

Monsieur Landois

Groupe : DA COSTA Romy, SAGETAT Mélanie et KORN Salomé

Tutrice : Maître LAMOURE Ludivine

Année 2016

La mort est un phénomène inéluctable que la médecine doit s'efforcer de rendre la moins insupportable possible. Être préservé de la douleur par tous les moyens possibles est un droit essentiel pour le patient en fin de vie. Le rôle du médecin dans ce domaine est alors d'accompagner son patient et sa famille en assurant des soins et des mesures appropriés à la qualité d'une vie qui prend fin.

Voilà un grand père qui prend une décision qu'il sait être lourde de conséquence pour l'avenir de son petit-fils qui, dès l'âge de trois ans, commença à souffrir de graves troubles musculaires ; les médecins détectèrent les signes d'une Myopathie de Duchenne chez le jeune homme. La maladie de Jérôme Magirard se manifesta dans sa forme la plus aiguë entraînant des complications musculaires et respiratoires.

C'est lors d'une crise respiratoire, entraînant des essoufflements que Jérôme perd espoir de guérir, et confie à sa mère qu'il souhaite partir sans souffrir. C'est lorsqu'il se trouvera dans un état d'inconscience au centre médical, qu'un des médecins en charge de ce patient constate l'état végétatif de Jérôme et donne son diagnostic pour cesser les traitements au risque de s'obstiner déraisonnablement, alors que monsieur Magirard, le père de l'enfant, s'y oppose formellement.

Monsieur Landois, le grand père, donne son avis au médecin, à un professionnel qu'il juge de confiance à travers un dispositif légale, à savoir la procédure collégiale, pour mettre fin à la vie de ce jeune homme souffrant devant ses yeux. Et le voici accusé d'homicide avec préméditation alors que Monsieur Landois a simplement agit conformément aux dispositions légales. Quelle place et quelle liberté confère le droit aux familles qui souhaitent s'exprimer dans ces circonstances particulières, où parfois la raison prime sur le cœur.

En l'espèce, il est reproché à Monsieur LANDOIS l'infraction spécifique d'homicide avec préméditation.

Le code pénal définit cette infraction en ses articles 221-1 et 221-3, à savoir : « Le fait de donner volontairement la mort à autrui constitue un meurtre. Il est puni de trente ans de réclusion criminelle » « Le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité ».

La loi pénale est d'interprétation stricte et toute infraction pénale volontaire suppose, pour en confirmer la matérialité, la réunion de deux éléments : un élément moral et un élément matériel.

La question en l'espèce est donc de rechercher si ces deux éléments peuvent être établis à l'encontre de Monsieur LANDOIS, ce qui manifestement ne peut être le cas.

I. Sur l'élément moral.

A) Volonté de suivre le consentement du petit fils : un mobile distinct de la volonté de tuer

1. Constat des souffrances insupportables du petit-fils touchant le grand-père

Le petit-fils de Monsieur Landois a connu une enfance très difficile.

Il subissait une vie insupportable alternant entre les souffrances dues à sa maladie (depuis l'âge de trois ans), passages à l'hôpital (à l'âge de 10 ans, Jérôme passait « le plus clair de son temps dans les services de l'hôpital Necker à Paris », rencontre avec de nombreux spécialistes pour des examens médicaux) et une vie familiale compliquée (souffrance psychologique de sa fille, qui en plus de supporter la douleur de son enfant, a subi un divorce avec le père de celui-ci).

Au cours de ses visites quotidiennes à l'hôpital, le grand-père a pu constater la situation de son petit-fils avec son état de santé se dégradant de plus en plus alternant souffrances aux muscles inférieurs, scoliose, pneumonie, crises respiratoires aboutissant à un état végétatif profond.

Vivant aux côtés de la mère et de Jérôme, Monsieur Landois était un véritable soutien pour la famille. Il était malheureusement également spectateur quotidien de la situation qu'éprouvait Jérôme mais aussi son entourage. Ainsi assister quotidiennement à l'enfance détruite par la maladie de son petit-fils ne pouvait que le toucher et le sensibiliser aux souhaits exprimés par son petit-fils sur ses dernières volontés.

2. Un consentement exprimé par le petit-fils

Dès lors, lorsque Monsieur LANDOIS fut témoin de ce « Jérôme chuchota à sa mère, en larmes, que sa vie devenait intolérable et qu'elle n'aurait plus aucune valeur si de nouvelles perspectives de traitement n'étaient pas envisageables », c'est à l'issue de l'une de ces crises respiratoires, que Jérôme confia son désir à sa mère de mettre fin à ses souffrances, c'est dans la maison à côté de celle de Monsieur Landois, que ces crises intervenaient de manière répétitive. Monsieur Landois était donc impliqué directement par la situation de sa fille en détresse face aux confidences de Jérôme. Quel grand-père ne se sentirait pas concerné face aux souffrances quotidiennes de son petit-fils ? Ou par le désespoir de ce dernier face à une maladie qu'il sait invivable et à l'issue incertaine ?

B) Un acte légal au regard du Code de la santé publique

1. Des traitements résultant de l' « obstination déraisonnable »

Les patients en fin de vie ont des droits consacrés par la loi Léonetti du 22 avril 2005. Ce texte a pour objet d'éviter toute « obstination déraisonnable » en définissant des droits des patients et les obligations des médecins au regard des limitations ou des arrêts de traitements.

«Au terme de deux mois de coma, l'équipe médicale dirigée par le docteur Pignon constata l'état végétatif du patient. » L'état végétatif c'est un état d'inconscience, à long terme dû notamment à des lésions du cerveau. Les personnes qui souffrent d'état végétatif ne répondent plus sur le plan organique c'est-à-dire physique ni sur le plan psychique. Ils n'ont cependant pas besoin d'aide pour les fonctions vitales comme la respiration par exemple et le rythme cardiaque. Mais en l'espèce, la maladie de Jérôme affectant gravement son muscle cardiaque, le rendait inconscient, ce qui le plongeait dans un coma et obligeait le médecin à le brancher à un respirateur artificiel.

« L'avis médical rédigé par un confrère du docteur Pignon, externe à l'établissement accueillant Jérôme, fut sans équivoque : l'état du patient ne laissait aucun espoir d'amélioration et la continuation des traitements relèverait dans ces circonstances d'une obstination déraisonnable. »

Ce sont en l'espèce, des soins palliatifs qui ont été délivrés dans l'accompagnement d'un patient mourant. Le patient a besoin et même au moment de sa mort, d'une présence d'un soutien moral et affectif dans ce moment terriblement angoissant. Cet accompagnement nécessite un investissement humain, ainsi les médecins et les équipes soignantes ont un rôle essentiel dans l'accompagnement du mourant. L'article 38 du Code de Déontologie publique médicale dispose qu'il « convient d'accompagner le mourant jusqu'à ces derniers moments assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage ».

En effet, les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté (L.1110-5 du CSP).

L'article L1110-5-1 du Code de la Santé Publique rappelle que « Les actes mentionnés à l'article L.1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable.

Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire ».

Le malade, s'il est conscient, peut déterminer cette notion d'acharnement thérapeutique. Sinon, c'est le médecin qui définit la frontière entre les soins utiles et les soins nécessaires, tout en respectant la procédure collégiale. Celle-ci doit impliquer un autre médecin, n'étant pas engagé directement dans les soins de la personne malade, et n'entretenant aucun rapport hiérarchique avec le premier médecin. L'acharnement thérapeutique apparaît lorsqu'il existe une trop grande disproportion entre l'objectif visé par la thérapeutique et la situation réelle du patient.

En l'espèce, la maladie de Jérôme entraînait une forte faiblesse musculaire gagnant progressivement les membres inférieurs entraînant des difficultés pour se déplacer, ainsi que des chutes fréquentes.

Cette maladie touche ensuite les muscles du dos et les membres supérieurs (omoplate et épaule), avec des difficultés pour attraper des objets notamment. Les muscles du dos étant situés le long de la colonne vertébrale, leur affaiblissement, entraîne une scoliose. Cette maladie s'était propagée vers les muscles respiratoires. L'altération de leur fonction est accentuée par la survenue d'une déformation de la colonne vertébrale qui gêne considérablement la respiration. La maladie s'accompagne également d'une atteinte du muscle cardiaque qui se contracte moins efficacement.

Face à l'état intolérable de son petit-fils, Monsieur Landois ne pouvait se résoudre qu'à une solution pour le libérer de ses souffrances, car cet entêtement à le maintenir en vie n'aurait eu aucune visée thérapeutique n'ayant pas pour objectif de soigner, mais de prolonger une agonie. Actuellement, il n'existe pas de traitement permettant de guérir la maladie. La prise en charge des patients repose sur l'optimisation de leurs capacités musculaires. Une solution fut alors proposée par le médecin : le recours à la procédure collégiale pour cesser les traitements.

2. Le respect de la procédure collégiale

La loi a défini une procédure décisionnelle prenant en compte la situation médicale et les souhaits antérieurement exprimés par le patient, pour suspendre ou ne pas mettre en œuvre des traitements de survie.

La volonté du patient de limiter ou de cesser un traitement doit être respectée selon les articles L.1110-5 et suivants du Code de la Santé Publique issus de la loi Léonetti.

Ce sont les patients qui décident de ce qui est ou non, pour eux même, de l'obstination déraisonnable, ce qu'ils acceptent ou de qu'ils refusent. Pour les cas où leur état ne leur permet plus d'exprimer leur volonté, la loi tient compte des volontés qu'ils ont exprimées antérieurement à travers des directives anticipées ou l'expression d'une personne de confiance. Ce sont deux possibilités complémentaires.

En l'espèce, force est de constater que Jérôme n'a écrit aucune directive anticipée, ni désigné une personne de confiance.

Jérôme est mineur et est dans un état qui l'empêche d'exprimer son consentement.

Il vit auprès de sa mère et de son grand-père, le père étant manifestement peu présent.

Cette décision de cesser l'administration d'un traitement, lorsque le prolonger semble relever de « l'obstination déraisonnable » doit être collégiale. Elle comporte plusieurs phases de consultations :

l'équipe soignante,

au moins un autre médecin avec lequel il ne doit exister aucun rapport hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant, un avis motivé d'un deuxième consultant si l'un des deux médecins l'estime utile.

la personne de confiance, la famille ou les proches.

Mais c'est au seul médecin en charge du patient que revient la décision. Il doit le faire en sauvegardant la dignité du patient selon l'article L1111-13 du code de la santé publique qui dispose que « « Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable,

quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin 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 définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. »

Les objectifs de la procédure collégiale sont de refuser toute obstination déraisonnable dans le seul intérêt du malade mais aussi de préserver le malade de toute décision solitaire ou arbitraire.

Le médecin peut appliquer la procédure collégiale dans deux cas :

Si l'arrêt ou la limitation des traitements sont susceptible de mettre en danger la vie d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté. C'est le cas des patients inconscients, sans espoir raisonnable de récupération, qui sont maintenus en vie de façon prolongée par des thérapeutiques de substitution d'une ou plusieurs fonctions vitales défaillantes.

Ou alors s'il est constaté que le traitement est inutile, disproportionné, ou prolonge artificiellement la vie d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable et hors d'état d'exprimer sa volonté. Les patients concernés sont inconscients et en fin de vie, cette phase terminale de la vie pouvant être actuellement considérablement allongée du fait de l'efficacité symptomatique des techniques médicales.

Seul le deuxième cas intéresse les patients en fin de vie, puisque dans le premier cas c'est la décision d'arrêter ou limiter les traitements qui met le patient en fin de vie.

Concernant les étapes de mise en œuvre de la procédure collégiale, celles-ci sont décrites à l'article R. 4127-37 du Code de Santé Public. Tout d'abord il revient préalablement au médecin, en charge du patient, l'initiative de cette procédure. Il s'agit pour lui de rechercher les souhaits exprimés par le patient dont il est en charge que ce soit par la consultation de directives anticipées, de personne de confiance ou encore de la famille. Cette 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. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant » (article R 4127-37). Ce consultant doit être un médecin extérieur au service. Le rôle du médecin consultant permet d'apporter un avis éclairé, fondé sur l'ensemble des informations disponibles concernant le patient, de discuter avec le médecin en charge du patient pour l'aider à mener sa réflexion dans l'intérêt du malade et enfin par sa présence auprès du malade, rassurer les proches sur le fait que la décision sera prise de manière raisonnée et raisonnable (impartialité). C'est alors au médecin que revient la décision finale, qui doit être motivée.

Conformément à l'article L1111-4 alinéa 6 du CSP : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa 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 sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

Lorsqu'un des membres de la famille s'oppose à la décision, il revient au médecin de prendre les dispositions les plus favorables au patient. Le médecin a mis en jeu sa propre responsabilité en agissant.

Dans les faits, il est précisé que la famille est entendue : « Les opinions de la famille, consultée dans le cadre de la procédure collégiale ».

Si dans le cadre de la procédure collégiale l'avis de la famille est recueilli. Il s'est posé la question pour Monsieur Landois de savoir quelle situation répondait le plus aux intérêts de son petit-fils. Il savait que quel que soit l'avis qu'il allait donner, celui-ci serait lourd de conséquences. Celui-ci a pu observer la maladie de son petit-fils s'amplifier au fil des années et sa douleur s'intensifier.

Celui-ci a vécu, au côté de sa fille et de son petit-fils, dans l'attente d'un espoir d'amélioration qui n'est jamais apparu. Il a alors pu estimer les risques de séquelles plus lourdes que pourraient provoquer le maintien en vie de Jérôme. Mais ce qui a surtout motivé ses opinions dans le sens de l'obstination déraisonnable était de savoir que son petit-fils prenait conscience du caractère inéluctable de la mort qui s'apprêtait à venir et de l'absence de traitement existant pour la combattre. Ce sont tous ces éléments qui ont conduit Monsieur Landois à donner son accord pour débrancher Jérôme et rendre enfin sa vie plus paisible.

Donc dans ce cas un autre médecin a été consulté (le docteur Tiers), ainsi que la famille (le père, la mère et le grand-père). Le consentement du mineur, le risque de situation d'« obstination déraisonnable » étant établi, le grand-père ne pouvait qu'avoir confiance en la personne du médecin au regard de la procédure collégiale.

Le crime d'homicide volontaire implique que celui auquel il est reproché ait eu la volonté de tuer, « l'animus necandi » (Cass. Crim.

8 janvier 1991 ? Bull. Crim. n°14).

Or ce qui a amené Monsieur Landois à prendre sa décision n'était pas des pensées animées par l'intention d'abandonner ou de tuer son petit-fils mais au contraire le souci, le désespoir, la consternation d'un grand-père face à la détresse de son petit-fils. Pour lui, maintenir Jérôme en vie, n'était pas un traitement mais un outil de torture perpétuel amplifiant sa douleur de jour en jour. En outre, vivre dans l'illusion d'une amélioration n'était plus concevable pour lui. Savoir que son prétendu maintien en vie ne pourrait qu'entraîner des séquelles, qu'il savait encore plus lourdes, semblait inhumain.

Entendre enfin le souhait de son petit-fils de mourir sans ne plus souffrir ne pouvait que confirmer ses opinions.

L'élément moral, constitutif d'un homicide volontaire, n'est réalisé que si l'individu a commis un acte dans l'intention de tuer mais également en réalisant un acte qu'il savait interdit. Monsieur Landois n'a eu, à aucun moment, l'intention de causer une mort. Son avis a été demandé, il n'a fait que répondre en donnant son accord et en accordant sa confiance au médecin Pignon. L'élément moral ne peut donc être qu'absent dans la situation de Monsieur Landois.

Dès lors, l'infraction d'homicide volontaire avec préméditation, ne peut être retenue à l'encontre de Monsieur LANDOIS.

La question de la circonstance aggravante de préméditation ne se pose donc plus.

Ceci étant, il y a lieu de rappeler que la préméditation est définie par l'article 132-72 du Code Pénal comme étant « (?) le dessein formé avant l'action de commettre un crime ou un délit déterminé » (art.

132-72 du Code Pénal).

En l'espèce, il aurait fallu déterminer outre la volonté criminelle qui fait défaut, la matérialité d'un plan ou d'une réflexion anticipée.

Il ne peut être reproché une telle intention à Monsieur LANDOIS qui n'a jamais eu le souhait profond, ni l'intention de tuer son petit-fils, mais au surplus qui n'a réalisé aucun acte positif concourant au décès de l'enfant.

II. Sur l'élément matériel.

L'élément matériel est le fait ou l'omission par quoi va se révéler la faute pénale. Pour qu'il y ait infraction, un acte est donc nécessaire, positif ou négatif.

A) L'absence d'acte positif.

Les infractions de commission, ou infractions d'action, sont des infractions dont l'accomplissement exige l'accomplissement d'un acte positif (s'exprimant par un geste) que la loi interdit. La simple pensée n'est pas condamnable, même une pensée de meurtre. L'acte doit donc être extérieur à l'homme pour être qualifié d'acte positif.

L'homicide est donc nécessaire commis par une véritable action.

En l'espèce, l'acte positif ayant causé la mort de Jérôme Magirard est le débranchement du respirateur artificiel suite à l'injection des produits de soins palliatifs. Or, Monsieur Landois n'a en aucun cas débranché l'appareil qui maintenait en vie son petit-fils, ni injecté de produits à celui-ci puisque c'est le rôle du médecin. Monsieur Landois ne dispose pas des compétences nécessaires ni du statut du docteur Pignon : il n'était donc pas en mesure de débrancher le respirateur artificiel. Aucune de ses actions n'a entraîné la mort de Jérôme puisqu'il a simplement donné un avis au médecin et a ainsi assisté au débranchement.

B) La qualification erronée d'infraction par omission

1. La présence d'un acte passif : la présence du grand-père lors du débranchement

Dans les infractions consommées, il existe l'infraction par commission mais aussi par omission. Ces deux infractions sont répréhensibles. La seconde s'effectue par l'absence d'acte, donc un comportement passif.

Si l'acte matériel par lequel la mort de Jérôme s'est matérialisée est le débranchement ou l'injection de produits létaux alors l'infraction de Monsieur Landois serait de ne pas avoir empêché cet acte d'être commis. Donc d'avoir été présent lors des faits sans intervenir.

« En présence de la mère et du grand-père, le respirateur artificiel fut débranché par le docteur Pignon »

2. Un comportement légalement admis

De plus, pour être reconnue comme une infraction, l'auteur de l'omission devait avoir conscience que son acte violait la loi.

Or ce n'est pas le cas du grand-père. En effet, il a donné son avis conformément à la procédure collégiale prévue par l'article L. 1111-13 du code de la santé publique.

Cette procédure a été respectée puisqu'elle a été prise collégialement après la constatation du fait que « la continuation des traitements relèverait dans ces circonstances d'une obstination déraisonnable ».

Le docteur Pignon a consulté un de ses confrères afin de prendre la bonne décision, ce dernier lui confirmant qu'il n'y avait aucun espoir d'amélioration de l'état de Jérôme. L'avis de la famille a également été consulté dans le respect des dispositions légales. Enfin, la famille la plus proche de Jérôme, Madame Magirard et Monsieur Landois, ont été informés de l'arrêt des traitements, acte auquel ils ont d'ailleurs assisté. Il était nécessaire de mettre fin à la souffrance infligée à Jérôme ainsi qu'à sa mère et à son grand-père. Les soins nécessaires au maintien de la vie de Jérôme étant l'utilisation d'un respirateur artificiel, son débranchement ne fut que la conséquence de la décision du médecin, après avoir consulté la famille. Celui-ci a été effectué par le médecin : « le respirateur artificiel fut débranché par le docteur Pignon ».

Monsieur Landois n'est en aucun cas celui qui a commis les faits incriminés c'est-à-dire l'homicide avec préméditation sur la personne de Jérôme Magirard. Il n'a fait que donner un avis lors de l'exécution d'une procédure médicale collégiale prévue par le code de la santé publique.

L'abstention ne constitue pas une infraction. Le droit pénal est d'interprétation stricte et le Code Pénal ne retient pas ce fait, d'être présent lors de l'arrêt des traitements opéré par le médecin en personne, comme étant constitutif d'une infraction autonome.

Monsieur Landois n'a pas réalisé les éléments constitutifs de l'homicide car donner un avis ne peut pas être considéré comme un acte matériel constitutif de l'infraction. Il n'y a pas de lien de causalité direct. Le patient était en fin de vie et la poursuite du traitement constituait une obstination déraisonnable. Les parents, détenteurs de l'autorité parentale, ont par ailleurs un avis plus déterminant. Or, le grand-père ne détient pas l'autorité parentale.

Son avis compte moins et n'est pas déterminant, il n'est en tout cas pas le seul avis qui compte.

Monsieur Landois est le grand-père du patient et fait ainsi partie de sa famille. Il a donc été consulté afin d'appuyer l'avis de la mère du patient (fille de monsieur Landois). Monsieur Landois et sa fille sont les deux plus proches parents de Jérôme, ceux qui ont vécu quotidiennement avec lui, les témoins de sa souffrance extrême et qui sont donc davantage aptes à prendre une décision favorable à ce dernier. La décision n'est pas un abandon du patient, mais au contraire il s'agit d'une prise en charge consciente dans l'intérêt du patient.

Ainsi son comportement passif n'était pas constitutif d'une infraction. Celui-ci n'a commis aucun acte pouvant être reconnu comme constitutif d'une infraction.

Il ne peut alors être poursuivi pour homicide avec préméditation puisque non seulement il n'avait pas d'intention de tuer mais en outre il n'a commis aucun acte illégal. Celui-ci n'a agi que dans l'intérêt de sa famille, dans le respect de la loi et dans la confiance qu'il avait en ce professionnel, le médecin.

La Cour Européenne des droits de l'Homme a notamment observé que si la procédure en droit français est appelée «collégiale» et qu'elle comporte plusieurs phases de consultation c'est au seul médecin en charge du patient que revient la décision. Dans ses observations, M.

Jean Léonetti a rappelé que la loi fait porter la responsabilité de la décision d'arrêt de traitement au seul médecin et n'a pas voulu transférer cette responsabilité à la famille, pour éviter tout sentiment de culpabilité et pour que la personne qui a pris la décision soit identifiée.

Monsieur Landois n'a commis aucun acte positif poursuivi par la loi et déterminé comme infraction. Un avis, qui plus est avec l'intention d'abrèger les souffrances quotidiennes de son petit fils, est-il un fait incriminable ? Le grand-père de Jérôme, lui, était bien présent le jour de la mort mais ne peut pas être tenu responsable du fait du médecin qui est un professionnel et qui prend seul la décision finale.

Conclusion :

Nous constatons ainsi que les 2 éléments nécessaires à la constitution de l'infraction pour laquelle est poursuivie Monsieur Landois, à savoir l'homicide avec préméditation, ne sont pas réunis.

L'élément moral qui est la volonté de tuer n'est pas présent : comment un grand-père voudrait-il tuer son petit-fils, cet enfant qu'il a vu grandir et qu'il a élevé avec sa mère ? Il souhaitait seulement abrèger ses souffrances puisqu'il a réalisé que Jérôme ne voulait pas vivre dans ces conditions difficiles, dès lors qu'il n'y avait aucun espoir d'amélioration de son état. L'élément matériel est également absent car Monsieur Landois n'a commis aucun acte positif provoquant la mort de son petit-fils. Il a seulement assisté au débranchement du respirateur artificiel qui le maintenait en vie après avoir donné son avis pour arrêter les traitements.

Doit-on alors après que l'arrêt de traitement a été décidé par le médecin, rendre coupable le grand père de cet enfant en fin de vie, coupable de soutenir l'arrêt des traitements conformément aux dispositions légales ? La réponse est négative car une telle accusation ne peut être retenue contre monsieur LANDOIS, au risque de remettre en cause l'objectif des dispositions légales permettant d'appliquer de manière réfléchie et collégiale une décision certes haute de conséquence, mais qui s'avère parfois inéluctable.