

Mémoire Concours d'éloquence

2ème édition - 2016

Conseillers de la défense du docteur Pignon :

Déborah Coelho

Mégane Paris

Pauline Desprez

Avec la participation de Maître Fleurier



FACULTÉ DE DROIT
ÉCONOMIE & GESTION
ANTENNE DE BOURGES

CONCLUSIONS

I – LES FAITS ET LA PROCEDURE

Jérôme Magirard est né le 15 décembre 1998. A l'âge de trois ans, Jérôme a commencé à souffrir de troubles musculaires. Les médecins ont pu détecter chez lui la myopathie de Duchenne.

La maladie de Jérôme Magirard se développa sous sa forme la plus aiguë. Elle toucha en premier lieu les muscles inférieurs puis les membres supérieurs provoquant des difficultés respiratoires.

A l'âge de dix ans, Jérôme vivait dans un fauteuil, passant le plus clair de son temps dans les services de l'hôpital Necker à Paris où les médecins rencontrèrent de nombreuses difficultés à traiter ses pneumonies.

Madame Magirard déménagea avec Jérôme Magirard à Plampied-Givaudins. Monsieur Magirard continuait à venir chercher Jérôme Magirard pour poursuivre un suivi médical poussé par de grands spécialistes.

A l'âge de quinze ans, le muscle cardiaque de Jérôme Magirard fut touché. A l'issue de l'une de ses nombreuses crises respiratoires, il rencontra le docteur Fabrice Pignon à l'hôpital public de Bourges.

Dû à la sévérité de la pathologie, le corps médical avait peu d'espoir sur l'espérance de vie de Jérôme Magirard, qui ne semblait pas pouvoir dépasser l'âge de trente ans.

A l'issue d'une nouvelle crise, le 15 janvier 2013, Jérôme Magirard fut branché, inconscient à un respirateur artificiel. Après deux mois de coma, l'équipe médicale dirigée par le docteur Pignon constata légitimement l'état végétatif du patient.

Le 10 avril 2013, le docteur Pignon décida de recourir à la procédure collégiale prévue à l'article L.1111-13 du Code de Santé Publique. Un confrère du docteur Pignon, le docteur Tiers, a émis un avis médical favorable à cette demande en constatant que maintenir le patient en vie relevait de l'obstination déraisonnable.

Les avis de la famille furent consultés dans le cadre de la procédure collégiale. Madame Magirard et Monsieur Landois, le grand-père de Jérôme Magirard, étaient favorables à la procédure tandis que Monsieur Magirard s'y opposait et annonça l'exercice d'un recours en référé-liberté au cas où l'arrêt des traitements serait décidé au terme de la procédure.

Le 15 juin 2013, le docteur Pignon prit la décision d'arrêter le traitement dès le lendemain. Il en informa Madame Magirard et Monsieur Landois. Il notifia sa décision par courrier à Monsieur Magirard.

Le 16 juin à 17 heures 25, en présence de Madame Magirard et Monsieur Landois, le respirateur artificiel du patient fut débranché par le docteur Pignon. Ce dernier a constaté le décès à 17 heures 32.

Monsieur Magirard reçut la notification de la mise en œuvre de la procédure collégiale par courrier le 17 juin en fin de matinée. Déduisant la mort son fils, il en informa immédiatement la police. Il se constitua partie civile.

II - DISCUSSIONS

A. LA PREVENTION D'ASSASSINAT NE S'APPLIQUE PAS EN CE QUI CONCERNE LA DECISION RELATIVE À L'ARRET DES TRAITEMENT DU PATIENT JEROME MAGIRARD

Selon l'article 221-3 du Code pénal, « *le meurtre commis avec préméditation constitue un assassinat. Il est puni de la réclusion criminelle à perpétuité* ». L'assassinat suppose un acte prévu et préparé par son auteur de sorte qu'il y ait une volonté de tuer. Par ce fait, on peut envisager l'euthanasie active comme l'acte intentionnel de donner la mort autrement dit un acte d'homicide.

L'acte d'homicide par l'euthanasie est différent de l'acte de refus d'acharnement thérapeutique. En effet, l'acte d'euthanasie actif consiste à provoquer la mort. C'est un acte de commission. On administre volontairement une substance létale qui va provoquer la mort de l'individu.

Il est possible de faire le parallèle entre l'accusation d'assassinat contre le docteur Pignon et l'affaire du docteur Nicolas Bonnemaïson (Cours d'assises de Maine-et-Loire, 26 octobre 2015). En l'espèce, la Cour a considéré que ce dernier avait « intentionnellement » donné la mort à Françoise Iramuno, une femme de quatre vingt six ans, transportée aux urgences de l'hôpital de Bayonne après être tombée dans un coma profond, suite à une hémorragie cérébrale. Admise dans le service d'hospitalisation de courte durée de Nicolas Bonnemaïson, elle était décédée le lendemain, après avoir reçu du médecin une injection d'Hypnovel, un sédatif qui plonge le patient dans le coma et provoque un arrêt respiratoire lorsqu'il est administré à haute dose. C'est l'intention d'homicide qui a été retenue par la Cour. Le docteur Bonnemaïson a été condamné à deux ans d'emprisonnement avec sursis pour homicide car il a injecté une substance dans le corps de la patiente qui a causé sa mort.

En revanche, le docteur Pignon, lui, n'a administré **aucune substance létale**. Il a seulement décidé d'arrêter légitimement les traitements du patient Jérôme Magirard, qui étaient considérés comme inutiles au vu de l'état végétatif de ce dernier et de sa maladie incurable. Il n'a donc pas commis d'homicide, il a cessé d'administrer un traitement lourd et disproportionné qui serait difficile à supporter par rapport au résultat espéré. Contrairement à l'acte d'euthanasie qui est un meurtre, le refus d'acharnement thérapeutique est un acte licite. Le docteur a cessé toute « *obstination déraisonnable* », tel que cela est mentionné dans la loi Léonetti de 2005. En effet, l'article L.1110-5 du Code de la Santé Publique prévoit que « *lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie, les soins peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas le médecin sauvegarde la dignité du mourant* ».

Dès le XIII^{ème} siècle, Thomas d'Aquin, religieux de l'ordre dominicain, avait illustré une autre différence entre « laisser mourir » et « faire mourir » avec la doctrine du « double effet » : lorsqu'une action possède deux conséquences clairement prévisibles, l'une bonne et voulue par l'agent (comme soulager les souffrances insupportables du patient), et l'autre mauvaise et non voulue par l'agent (comme entraîner la mort de ce même patient), l'agent est

responsable moralement de celle qu'il a voulue et d'elle seulement. ». En l'espèce, le docteur Pignon a entrepris une action « bonne et voulue » (l'arrêt des traitements), qui a entraîné de façon incontournable la mort de son patient. Mais la volonté du docteur n'était pas celle de tuer son patient Jérôme Magirard mais simplement d'apaiser ses souffrances et de cesser tout acharnement thérapeutique. Il n'y a pas dans cette action l'intention de provoquer la mort volontairement.

C'est dans cette mesure qu'il faut distinguer « tuer » et « laisser mourir ». On distingue le caractère « actif » du caractère « passif ». C'est la loi Léonetti qui va consacrer cette différence. Cette loi est venue renforcer la frontière entre « **laisser mourir** » et « faire mourir ». Elle affirme le principe selon lequel les actes médicaux ne doivent pas être poursuivis avec une « *obstination déraisonnable* ». Elle définit les cas dans lesquels ces actes peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.

Il faut noter que l'euthanasie active n'est pas légalisée en France. La loi Léonetti ne permet pas de « faire mourir ». De cette manière, les personnes qui ne sont pas en fin de vie mais qui souffrent de manière intolérable et qui n'ont pas d'espoir de guérison ne peuvent prétendre à une aide pour mourir. Un cas peut illustrer ces propos : l'affaire Vincent Humbert. Cet homme était gravement handicapé suite à un accident en 2000. En 2003, sa mère lui a administré un produit létal tandis que son médecin a débranché le respirateur. Cette solution n'était pas légale puisque Vincent Humbert n'était pas en fin de vie. Sa mère et son médecin ont donc provoqué sa mort puisque son cas ne rentre pas dans le champ de la loi Léonetti, d'autant plus que celle-ci n'était pas encore en vigueur à ce moment. Cependant, on peut voir un aspect humain qui nécessitait de prendre cette décision.

Après tous ces propos, il est clairement admis que le docteur Pignon n'a pas provoqué intentionnellement la mort de Jérôme Magirard. En effet, il semble manifeste que Jérôme Magirard entre dans la catégorie des personnes concernées par la loi Léonetti. Le fait que le docteur Pignon ait décidé d'arrêter les traitements de Jérôme Magirard, après avoir recouru à la procédure collégiale et après avoir recueilli l'avis motivé du docteur Tiers, est une décision qui se rapporte à un arrêt d'obstination déraisonnable et non pas à un homicide avec préméditation. Le docteur Pignon a donc légalement débranché Jérôme puisqu'il avait été constaté que celui-ci se trouvait dans un état végétatif. La loi Léonetti est totalement déconnectée de l'idée d'assassinat.

B. CONSTATATION DU RESPECT DE LA PROCEDURE COLLEGIALE ENTREPRISE PAR LE DOCTEUR PIGNON PREVUE PAR LE CODE DE SANTE PUBLIQUE

Selon l'article 37 du Code de déontologie médicale, « *en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie* ».

Selon la déontologie médicale, les docteurs ne doivent pas donner intentionnellement la mort, même si le médecin en a formulé clairement la demande et même si cette demande a été réitérée. En effet, cela contribuerait à un climat d'insécurité sur l'activité médicale.

Mais cette règle rentre en contradiction avec une autre : celle de limiter les souffrances des patients dans la mesure du possible.

La question est de savoir quelle règle est censée prévaloir sur l'autre. Or, dans un cas comme celui de Jérôme Magirard, c'est-à-dire dans un cas d'« *obstination déraisonnable* » pour reprendre les termes de la loi Léonetti, il faut faire prévaloir la limitation des souffrances du patient et préserver sa dignité puisque dans tous les cas son état ne laisse pas présager une quelconque amélioration.

Le fait de mettre un terme à l'obstination déraisonnable est une décision qui doit être prise par un docteur qui est un membre du corps médical qui a une formation qui lui permet de savoir si l'état de santé d'un patient est susceptible de s'améliorer ou non. Dans ce cas, il peut constater des traitements inutiles et de l'acharnement thérapeutique comme c'est le cas pour Jérôme Magirard.

La procédure collégiale est prévue à l'article L1111-13 du Code de la Santé Publique. Il dispose « *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 docteur peut alors recourir à une procédure collégiale de sa propre initiative. Il doit consulter l'équipe de soins, avoir un avis motivé d'un médecin extérieur et consulté l'avis de la famille. Il ne faut pas qu'il y ait une hiérarchie entre le médecin du patient concerné et le médecin extérieur.

Le non respect de la procédure collégiale peut entraîner l'invalidation de celle-ci. Cela a notamment été le cas dans l'affaire Vincent Lambert. Une première procédure collégiale avait été réalisée par le CHU de Reims le 4 février 2013. Alors que les parents du patient étaient connus du service et qu'ils participaient activement au suivi du patient, ils n'ont pas été sollicités lors de la mise en place de la procédure collégiale et leur avis n'a donc pas pu être pris en compte lors de cette procédure. Ces derniers n'ont été informés de la tenue de cette procédure que le 5 avril 2013 et n'ont pas été informés de la décision d'arrêt d'alimentation et de limitation d'hydratation de leur fils. Le juge des référés a constaté la violation de l'article R. 4127-37 II du Code de la Santé Publique et a imposé au CHU de Reims de reprendre les traitements arrêtés et limités.

Cette même affaire a mené à la saisine de la Cour Européenne des Droits de l'Homme. Cette dernière a confirmé, dans un arrêt du 5 juin 2015, la conformité d'une décision d'arrêt de limitation de traitement au regard de la loi Léonetti et de l'article 2 de la Convention Européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Non seulement prendre une décision d'arrêt des traitements, quand cela est nécessaire et avec un respect de la procédure collégiale, est conforme à la législation nationale mais cela est aussi en harmonie avec la législation de l'Union européenne.

En l'espèce, le docteur Pignon a bien **consulté le corps médical** de l'hôpital qui s'occupe de Jérôme Magirard. Il a bien aussi consulté **un docteur extérieur**, le docteur Tiers,

qui a confirmé que l'état de Jérôme Magirard était sans issue. Il a confirmé qu'il n'y avait aucun espoir d'amélioration et que la continuation des traitements relèverait dans ces circonstances d'une obstination déraisonnable. Il a signifié que le cas de Jérôme relevait de « *l'obstination déraisonnable* », tel qu'il en fait mention dans la loi Léonetti.

Les proches de Jérôme Magirard ont également été consulté pour **avis** : sa mère Madame Magirard, son père Monsieur Magirard et son grand-père Monsieur Landois. Le docteur n'est pas tenu aux avis de la famille. Madame Magirard et Monsieur Landois ont donné un avis favorable pour l'arrêt des traitements du patient, d'autant que Jérôme Magirard avait confié à sa mère que « sa vie devenait intolérable ». Cependant, Monsieur Magirard s'oppose manifestement à l'arrêt des traitements de son fils mais ce refus ne lie pas le docteur qui peut en décider autrement.

Le docteur Pignon a respecté la procédure collégiale qui est celle prévue par les dispositions de l'article L.1111-13 du Code de la Santé Publique. L'avis du docteur extérieur, docteur Tiers, a été sans équivoque : « aucun espoir d'amélioration et la continuation des traitements dans ces circonstances relevait d'une obstination déraisonnable ». Or, la loi du 22 avril 2005 dans son article premier dispose « *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. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10* » (article L1110-5 du Code de la Santé Publique). La décision de mettre un terme à l'acharnement thérapeutique subi par Jérôme Magirard a donc été prise sur une base légale ce qui écarte toute idée d'assassinat.

Selon l'article 37 du Code de déontologie médicale, « *lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110-5 et des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, (...) le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire* ». Aucun texte légal ne prévoit un délai pour informer la famille de la décision prise à l'issue de la procédure collégiale. Le médecin a seulement l'obligation d'informer la famille de la situation.

Le docteur Pignon n'a pas failli à cette obligation. En effet, le jour où il a pris la décision issue de la procédure collégiale, il en a informé la famille de Jérôme Magirard. Il a en premier lieu prévenu Madame Magirard et Monsieur Landois lors de leur visite quotidienne. Ne pouvant voir Monsieur Magirard qui habitait sur Paris, le docteur Pignon prit l'initiative d'envoyer le même jour une lettre pour lui notifier sa décision. Chaque personne consultée pour avis dans le cadre de la procédure collégiale a donc bien reçu l'information de la décision.

Le docteur Tiers avait émis une réserve quant à la relation que le docteur Pignon avait entretenue avec Madame Magirard. Cependant, il semble peu probable que cette relation ait pu faire naître un quelconque manque d'objectivité de la part du docteur Pignon à l'égard du patient puisque ce n'est pas avec celui-ci qu'il a entretenue une relation mais avec sa mère. Il existe effectivement un décret de l'Ordre national des médecins qui interdit les relations intimes entre un patient et son médecin. Cependant, aucun texte ne mentionne expressément l'interdiction d'entretenir une relation intime entre un médecin et un proche du patient.

De plus, cette relation n'a duré que trois semaines. Cette période étant relativement courte, elle n'a pu affecter l'objectivité du médecin aguerri. D'autant plus que cette relation a pris son terme bien avant que soit entreprise la décision de mettre un terme à l'obstination

déraisonnable que subissait le patient. Il faut noter que les relations qu'ont entretenues le docteur Pignon et Madame Magirard se sont bornées par la suite à des relations « purement professionnelles », sans aucune dérive.

Enfin, cette relation n'a pas eu d'impact sur la maladie de Jérôme Magirard ou sur ces traitements, ni même sur la décision d'arrêter toute obstination déraisonnable, dans la mesure où celle-ci a même été validée par le docteur Tiers et par le collègue de l'hôpital. Le docteur Pignon a pris sa décision sur un diagnostic **strictement médical**. En effet, la réserve émise par le docteur Tiers ne se situait pas sur un plan médical.

C. LA DECISION D'ARRET DES TRAITEMENTS PRISE SUR UN PLAN ET DES CONSIDÉRATIONS STRICTEMENT MÉDICAL(ES)

En France, environ deux mille cinq cent personnes sont affectées par la myopathie de Duchenne qui est une maladie génétique provoquant une dégénérescence progressive de l'ensemble des muscles de l'organisme. Elle est liée à une anomalie du gène DMD, responsable de la production d'une protéine impliquée dans le soutien de la fibre musculaire. La DMD affecte principalement les garçons avec une incidence à la naissance de 1/3300 garçons. L'anomalie génétique en question est liée au gène DMD, qui est responsable de la production d'une protéine impliquée dans le soutien de la fibre musculaire. En l'absence de cette protéine, ces fibres résistent mal aux forces de contraction et finissent par dégénérer.

La maladie débute chez les garçons pendant l'enfance, généralement à l'âge de trois ans, avec un retard de développement moteur et du développement global. En principe, les garçons atteints de la myopathie de Duchenne ne réussissent ni à courir ni à sauter. La maladie progresse rapidement et l'enfant développe une marche dandinante avec une hypertrophie des mollets, c'est-à-dire que monter des escaliers devient difficile et que l'enfant tombe fréquemment. La marche devient totalement impossible entre six et treize ans, la moyenne étant de neuf ans et demi. Une cardiomyopathie et une insuffisance respiratoire restrictive peuvent entraîner le décès pendant l'adolescence.

Faute de traitement pour guérir la maladie, la prise en charge médicale agit sur les conséquences de celle-ci. Elle consiste à ralentir la progression de la maladie et repose sur une approche pluridisciplinaire : orthopédie, kinésithérapie, prévention cardiovasculaire, et prévention nutritionnelle.

A l'âge de trois ans, Jérôme Magirard a commencé à souffrir de troubles musculaires. Il tombait souvent et n'arrivait pas à se relever seul. Déjà tout petit, Jérôme Magirard avait de lourdes difficultés à vivre comme un enfant de son âge en bonne santé et plein d'énergie. C'est ainsi que les médecins ont pu détecter chez lui la myopathie de Duchenne.

La maladie de Jérôme Magirard se développa au fil des années. Elle toucha en premier lieu les **muscles inférieurs** (bassin et jambes) ce qui empêchait Jérôme de se déplacer et de marcher correctement. Ayant déjà une marche dandinante, courir et sauter était complètement impensable. D'autant plus qu'il était victime de chutes fréquentes.

Puis, la maladie se répandit dans son dos développant une **scoliose**, mais aussi dans tous les **muscles supérieurs**. Jérôme Magirard avait des difficultés pour attraper des objets en hauteur et lever les bras. Son autonomie était manifestement réduite.

L'évolution de la maladie a provoqué chez Jérôme Magirard des **difficultés à respirer**. En effet, il avait le souffle court et la survenue fréquente d'infections (bronchites, pneumonies). L'atteinte de ses muscles abdominaux rendait sa toux moins efficace pour dégager ses voies respiratoires.

A l'âge de dix ans, Jérôme Magirard vivait dans un fauteuil. Le fonctionnement de ses membres était plus que limité puisqu'il était **paralysé** du haut du corps (du tronc) jusqu'aux pieds. En conséquence, le maintien de sa posture était impossible ce qui lui imposait d'être attaché dans son fauteuil. Il était incapable d'être autonome et d'avoir une part d'indépendance ne serait-ce pour se laver. Sa vie n'était qu'aller-retour entre l'hôpital et la maison, d'autant plus que les médecins avaient des difficultés à gérer ses pneumonies.

Pour limiter les **crises respiratoires incessantes** de son fils, Madame Magirard décida de s'éloigner de la pollution parisienne et d'aller vivre dans le Berry. Cependant, il était convenu que Monsieur Magirard vienne chercher Jérôme pendant les vacances pour continuer un suivi médical poussé par de grands spécialistes. Cela n'arrêta malheureusement pas la maladie de se développer.

A l'âge de quinze ans, le **muscle cardiaque** de Jérôme Magirard fut atteint ce qui générait des essoufflements anormaux et des palpitations. Il s'agit d'une complication majeure de la maladie puisque ces crises sont ingérables. Il n'existe pas de traitement ne serait-ce que pour soulager, ce qui demande une surveillance constante du jeune homme. Il n'arrivait plus à respirer normalement, et le moindre effort devenait insupportable.

Le développement de la myopathie de Duchenne comporte 5 stades :

Stade 1:	Stade 2:	Stade 3:	Stade 4:	Stade 5:
<u>PRÉ-SYMPATOMATIQUE</u>	<u>AMBULATOIRE PRÉCOCE</u>	<u>AMBULATOIRE AVANCÉ</u>	<u>NON-AMBULATOIRE PRÉCOCE</u>	<u>NON-AMBULATOIRE AVANCÉ</u>
Peut être diagnostiqué à ce stade si l'on découvre par hasard une valeur de CK élevée ou en cas d'anamnèse familiale	Manœuvre de Gowers Démarche dandinante (de Duchenne)	Démarche de plus en plus difficile Perd la capacité de monter les escaliers et de se lever quand il est assis ou allongé sur le sol	Peut être capable de «s'auto-propulser» pendant un certain temps Sait maintenir la posture Est susceptible de développer une scoliose	Le fonctionnement des membres supérieurs et le maintien de la posture sont de plus en plus limités
Peut présenter un retard dans le développement, sans aucun trouble de la démarche	Marche parfois sur les pointes Peut monter les escaliers			

Très vite, le corps médical s'aperçut que Jérôme Magirard ne pouvait pas espérer vivre au delà de trente ans, quoi que la **sévérité de la pathologie** dans son cas ne permettait pas d'espérer autant. Il était manifeste qu'il se trouvait au stade 5 de la maladie. Ce qui fut confirmé à l'issue d'une nouvelle crise intervenue le 15 janvier 2013. Le patient fut branché, inconscient à un respirateur artificiel puisqu'à cause de la crise son cerveau n'avait pas été oxygéné. Sa vie ne dépendait dès lors que des machines. Après deux mois de **coma**, sans

aucune ombre d'amélioration, l'équipe médicale dirigée par le docteur Pignon constata légitimement **l'état végétatif**.

L'état végétatif est une « forme extrême des séquelles neurologiques majeures des comas. Il survient à la fin de la période de coma, il est défini médicalement par la présence de cycles veille-sommeil avec un maintien complet ou partiel des fonctions automatiques de l'hypothalamus et du tronc cérébral, mais l'absence de toute manifestation de vie relationnelle ». En principe, il est impossible de sortir d'un tel état avancé. Il serait dès lors impossible pour Jérôme Magirard de répondre sur un plan physique mais aussi psychique à des stimulations externes. En effet, il ne rend pas compte de l'environnement dans lequel il est. Ce dernier ne s'alimentait pas, ne s'hydratait pas seul, il était alors placé **sous alimentation et hydratation artificielle**. C'est « *la vie sans l'humain* » (rapporteur de la proposition de loi, 2004). A ce stade, le docteur Pignon a pu légitimement conclure à l'état de phase terminale du patient et prendre alors la décision de recourir à la procédure collégiale puisqu'il semble clair que la maladie était grave et incurable. En effet, à ce jour, il n'existe pas de traitement qui soigne la myopathie de Duchenne.

L'état médical du patient a été reconnu par un docteur extérieur, le docteur Tiers. Cela appuie le fait que le docteur Pignon ait pris sa décision sur un plan purement médical. Aucune considération extérieure n'a pu entraver son diagnostic médical qui a été confirmé par le docteur Tiers. Même si ce dernier a émis une réserve, celle-ci était déconnectée du plan médical. Il n'y a pas de doute que l'état de Jérôme Magirard relevait d'une obstination déraisonnable et rentrait dans le champ de la loi Léonetti.

La maladie de Jérôme Magirard a aussi été une épreuve difficile pour sa famille. Madame Magirard a sombré dans une profonde dépression nerveuse, se sentant responsable de la maladie de son fils. L'accumulation de cette souffrance psychologique a conduit au divorce de Monsieur Magirard et Madame Magirard.

Madame Magirard s'est occupé chaque jour de Jérôme Magirard. Elle a du supporter la vision de son fils souffrant quotidiennement. Soutenue par Monsieur Landois, elle réclamait l'arrêt des traitements.

D'autres parents ont pu confirmer cette souffrance quotidienne pour les proches des malades. La mère de Yoan, six ans, atteint de la myopathie de Duchenne nous raconte que son enfant « a deux à trois séances de kiné par semaine, pour éviter que ses muscles ne s'atrophient. Il dort aussi avec des attèles. Il faut également surveiller son cœur et son souffle régulièrement. A l'école, désormais, il a deux auxiliaires de vie scolaire (AVS) qui l'aident car il ne peut plus monter les escaliers tout seul, courir ou marcher longtemps ». Ce témoignage nous montre le quotidien d'un enfant appareillé, surveillé, assisté, ne pouvant être autonome.

Un autre témoignage, tiré du magazine « Enfant » du premier novembre 2012, raconte le quotidien d'une famille rythmé par la maladie de leur enfant, Timoty, âgé de quatre ans. « La myopathie de Duchenne est une maladie invisible au début. Elle évolue très lentement et accomplit son œuvre en atteignant progressivement toutes les parties du corps. Il n'y avait pas grand-chose à faire. Timoty bénéficierait d'un suivi médical régulier pour veiller à améliorer son confort mais il n'existait pas de traitement curatif ».

Comme dans le cas de la famille de Jérôme Magirard, il est difficile pour une famille de rester soudée lorsqu'un enfant est frappé de cette maladie. La mère de Timoty explique que « la survenue d'un tel drame est un véritable tsunami dont les dégâts collatéraux n'épargnent personne ! Mon fils Bastien, très perturbé par la situation s'est senti délaissé et a émis des

signaux de détresse qu'il m'a fallu entendre. Mon couple a été mis à mal et fragilisé tant nous étions, Mathieu et moi, accaparés par Timoty. Il était quasiment impossible de nous retrouver ».

Il ressort de ces témoignages que la maladie n'épargne personne. Jérôme Magirard, pendant qu'il souffrait de ces nombreux symptômes, voyait sa famille se dissoudre petit à petit, notamment avec le divorce de ses parents et la dépression de sa mère.

Son père espérait, quant à lui, des avancées médicales consécutives aux nouvelles découvertes sur la maladie. En effet, on a pu voir ces dernières années que des chercheurs s'intéressaient à la myopathie de Duchenne. En 2015, des chercheurs ont réussi à redonner de la force musculaire à des chiens atteints de la myopathie de Duchenne, une avancée qui ouvre un espoir de traitement pour les personnes touchées par cette maladie rare d'origine génétique. « *C'est un résultat positif et encourageant, cela montre que nous sommes sur la bonne voie* » a commenté Laurence Tiénot-Herment, la présidente de l'Association française contre les myopathies (AFM) qui organise chaque année le Téléthon.

Mais, les tests n'ont jamais été réalisés sur des humains en France. Ce traitement, même s'il aurait fonctionné sur des humains, n'aurait jamais pu être appliqué sur Jérôme Magirard. En effet, ce dernier était un état végétatif. Tout traitement était déjà trop tard. Il semblerait inconcevable de laisser un patient dans un état végétatif pendant des années et des années juste en attendant l'espoir d'un traitement. La simple idée que Jérôme Magirard se réveille relève tout simplement du miracle. Si ce traitement fonctionne sur les humains, il pourra être appliqué sur des patients qui ne sont pas d'ores et déjà condamnés.

PAR CES MOTIFS

Vu l'article L.1111-13 du Code de la Santé Publique,

Il est demandé à la Cour d'Assises de :

- ① **DIRE ET JUGER** que le docteur Pignon ne peut être poursuivi pour homicide avec préméditation en ce que l'arrêt des traitements a une base légale ;
- ② **DIRE ET JUGER** que la procédure collégiale, prévue par le Code de Santé Publique, a été respectée dans toutes ses formes par le docteur Pignon ;
- ③ **DEBOUTER** Monsieur Magirard de l'intégralité des demandes qu'il formule contre le docteur Pignon ;
- ④ **ACQUITTER** le docteur Pignon de la prévention d'homicide avec préméditation ;

SOUS TOUTES RESERVES
ET CE SERA JUSTICE.