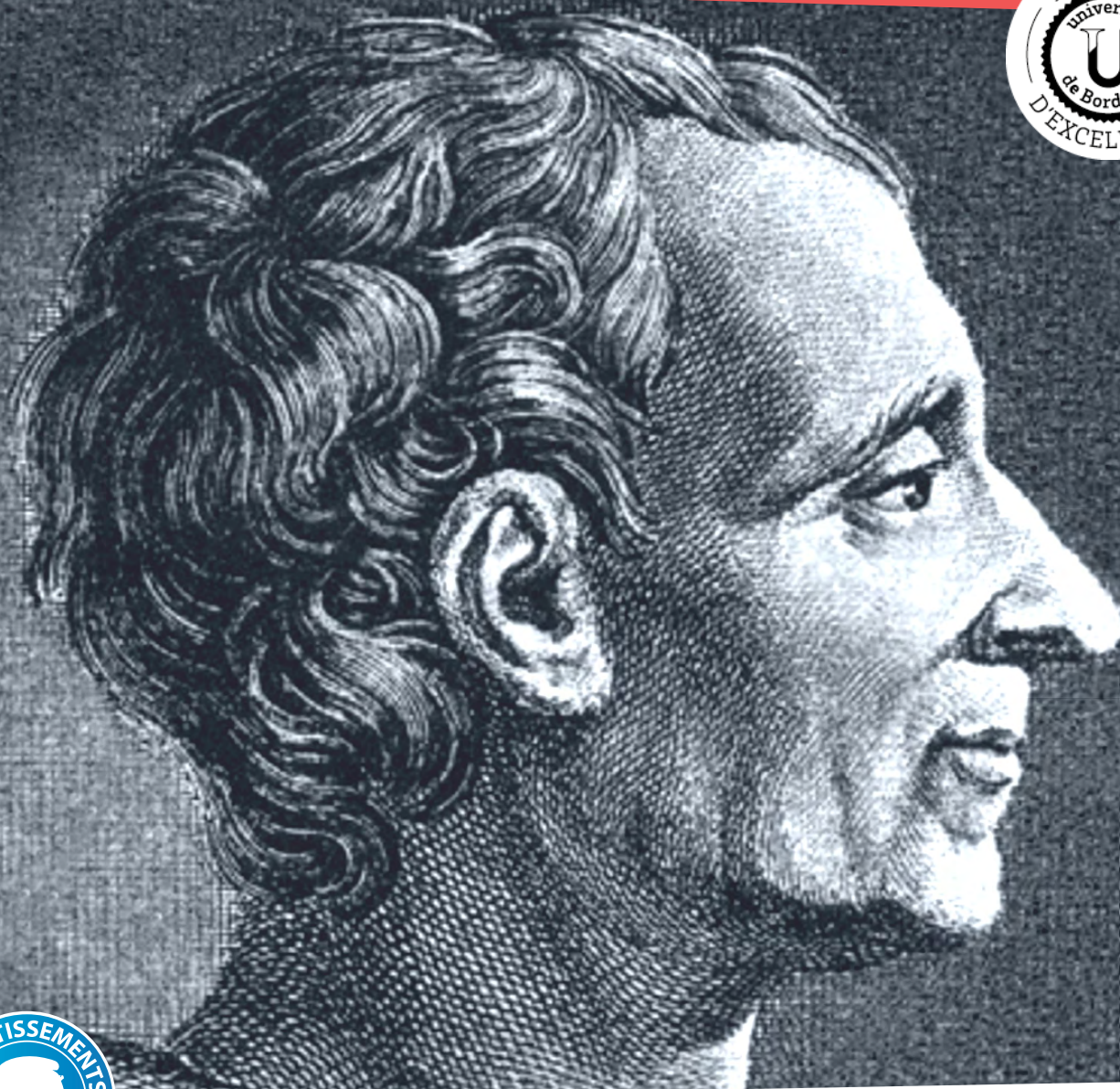


No. 5 | Mars
2017

Montesquieu Law Review

Fin de vie et droit pénal
Murielle Bénéjat-Guerlin



Programme financé par l'ANR
n°ANR-10-IDEX-03-02

FORUM
MONTESQUIEU
Faculté de droit et science politique

université
de **BORDEAUX**

Droit pénal :

Fin de vie et Droit pénal

Murielle Bénéjat-Guerlin, Maître de conférences, Institut de recherche en Droit des affaires et du patrimoine, Université de Bordeaux

Droit pénal de la fin de vie

La fin de vie désigne la période qui précède la mort, à partir du moment où cette dernière devient inéluctable. L'expression est passée dans le langage courant pour évoquer plus déceimment les faits d'euthanasie et de suicide assisté. La problématique repose sur la gestion de la fin de vie dont les règles juridiques se concentrent désormais dans deux lois majeures intégrées au Code la santé publique : la fameuse Loi « Léonetti » du 22 avril 2005 et la Loi « Léonetti Claeys » du 2 février 2016 *créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* (1). En dépit de textes très complets et spécialisés, sur notamment le patrimoine du mourant ou le statut de la personne en état végétatif, la fin de vie ne donne lieu à aucune disposition strictement pénale. L'infraction d'euthanasie n'existe pas à proprement parler, et l'assistance au suicide ne constitue jamais un fait justificatif en tant que tel. C'est donc vers le Droit pénal commun qu'il convient de se tourner pour rechercher les incriminations applicables à cette délicate phase ainsi que les éventuelles causes d'exonération.

La protection pénale de la vie

La vie constitue une valeur première, protégée prioritairement dans l'ensemble du Code pénal. Dans ces conditions, notre Droit pénal protège-t-il la fin de vie comme il protège la vie ? Autrement dit, la protège-t-il comme il protège les autres périodes de la vie en sanctionnant toutes les atteintes qui y sont portées ? Deux réponses paraissent d'emblée possibles. D'un côté, protéger la fin de vie comme tout moment de l'existence supposerait d'appliquer les mêmes incriminations, dans les mêmes conditions, quel que soit le contexte. D'un autre côté, une atteinte à la vie dans sa phase terminale pourrait être jugée moins grave dès lors que l'issue est proche ou que la victime le réclame ; ou à l'inverse plus grave, en raison de la vulnérabilité particulière du mourant. Les considérations juridiques ne peuvent ici faire abstraction de données morales, humaines et philosophiques. Au-delà, les considérations pénalistes demeurent dépendantes de la législation civile et administrative en matière de santé. Aussi est-il surprenant que le législateur n'ait pas créé des dispositions pénales spécifiques à la fin de vie, confiant ainsi au juge la responsabilité d'adapter les textes de droit commun. Car une adaptation s'avère indispensable : la personne qui met fin aux souffrances d'un malade incurable ne saurait être assimilée au meurtrier ou à l'empoisonneur de sang froid. Le Droit pénal de la fin de vie présente donc essentiellement une nature judiciaire.

Droit à la vie et droit à la dignité

Si la Cour EDH a toujours refusé un droit à la mort, elle garantit le droit à une fin de vie digne et choisie. Néanmoins, elle refuse toujours toute obligation positive à la charge des Etats en faveur ou contre l'euthanasie, estimant que la question, trop complexe, relève de la marge d'appréciation des Etats, sous la seule réserve d'un cadre législatif et procédural satisfaisant les obligations conventionnelles. En ce sens récemment, le système français a été jugé compatible avec les

articles 2 et 8 de la Convention sur le droit à la vie, l'interdiction des traitements inhumains et dégradants ainsi que le droit à l'autonomie personnelle (2). Au sein même des Etats signataires, les solutions divergent, certains autorisant l'euthanasie, active et/ou passive, ou encore le suicide assisté, d'autres l'arrêt des soins (3).

Risque pénal

Le sujet peut être envisagé non seulement sous l'angle du titulaire, et de ses droits sur son corps, mais encore au regard des tiers, des professionnels de santé – principaux acteurs de la fin de vie – et de la famille du mourant ; pour eux, quel est le risque pénal ? L'absence de sanction spécifique donne une première impression répressive, témoignant du défaut de légalisation de l'euthanasie en France.

Mais à y regarder de plus près, notre système se montre assez permissif en raison de deux tendances : sur le fond d'abord, grâce à l'émergence de véritables droits au profit des personnes en fin de vie qui deviennent autant de causes de justification pénale ; et de fait ensuite, en raison d'appréciations judiciaires tolérantes.

Ainsi, le Droit pénal français se révèle pondéré : d'une part, il continue d'assurer le primat de l'intangibilité de la vie en assurant une protection pénale des individus jusqu'à leur mort par des incriminations identiques ; d'autre part, il tient nécessairement compte des évolutions législatives en matière de santé favorables au droit à une fin de vie digne, pour neutraliser les infractions applicables. Nous aborderons alors en premier lieu *La protection pénale de la vie jusqu'à la fin* en détaillant les qualifications pénales applicables, et en second lieu l'évolution *Vers la protection pénale d'une fin de vie digne* au travers des faits justificatifs applicables.

I. La protection pénale de la vie jusqu'à la fin

En dehors des quelques rares hypothèses où les atteintes portées à la vie n'entraînent pas sanction, les modalités de la protection pénale sont en principe les mêmes quel que soit le moment de la vie.

A. Le domaine de la protection pénale de la vie jusqu'à la fin

Le suicide

La protection de la vie et de l'intégrité physique trouve sa seule limite dans le fait se donner la mort. Le suicide ne constitue plus une infraction pénale. De même, celui qui contribue au suicide d'autrui ne peut être poursuivi en qualité de complice, faute de fait principal punissable. En revanche, la provocation au suicide et sa propagande comme sa publicité constituent des infractions à part entière depuis la fin des années quatre-vingt, lorsqu'elles ont été créées en réaction à la publication d'un ouvrage donnant des indications pour mettre fin à ses jours (4). Cela étant, la provocation suppose un acte positif, ce qui exclut le fait de ne pas empêcher un suicide, ainsi qu'un acte d'incitation, ce qui exclut les agissements répondant à la supplication d'un malade.

Consentement de la victime

Si le consentement de la victime ne constitue jamais un fait justificatif en lui-même, et ne produit occasionnellement effet que par le truchement d'un relai légal (5), la Cour EDH reconnaît sur le fondement de l'article 8, le droit pour chacun à l'autonomie personnelle, comprenant notamment le droit de disposer de son corps jusqu'à s'adonner à des activités perçues comme étant

physiquement ou moralement dommageables ou dangereuses pour son intégrité (6). Une telle prérogative justifierait également selon certains le droit de mourir, ce que la Cour refuse d'imposer aux Etats.

B. Les modalités de la protection pénale de la vie jusqu'à la fin

Qualifications pénales possibles et qualifications pénales réelles

Le fait de donner la mort à une personne en fin de vie relève en France de plusieurs qualifications pénales graves, ce qui donne l'impression d'un vaste champ répressif (7). Les qualifications varient en fonction de l'acte : l'usage d'un produit qualifie le crime d'empoisonnement si la substance est mortifère, le délit d'administration de substance nuisible dans le cas contraire ; et à défaut de produit, le fait de provoquer le décès constitue en toute hypothèse un homicide volontaire.

Alors que chacune de ces qualifications comporte des éléments distinctifs évidents, les magistrats les confondent parfois afin d'atténuer les conséquences des plus graves. Tel a été le cas d'une mère poursuivie pour administration de substances nuisibles alors que le produit qu'elle avait injecté (8) à son fils tétraplégique présentait un pouvoir mortel, lui évitant ainsi le renvoi en Cour d'assises (9). Dans la même affaire, le médecin qui avait fait transférer dans son service le patient, sans lui prodiguer de thérapeutiques actives et avant de lui administrer d'autres substances à caractère mortel (chlorure de potassium) fut quant à lui poursuivi pour empoisonnement avec préméditation. Pourtant, outre la différence quant au pouvoir mortel ou nuisible de la substance, l'empoisonnement (10) est une infraction formelle qui requiert l'intention de tuer alors que l'administration de substances nuisibles (11) constitue un délit matériel, nécessitant la caractérisation d'un dommage et consommé par la simple volonté de porter atteinte à l'intégrité d'autrui. Les deux personnes mises en examen ont finalement bénéficié d'un non-lieu aux motivations tout aussi étonnantes (12).

L'intention homicide est d'ailleurs consubstantielle à l'euthanasie, active ou passive. C'est pourquoi en outre, le défaut de soins que les circonstances imposent qualifie en principe le délit d'omission de porter secours (13).

En revanche, lorsque le décès résulte d'une erreur médicale dans le traitement ou dans le défaut de soin, l'homicide involontaire devient applicable (14).

Le nombre des qualifications applicables favorise la tentation de les commuter, en fonction du régime juridique escompté. Outre cette fongibilité (infondée au plan technique), le juge utilise d'autres ressources légales afin de relativiser encore le risque pénal de la fin de vie.

Sanctions pénales encourues et sanctions pénales prononcées

En amont du jugement, le principe d'opportunité des poursuites permet d'éviter l'action publique contre des faits d'euthanasie. Le mobile d'allègement de la souffrance ou de la dignité devrait pourtant rester indifférent à la consommation de l'infraction. L'analyse statistique des faits éventuellement délictueux n'en est rendue que plus délicate.

De même, les juges d'instruction ont également parfois prononcé un non-lieu, en dépit de l'aveu des personnes poursuivies et sur le fondement d'arguments techniquement contestables comme le défaut d'intention de tuer en matière d'empoisonnement ou la contrainte (15).

En aval, au stade du jugement, les rares condamnations donnent lieu à une répression faible, plus symbolique que punitive, souvent avec sursis (16). Le juge peut en effet toujours faire varier la sanction prononcée en vertu du principe d'individualisation des peines. Le risque de récidive est en l'occurrence quasi-nul. On s'interroge alors sur la finalité de la sanction : il ne s'agit ni plus ni moins que d'appliquer une loi.

Sécurité juridique ?

Cette tolérance judiciaire contraste avec l'apparente sévérité légale, un auteur évoquant pour cette raison une certaine « hypocrisie » du Droit français (17). Indépendamment de tout jugement de valeur, ce dont il est certain, c'est que le Droit pénal de la fin de vie est ainsi essentiellement judiciaire, contrairement aux principes de légalité criminelle et d'interprétation stricte de la loi pénale (18). L'on pourrait craindre l'arbitraire des juges et une inégalité entre les justiciables. Le parcours judiciaire s'avère en toute hypothèse incertain, comme en témoignent deux affaires.

La première concerne une mère poursuivie pour assassinat sur sa fille lourdement handicapée, d'abord acquittée puis condamnée en appel à deux ans d'emprisonnement avec sursis (19), c'est-à-dire la peine minimale prévue lorsque la perpétuité est encourue (20).

Plus récemment, la même peine a été prononcée en appel à l'encontre d'un urgentiste pour l'empoisonnement d'une patiente alors qu'il avait bénéficié d'un acquittement en première instance, à défaut d'intention de tuer sept malades âgés, atteints d'affections graves et incurables, pour lesquels les traitements avaient été arrêtés en vertu de la Loi Léonetti de 2005 (21) ; le jury du second degré lui reproche au contraire d'avoir agi seul en administrant des substances mortelles, sans consulter ni l'équipe médicale ni la famille. Cette décision paraît plus conforme aux textes, d'autant que la motivation des premiers juges confond intention et mobiles (22) : si le mobile compassionnel ne fait nul doute, la volonté homicide demeure et suffit à consommer le crime.

En vérité, les poursuites restent peu nombreuses, mais deviennent vite médiatisées et caricaturées. Sans légaliser l'euthanasie, la dernière loi en la matière continue d'étendre les droits des patients en fin de vie et contribue en conséquence à limiter le risque pénal.

II. Vers une protection pénale d'une fin de vie digne

Faits justificatifs

A défaut de législation strictement pénale, des textes du Code de la santé publique permettent d'aménager la répression. Les circonstances sont généralement dramatiques et les personnes répréhensibles animées par une réelle volonté d'aider le mourant. Or en Droit pénal, le mobile, à le supposer légitime, demeure indifférent à la consommation de l'infraction et peut seulement, et éventuellement, être pris en compte par le juge dans le cadre de l'individualisation de la peine.

Quant au fait justificatif de l'état de nécessité (23), il suppose des conditions de péril trop strictes pour être utilement invoqué, et il serait en toute hypothèse contraire à son esprit de l'alléguer en pareilles circonstances dès lors qu'il tend depuis sa création à la sauvegarde de l'intégrité de la personne.

Autre cause d'irresponsabilité pénale inappropriée, la contrainte de l'article 122-2 du Code pénal qui fut pourtant retenue par un juge d'instruction pour motiver une ordonnance de non-lieu à

l'endroit d'une mère et d'un médecin ayant administré des substances mortelles à un accidenté lucide mais tétraplégique réclamant ardemment la mort (24).

Seule l'autorisation d'une loi justifie les infractions ici applicables. Le Code de la santé publique contient désormais deux grandes séries d'hypothèses permettant de neutraliser l'application de la loi pénale, sur le fondement de l'article 122-4 du Code pénal. Au plan technique, il ne s'agit pas de faits justificatifs spéciaux, mais de cas d'autorisations de la loi, avec la spécificité que la source de la justification se trouve dans une loi civile ou administrative. On rappellera que le fait justificatif légitime l'infraction, il enlève aux faits leur caractère délictueux. Or, les circonstances exonératoires n'excusent que le corps médical dans le cadre de procédures professionnelles précises, ce qui maintient toute la répression à l'égard des proches du mourant.

Il s'agit de la sédation profonde et continue et de l'arrêt des soins.

A. La sédation profonde et continue

Sédation profonde et continue

La dernière réforme du Code de la santé publique a confirmé le droit aux soins palliatifs dans leur forme la plus étendue en élargissant la possibilité de soulager les douleurs du mourant, même si le traitement antidouleur peut être de nature à conduire au décès. Désormais, l'article L1110-5-2 autorise une sédation profonde et continue dans trois cas :

- pour les patients atteints d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme et présentant une souffrance réfractaire aux traitements ;
- pour les patients atteints d'une affection grave et incurable qui demandent l'arrêt de leur traitement, ce qui risque d'entraîner leur décès à très court terme ainsi qu'une souffrance insupportable ;
- pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté mais dans une situation d'acharnement thérapeutique pour lequel l'arrêt des soins est envisagé.

Domaine d'application

Si le texte présente indéniablement une avancée en faveur du droit aux soins palliatifs, il n'en demeure pas moins qu'il ne légalise toujours pas l'euthanasie. D'abord, l'objectif premier doit rester le soulagement de la douleur. Ensuite, le domaine d'application du texte demeure limité. En effet, les deux premières hypothèses ne visent que la personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, excluant les accidentés de la vie, comme un tétraplégique, une personne atteinte de trouble mental grave et douloureux, ou encore une personne âgée lassée de vivre ou dont les capacités mentales déclinent. Plusieurs français ont médiatisé leur situation pour montrer que la loi Léonetti les avait oubliés, leur laissant pour seule alternative de se suicider (ce dont ils ne sont pas toujours physiquement capables (25) ou qu'ils refusent par conviction (26)), ou de se rendre dans un pays autorisant l'euthanasie, en cas par exemple d'affection grave et douloureuse mais sans diagnostic vital à court terme. Certes, le dernier alinéa du nouveau texte prévoit le droit à la sédation profonde et continue chez les patients hors d'état d'exprimer leur volonté et sans diagnostic vital engagé, mais uniquement en situation d'acharnement thérapeutique, notion délicate d'appréciation. En somme, les personnes non mourantes et / ou conscientes restent écartées du dispositif.

B. L'arrêt des soins

La justification pénale du défaut et de l'arrêt des soins

Les nouveaux textes permettent également en certaines circonstances de laisser une personne mourir, sans craindre les peines du délit d'omission de porter secours ni de l'homicide volontaire. L'article L1110-5-1 du Code de la santé publique dispose que les actes médicaux « *ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis (...) lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie* ». En interdisant ainsi l'acharnement thérapeutique, le texte constitue une véritable cause de justification pénale au titre de l'autorisation de la loi. Reprenant une décision du Conseil d'Etat (27), le législateur a affirmé en outre que la nutrition et l'hydratation artificielles sont des traitements susceptibles d'être arrêtés au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

De même, la nouvelle rédaction de l'article L1111-4 consacre le droit au refus de soins du malade en faisant disparaître l'obligation pour le médecin de tout mettre en œuvre pour convaincre son patient d'accepter les soins indispensables. Désormais, le médecin doit respecter la volonté exprimée par le patient après l'avoir simplement informé des conséquences et de la gravité de son choix. Dans le même sens, l'une des innovations majeures de la nouvelle loi est de rendre contraignantes pour le médecin les directives anticipées de la personne concernant sa fin de vie pour le cas où elle serait hors d'état de les exprimer (28).

La sanction pénale de l'obstination déraisonnable

Plus encore, puisque la persévérance médicale excessive est prohibée, pourrait-elle être réprimée sur le fondement des violences volontaires, si le patient n'y a pas consenti ou lorsqu'il est hors d'état de manifester sa volonté, si la procédure collégiale n'a pas été suivie ? En ce sens, dans une affaire antérieure à la Loi du 2 février 2016, un hôpital a été condamné à réparer le préjudice subi par un enfant né en état de mort apparente que les médecins avaient réussi à réanimer mais au prix de graves troubles physiques et mentaux, le tribunal administratif reprochant une « réanimation fautive » (29). Il reste délicat de tracer une frontière entre le soin nécessaire et l'obstination déraisonnable. C'est pourquoi, l'arrêt des soins ou le défaut de soins résulte d'une procédure collégiale, avec consultation des proches ou de la personne de confiance. Le respect de la procédure apparaît alors comme un élément décisif dans la décision de poursuivre au civil comme au pénal.

Si le risque pénal paraît élevé au vu du seul Code pénal et de la médiatisation de quelques affaires, il convient de ne pas le surestimer. Qu'on le veuille ou non, le Droit français dispose en matière de fin de vie d'instruments répressifs mais encore correctifs en faveur d'une solution mesurée. Le défaut principal est finalement moins substantiel que formel, car le déficit de légalité pénale abandonne les justiciables à un certain aléa judiciaire. Au-delà, moins que le risque pénal, les professionnels de la santé craignent le risque disciplinaire qui existe même en cas d'acquiescement (30).

Notes :

- (1) Sur cette loi, v. not. C. Bergoignan Esper, « La loi du 2 février 2016 : quels nouveaux droits pour les personnes malades en fin de vie », RDSS 2016 p. 296 ; P. Mistretta, « De l'art de légiférer avec tact et mesure – À propos de la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 », JCP G 2016 doct. 240.
- (2) Au sujet de l'affaire Vincent Lambert, CEDH Gde Chambre 5 juill. 2015 *Lambert et autres*

c/France, req. N°46043/14, D. 2015 p. 1625 note F. Vialla.

- (3) V. M. Bénéjat, « Les relations du droit pénal et de la bioéthique », *AJPénal* 2012 p. 392.
- (4) Loi n°87-1133 du 31 déc. 1987, v. art. 223-23 et 223-24. Le premier délit vise la provocation au suicide suivie du suicide ou d'une tentative de suicide, le second sa propagande ou sa publicité ; et les deux sont punissables de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.
- (5) Ph. Conte et P. Maistre du Chambon, *Droit pénal général*, Armand Colin, n°276.
- (6) CEDH 17 fév. 2005 *KA et AD c/ Belgique*, reqs. n°s. 42758/98 et 45558/99; RTDciv. 2005 p. 341 obs. J.-P. Marguénaud.
- (7) V. en doctrine, L. Cimar, « La situation juridique du patient en fin de vie », *RDSS* 2006 p. 470 ; O. Sautel, « L'euthanasie : le Droit français devra en finir avec l'hypocrisie », *RGDM* n°10 p.104 ; C. Carreau, « L'acte mortifère en droit pénal », *D.* 2000 p. 266 ; E. Dunet-Larousse, « L'Euthanasie : signification et qualification au regard du Droit pénal », *RDSS* 1998 p. 265 ; A. Prothais, « Accompagnement de la fin de vie et Droit pénal », *JCP G* 2004 I 130 et « Notre droit pénal permet plus qu'il n'interdit en matière d'euthanasie », *JCP G* 2011 doctr. 536 ; Ph. Conte, « Le Code de la santé publique et le choix de mourir exprimé par le malade : scène de crime à l'hôpital », in *Mélanges B. Bouloc*, Dalloz, 2006, p. 230.
- (8) Du pentobarbital.
- (9) Affaire Vincent Humbert, v. TGI Boulogne-sur-Mer 27 fév. 2006, jugement n°03012089.
- (10) Art. 221-5 CP.
- (11) Art. 222-15 CP.
- (12) *Infra*.
- (13) Art. 223-6 CP.
- (14) En ce sens not. Crim. 19 fév. 1997, pourvoi n°96-82377, *JCP G* 1997 II 22889, au sujet d'un médecin ayant décidé d'arrêter la réanimation d'une personne accidentée et reconnu coupable du délit d'homicide involontaire.
- (15) TGI Boulogne-sur-Mer 27 fév. 2006, préc. et *infra* pour l'analyse de la contrainte.
- (16) V. pour la condamnation avec sursis : C. ass. Appel Angers 24 oct. 2015 (affaire Dr. Bonnemaison, deux ans d'emprisonnement avec sursis, v. *infra* (v. G. Mémeteau, « Le cas Bonnemaison », *Médecine et Droit*, mars 2015 n°131 p. 30).
V. également C. ass. Vaucluse 17 janv. 2003 ; C. Ass. Dordogne, 15 mars 2007 ; et pour une décision d'acquiescement d'un mari ayant donné la mort à sa femme en phase terminale de cancer : C. ass. Maine-et-Loire 14 juin 2006, citées par A. Prothais. « Notre droit pénal permet plus qu'il n'interdit en matière d'euthanasie », préc.
- (17) O. Sautel, « L'euthanasie : le Droit français devra en finir avec l'hypocrisie », préc.
- (18) Art. 111-3 et 111-4 CP.
- (19) C. ass. appel Yvelines 15 déc. 2008 ; C. ass. Val-d'Oise 9 avril 2008.
- (20) Art. 132-18 CP.
- (21) C. ass. Appel Angers 24 oct. 2015, *préc.* ; C. Ass. Pau 25 juin 2014, n°40/2014. V. L. Cimar, « Nul n'est censé ignorer les droits fondamentaux des patients en fin de vie, pas même le médecin, encore moins la Justice... », *RDLF* 2015 chron. n°18.
- (22) B. Mercadal, « Recherches sur l'intention en droit pénal », *RSC* 1967 I n°6.
- (23) Art. 122-5 CP.
- (24) Pour la première, le magistrat relève « une contrainte interne composée de l'envahissement de ses sentiments, de son devoir de loyauté vis-à-vis de son fils et une contrainte de nature plus externe liée à la publication du livre, à l'appel du Chef de l'état et à travers lui, de l'opinion publique » si bien qu'elle n'avait « plus d'autre perspective que d'accéder à la

volonté réitérée de son fils », évoquant même un « chantage affectif pour la soumettre à ce geste vécu pour lui comme l'ultime acte d'amour » ; pour le second, « il ne peut être relevé à son encontre une intention dolosive », mais une « quadruple contrainte : contrainte de voir revenir son patient dans un état antérieur voire pire malgré ses demandes réitérées, compassion extrême (...) et contrainte médiatique », TGI Boulogne-sur-Mer 27 fév. 2006, préc. .

- (25) Ce qui était le cas de Vincent Humbert, *préc.*
- (26) Comme Chantal Sébire atteinte d'une tumeur rare des sinus et de la cloison nasale qui, incurable, lui occasionnait de fortes douleurs et une altération importante de son apparence physique. Sa requête devant le TGI aux fins d'autoriser son médecin à lui prescrire le traitement nécessaire pour lui « permettre de terminer sa vie dans le respect et la dignité » a été rejetée (TGI Dijon 17 mars 2008, jugement n°94/08, D. Vigneau, « Pas de mort sur ordonnance », *RGDM* 2008, n°28 p. 217).
- (27) CE Ass. 24 juin 2014 *Mme Lambert et autres*, requêtes n°375081, 375090, 375091 ; JCP G 2014 p. 825 note F. Violla, D. 2014 1856, D. Vigneau « L'affaire V. Lambert et le Conseil d'Etat ».
- (28) Art. L1111-11 CSP.
- (29) TA Nimes 2 juin 2009 jugement n°0622251, *AJDA* 2009 p. 2474.
- (30) Le 17 juin dernier, la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a rejeté la demande de révision de la radiation du Dr Nicolas Bonnemaïson. La décision de radiation avait été confirmée par le Conseil d'Etat le 30 déc. 2014 (décision n° 381245, *RFDA* 2015 p.67) pour provocation délibérée de la mort des patients, en dépit de son acquittement en première instance (et avant d'être condamné en appel, v. *supra*). Sur l'articulation des sanctions pénales et disciplinaires, v. O. Décima, « Pour l'articulation des sanctions pénales et disciplinaires du médecin », *AJ pén.* 2012 p. 380.