



OBSERVATIONS ÉCRITES

*soumises à la Cour européenne des droits de l'homme
dans l'affaire*

*Medmoune et autres c. France
(n° 55026/22)*

Grégor Puppinck, Directeur

Nicolas Bauer, Chercheur associé

20 juillet 2023

Résumé :

Ces observations répondent à deux erreurs. La première est celle du Gouvernement français, qui voit toute « aide médicale à mourir » comme légitime. Or, l'euthanasie est contraire au droit à la vie, tel que protégé par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Ces observations déconseillent fortement à la Cour d'utiliser la grille de lecture du Gouvernement français, fondée sur cette notion « d'aide médicale à mourir ». Le Gouvernement inclut et confond des actes pourtant opposés : « faire mourir » (tuer) et « laisser mourir » (accompagner, soigner). Cela a pour effet de banaliser l'euthanasie et l'assistance au suicide, en les mettant sur le même plan que le refus légitime et nécessaire de toute obstination déraisonnable.

La deuxième erreur est celle des requérantes, qui revendiquent au nom de M. Medmoune de recevoir des traitements disproportionnés. Les traitements demandés maintiendraient artificiellement en vie M. Medmoune, ne présenteraient aucun espoir d'améliorer son état de santé et emporteraient des conséquences négatives sur sa santé. Or, ni l'article 8 ni aucun article de la Convention européenne n'inclut un droit de recevoir un traitement médical disproportionné ou dénué de finalité thérapeutique. M. Medmoune n'a pas de droit à recevoir de tels traitements au titre de la Convention européenne.

Faits :

1. M. Abdelhadi Medmoune est né en 1978 et est père de quatre enfants.
2. Sur les conseils de son médecin traitant, M. Medmoune avait rédigé et signé des directives anticipées le 5 juin 2020 :
« Je veux que l'on continue à me maintenir en vie (même artificiellement) dans le cas où j'aurais perdu (définitivement) conscience et où je ne pourrai plus communiquer avec mes proches : mon épouse, mes sœurs, mes frères et mon père. Je demande à ce que les soins continuent pour mon bien-être et que l'équipe médicale continue à me préconiser les traitements nécessaires à mon maintien en vie. J'accepte les actes tels que la réanimation ou l'assistance respiratoire. Je compte sur ma famille (...) pour respecter mes souhaits et prendre les décisions nécessaires pour me maintenir en vie (...) même si je suis dans un état de coma prolongé jugé irréversible ».
3. Le 18 mai 2022, il a été écrasé par un véhicule utilitaire sur lequel il effectuait des réparations. Cet accident a provoqué un polytraumatisme grave qui a été compliqué par un arrêt cardio-respiratoire ayant causé une absence d'oxygénation du cerveau pendant sept minutes.
4. M. Medmoune a alors été pris en charge par le centre hospitalier de Valenciennes (Nord), au sein du service de réanimation. Après des examens médicaux et d'imagerie, son état de coma profond a été considéré comme insusceptible d'amélioration. L'équipe médicale a considéré que la poursuite des thérapeutiques invasives constituerait une « *obstination déraisonnable dans des traitements apparaissant inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* ».

5. Début juin 2022, à l'issue d'une procédure collégiale, l'équipe médicale a pris la décision d'arrêter les traitements. Les recours de l'épouse et des deux sœurs de M. Medmoune ont empêché l'exécution de cette décision. Une nouvelle décision d'arrêt des traitements a été prise le 15 juillet 2022. Son exécution a été retardée par les recours.
6. Un mémoire produit par le centre hospitalier de Valenciennes le 18 novembre 2022 indique une « *abolition de la conscience résultant des lésions anoxiques causées par son accident, sans réaction ni spontanée ni à la demande, et sans possibilité de relation avec l'extérieur* » ainsi que l'absence totale de « *réflexe du tronc cérébral, à l'exception du réflexe oculo-cardiaque, et aucune possibilité de respiration sans ventilation mécanique, la respiration spontanée étant inefficace¹* ».
7. Le mémoire indique également l'absence d'amélioration et l'absence de perspective d'amélioration. Pire, l'état de M. Medmoune se dégraderait, « *l'escarre déjà existante s'aggravant par une escarre occipitale et omoplate, la perte musculaire étant majeure et la disparition de tout réflexe de clignement des yeux imposant une occlusion mécanique des paupières en continu* ». Ce constat montrait, selon l'équipe médicale, qu'une poursuite des soins et traitements constituerait une obstination déraisonnable. Une telle poursuite aurait été, toujours selon l'équipe médicale, une « maltraitance » d'un patient en fin de vie.
8. Les observations du Gouvernement dans la présente affaire indique que M. Medmoune est finalement décédé le 26 décembre 2022, sans qu'il ne soit précisé si c'est l'arrêt litigieux des traitements qui a provoqué ce décès.

Procédure :

9. Les trois requérantes, l'épouse et les deux sœurs de M. Medmoune, ont saisi le juge des référés du tribunal administratif de Lille contre la décision d'arrêt des traitements du 1^{er} juin 2022. Par une ordonnance du 8 juin 2022 (n° 2204200), le tribunal a suspendu la décision d'arrêt des traitements, dès lors que les médecins n'avaient pas recherché l'existence de directives anticipées, ni cherché à savoir si le patient avait exprimé une volonté particulière auprès de ses proches quant à sa fin de vie.
10. Les requérantes ont également saisi le juge des référés contre la deuxième décision d'arrêt des traitements, datée du 15 juillet 2022. Par une ordonnance du 22 juillet 2022 (n° 2205477), le tribunal administratif de Lille a rejeté la requête. Les requérantes ont formé un appel devant le Conseil d'État.
11. Par une ordonnance du 19 août 2022 (n° 466082), le Conseil d'État a renvoyé au Conseil constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité et a sursis à l'exécution de la décision du 15 juillet 2022 jusqu'à ce qu'il soit statué sur cette requête. Par une décision du 10 novembre 2022 (n° 2022-1022 QPC), le Conseil constitutionnel a jugé conforme à la Constitution les dispositions contestées.
12. Par une ordonnance du 29 novembre 2022 (n° 466082), le Conseil d'État a rejeté l'appel formé par les requérantes, jugeant que :

¹ D'après le résumé fait par le Conseil d'État dans CE, 29 novembre 2022, § 18.

« [d]ans ces circonstances, caractérisées par l'absence de toute perspective thérapeutique et des conditions de vie irrémédiablement et particulièrement dégradées, l'appréciation de l'équipe médicale selon laquelle les directives anticipées de poursuite des soins formulées par M. [A. M.] devaient être regardées comme manifestement inappropriées à la réalité de sa situation médicale actuelle, et la décision en conséquence de cesser les soins qui lui sont dispensés, ne peuvent être regardées comme ayant porté une atteinte grave et manifestement illégale aux libertés fondamentales invoquées ».

13. Les requérantes ont saisi la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) le 30 novembre 2022, sur le fondement de l'article 39 de son règlement, d'une demande de mesure provisoire visant à suspendre la décision médicale d'arrêt des traitements de M. Medmoune. Le 1^{er} décembre 2022, la Cour a décidé de ne pas indiquer au Gouvernement la mesure provisoire sollicitée.
14. Le 12 décembre 2022, les requérantes ont déposé une requête à la CEDH, alléguant une violation des articles 2 (droit à la vie), 8 (droit au respect dû à la vie privée et familiale) et 9 (liberté de pensée, de conscience et de religion) de la Convention européenne.

La qualité à agir des requérantes au nom de M. Medmoune :

15. La CEDH admet qu'un tiers puisse, dans des circonstances exceptionnelles, agir au nom et pour le compte d'une personne vulnérable. Ainsi, les proches parents d'une personne dont le décès engage ou engagerait la responsabilité de l'État peuvent se prétendre victime d'une violation de la Convention².
16. Au moment du dépôt de la requête par Mmes Medmoune, le 30 novembre 2022, M. Medmoune n'était pas encore décédé, mais en vie. La jurisprudence a dégagé deux critères principaux, qui doivent être respectés : le risque que les droits de la victime directe soient privés d'une protection effective et l'absence de conflit d'intérêts entre la victime et le requérant³.
17. En l'espèce, il ne semble y avoir aucun risque que les droits de M. Medmoune soient privés d'une protection effective. De plus, il existe une convergence d'intérêts entre les requérantes et M. Medmoune, dont les souhaits peuvent être déterminés à partir de ses directives anticipées. Ces éléments semblent montrer la qualité à agir des requérantes au nom et pour le compte de M. Medmoune.
18. Cette qualité à agir en leur propre nom des requérantes n'est pas contestée par le Gouvernement français dans ses observations écrites⁴.

² *Lambert et autres c. France* [GC], n° 46043/14, 5 juin 2015, § 115.

³ *Ibid.*, §§ 93-95 et 102-104. Voir aussi : *Nencheva et autres c. Bulgarie*, n° 48609/06, 18 juin 2013, § 89 ; *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu*, n° 47848/08, 17 juillet 2014, §§ 97-99. À noter que dans l'affaire *Lambert*, après avoir considéré qu'il y avait divergence d'intérêts entre les requérants et M. Vincent Lambert et que les requérants n'avaient donc pas qualité à agir, la Cour a tout de même choisi d'examiner l'ensemble des questions de fond soulevées par l'affaire (voir § 112).

⁴ Observations initiales du Gouvernement, 13 avril 2023, § 38.

Définitions utiles :

19. Avant de répondre à ces deux questions, il est essentiel de définir plusieurs notions qui seront utilisées dans ces observations.

Euthanasie :

20. L'euthanasie se définit habituellement comme un acte découlant d'une volonté délibérée de tuer le patient. Cet acte peut être négatif (une omission). C'est cette définition de l'euthanasie que nous retiendrons dans ces observations.

21. L'introduction de notions telles que l'« euthanasie passive » porte à confusion⁵. En effet, elle ne tient pas compte de l'intention de celui qui agit ou qui arrête une action nécessaire à la vie. L'euthanasie dite « passive » couvre en réalité de réelles euthanasies mais aussi des refus légitimes de thérapies, sans volonté de tuer. Pour éviter les confusions, nous n'utiliserons pas la notion d'« euthanasie passive ».

Moyens proportionnés ou disproportionnés

22. Au XIII^e siècle, Saint Thomas d'Aquin avait écrit sur l'amputation, en se demandant si un tel acte médical était dû au patient et s'il était obligatoire pour un médecin de le poser, en cas de membre infecté⁶. Entre le XVI^e et le XX^e siècle, les philosophes et les théologiens ont élargi la réflexion morale en développant une distinction entre moyens « ordinaires » et « extraordinaires » de conserver la vie d'une personne⁷. Les moyens ordinaires étaient considérés comme dus aux patients. Leurs caractéristiques étaient notamment d'avoir une efficacité réelle pour le patient et d'être moyens « communs » et « faciles ». À l'inverse, les moyens extraordinaires présentent une difficulté excessive ou même une impossibilité, comme un effort considérable ou une douleur énorme pour le patient.

23. Dans les années 1950, le magistère de l'Église a repris cette distinction, en particulier dans le contexte de la réanimation⁸. Le pape Pie XII a affirmé que le médecin a une obligation morale d'utiliser des moyens ordinaires pour conserver la vie du patient et a au contraire l'obligation de ne pas imposer voire de ne pas user des moyens extraordinaires⁹. Pie XII incluait les tentatives de réanimation, en particulier la respiration artificielle, parmi les moyens extraordinaires que le médecin pouvait interrompre même si la conséquence était la cessation de la circulation sanguine et donc la mort. Un tel acte n'est pas une euthanasie, car il ne découle pas d'une volonté délibérée de tuer. La mort n'est que la conséquence, naturelle et non voulue, de l'arrêt d'un traitement extraordinaire¹⁰.

⁵ Voir à ce sujet : Mariella Lombardi Ricci, « Les soins de fin de vie : « ordinaires » ou « extraordinaires » », *Revue des sciences religieuses*, n°83/1, 2009, pp. 115-130.

⁶ Abbé François Knittel, « Se soigner et se faire soigner – Réflexions morales sur les moyens pour l'homme de conserver la vie », *Le Sel de la terre*, n° 74, pp. 49-51.

⁷ *Ibid.*, pp. 51-57.

⁸ Pie XII, « Allocution sur les problèmes de la réanimation », du 24 novembre 1957, dans *Œuvres complètes de Pie XII*, Saint-Maurice, Éditions Saint-Augustin, p. 695.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Voir, au sujet du principe du double effet d'un acte : Jocelyne Saint-Arnaud, « Trois discours de Pie XII et le débat sur l'euthanasie », *Laval théologique et philosophique*, n°50(3), pp. 551-553.

24. La réflexion éthique récente évite la distinction entre moyens « ordinaires » et « extraordinaires », du fait de l'imprécision des termes et de l'évolution rapide de la médecine. Les moyens sont dits « proportionnés » ou « disproportionnés », selon la thérapeutique envisagée (nature, degré de complexité ou de risque, coût, possibilité d'emploi), le résultat escompté, ainsi que l'état général et les ressources physiques et morales du patient¹¹. Il s'agit d'établir la proportion existant entre le moyen et la fin recherchée. Dans l'imminence de la mort, il est moralement permis de renoncer aux traitements devenus disproportionnés du fait de l'insignifiance du résultat thérapeutique ou des contraintes imposées au patient¹². En revanche, il est contraire à la morale d'interrompre les soins normaux dus au malade¹³.
25. Il faut distinguer l'euthanasie de la décision de renoncer à des traitements disproportionnés. Il existe une différence de nature entre ces deux actes, même si leur conséquence est la même (la mort). L'euthanasie correspond à « faire mourir » (tuer), alors qu'un arrêt de traitements disproportionnés correspond à « laisser mourir » (conformément à la nature)¹⁴.

Soins et traitements

26. Un soin élémentaire est toujours considéré comme proportionné. L'administration d'eau et de nourriture, même à travers des voies artificielles, est un soin élémentaire, c'est-à-dire qu'elle est toujours proportionnée¹⁵. C'est également le cas de l'hygiène répondant aux besoins courants du patient. Un traitement, comme le respirateur artificiel, peut en revanche être proportionné ou disproportionné, selon les circonstances concrètes.

Obstination déraisonnable

27. Dans ses observations, l'obstination déraisonnable sera définie comme dans l'article L1110-5 du Code de la santé publique, par opposition aux soins et traitements utiles et proportionnés au regard de l'état de santé du patient :

¹¹ Sacrée congrégation pour la Doctrine de la foi, déclaration *Jura et Bona* sur l'euthanasie, 5 mai 1980, n° IV. Voir aussi : Conseil pontifical « Cor Unum », « Quelques questions éthiques relatives aux malades en état grave et aux mourants », 27 juillet 1981, n° 2.4.1 et 2.4.2.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Voir : Jean-Paul II, encyclique *Evangelium vitae*, 25 mars 1995, n° 65, D.C. n° 2114, p. 38 : « Il faut distinguer de l'euthanasie la décision de renoncer à ce qu'on appelle l'« acharnement thérapeutique », c'est-à-dire à certaines interventions médicales qui ne conviennent plus à la situation réelle du malade, parce qu'elles sont désormais disproportionnées par rapport aux résultats que l'on pourrait espérer ou encore parce qu'elles sont trop lourdes pour lui et pour sa famille. Dans ces situations, lorsque la mort s'annonce imminente et inévitable, on peut en conscience « renoncer à des traitements qui ne procureraient qu'un sursis précaire et pénible de la vie, sans interrompre pourtant les soins normaux dus au malade en pareil cas ». Il est certain que l'obligation morale de se soigner et de se faire soigner existe, mais cette obligation doit être confrontée aux situations concrètes ; c'est-à-dire qu'il faut déterminer si les moyens thérapeutiques dont on dispose sont objectivement en proportion avec les perspectives d'amélioration. Le renoncement à des moyens extraordinaires ou disproportionnés n'est pas équivalent au suicide ou à l'euthanasie ; il traduit plutôt l'acceptation de la condition humaine devant la mort ».

¹⁵ Jean-Paul II, « Discours aux participants du congrès international « Les traitements de soutien vital et l'état végétatif. Progrès scientifique et dilemme éthique » », 20 mars 2004, n° 4, D.C. n° 2313, p. 409.

« 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 ».

28. L'obstination déraisonnable est synonyme d' « acharnement thérapeutique ».

Tableau récapitulant les définitions

29.

	Maintien / poursuite	Arrêt
Soins élémentaires	Médecine	Euthanasie
Traitements proportionnés	Médecine	Euthanasie
Traitements disproportionnés	Obstination déraisonnable	Médecine

Questions soulevées par cette affaire :

30. La décision prise par l'équipe médicale d'arrêter les traitements de suppléance des fonctions vitales, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, est-elle contraire au droit à la vie (article 2) de M. Abdelhadi Medmoune ?

31. Si non, est-elle contraire à son droit au respect dû à sa vie privée (article 8) ou à son droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion (article 9) ?

Plan :

32. Ces observations répondent à l'argumentaire du Gouvernement en réaffirmant que l'euthanasie est une violation du droit à la vie (I). Elles répondent ensuite à celui des requérantes, en démontrant qu'il n'existe aucun droit de recevoir des traitements disproportionnés (II).

I- L'euthanasie est une violation du droit à la vie

L'interdiction de tuer à l'article 2-1 de la Convention

33. Le droit à la vie, comme la dignité¹⁶, est inhérent à la personne humaine. Le Pacte des droits civils et politiques des Nations unies (« Pacte II ») précise ainsi que « *le droit à la vie est inhérent à la personne humaine* » (article 6). Cette inhérence implique que le droit à la vie doit être défendu quelle que soit la volonté de son titulaire.
34. L'article 2 implique comme condition minimale l'interdiction de tuer. La Convention européenne des droits de l'homme indique par exemple très clairement « *La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi* » (article 2-1). Cette interdiction de tuer prévoit une liste limitative d'exceptions, comme la légitime défense ou encore la répression d'une émeute (article 2-2).
35. Le droit à la vie, par son inhérence et l'interdit qu'il pose, se distingue ainsi d'autres droits fondamentaux. La plupart des droits protègent des facultés et non des réalités. C'est le cas par exemple des facultés de se marier, fonder un syndicat, pratiquer une religion ou encore saisir un tribunal. Ces facultés sont garanties par des droits fondamentaux, mais une personne peut renoncer à les exercer. Le droit à la vie est l'une des rares exceptions : ce n'est pas la faculté de vivre qui est protégée, mais la vie elle-même, en tant que réalité objective.

L'euthanasie ne fait pas partie de la liste limitative d'exceptions

36. L'euthanasie ne fait pas partie de la liste limitative d'exceptions à l'interdit de tuer, elle n'est donc pas compatible avec le droit à la vie. Même si une personne veut mourir, le fait de la tuer ou de l'assister dans son suicide viole son droit à la vie.
37. Dans une résolution de 2012, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) a affirmé : « *L'euthanasie, au sens de tuer intentionnellement, par action ou par omission, une personne dépendante, dans l'intérêt allégué de celle-ci, doit toujours être interdite*¹⁷ ».
38. Le Serment d'Hippocrate indique en outre : « *Je ne provoquerai jamais la mort délibérément* ». De même, la Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale (AMM), dans sa version actuelle, engage les médecins ainsi : « *Je veillerai au plus grand respect de la vie humaine*¹⁸ ».

¹⁶ Voir les préambules de la Déclaration universelle des droits de l'homme et du Pacte des droits civils et politiques des Nations Unies (« Pacte II »).

¹⁷ APCE, « Protéger les droits humains et la dignité de la personne en tenant compte des souhaits précédemment exprimés par les patients », Résolution 1859 (2012).

¹⁸ Déclaration de Genève, adoptée par la 2e Assemblée Générale, Genève, Suisse, Septembre 1948, révisée par la 22e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968, la 35e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983, la 46e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994, la 170e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005, la 173e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006, la 68e Assemblée générale, Chicago, Etats-Unis, Octobre 2017, et (dans sa version française uniquement) par la 71e Assemblée générale de l'AMM (en ligne), Cordoue, Espagne, octobre 2020.

39. L'assistance au suicide est également interdite. En 2002, la CEDH avait affirmé : « *L'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir ; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie*¹⁹ ». La CEDH oblige également les États à prévenir le suicide. Elle a encore rappelé en 2022 le principe selon lequel l'article 2 « *impose aux autorités le devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie*²⁰ ».
40. En Europe, un consensus existe autour de l'interdiction de l'euthanasie et du suicide assisté, sauf dans quelques pays et dans une période récente (pour l'euthanasie : Pays-Bas, Belgique, Luxembourg ou encore Espagne ; pour le suicide assisté : Suisse, Italie, Allemagne et Autriche).

L'interprétation *contra legem* du Gouvernement

41. L'argumentaire du Gouvernement français, dans ses observations remises à la Cour le 13 avril 2023, est dangereux. Il confond l'euthanasie avec une autre situation : l'arrêt de traitements disproportionnés, pour éviter l'obstination déraisonnable. Le Gouvernement considère que, dans les deux cas, il s'agit de « formes d'aide médicale à mourir²¹ ». Son autre erreur est de considérer qu'une « aide médicale à mourir », incluant l'euthanasie et le suicide assisté, est compatible avec le droit à la vie²².
42. Ces erreurs instrumentalisent cette affaire au service de la légalisation de l'euthanasie. Cette requête sera en effet examinée alors que le président français Emmanuel Macron a déclaré vouloir suivre le « modèle belge » de la fin de vie, c'est-à-dire l'euthanasie, y compris pour les mineurs et pour les personnes ayant des souffrances psychiques. Entre 2003 et 2022, le nombre d'euthanasies en Belgique a été multiplié par 13 ou 14. Certains cas récents sont particulièrement choquants : l'euthanasie d'une jeune femme traumatisée par les attentats de Bruxelles (Shanti de Corte, 2022), l'euthanasie d'une mère de famille après un viol (Nathalie Huygens, 2023) et le cas d'une autre mère de famille qui a été euthanasiée seize ans jour pour jour après avoir assassiné ses cinq enfants (Geneviève Lhermitte, 2023). D'après un sondage, seulement 35 % des Belges seraient opposés à aller plus loin en arrêtant les traitements coûteux pour toutes les personnes de plus de 85 ans²³.
43. Le Gouvernement français, lorsqu'il considère que l'euthanasie est compatible avec le droit à la vie, peut malheureusement s'appuyer sur un jugement récent de la Cour, *Mortier c. Belgique* (2022). La Cour avait alors validé l'euthanasie d'une femme dépressive, par un médecin militant pro-euthanasie, ayant reçu de cette femme un don de 2 500 euros pour son association. Le jugement affirme que « *le droit à la vie (...) ne saurait être interprété comme interdisant en soi la dépénalisation conditionnelle de l'euthanasie*²⁴ ». Il s'oppose donc explicitement au texte de l'article 2 en remettant en cause l'interdiction de tuer. Cette

¹⁹ CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02, 29 avril 2002.

²⁰ CEDH, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07, 20 janvier 2011, § 54. Ce principe est rappelé dans *Lings c. Danemark*, n° 15136/20, 12 avril 2022, § 49.

²¹ Observations initiales du Gouvernement, 13 avril 2023, § 42.

²² *Ibid.*

²³ <https://video.lefigaro.fr/figaro/video/sondage-belge-faut-il-arreter-de-soigner-les-plus-de-85-ans/6016997434001/>

²⁴ CEDH, *Mortier c. Belgique*, n° 78017/17, 4 octobre 2022 § 138

jurisprudence n'était pas unanime, certains juges ayant exprimé leur désaccord avec le jugement et ayant pointé une négation du droit à la vie²⁵.

En l'espèce, il s'agit d'un arrêt de traitements disproportionnés et non d'une euthanasie

44. Après avoir exposé la contrariété entre l'euthanasie et le droit à la vie, il convient de se demander si M. Medmoune a été victime d'une euthanasie, pour déterminer si son droit à la vie a été violé.
45. Les requérants revendiquaient la poursuite de traitements qui, à part le maintien artificiel de la vie, ne présentaient aucun espoir d'améliorer l'état de santé de M. Medmoune. Un maintien artificiel de la vie, dans le cas de M. Medmoune, emportaient des conséquences négatives, comme l'aggravation de son escarre, de sa perte musculaire et la disparition de son réflexe de clignement des yeux. Par conséquent, les traitements revendiqués poursuivaient de manière disproportionnée l'objectif de protéger la vie de M. Medmoune.
46. Ces traitements étant disproportionnés, les maintenir serait une obstination déraisonnable. Les interrompre ne revient donc pas à euthanasier M. Medmoune, mais à le laisser mourir. Son droit à la vie ne semble donc pas avoir été violé.

II- Il n'existe aucun droit de recevoir des traitements disproportionnés

Les obligations positives de protéger la vie et la santé

47. Outre des obligations négatives, le droit à la vie oblige également les États positivement. Ceux-ci doivent en effet prendre des mesures nécessaires à la protection de la vie et de la santé des personnes relevant de leur juridiction²⁶. Ainsi, sous l'angle de l'article 2, « *les obligations positives impliquent la mise en place par l'Etat d'un cadre réglementaire imposant aux hôpitaux, qu'ils soient privés ou publics, l'adoption de mesures propres à assurer la protection de la vie des malades*²⁷ ». Cette obligation implique de fournir des soins et traitements proportionnés à tout patient, avec une portée dépendant des circonstances.
48. Il peut arriver que la cause d'une atteinte au droit à la vie soit une erreur de jugement de professionnels de santé. Dans le cas où une telle erreur est établie, la Cour ne conclura normalement pas à la violation de l'article 2. En effet, « *dès lors qu'un État contractant a pris les dispositions nécessaires pour assurer un haut niveau de compétence chez les professionnels de la santé et pour garantir la protection de la vie des patients, on ne peut admettre que des questions telles qu'une erreur de jugement de la part d'un professionnel de la santé ou une mauvaise coordination entre des professionnels de la santé dans le cadre du traitement d'un patient en particulier suffisent en elles-mêmes à obliger un État*

²⁵ Voir l'opinion en partie concordante et en partie dissidente de la juge Elósegui et l'opinion en partie dissidente du juge Serghides.

²⁶ CEDH, *Vavrička et autres c. République tchèque* [GC], n°s 47621/13 et 5 autres, 8 avril 2021, § 182.

²⁷ CEDH, *Calvelli et Ciglio c. Italie* [GC], n°32967/96, 17 janvier 2002, § 49 ; *Vo c. France* [GC], n°53924/00, 8 juillet 2004, § 89.

*contractant à rendre des comptes en vertu de l'obligation positive de protéger le droit à la vie qui lui incombait aux termes de l'article 2 de la Convention*²⁸ ».

49. En matière de santé, lorsque l'intégrité physique d'un patient est en jeu, la CEDH considère que « *les obligations découlant de l'article 8 de la Convention coïncident largement avec celles découlant de l'article 2*²⁹ ». Ainsi, « *les dispositions pertinentes de la Convention, notamment les articles 2 et 8, font peser sur les États contractants une obligation positive de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie et de la santé des personnes relevant de leur juridiction*³⁰ ».

L'absence de droits des patients contre leur propre vie ou santé

50. Le droit au respect dû à la vie privée a pris, dans les affaires relatives à la fin de vie, une importance qu'il n'avait jamais eue. À partir de ce droit, qui devrait protéger uniquement la « sphère privée », la CEDH a créé en 2002 un droit subjectif à une « *qualité de vie* », dans une affaire relative à la fin de vie, en indiquant que c'est sous l'angle de l'article 8 et non de l'article 2 que ce droit prenait toute sa signification³¹.
51. Cette « qualité de vie » ne peut en revanche jamais contredire le respect de la vie elle-même. Certes, dans *Haas c. Suisse*, la CEDH avait estimé en 2011 que le respect de la vie privée incluait un « *droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, à condition qu'il soit en mesure de former librement sa volonté à ce propos et d'agir en conséquence*³² ». Mais la CEDH semble avoir mis fin à cette pente glissante vers la création d'un droit à l'euthanasie et au suicide assisté sous l'angle de l'article 8. À l'occasion de son jugement *Lings c. Danemark* de 2022, elle a affirmé clairement qu'il n'existait aucun « *droit au suicide assisté au titre de la Convention, y compris sous la forme d'une information ou d'une assistance allant au-delà de la fourniture d'informations générales sur le suicide*³³ ».
52. Comme il a déjà été expliqué, les articles 2 et 8 coïncident largement. Or, aucun droit à recevoir un traitement disproportionné n'existe sous l'angle de l'article 2. Les obligations précitées des États visent la protection de la vie et de la santé, et non le seul maintien artificiel de la vie au détriment de la santé et sans bénéfice escompté, comme dans une obstination déraisonnable.
53. L'article 8 ne permet pas à une personne d'obtenir que lui soit appliqué des actes médicaux sans finalité thérapeutique ou sans cause médicale. Ainsi, une personne ne peut pas obtenir d'un médecin qu'il lui coupe une jambe sans que cette amputation ait un motif médical. C'est pour cette raison que plusieurs actes habituellement effectués par des professionnels

²⁸ CEDH, *Lopes de Sousa Fernandes c. Portugal* [GC], n° 56080/13, 19 décembre 2017.

²⁹ Voir : CEDH, *Vilela et autres c. Portugal*, n° 63687/14, 23 février 2021, § 73 ; voir aussi : *Brincat et autres c. Malte*, nos 60908/11 et 4 autres, 24 juillet 2014, § 102 ; *Vasileva c. Bulgarie*, n° 23796/10, 17 mars 2016, § 63.

³⁰ CEDH, *Vavříčka et autres c. République tchèque* [GC], *op. cit.*, § 182.

³¹ CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, *op. cit.*, § 65.

³² CEDH, *Haas c. Suisse*, *op. cit.*, § 61, réitéré dans *Koch c. Allemagne*, n° 497/09, 19 juillet 2012, § 52.

³³ CEDH, *Lings c. Danemark*, *op. cit.*, § 52 (traduction libre).

de santé ne sont pas protégés au titre de l'article 8 : l'avortement³⁴, l'assistance au suicide³⁵, l'euthanasie, le changement de sexe³⁶ ou encore la chirurgie esthétique.

54. Ce que l'article 8 protège en fin de vie, c'est de recevoir des soins et traitements destinés à préserver la qualité de vie de la personne. Comme l'explique le « Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie » édité par le Conseil de l'Europe, « *si la question de la limitation ou de l'arrêt de traitements devenus inutiles ou disproportionnés peut se poser dans les situations de fin de vie, elle ne remet certainement pas en cause la poursuite des soins, y compris des traitements, à visée palliative, destinés à préserver la qualité de vie de la personne, qui s'impose toujours comme la matérialisation, dans la pratique médicale, du respect dû à la personne*³⁷ ».

55. Sur cette qualité de vie et sur les dernières volontés au moment de la mort, l'article 8 « *tend pour l'essentiel à prémunir l'individu contre des ingérences arbitraires d'une autorité publique dans l'exercice par lui de son droit au respect de sa vie privée et familiale*³⁸ ». L'article 8 peut également protéger des droits comme celui de voir ses proches, de rencontrer un prêtre ou de donner ou non ses organes.

56. Comme pour l'article 8, l'article 9 ne permet pas à une personne d'obtenir que lui soit appliqué des actes médicaux sans finalité thérapeutique ou sans cause médicale. C'est pour cette raison, par exemple, que l'article 9 ne permet pas aux juifs et aux musulmans d'exiger d'un professionnel de santé qu'il pratique la circoncision. Certes, la Cour a jugé que le refus de traitements médicaux, fondé sur une conviction, était en principe protégé par l'article 9. C'est le cas par exemple du refus des transfusions sanguines librement consenti par les Témoins de Jéhovah³⁹. Mais il en va différemment de la revendication d'un acte médical positif, qui ne serait pas exigé par le respect du droit à la vie (article 2)⁴⁰.

En l'espèce, les requérantes revendiquaient des traitements disproportionnés

57. Dès sa prise en charge par l'hôpital, M. Medmoune semble avoir reçu tous les soins, examens et traitements appropriés du fait de son état de santé. Cette prise en charge semble donc conforme aux articles 2 et 8.

58. Les directives anticipées de M. Medmoune, telles qu'interprétées par sa famille pour sa situation, ont ensuite conduit les requérantes à revendiquer le bénéfice de traitements médicaux disproportionnés. Recevoir des traitements s'apparentant à une obstination déraisonnable n'étant pas un droit, sous l'angle des articles 8 et 9, l'interruption de ses traitements ne viole ni son droit au respect dû à la vie privée, ni son droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

³⁴ CEDH, *A, B et C c. Irlande* [GC], n° 25579/05, 16 décembre 2010, § 214 ; *P. et S. c. Pologne*, n° 57375/08, 30 octobre 2012, § 96.

³⁵ CEDH, *Lings c. Danemark*, *op. cit.*, § 52.

³⁶ CEDH, *Y.Y. c. Turquie*, n° 14793/08, 10 mars 2015, § 65.

³⁷ Conseil de l'Europe, « Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie », mai 2014, p. 12.

³⁸ CEDH, *Gard et autres c. Royaume-Uni* (déc.), n° 39793/17, 27 juin 2017.

³⁹ Voir : CEDH, *Les témoins de Jéhovah de Moscou et autres c. Russie*, n° 302/02, 10 juin 2010 ; *Taganrog LRO et autres c. Russie*, n°s 32401/10 et 19 autres, 7 juin 2022.

⁴⁰ CEDH, *Pretty c. Royaume-Uni*, *op. cit.*, § 82.