction des services judiciaires, rubrique "Communication", puis sous-rubrique "Communication de crise".

³¹ Convention diffusée à l'ensemble des parquets généraux par dépêche du 11 juin 2008 – cf. PJ.

Annexe :

Note du 11 juin 2008 relative aux travaux menés au plan national sur l'évaluation de la loi sur le droit des malades et de la fin de vie.

Le garde des sceaux, ministre de la justice

à

Mesdames et messieurs les procureurs généraux près les cours d'appel

Dans le cadre des travaux actuellement menés au plan national sur l'évaluation de la loi sur le droit des malades et de la fin de la vie, une convention a été signée à Besançon le 17 avril 2008 entre la procureure générale et le directeur général du CHU, en présence du ministre de la justice et de Monsieur Jean Léonetti, rapporteur de la loi.

Le constat est unanime pour dire que cette loi est encore trop souvent ignorée et que sa mise en œuvre confronte les praticiens à de nombreuses interrogations au regard des normes déontologiques, de la législation civile et pénale.

C'est ainsi que la convention, que vous trouverez annexée à la présente dépêche, prévoit la mise en place d'échanges entre praticiens, personnels de santé, juristes et magistrats.

Il serait opportun de pouvoir généraliser ce type d'accord sur l'ensemble du territoire et en tout état de cause, qu'une concertation étroite se noue entre l'autorité judiciaire et les centres hospitaliers de vos ressorts afin de dégager des bonnes pratiques en la matière.

Vous veillerez à me tenir informé, sous le timbre du bureau de la santé publique du droit social et de l'environnement, de la mise en œuvre de ces dispositions et des difficultés rencontrées pour son application.

Le directeur des affaires criminelles et des grâces

Jean-Marie HUET

Convention signée à Besançon le 17 avril 2008

Nous, Gérard Decour, directeur général du centre hospitalier universitaire de Besançon et Catherine Pignon, procureure générale près la cour d'appel de Besançon,

Vu les principes déontologiques qui régissent l'intervention médicalement

Vu les droits reconnus aux malades et à leurs proches

Vu les importantes modifications législatives apportées ces dernières années sur les questions de consentement aux soins des patients

Vu les débats récents suscités par des situations extrêmement douloureuses et complexes

Considérant qu'il existe un besoin impérieux d'information sur le cadre juridique dans lequel s'inscrit l'administration de soins aux patients dont le pronostic vital est engagé;

Considérant qu'il convient de dégager de bonnes pratiques pour la mise en œuvre de l'exclusion de toute obstination thérapeutique déraisonnable;

Considérant que ces réflexions doivent être menées conjointement par les professionnels médicaux et soignants, et les autorités judiciaires, en y associant l'ensemble des interlocuteurs concernés, notamment les associations de malades.

Article 1

Des rencontres sous forme de tables rondes seront organisées à l'initiative des signataires, avec l'appui du comité d'éthique, au sein du centre hospitalier universitaire de Besançon afin de sensibiliser les professionnels aux enjeux de la prise en charge des patients en fin de vie.

Article 2

Un bilan sera effectué annuellement sur ces échanges dans le cadre du comité d'éthique afin de dégager des règles de bonne pratique pour faire respecter les droits des patients et satisfaire aux obligations des professionnels de santé.

Article 3

Ce bilan sera communiqué aux autorités ministérielles compétentes

Fait à Besançon, le 17 avril 2008.

Le directeur général du centre hospitalier
universitaire,
Gérard DECOUR

La procureure générale,
Catherine PIGNON

Signé en présence de :
Rachida DATI,
Garde de sceaux, ministre de la justice

Jean LEONETTI,
Député des Alpes-Maritimes
rapporteur de la loi relative aux droits des
malades et à la fin de vie