



Décision n° 2017 - 632 QPC

Articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 du code de
la santé publique

*Procédure collégiale préalable à la décision de limitation ou
d'arrêt des traitements d'une personne hors d'état
d'exprimer sa volonté*

Dossier documentaire

Source : services du Conseil constitutionnel © 2017

Sommaire

I. Dispositions législatives.....	5
II. Constitutionnalité de la disposition contestée	46

Table des matières

I. Dispositions législatives.....	5
A. Dispositions contestées	5
1. Code de la santé publique	5
- Article L. 1110-5-1	5
- Article L. 1110-5-2	5
- Article L. 1111-4.....	6
B. Évolution des dispositions contestées	7
Article L. 1111-4 du code de la santé publique	7
a. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé....	7
- Article 9	7
- Article 11	7
- Article L. 1111-4 du code de la santé publique tel que modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002	7
b. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.....	8
- Article 3	8
- Article 4	8
- Article 5	8
- Article 10	8
- Article L. 1111-4 du code de la santé publique tel que modifié par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005	8
c. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.....	9
- Article 5	9
- Article L. 1111-4 du code de la santé publique tel que modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016	9
C. Autres dispositions	11
1. Code de la santé publique	11
- Article L. 1110-10.....	11
- Article L. 1111-6.....	11
- Article L. 1111-11.....	11
- Article L. 1111-12.....	12
- Article R. 4127-37-2	12
- Article R. 4127-37-3	13
2. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie	14
- Article 1	14
- Article 2	14
- Article 3	14
- Article 4	15
- Article 5	15
D. Application des dispositions contestées	16
1. Jurisprudence	16
a. Jurisprudence communautaire	16
- CEDH, 9 mars 2004, <i>Glass c. Royaume-Uni</i> , aff.n° 61827/00.....	16
- CEDH, 20 janvier 2011, <i>Haas c/ Suisse</i> , aff.n° 31322/07	18
- CEDH, 5 juin 2015, <i>Lambert et autres c/ France</i> , aff.n° 46043/14.....	20
b. Jurisprudence administrative	27
- CE, 16 novembre 2011, <i>Ville de Paris</i> , n°353172	27

- CE, assemblée, 14 février 2014, Mme E G, n°375081	27
- CE, assemblée, 24 juin 2014, Mme E G, n°375081.....	30
- CE, 8 mars 2017, <i>Assistance publique-Hôpitaux de Marseille</i> , n° 408146.	36
- CAA Nancy, 16 juin 2016, M Lambert, n° 15NC02132.....	41
II. Constitutionnalité de la disposition contestée	46
A. Normes de référence.....	46
1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789	46
- Article 2	46
- Article 4	46
- Article 16	46
B. Jurisprudence du Conseil constitutionnel.....	47
1. Sur le principe de dignité de la personne humaine	47
- Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal	47
- Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 - Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.....	49
- Décision n° 2010-5 QPC du 18 juin 2010 – SNC KIMBERLY CLARK [Incompétence négative en matière fiscale]	50
- Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 – Mlle Danielle S. [Hospitalisation sans consentement].....	50
- Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012 - M. Mathieu E. [Accès aux origines personnelles] ...	51
- Décision n° 2013-674 DC du 1 août 2013 - Loi tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires.....	52
- Décision n° 2014-393 QPC du 25 avril 2014 - M. Angelo R. [Organisation et régime intérieur des établissements pénitentiaires].....	53
- Décision n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014 - Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.....	54
2. Sur la liberté personnelle	55
- Décision n° 89-257 DC du 25 juillet 1989 - Loi modifiant le code du travail et relative à la prévention du licenciement économique et au droit à la conversion.....	55
- Décision n° 2003-484 DC du 20 novembre 2003 - Loi relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité	56
- Décision n° 2010-13 QPC du 9 juillet 2010 - M. Orient O. et autre [Gens du voyage]	56
- Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 - Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie [Dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement]	57
- Décision n° 2012-249 QPC du 16 mai 2012 - Société Cryo-Save France [Prélèvement de cellules du sang de cordon ou placentaire ou de cellules du cordon ou du placenta].....	58
- Décision n° 2012-260 QPC du 29 juin 2012 - M. Roger D. [Mariage d'une personne en curatelle].....	59
- Décision n° 2012-261 QPC du 22 juin 2012 - M. Thierry B. [Consentement au mariage et opposition à mariage]	60
3. Sur la méconnaissance du droit à un recours juridictionnel effectif.....	61
- Décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003 - Loi pour la sécurité intérieure.....	61
- Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 – Mlle Danielle S. [Hospitalisation sans consentement].....	62
- Décision n° 2011-119 QPC du 1 avril 2011 - Mme Denise R. et autre [Licenciement des assistants maternels]	63
- Décision n° 2011-198 QPC du 25 novembre 2011 - M. Albin R. [Droits de plaidoirie].....	63
- Décision n° 2012-268 QPC du 27 juillet 2012 - Mme Annie M. [Recours contre l'arrêté d'admission en qualité de pupille de l'État]	64
- Décision n° 2015-490 QPC du 14 octobre 2015 - M. Omar K. [Interdiction administrative de sortie du territoire].....	65
- Décision n° 2015-500 QPC du 27 novembre 2015 – Société Foot Locker France SAS [Contestation et prise en charge des frais d'une expertise décidée par le CHSCT].....	66

- Décision n° 2015-503 QPC du 4 décembre 2015 - M. Gabor R. [Effets de la représentation mutuelle des personnes soumises à imposition commune postérieurement à leur séparation]67
- Décision n° 2016-745 DC du 26 janvier 2017 - Loi relative à l'égalité et à la citoyenneté68

I. Dispositions législatives

A. Dispositions contestées

1. Code de la santé publique

Partie législative

Première partie : Protection générale de la santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

- **Article L. 1110-5-1**

Créé par loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 2

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.

La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.

Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

- **Article L. 1110-5-2**

Créé par loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 3

A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;

2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies.

A la demande du patient, la sédation profonde et continue peut être mise en œuvre à son domicile, dans un établissement de santé ou un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient.

- **Article L. 1111-4**

Modifié par loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

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.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

B. Évolution des dispositions contestées

Article L. 1111-4 du code de la santé publique

Pour information, l'article L.1111-4 du code de la santé publique tel qu'il existait jusqu'en 2002 (à savoir : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. ») a été transféré à l'article L.1111-10 du code de la santé publique par la loi 2002-303 du 4 mars 2002.

a. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- Article 9

Les articles L. 1111-1, L. 1111-3, L. 1111-4 et L. 1111-5 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 1110-8, L. 1110-9, L. 1110-10 et L. 1110-11.

L'article L. 1111-2 du même code est abrogé.

- Article 11

Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Chapitre Ier - Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

(...)

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« 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.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

(...)

- Article L. 1111-4 du code de la santé publique tel que modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

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.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

b. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

- Article 3

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, les mots : « un traitement » sont remplacés par les mots : « tout traitement ».

- Article 4

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son 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. »

- Article 5

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

(...)

- Article 10

(...)

II. - Avant l'article L. 1111-1 du même code, il est inséré une division ainsi rédigée : « Section 1. - Principes généraux ».

- Article L. 1111-4 du code de la santé publique tel que modifié par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre ~~un traitement~~ **tout traitement** met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son 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.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

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.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

c. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

- Article 5

I.-L'article L. 1111-4 du même code est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. » ;

3° Après le mot : « susceptible », la fin du cinquième alinéa est ainsi rédigée : « d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

II.-A la première phrase du V de l'article L. 2131-1 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

- Article L. 1111-4 du code de la santé publique tel que modifié par la loi n°2016-87 du 2 février 2016

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif

~~Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son 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.~~ **Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.**

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

~~Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.~~

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.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

C. Autres dispositions

1. Code de la santé publique

Partie législative

Première partie : Protection générale de la santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre Ier : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

- **Article L. 1110-10**

Créé par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 9

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Chapitre Ier : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

Section 1 : Principes généraux

- **Article L. 1111-6**

Modifié par LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 9

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Section 2 : Expression de la volonté des malades refusant un traitement et des malades en fin de vie

- **Article L. 1111-11**

Modifié par loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 8

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

- **Article L. 1111-12**

Modifié par loi n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 10

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 a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

Partie réglementaire

Quatrième partie : Professions de santé

Livre Ier : Professions médicales

Titre II : Organisation des professions médicales

Chapitre VII : Déontologie

Section 1 : Code de déontologie médicale

Sous-section 2 : Devoirs envers les patients.

- **Article R. 4127-37-2**

Créé par Décret n°2016-1066 du 3 août 2016 - art. 3

I.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

II.-Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

III.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de 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. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

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

IV.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

- **Article R. 4127-37-3**

Créé par Décret n°2016-1066 du 3 août 2016 - art. 3

I.-A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'issue d'une procédure collégiale, telle que définie au III de l'article R. 4127-37-2, dont l'objet est de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies.

Le recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue telle que définie au premier alinéa, ou son refus, est motivé. Les motifs du recours ou non à cette sédation sont inscrits dans le dossier du patient, qui en est informé.

II.-Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable, en application des articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 et dans les conditions prévues au présent article, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

Le recours à une sédation profonde et continue, ainsi définie, doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2.

En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

Le recours à une sédation profonde et continue est motivé. La volonté du patient exprimée dans les directives anticipées ou, en l'absence de celles-ci, le témoignage de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé des motifs du recours à la sédation profonde et continue.

2. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

- Article 1

Le troisième alinéa de l'article R. 4127-36 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. »

- Article 2

L'article R. 4127-37 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 4127-37.-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 et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »

- Article 3

Après l'article R. 4127-37 du même code, il est créé quatre articles ainsi rédigés :

« Art. R. 4127-37-1.-I.-Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimée par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans les cas prévus aux II et III du présent article.

« II.-En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale.

« III.-Si le médecin en charge du patient juge les directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le refus de les appliquer ne peut être décidé qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1111-11. Pour ce faire, le médecin recueille l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

« IV.-En cas de refus d'application des directives anticipées, la décision est motivée. Les témoignages et avis recueillis ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

« La personne de confiance, ou, à défaut, la famille ou l'un des proches du patient est informé de la décision de refus d'application des directives anticipées.

« Art. R. 4127-37-2.-I.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

« II.-Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

« III.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de 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. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

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

« IV.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la

famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

« Art. R. 4127-37-3.-I.-A la demande du patient, dans les situations prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-5-2, il est recouru à une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, à l'issue d'une procédure collégiale, telle que définie au III de l'article R. 4127-37-2, dont l'objet est de vérifier que les conditions prévues par la loi sont remplies.

« Le recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue telle que définie au premier alinéa, ou son refus, est motivé. Les motifs du recours ou non à cette sédation sont inscrits dans le dossier du patient, qui en est informé.

« II.-Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable, en application des articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 et dans les conditions prévues au présent article, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

« Le recours à une sédation profonde et continue, ainsi définie, doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2.

« En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches, le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

« Le recours à une sédation profonde et continue est motivé. La volonté du patient exprimée dans les directives anticipées ou, en l'absence de celles-ci, le témoignage de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

« La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé des motifs du recours à la sédation profonde et continue.

« Art. R. 4127-37-4.-Le médecin accompagne 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. »

- **Article 4**

Au titre IV du livre IV de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Professions médicales

« Art. R. 4441-1.-Les articles R. 4127-36, R. 4127-37, R. 4127-37-1, R. 4127-37-2, R. 4127-37-3 et R. 4127-37-4 sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française dans leur rédaction résultant du décret n° 2016-1066 du 3 août 2016. »

- **Article 5**

La ministre des affaires sociales et de la santé, le garde des sceaux, ministre de la justice et la ministre des outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

D. Application des dispositions contestées

1. Jurisprudence

a. Jurisprudence communautaire

- **CEDH, 9 mars 2004, *Glass c. Royaume-Uni*, aff.n° 61827/00**

B. Appréciation de la Cour

1. Sur l'existence d'une atteinte aux droits garantis par l'article 8

70. La Cour note que la seconde requérante, mère du premier requérant, qui est un enfant gravement handicapé, a agi comme représentante légale de celui-ci. En cette qualité, elle avait le droit d'agir au nom de son fils et de défendre ses intérêts, y compris dans le domaine des traitements médicaux. Le Gouvernement fait observer que l'intéressée avait donné aux médecins de l'hôpital St Mary, lors des précédents séjours de David, l'autorisation de recourir à certains traitements (paragraphe 15, 17 et 66 ci-dessus). Il est clair toutefois que lorsqu'elle fut confrontée à la réalité de l'administration de diamorphine à son fils la seconde requérante exprima fermement son opposition à un traitement de ce type. Ses objections, qu'elle réitéra pourtant à plusieurs reprises, ne furent pas prises en compte. La Cour estime que la décision d'imposer un traitement à David Glass malgré les protestations de sa mère s'analyse en une atteinte au droit du premier au respect de sa vie privée, et plus particulièrement à son droit à l'intégrité physique (sur ce dernier point, voir, mutatis mutandis, X et Y c. Pays-Bas, 26 mars 1985, série A no 91, p. 11, § 22 ; Pretty c. Royaume-Uni, no 2346/02, §§ 61 et 63, CEDH 2002-III ; et Y.F. c. Turquie, no 24209/94, § 33, 22 juillet 2003). La Cour note l'insistance mise par le Gouvernement pour la convaincre que les médecins ont dû parer à une urgence – ce que les requérants contestent – et agir rapidement dans l'intérêt supérieur du malade. Elle considère toutefois que cet argument n'enlève rien au fait qu'il y a eu ingérence mais se rapporte plutôt à la nécessité de l'ingérence et doit donc être examiné sous cet angle.

71. La Cour précise qu'il n'est pas contesté que l'hôpital était un organisme public et que les actes et omissions de son personnel médical étaient susceptibles d'engager la responsabilité de l'Etat défendeur sur le terrain de la Convention.

72. En outre, bien que les requérants allèguent que le traitement incriminé a également porté atteinte au droit de Carol Glass au respect de sa vie familiale, la Cour juge suffisant d'examiner les points litigieux au regard du droit du premier requérant au respect de son intégrité physique, tout en tenant compte, bien entendu, du rôle de la seconde requérante en tant que mère et représentante légale de l'intéressé.

2. Observation de l'article 8 § 2

73. Pour se concilier avec le paragraphe 2 de l'article 8, une ingérence dans l'exercice d'un droit garanti par celui-ci doit être « prévue par la loi », inspirée par un ou des buts légitimes d'après ce paragraphe et « nécessaire, dans une société démocratique », à la poursuite de ce ou ces buts (Pretty précité, § 68).

74. La Cour observe que les requérants mettent en doute l'adéquation du cadre juridique national pour résoudre les conflits résultant d'une objection parentale à un traitement médical proposé pour un enfant. La situation actuelle donnerait un pouvoir d'appréciation trop important aux médecins relativement au point de savoir quand il convient de solliciter l'intervention des tribunaux face à l'opposition d'un parent à un traitement susceptible d'avoir pour effet secondaire de hâter le décès de l'enfant. La Cour considère toutefois que, compte tenu des circonstances de la présente affaire, il ne s'impose pas d'aborder cette question du point de vue du respect ou non, en l'espèce, des critères qualitatifs qui doivent être remplis pour qu'une ingérence puisse être réputée « prévue par la loi » (pour ce qui est de ces critères, voir, parmi d'autres, l'arrêt Herczegfalvy c. Autriche du 24 septembre 1992, série A no 244, pp. 27-28, §§ 88-91). La Cour n'estime pas davantage nécessaire de se prononcer sur la thèse des requérants selon laquelle les autorités ont manqué aux obligations positives inhérentes à un respect effectif du droit à l'intégrité physique du premier requérant en n'adoptant pas des mesures propres à assurer à celui-ci le respect de son intégrité physique (voir, par exemple, X et Y c. Pays-Bas précité, p. 11, § 23, et, plus récemment, Odièvre c. France [GC], no 42326/98, CEDH 2003-III).

75. La Cour tient cependant à faire à cet égard deux observations. Premièrement, le cadre réglementaire en vigueur dans l'Etat défendeur consacre de manière ferme l'obligation de préserver la vie des patients, sauf dans des circonstances exceptionnelles. Deuxièmement, ce même cadre réglementaire considère comme prioritaire l'exigence du consentement parental et, sauf dans les situations d'urgence, fait obligation aux médecins de solliciter l'intervention de la justice en cas d'objection parentale. La Cour ajoute que le cadre réglementaire en

cause ne lui paraît aucunement incompatible avec les standards fixés en matière de consentement par la Convention du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (paragraphe 58 ci-dessus) ; elle ne souscrit pas davantage à l'opinion selon laquelle les nombreuses sources dont découlent les normes et standards applicables ne font que renforcer l'imprévisibilité de ceux-ci et favoriser, au niveau de leur application, des excès dans l'exercice du pouvoir d'appréciation qu'ils confèrent.

76. Pour la Cour, la thèse des requérants revient au fond à dire que le litige les opposant au personnel de l'hôpital aurait dû être porté devant les tribunaux et que c'est à tort que les médecins chargés de traiter le premier requérant ont considéré qu'ils se trouvaient dans un cas d'urgence. Le Gouvernement soutient fermement, quant à lui, que les exigences de la situation étaient telles qu'il y avait lieu d'administrer d'urgence de la diamorphine au malade, afin de soulager sa détresse, et qu'il n'était pas possible dans ces conditions de solliciter l'approbation du tribunal. La Cour estime pour sa part qu'il s'agit là de questions devant être examinées sous l'angle de l'impératif de « nécessité » de l'article 8 § 2, et non sous celui de l'exigence de « prévision par la loi ».

77. Quant à la légitimité du but poursuivi, la Cour considère que la conduite tenue par le personnel de l'hôpital visait, d'un point de vue clinique, à servir les intérêts du premier requérant. Elle rappelle à cet égard qu'elle a rejeté dans sa décision partielle du 18 mars 2003 sur la recevabilité de la requête tout grief fondé sur l'article 2 de la Convention et aux termes duquel les médecins auraient décidé, de façon unilatérale, de précipiter le décès du premier requérant, soit en lui administrant de la diamorphine, soit en insérant dans son dossier un ordre de non-réanimation.

78. Se tournant vers la question de la « nécessité » de l'ingérence litigieuse, la Cour considère que les faits qui se déroulèrent à l'hôpital St Mary entre le 19 et le 21 octobre 1998 ne peuvent être isolés des discussions qui avaient eu lieu fin juillet et début septembre de la même année entre le personnel de l'hôpital et la seconde requérante au sujet de l'état du premier requérant et de la manière dont il devrait être traité en cas d'urgence. Les médecins de l'hôpital s'étaient manifestement montrés préoccupés par la réticence de la seconde requérante à suivre leurs conseils, et en particulier à accepter leur avis selon lequel il pourrait y avoir lieu d'administrer de la morphine au premier requérant afin d'atténuer la détresse dont il pourrait faire l'expérience lors d'une attaque ultérieure. On ne peut ignorer à cet égard que le docteur Walker avait inscrit dans ses notes le 8 septembre 1998 qu'il pourrait s'avérer nécessaire de saisir la justice afin de débloquer l'impasse à laquelle conduisait l'opposition de la seconde requérante. Le docteur Hallet avait abouti à une conclusion analogue à la suite de son entrevue avec la seconde requérante le 9 septembre (paragraphe 12 et 17 ci-dessus).

79. Il n'a pas été expliqué de manière convaincante à la Cour pourquoi la Régie hospitalière n'avait pas à ce stade sollicité l'intervention de la High Court. Les médecins partageaient tous alors un sombre pronostic quant à la capacité du premier requérant à surmonter de prochaines crises. Il n'y avait aucun doute que le traitement proposé par eux n'emporterait pas l'assentiment de la seconde requérante. Certes, celle-ci aurait pu, elle aussi, saisir la High Court de la question. Compte tenu des circonstances, toutefois, la Cour estime que c'était à la Régie hospitalière de prendre l'initiative et de désamorcer la situation dans l'anticipation d'une crise à venir.

80. La Cour peut admettre que les médecins ne pouvaient prévoir le degré de confrontation et d'hostilité qu'ils durent effectivement constater après la nouvelle hospitalisation du premier requérant le 18 octobre 1998. Toutefois, pour autant que le Gouvernement soutient que la gravité de l'état du premier requérant contraignait les médecins à se livrer à une course contre la montre, ce qui faisait de la saisine de la High Court par la Régie hospitalière une option peu envisageable, la Cour considère que la non-saisine de la High Court par la Régie hospitalière à un stade antérieur a contribué à cette situation.

81. Cela étant dit, la Cour n'est pas persuadée que la Régie hospitalière n'aurait pas pu saisir d'urgence la High Court dès que la seconde requérante avait fait savoir clairement qu'elle s'opposait fermement à l'administration de diamorphine à son fils. En vérité, les médecins et les autorités compétentes utilisèrent le temps limité dont ils disposaient pour tenter d'imposer leurs vues à la seconde requérante. La Cour observe à cet égard que la Régie hospitalière fut en mesure de s'assurer de la présence d'un policier pour superviser les négociations avec la seconde requérante, mais que, de façon surprenante, elle n'envisagea pas la saisine de la High Court, alors cependant que « la procédure de l'intérêt supérieur de l'enfant p[eut] être déclenchée à bref délai » (voir, au paragraphe 38 ci-dessus, la décision rendue par le juge Scott Baker à l'issue de la procédure devant la High Court).

82. La Cour observe en outre que les faits ne corroborent pas l'affirmation du Gouvernement selon laquelle la seconde requérante avait consenti à une administration de diamorphine au premier requérant à la lumière des discussions qu'elle avait eues antérieurement avec les médecins. Indépendamment du fait que ces discussions s'étaient focalisées sur l'administration de morphine au premier requérant, on ne peut affirmer avec certitude que le consentement éventuellement donné par la seconde requérante était libre, explicite et éclairé. En tout état de cause, à supposer que la seconde requérante eût donné son consentement, elle le retira clairement, et les médecins comme la Régie hospitalière auraient dû respecter son revirement et s'abstenir de s'engager dans des tentatives relativement insensibles pour venir à bout de son opposition.

83. La Cour considère qu'en égard aux circonstances de l'espèce la décision des autorités de passer outre, en l'absence d'autorisation par un tribunal, à l'objection de la seconde requérante au traitement proposé a violé l'article 8 de la Convention. A la lumière de cette conclusion, elle n'estime pas nécessaire d'examiner séparément le grief des requérants relatif à l'insertion, sans le consentement et à l'insu de la seconde requérante, d'un ordre de non-réanimation dans le dossier du premier requérant. Elle observe toutefois, dans le droit fil de sa décision sur la recevabilité, que l'ordre litigieux ne visait que l'application de massages cardiaques vigoureux et d'une assistance respiratoire intensive et qu'il n'excluait pas le recours à d'autres techniques, telles l'apport d'oxygène, pour maintenir le premier requérant en vie.

- **CEDH, 20 janvier 2011, Haas c/ Suisse, aff.n° 31322/07**

B. L'appréciation de la Cour

50. Comme la Cour a déjà eu l'occasion de l'observer, la notion de « vie privée » est une notion large, non susceptible d'une définition exhaustive. Elle recouvre l'intégrité physique et morale de la personne (X et Y c. Pays-Bas, 26 mars 1985, § 22, série A no 91). Elle peut parfois englober des aspects de l'identité physique et sociale d'un individu (Mikulić c. Croatie, no 53176/99, § 53, CEDH 2002-I). Des éléments tels que, par exemple, le nom, l'identification sexuelle, l'orientation sexuelle et la vie sexuelle relèvent de la sphère personnelle protégée par l'article 8 de la Convention (voir, par exemple, B. c. France, 25 mars 1992, § 63, série A no 232-C, Burghartz c. Suisse, 22 février 1994, § 24, série A no 280-B, Dudgeon c. Royaume-Uni, 22 octobre 1981, § 41, série A no 45, et Laskey, Jaggard et Brown c. Royaume-Uni, 19 février 1997, § 36, Recueil des arrêts et décisions 1997-I). Cette disposition protège également le droit au développement personnel et le droit d'établir et d'entretenir des rapports avec d'autres êtres humains et le monde extérieur (voir, par exemple, Burghartz, précité, avis de la Commission, § 47, p. 37, et Friedl c. Autriche, 31 janvier 1995, avis de la Commission, § 45, série A no 305-B). Dans l'arrêt Pretty (précité, § 67), la Cour a estimé que le choix de la requérante d'éviter une fin de vie indigne et pénible à ses yeux tombait dans le champ d'application de l'article 8 de la Convention.

51. A la lumière de cette jurisprudence, la Cour estime que le 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, est l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée au sens de l'article 8 de la Convention.

52. Cependant, selon la Cour, la présente affaire se distingue de l'affaire Pretty précitée. A l'instar du Tribunal fédéral, elle estime qu'il convient de préciser d'abord que la présente cause ne concerne pas la liberté de mourir et l'éventuelle impunité de la personne prêtant son assistance à un suicide. L'objet de la controverse est ici de savoir si, en vertu de l'article 8 de la Convention, l'Etat doit faire en sorte que le requérant puisse obtenir une substance létale, le pentobarbital sodique, sans ordonnance médicale, par dérogation à la législation, afin de se suicider sans douleur et sans risque d'échec. Autrement dit, à la différence de l'affaire Pretty, la Cour observe que le requérant allègue non seulement que sa vie est difficile et douloureuse, mais également que, s'il n'obtient pas la substance litigieuse, l'acte de suicide lui-même serait privé de dignité. En outre, et toujours à la différence de l'affaire Pretty, le requérant ne peut pas véritablement être considéré comme une personne infirme, dans la mesure où il ne se trouve pas au stade terminal d'une maladie dégénérative incurable qui l'empêcherait de se donner lui-même la mort (voir, a contrario, Pretty, précité, § 9).

53. La Cour estime qu'il convient d'examiner la demande du requérant visant à l'obtention d'un accès au pentobarbital sodique sans ordonnance médicale sous l'angle d'une obligation positive pour l'Etat de prendre les mesures nécessaires permettant un suicide dans la dignité. Cela suppose une mise en balance des différents intérêts en jeu, exercice dans le cadre duquel l'Etat jouit de son côté d'une certaine marge d'appréciation (Keegan c. Irlande, 26 mai 1994, § 49, série A no 290), qui varie selon la nature des questions et l'importance des intérêts en jeu. La Cour demeure pour sa part compétente pour contrôler in fine la conformité de la décision nationale aux exigences de la Convention (Pretty, précité, § 70).

54. La Cour rappelle également que la Convention doit être lue comme un tout (Verein gegen Tierfabriken Schweiz (VgT) c. Suisse (no 2) [GC], no 32772/02, § 83, CEDH 2009). Dès lors, il convient de se référer, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle violation de l'article 8, à l'article 2 de la Convention, qui impose aux autorités le devoir de protéger les personnes vulnérables même contre des agissements par lesquels elles menacent leur propre vie (voir, dans ce sens, Keenan c. Royaume-Uni, no 27229/95, § 91, CEDH 2001-III). Pour la Cour, cette dernière disposition oblige les autorités nationales à empêcher un individu de mettre fin à ses jours si sa décision n'a pas été prise librement et en toute connaissance de cause.

55. La Cour rappelle par ailleurs que la Convention et ses Protocoles doivent s'interpréter à la lumière des conditions d'aujourd'hui (Tyrer c. Royaume-Uni, 25 avril 1978, § 31, série A no 26, Airey c. Irlande, 9 octobre

1979, § 26, série A no 32, et Vo c. France [GC], no 53924/00, § 82, CEDH 2004-VIII). Cependant, les recherches effectuées par la Cour lui permettent de conclure que l'on est loin d'un consensus au sein des Etats membres du Conseil de l'Europe quant au droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin. En Suisse, selon l'article 115 du code pénal, l'incitation et l'assistance au suicide ne sont punissables que lorsque l'auteur de tels actes les commet en étant poussé par un « mobile égoïste ». A titre de comparaison, les pays du Benelux, notamment, ont dépénalisé l'acte d'assistance au suicide, mais uniquement dans des circonstances bien précises. Enfin, certains autres pays admettent seulement des actes d'assistance « passive ». Force est de constater que la grande majorité des Etats membres semble donner plus de poids à la protection de la vie de l'individu qu'à son droit d'y mettre fin. La marge d'appréciation des Etats est donc considérable dans ce domaine.

56. En ce qui concerne la mise en balance des intérêts en jeu dans la présente affaire, la Cour peut comprendre la volonté du requérant de se suicider de manière sûre, digne et sans douleur ni souffrances superflues, compte tenu notamment du nombre élevé de tentatives de suicide qui échouent et qui ont souvent des conséquences graves pour les intéressés et leurs proches. Toutefois, elle est d'avis que la réglementation mise en place par les autorités suisses, à savoir l'exigence d'une ordonnance médicale, a en particulier pour objectif légitime de protéger toute personne d'une prise de décision précipitée et de prévenir les abus, et, notamment, d'éviter qu'un patient privé de discernement obtienne une dose mortelle de pentobarbital sodique (voir, mutatis mutandis, pour la question des restrictions à l'avortement, *Tysiàc c. Pologne*, no 5410/03, § 116, CEDH 2007-I).

57. Une telle réglementation est d'autant plus nécessaire s'agissant d'un pays comme la Suisse, dont la législation et la pratique permettent un accès relativement facile au suicide assisté. Lorsqu'un pays adopte ainsi une approche libérale, des mesures appropriées de mise en œuvre d'une telle approche et des mesures de prévention des abus s'imposent. La mise en place de telles mesures a également pour but d'éviter que les organisations fournissant une assistance au suicide n'interviennent dans l'illégalité et la clandestinité, avec un risque considérable d'abus.

58. En particulier, la Cour considère que l'on ne saurait sous-estimer les risques d'abus inhérents à un système facilitant l'accès au suicide assisté. A l'instar du Gouvernement, elle est d'avis que la restriction d'accès au pentobarbital sodique sert la protection de la santé et de la sécurité publiques et la prévention des infractions pénales. Elle partage à cet égard le point de vue du Tribunal fédéral, selon lequel le droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention oblige les Etats à mettre en place une procédure propre à assurer qu'une décision de mettre fin à sa vie corresponde bien à la libre volonté de l'intéressé. Elle estime que l'exigence d'une ordonnance médicale, délivrée sur le fondement d'une expertise psychiatrique complète, est un moyen permettant de satisfaire à cette obligation. Cette solution correspond d'ailleurs à l'esprit de la Convention internationale sur les substances psychotropes et des conventions adoptées par certains Etats membres du Conseil de l'Europe.

59. Sur ce point, la Cour observe que les opinions des parties divergent considérablement sur la question d'un accès effectif à une expertise médicale favorable au requérant, qui aurait permis à celui-ci d'obtenir du pentobarbital sodique. La Cour peut envisager que les psychiatres manifestent certaines réticences lorsqu'ils sont confrontés à une demande de prescription d'une substance mortelle. A cet égard, elle considère également, au vu de la question délicate des capacités de discernement de l'intéressé, que la menace de poursuites pénales qui pèse sur les médecins prêts à fournir une expertise approfondie afin de faciliter un suicide est réelle (voir, mutatis mutandis, *Tysiàc*, précité, § 116, voir également, par exemple, les arrêts 6B_48/2009 et 6B_14/2009 du Tribunal fédéral du 11 juin 2009 – paragraphe 28 ci-dessus).

60. En même temps, la Cour admet la thèse du Gouvernement selon laquelle les démarches entreprises par le requérant pour prendre contact avec un médecin soulèvent certaines interrogations (paragraphe 44 ci-dessus). Elle relève que les arguments du Gouvernement n'ont pas été véritablement réfutés par le requérant. Elle observe en outre que celui-ci a envoyé les 170 lettres mentionnées (paragraphe 17 ci-dessus) après que le Tribunal fédéral eut statué sur son recours. Dès lors, ces démarches ne peuvent a priori pas être prises en compte dans la présente affaire. En tout état de cause, comme le souligne le Gouvernement, ces lettres ne semblent pas de nature à inciter les médecins à répondre favorablement, dans la mesure où le requérant y précisait qu'il s'opposait à toute thérapie, excluant ainsi l'étude plus approfondie d'éventuelles alternatives au suicide. Au vu des informations qui lui ont été soumises, la Cour n'est pas convaincue que le requérant se trouvait dans l'impossibilité de trouver un spécialiste prêt à l'assister. Partant, aux yeux de la Cour, le droit du requérant de choisir le moment de sa mort et la manière de mourir n'existait pas que de manière théorique et illusoire (critère élaboré dans l'arrêt *Artico*, précité, § 33).

61. Compte tenu de ce qui précède, et eu égard à la marge d'appréciation dont disposent dans ce domaine les autorités internes, la Cour estime que, même à supposer que les Etats aient une obligation positive d'adopter des mesures permettant de faciliter la commission d'un suicide dans la dignité, les autorités suisses n'ont pas méconnu cette obligation en l'espèce.

Il s'ensuit qu'il n'y a pas eu violation de l'article 8 de la Convention

- **CEDH, 5 juin 2015, Lambert et autres c/ France, aff.n° 46043/14**

II. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 2 DE LA CONVENTION

113. Les requérants considèrent que l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de Vincent Lambert serait contraire aux obligations découlant pour l'État de l'article 2 de la Convention. Ils soulèvent l'absence de clarté et de précision de la loi du 22 avril 2005 et contestent le processus qui a abouti à la décision du médecin du 11 janvier 2014.

114. Le Gouvernement s'oppose à cette thèse.

(...)

B. Sur le fond

1. Sur la norme applicable

117. La Cour rappelle que la première phrase de l'article 2, qui se place parmi les articles primordiaux de la Convention en ce qu'il consacre l'une des valeurs fondamentales des sociétés démocratiques qui forment le Conseil de l'Europe (McCann et autres c. Royaume-Uni, 27 septembre 1995, §§ 146-147, série A no 324), impose à l'État l'obligation non seulement de s'abstenir de donner la mort « intentionnellement » (obligations négatives), mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (obligations positives) (L.C.B. c. Royaume-Uni, 9 juin 1998, § 36, Recueil des arrêts et décisions 1998-III).

118. La Cour se penchera successivement sur ces deux aspects et examinera en premier lieu si la présente affaire met en jeu les obligations négatives de l'État au titre de l'article 2 précité.

119. Si les requérants reconnaissent que l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation peut être légitime en cas d'obstination déraisonnable et s'ils disent admettre la distinction légitime entre, d'une part, l'euthanasie et le suicide assisté et, d'autre part, l'abstention thérapeutique qui consiste à arrêter ou ne pas entreprendre un traitement devenu déraisonnable, ils soutiennent à plusieurs reprises dans leurs observations que, ces conditions n'étant pas selon eux réunies, il s'agit en l'espèce de donner volontairement la mort et font référence à la notion « d'euthanasie ».

120. Le Gouvernement souligne que la finalité de la décision médicale n'est pas d'interrompre la vie, mais de mettre un terme à des traitements que le patient refuse ou, s'il ne peut exprimer sa volonté, que le médecin estime, au vu d'éléments médicaux et non médicaux, être constitutifs d'une obstination déraisonnable. Il cite le rapporteur public devant le Conseil d'État qui, dans ses conclusions du 20 juin 2014, a relevé qu'en interrompant un traitement, le médecin ne tue pas, il se résout à se retirer lorsqu'il n'y a plus rien à faire (paragraphe 45 ci-dessus).

121. La Cour observe que la loi du 22 avril 2005 n'autorise ni l'euthanasie, ni le suicide assisté. Elle ne permet au médecin d'interrompre un traitement que si sa poursuite manifeste une obstination déraisonnable et selon une procédure réglementée. Dans ses observations remises au Conseil d'État, l'Académie nationale de médecine a rappelé l'interdit fondamental pour le médecin de donner délibérément la mort à autrui, qui est à la base de la relation de confiance entre le patient et le médecin. Cette interdiction figure à l'article R. 4127-38 du code de la santé publique, qui dispose que le médecin n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort (paragraphe 55 ci-dessus).

122. Lors de l'audience du 14 février 2014, le rapporteur public devant le Conseil d'État a cité les propos tenus par le ministre de la santé aux sénateurs qui examinaient le projet de loi dite Leonetti :

« Si le geste d'arrêter un traitement (...) entraîne la mort, l'intention du geste [n'est pas de tuer : elle est] de restituer à la mort son caractère naturel et de soulager. C'est particulièrement important pour les soignants, dont le rôle n'est pas de donner la mort. »

123. Dans l'affaire Glass c. Royaume-Uni ((déc.), no [61827/00](#), 18 mars 2003), les requérants se plaignaient, en invoquant l'article 2 de la Convention, de l'administration de diamorphine à leur fils, sans leur consentement, par les médecins de l'hôpital où il était soigné, au risque d'entraîner son décès. La Cour a relevé que les médecins n'avaient pas l'intention délibérée de tuer l'enfant ni de hâter son décès et a examiné les griefs des parents sous l'angle des obligations positives des autorités (voir également Powell c. Royaume-Uni (déc.), no [45305/99](#), CEDH 2000-V).

124. La Cour note que tant les requérants que le Gouvernement font une distinction entre la mort infligée volontairement et l'abstention thérapeutique (voir paragraphes 119-120 ci-dessus) et souligne l'importance de cette distinction. Dans le contexte de la législation française, qui interdit de provoquer volontairement la mort et

ne permet que dans certaines circonstances précises d'arrêter ou de ne pas entreprendre des traitements qui maintiennent artificiellement la vie, la Cour estime que la présente affaire ne met pas en jeu les obligations négatives de l'État au titre de l'article 2 précité et n'examinera les griefs des requérants que sur le terrain des obligations positives de l'État.

2. Sur le respect par l'État de ses obligations positives

(...)

b) Appréciation de la Cour

i) Considérations générales

α) Sur l'état de la jurisprudence

136. La Cour n'a jamais statué sur la question qui fait l'objet de la présente requête, mais elle a eu à connaître d'un certain nombre d'affaires qui portaient sur des problèmes voisins.

137. Dans un premier groupe d'affaires, les requérants ou leurs proches invoquaient le droit de mourir en se fondant sur différents articles de la Convention.

Dans l'affaire *Sanles Sanles* précitée, la requérante faisait valoir au nom de son beau-frère, tétraplégique souhaitant mettre fin à ses jours avec l'assistance de tiers et décédé avant l'introduction de la requête, le droit à une mort digne, en invoquant les articles 2, 3, 5, 6, 8, 9 et 14 de la Convention. La Cour a rejeté la requête comme incompatible *ratione personae* avec les dispositions de la Convention.

Dans l'affaire *Pretty* précitée, la requérante souffrait d'une maladie neurodégénérative incurable au stade terminal et se plaignait, en invoquant les articles 2, 3, 8, 9 et 14 de la Convention, que son mari ne puisse l'aider à se suicider sans faire l'objet de poursuites de la part des autorités britanniques. La Cour a conclu qu'il n'y avait pas violation de ces articles.

Les affaires *Haas et Koch* précitées portaient sur le suicide assisté et les requérants invoquaient l'article 8 de la Convention. Dans l'affaire *Haas*, où le requérant, souffrant de longue date d'un grave trouble affectif bipolaire, souhaitait mettre fin à ses jours et se plaignait de ne pouvoir se procurer sans ordonnance médicale la substance létale nécessaire à cette fin, la Cour a conclu qu'il n'y avait pas violation de l'article 8 précité. Dans l'affaire *Koch*, le requérant alléguait que le refus d'autoriser son épouse (paralysée et sous ventilation artificielle) à se procurer une dose mortelle de médicaments pour lui permettre de mettre fin à ses jours avait porté atteinte au droit de celle-ci, ainsi qu'à son propre droit, au respect de leur vie privée et familiale. Il se plaignait également du refus des juridictions nationales d'examiner ses griefs au fond et la Cour n'a conclu à la violation de l'article 8 que sur ce point.

138. Dans un second groupe d'affaires, les requérants contestaient l'administration ou l'arrêt d'un traitement.

Dans l'affaire *Glass* précitée, les requérants se plaignaient de l'administration sans leur consentement de diamorphine à leur enfant malade par les médecins de l'hôpital, ainsi que de la mention « ne pas réanimer » figurant dans son dossier. Dans sa décision précitée du 18 mars 2003, la Cour a déclaré manifestement mal fondé leur grief tiré de l'article 2 de la Convention et, dans son arrêt du 9 mars 2004, elle a conclu à la violation de l'article 8 de la Convention.

Dans l'affaire *Burke c. Royaume-Uni* ((déc.), no [19807/06](#), 11 juillet 2006), le requérant souffrait d'une maladie neurodégénérative incurable et craignait que les directives applicables au Royaume-Uni ne puissent conduire le moment venu à l'arrêt de son hydratation et de sa nutrition artificielles. La Cour a déclaré irrecevable pour défaut manifeste de fondement sa requête, fondée sur les articles 2, 3 et 8 de la Convention.

Enfin, dans la décision *Ada Rossi et autres* précitée, la Cour a déclaré incompatible *ratione personae* la requête présentée par des personnes physiques et associations qui se plaignaient, sous l'angle des articles 2 et 3 de la Convention, des effets négatifs que pourrait avoir à leur égard l'exécution d'un arrêt de la Cour de cassation italienne autorisant l'arrêt de l'hydratation et de la nutrition artificielles d'une jeune fille en état végétatif.^[1]

139. La Cour rappelle qu'à l'exception des violations de l'article 8 dans les arrêts *Glass* et *Koch* précités, elle n'a conclu à la violation de la Convention dans aucune de ces affaires.^[2]

β) Sur le contexte

140. L'article 2 impose à l'État l'obligation de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction (*L.C.B.*, précité, § 36, et décision *Powell* précitée) ; dans le domaine de la santé publique, ces obligations positives impliquent la mise en place par l'État 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 (*Calvelli et Ciglio c. Italie* [GC], no [32967/96](#), § 49, CEDH 2002-I, décision *Glass* précitée, *Vo c. France* [GC], no [53924/00](#), § 89, CEDH 2004-VIII et Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu, précité, § 130).

141. La Cour souligne qu'elle n'est pas saisie dans la présente affaire de la question de l'euthanasie, mais de celle de l'arrêt de traitements qui maintiennent artificiellement la vie (voir paragraphe 124 ci-dessus).

142. La Cour a rappelé dans l'arrêt Haas précité (§ 54) que la Convention doit être lue comme un tout (voir *mutatis mutandis* Verein gegen Tierfabriken Schweiz (VgT) c. Suisse (no 2) [GC], no [32772/02](#), § 83, CEDH 2009). Dans cette affaire, la Cour a estimé que, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle violation de l'article 8, il convenait de se référer à l'article 2 de la Convention (*ibidem*). La Cour considère que l'inverse est également vrai : dans une affaire telle que celle de l'espèce il faut se référer, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle violation de l'article 2, à l'article 8 de la Convention, et au droit au respect de la vie privée ainsi qu'à la notion d'autonomie personnelle qu'il inclut. La Cour a déclaré dans l'arrêt Pretty (§ 67) ne pouvoir « exclure que le fait d'empêcher par la loi la requérante d'exercer son choix d'éviter ce qui, à ses yeux, constituera une fin de vie indigne et pénible représente une atteinte au droit de l'intéressée au respect de sa vie privée, au sens de l'article 8 § 1 de la Convention ». Dans l'arrêt Haas précité (§ 51), elle a affirmé que le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin était l'un des aspects du droit au respect de sa vie privée.

La Cour renvoie particulièrement aux paragraphes 63 et 65 de l'arrêt Pretty, où elle s'est ainsi exprimée :

« En matière médicale, le refus d'accepter un traitement particulier pourrait, de façon inéluctable, conduire à une issue fatale, mais l'imposition d'un traitement médical sans le consentement du patient s'il est adulte et sain d'esprit s'analyserait en une atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé pouvant mettre en cause les droits protégés par l'article 8 § 1 de la Convention. Comme l'a admis la jurisprudence interne, une personne peut revendiquer le droit d'exercer son choix de mourir en refusant de consentir à un traitement qui pourrait avoir pour effet de prolonger sa vie. »

« La dignité et la liberté de l'homme sont l'essence même de la Convention. Sans nier en aucune manière le principe du caractère sacré de la vie protégé par la Convention, la Cour considère que c'est sous l'angle de l'article 8 que la notion de qualité de la vie prend toute sa signification. À une époque où l'on assiste à une sophistication médicale croissante et à une augmentation de l'espérance de vie, de nombreuses personnes redoutent qu'on ne les force à se maintenir en vie jusqu'à un âge très avancé ou dans un état de grave délabrement physique ou mental aux antipodes de la perception aiguë qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur identité personnelle. »

143. La Cour tiendra compte de ces considérations dans l'examen du respect par l'État de ses obligations positives découlant de l'article 2. Elle rappelle aussi que, lorsqu'elle a été saisie de la question de l'administration ou du retrait de traitements médicaux dans les affaires Glass et Burke précitées, elle a pris en compte les éléments suivants :

- l'existence dans le droit et la pratique internes d'un cadre législatif conforme aux exigences de l'article 2 (décision Glass précitée) ;
- la prise en compte des souhaits précédemment exprimés par le requérant et par ses proches, ainsi que l'avis d'autres membres du personnel médical (décision Burke précitée) ;
- la possibilité d'un recours juridictionnel en cas de doute sur la meilleure décision à prendre dans l'intérêt du patient (*ibidem*).

La Cour prendra ces éléments en considération pour l'examen de la présente affaire. Elle tiendra également compte des critères posés par le « Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie » du Conseil de l'Europe (paragraphes 60-68 ci-dessus).

γ) Sur la marge d'appréciation

144. La Cour rappelle que l'article 2 figure parmi les articles primordiaux de la Convention, qu'aucune dérogation au titre de l'article 15 n'y est autorisée en temps de paix et qu'elle interprète strictement les exceptions qu'il définit (voir notamment Giuliani et Gaggio c. Italie [GC], no [23458/02](#), §§ 174-177, CEDH 2011 (extraits)). Toutefois, dans le contexte des obligations positives de l'État, lorsqu'elle a été saisie de questions scientifiques, juridiques et éthiques complexes portant en particulier sur le début ou la fin de la vie et en l'absence de consensus entre les États membres, la Cour a reconnu à ces derniers une certaine marge d'appréciation.

Tout d'abord, la Cour rappelle que, lorsqu'elle a examiné sous l'angle de l'article 2 de la Convention le point de départ du droit à la vie dans l'affaire Vo précitée (qui concernait la relaxe du chef d'homicide involontaire du médecin responsable de la mort in utero de l'enfant de la requérante), elle a conclu que cette question relevait de la marge d'appréciation qui doit être reconnue aux États dans ce domaine. Elle a tenu compte de l'absence tant d'une solution commune entre les États contractants que d'un consensus européen sur la définition scientifique et juridique des débuts de la vie (§ 82).

Elle a réitéré cette approche, notamment dans l'affaire *Evans c. Royaume-Uni* ([GC], no [6339/05](#), §§ 54-56, CEDH 2007-I, concernant le fait que le droit interne autorise le retrait par l'ex-compagnon de la requérante de son consentement à la conservation et à l'utilisation des embryons qu'ils avaient créés conjointement) et dans l'affaire *A, B et C c. Irlande* ([GC], no [25579/05](#), § 237, CEDH 2010, dans laquelle les requérantes contestaient pour l'essentiel, sous l'angle de l'article 8 de la Convention, l'interdiction en Irlande de l'avortement pour motifs de santé ou de bien-être).

145. S'agissant de la question du suicide assisté, la Cour a relevé, dans le contexte de l'article 8 de la Convention, qu'il n'y avait pas de consensus au sein des États membres du Conseil de l'Europe quant au droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin et en a conclu que la marge d'appréciation des États dans ce domaine était « considérable » (Haas, précité, § 55 et Koch, précité, § 70).

146. Par ailleurs, la Cour a énoncé de façon générale, dans l'affaire *Ciechońska c. Pologne* (no [19776/04](#), § 65, 14 juin 2011), qui concernait la responsabilité des autorités dans le décès accidentel du mari de la requérante, que le choix par l'État des moyens pour assumer ses obligations positives découlant de l'article 2 précité relève en principe de sa marge d'appréciation.

147. La Cour constate qu'il n'existe pas de consensus entre les États membres du Conseil de l'Europe pour permettre l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie, même si une majorité d'États semblent l'autoriser. Bien que les modalités qui encadrent l'arrêt du traitement soient variables d'un État à l'autre, il existe toutefois un consensus sur le rôle primordial de la volonté du patient dans la prise de décision, quel qu'en soit le mode d'expression (paragraphe 74-75 ci-dessus).

148. En conséquence, la Cour considère que, dans ce domaine qui touche à la fin de la vie, comme dans celui qui touche au début de la vie, il y a lieu d'accorder une marge d'appréciation aux États, non seulement quant à la possibilité de permettre ou pas l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie et à ses modalités de mise en œuvre, mais aussi quant à la façon de ménager un équilibre entre la protection du droit à la vie du patient et celle du droit au respect de sa vie privée et de son autonomie personnelle (voir mutatis mutandis *A, B et C*, précité, § 237). Cette marge d'appréciation n'est toutefois pas illimitée (ibidem, § 238), la Cour se réservant de contrôler le respect par l'État de ses obligations découlant de l'article 2.

ii) Application au cas d'espèce

149. Les requérants soulèvent l'absence de clarté et de précision de la loi du 22 avril 2005 et contestent le processus qui a abouti à la décision du médecin du 11 janvier 2014. À leurs yeux, ces déficiences résulteraient d'un manquement des autorités nationales aux obligations de protection que leur impose l'article 2 de la Convention.

a) Le cadre législatif

150. Les requérants se plaignent du manque de précision et de clarté de la loi, dont ils estiment qu'elle ne s'applique pas au cas de Vincent Lambert, qui n'est ni malade, ni en fin de vie. Ils considèrent également que les notions d'obstination déraisonnable et de traitement pouvant être arrêté ne sont pas définies par la loi avec suffisamment de précision.

151. La Cour renvoie au cadre législatif tracé par le code de la santé publique (ci-après le code), tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 (voir paragraphes 52-54 ci-dessus). Elle rappelle par ailleurs que l'interprétation est inhérente à l'exercice de la fonction juridictionnelle (voir, entre autres *Nejdet Şahin et Perihan Şahin c. Turquie* [GC], no [13279/05](#), § 85, 20 octobre 2011). Elle observe qu'avant les décisions rendues dans la présente affaire, les juridictions françaises n'avaient encore jamais été appelées à interpréter les dispositions de la loi du 22 avril 2005, qui était pourtant en vigueur depuis neuf ans. En l'espèce, le Conseil d'État a été amené à préciser le champ d'application de la loi, et à définir les notions de « traitements » et d'« obstination déraisonnable » (voir ci-dessous).

- Le champ d'application de la loi

152. Dans sa décision du 14 février 2014, le Conseil d'État s'est prononcé sur le champ d'application de la loi : il a jugé qu'il résultait des termes mêmes des articles applicables, ainsi que des travaux parlementaires préalables à l'adoption de la loi, que ces dispositions étaient de portée générale et qu'elles étaient applicables à tous les usagers du système de santé, que le patient soit ou non en fin de vie (paragraphe 33 ci-dessus).

153. La Cour observe que, dans ses observations au Conseil d'État, M. Jean Leonetti, rapporteur de la loi du 22 avril 2005, a précisé dans ses observations en qualité d'*amicus curiae* que la loi s'appliquait à des patients cérébro-lésés, et donc atteints d'une maladie grave et incurable dans un état avancé de leur maladie, mais qui ne sont pas obligatoirement « en fin de vie », ce qui avait amené le législateur à intituler la loi « droits des malades et fin de vie » et non pas « droits des malades en fin de vie » (voir dans le même sens au paragraphe 44 ci-dessus les observations de l'Académie nationale de médecine).

- La notion de traitements

154. Le Conseil d'État, dans sa décision du 14 février 2014, a interprété la notion de traitements susceptibles d'être arrêtés ou limités. Il a considéré, au vu des dispositions des articles L. 1110-5 et 1111-4 précités et des travaux parlementaires, que le législateur avait entendu inclure dans lesdits traitements l'ensemble des actes qui tendent à assurer de façon artificielle le maintien des fonctions vitales du patient et que l'alimentation et l'hydratation artificielles faisaient partie de ces actes. Les observations remises au Conseil d'État au titre d'*amicus curiae* convergent sur ce point.

155. La Cour note que le « Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie » du Conseil de l'Europe aborde ces questions : le guide précise que les traitements recouvrent non seulement les interventions visant à améliorer l'état de santé d'un patient en agissant sur les causes de la maladie, mais également celles qui n'agissent pas sur l'étiologie de la maladie mais sur des symptômes, ou qui répondent à une insuffisance fonctionnelle. Le guide relève que la nutrition et l'hydratation artificielles sont apportées au patient en réponse à une indication médicale et supposent le choix d'une procédure et d'un dispositif médical (perfusion, sonde entérale). Le guide observe qu'il existe des différences d'approche selon les pays : certains les considèrent comme des traitements susceptibles d'être limités ou arrêtés dans les conditions et selon les garanties prévues par le droit interne ; les questions posées les concernant sont alors celles de la volonté du patient et celle du caractère approprié du traitement dans la situation considérée. Dans d'autres pays, elles sont considérées comme des soins répondant à des besoins essentiels de la personne que l'on ne peut arrêter à moins que le patient, en phase terminale de sa fin de vie, en ait exprimé le souhait (paragraphe 61 ci-dessus).

- La notion d'obstination déraisonnable

156. Aux termes de l'article L. 1110-5 du code, un traitement est constitutif d'une obstination déraisonnable lorsqu'il est inutile, disproportionné ou qu'il n'a « d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » (voir paragraphe 53 ci-dessus). C'est ce dernier critère qui a été appliqué dans la présente affaire, et que les requérants estiment imprécis.

157. Dans ses observations au Conseil d'État en qualité d'*amicus curiae*, M. Leonetti a précisé que cette formulation, plus stricte que celle initialement envisagée de traitement « qui prolonge artificiellement la vie », était plus restrictive et faisait référence au maintien artificiel de la vie « au sens purement biologique, avec la double caractéristique qu'il s'agit d'un patient présentant des lésions cérébrales majeures et irréversibles et que son état ne présente plus de possibilité de conscience de soi et de vie relationnelle » (paragraphe 44 ci-dessus). Dans le même sens, le Conseil national de l'ordre des médecins a souligné l'importance de la notion de temporalité, en retenant qu'en présence d'un état pathologique devenu chronique, entraînant une détérioration physiologique de la personne et une perte de ses facultés cognitives et relationnelles, l'obstination pourrait être considérée comme déraisonnable dès lors qu'aucun signe d'amélioration n'apparaîtrait (*ibidem*).

158. Dans sa décision du 24 juin 2014, le Conseil d'État a détaillé les éléments à prendre à compte par le médecin pour apprécier si les conditions de l'obstination déraisonnable étaient réunies, tout en indiquant que chaque situation devait être appréhendée dans sa singularité : les éléments médicaux (dont il a indiqué qu'ils devaient couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état du patient, sur l'évolution de son état, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique) et les éléments non médicaux, à savoir la volonté du patient, quel qu'en soit le mode d'expression, à laquelle le médecin doit « accorder une importance toute particulière », et l'avis de la personne de confiance, de la famille ou des proches.

159. La Cour relève que le Conseil d'État a énoncé deux importantes garanties dans cette décision : il a tout d'abord affirmé que « la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode d'alimentation et d'hydratation ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable. » Par ailleurs, il a souligné qu'au cas où la volonté du patient ne serait pas connue, elle ne pourrait être présumée consister en un refus d'être maintenu en vie (paragraphe 48 ci-dessus).

160. Au terme de cette analyse, la Cour ne peut suivre l'argumentation des requérants. Elle considère que les dispositions de la loi du 22 avril 2005, telle qu'interprétées par le Conseil d'État, constituent un cadre législatif suffisamment clair, aux fins de l'article 2 de la Convention, pour encadrer de façon précise la décision du médecin dans une situation telle que celle de la présente affaire. La Cour conclut dès lors que l'État a mis en place un cadre réglementaire propre à assurer la protection de la vie des patients (voir paragraphe 140 ci-dessus).

β) Le processus décisionnel

161. Les requérants contestent le processus décisionnel, dont ils estiment qu'il aurait dû être véritablement collégial ou à tout le moins prévoir une médiation en cas de désaccord.

162. La Cour relève tout d'abord que ni l'article 2, ni sa jurisprudence ne peuvent se lire comme imposant des obligations quant à la procédure à suivre pour arriver à un éventuel accord. Elle rappelle que, dans l'affaire

Burke précitée, elle a estimé conforme à l'article 2 la procédure consistant à rechercher les souhaits du patient et consulter ses proches, ainsi que d'autres membres du personnel médical (paragraphe 143 ci-dessus).

163. La Cour observe que, si la procédure en droit français est appelée « collégiale » et qu'elle comporte plusieurs phases de consultation (de l'équipe soignante, d'au moins un autre médecin, de la personne de confiance, de la famille ou des proches), c'est au seul médecin en charge du patient que revient la décision. La volonté du patient doit être prise en compte. La décision elle-même doit être motivée et elle est versée au dossier du patient.

164. Dans ses observations en qualité d'*amicus curiae*, M. Jean Leonetti 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.

165. Il résulte des éléments de droit comparé dont la Cour dispose que, dans les États qui permettent l'arrêt des traitements et en l'absence de directives anticipées du patient, il existe une grande variété de modalités quant à la façon dont est prise la décision finale d'arrêt des traitements : elle peut l'être par le médecin (c'est le cas le plus fréquent), de façon conjointe par le médecin et la famille, par la famille ou le représentant légal, ou par les tribunaux (paragraphe 75 ci-dessus).

166. La Cour observe que la procédure collégiale dans la présente affaire a duré de septembre 2013 à janvier 2014 et que, à tous les stades, sa mise en œuvre a été au-delà des conditions posées par la loi : alors que la procédure prévoit la consultation d'un autre médecin et éventuellement d'un second, le Dr Kariger a consulté six médecins, dont l'un désigné par les requérants ; il a réuni la presque totalité de l'équipe soignante et convoqué deux conseils de famille auxquels ont participé l'épouse, les parents et les huit frères et sœurs de Vincent Lambert. À l'issue de ces réunions, l'épouse de Vincent Lambert et six de ses frères et sœurs se sont déclarés favorables à l'arrêt des traitements, ainsi que cinq des six médecins consultés, alors que les requérants s'y sont opposés. Le médecin s'est également entretenu avec François Lambert, le neveu de Vincent Lambert. Sa décision, longue de treize pages (dont une version abrégée de sept pages a été lue à la famille) est très motivée. Le Conseil d'État a conclu, dans sa décision du 24 juin 2014, qu'elle n'avait été entachée d'aucune irrégularité (paragraphe 50 ci-dessus).

167. Le Conseil d'État a estimé que le médecin avait satisfait à l'obligation de consulter la famille et qu'il avait pu légalement prendre sa décision en l'absence d'une opinion unanime de cette dernière. La Cour note qu'en son état actuel, le droit français prévoit la consultation de la famille (et non sa participation à la prise de décision), mais n'organise pas de médiation en cas de désaccord entre ses membres. Il ne précise pas non plus l'ordre dans lequel prendre en compte les opinions des membres de la famille, contrairement à ce qui est prévu dans certains autres États.

168. La Cour relève l'absence de consensus en la matière (voir paragraphe 165 ci-dessus) et considère que l'organisation du processus décisionnel, y compris la désignation de la personne qui prend la décision finale d'arrêt des traitements et les modalités de la prise de décision, s'inscrivent dans la marge d'appréciation de l'État. Elle constate que la procédure a été menée en l'espèce de façon longue et méticuleuse, en allant au-delà des conditions posées par la loi, et estime que, même si les requérants sont en désaccord avec son aboutissement, cette procédure a respecté les exigences découlant de l'article 2 de la Convention (voir paragraphe 143 ci-dessus).

γ) Les recours juridictionnels

169. La Cour examinera enfin les recours dont ont bénéficié les requérants dans la présente affaire. Elle observe que le Conseil d'État, qui était saisi pour la première fois d'un recours contre une décision d'arrêt des traitements en vertu de la loi du 22 avril 2005, a apporté d'importantes précisions dans ses décisions des 14 février et 24 juin 2014 quant à l'étendue du contrôle exercé par le juge des référés administratifs dans un cas tel que celui de l'espèce.

170. Les requérants avaient saisi le tribunal administratif d'une requête en référé liberté sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, qui prévoit que le juge « saisi d'une demande en ce sens justifiée par une urgence particulière, peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une autorité administrative aurait porté une atteinte grave et manifestement illégale ». Lorsqu'il est saisi sur ce fondement, le juge administratif des référés statue en principe seul, dans l'urgence, et peut prendre des mesures provisoires sur un critère d'évidence (l'illégalité manifeste).

171. La Cour relève que, tel que son office a été défini par le Conseil d'État (paragraphe 32 ci-dessus), le juge des référés se trouve investi, non seulement du pouvoir de suspendre la décision du médecin, mais encore de procéder à un contrôle de légalité complet de cette décision (et non pas sur le seul critère de son illégalité manifeste), si nécessaire en formation collégiale, et au besoin après avoir ordonné une expertise médicale et demandé des avis au titre d'*amicus curiae*.

172. Le Conseil d'État a également précisé, dans sa décision du 24 juin 2014, qu'eu égard à l'office particulier qui était le sien dans un tel cas, le juge devait - outre les moyens tirés de la non-conformité de la décision à la loi - examiner les moyens tirés de l'incompatibilité des dispositions législatives dont il était fait application avec la Convention.

173. La Cour relève que le Conseil d'État a examiné l'affaire dans sa formation plénière (l'assemblée du contentieux, composée de dix-sept membres), ce qui est très inhabituel pour une procédure de référé. Dans sa décision du 14 février 2014, il a indiqué que le bilan effectué au centre hospitalier de Liège remontait à deux ans et demi et a estimé nécessaire de disposer des informations les plus complètes sur l'état de santé de Vincent Lambert. Il a donc ordonné une expertise médicale confiée à trois spécialistes en neurosciences reconnus. Par ailleurs, vu l'ampleur et la difficulté des questions posées par l'affaire, il a demandé à l'Académie nationale de médecine, au Comité consultatif national d'éthique, au Conseil national de l'ordre des médecins et à M. Jean Leonetti de lui fournir en qualité d'amicus curiae des observations générales de nature à l'éclairer, notamment sur les notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie.

174. La Cour constate que l'expertise a été menée de façon très approfondie : les experts ont examiné Vincent Lambert à neuf reprises, procédé à une série d'examens, pris connaissance de la totalité du dossier médical, consulté également toutes les pièces du dossier contentieux utiles pour l'expertise et rencontré entre le 24 mars et le 23 avril 2014 toutes les parties concernées (famille, équipe médicale et soignante, médecins conseils et représentants de l'UNAFTC et du centre hospitalier).

175. Dans sa décision du 24 juin 2014, le Conseil d'État a tout d'abord examiné la compatibilité des dispositions pertinentes du code de la santé publique avec les articles 2, 8, 6 et 7 de la Convention (voir paragraphe 47 ci-dessus), puis la conformité de la décision prise par le Dr Kariger avec les dispositions du code (voir paragraphes 47-50 ci-dessus). Son contrôle a porté sur la régularité de la procédure collégiale et sur le respect des conditions de fond posées par la loi, dont il a estimé, en particulier au vu des conclusions du rapport d'expertise, qu'elles étaient réunies. Il a notamment relevé qu'il ressortait des conclusions des experts que l'état clinique de Vincent Lambert correspondait à un état végétatif chronique, qu'il avait subi des lésions graves et étendues, dont la sévérité, ainsi que le délai de cinq ans et demi écoulé depuis l'accident conduisaient à estimer qu'elles étaient irréversibles, avec un « mauvais pronostic clinique ». Le Conseil d'État a estimé que ces conclusions confirmaient celles qu'avait faites le Dr Kariger.

176. La Cour observe ensuite que le Conseil d'État, après avoir souligné « l'importance toute particulière » que le médecin doit accorder à la volonté du malade (paragraphe 48 ci-dessus), s'est attaché à établir quels étaient les souhaits de Vincent Lambert. Ce dernier n'ayant ni rédigé de directives anticipées, ni nommé de personne de confiance, le Conseil d'État a tenu compte du témoignage de son épouse, Rachel Lambert. Il a relevé que son mari et elle, tous deux infirmiers ayant notamment l'expérience de personnes en réanimation ou polyhandicapées, avaient souvent évoqué leurs expériences professionnelles et qu'à ces occasions Vincent Lambert avait à plusieurs reprises exprimé le souhait de ne pas être maintenu artificiellement en vie dans un état de grande dépendance (voir paragraphe 50 ci-dessus). Le Conseil d'État a considéré que ces propos - dont la teneur était confirmée par un frère de Vincent Lambert - étaient datés et rapportés de façon précise par Rachel Lambert. Il a également tenu compte de ce que plusieurs des autres frères et sœurs avaient indiqué que ces propos correspondaient à la personnalité, à l'histoire et aux opinions de leur frère et a noté que les requérants n'alléguaient pas qu'il aurait tenu des propos contraires. Le Conseil d'État a enfin relevé que la consultation de la famille prévue par la loi avait eu lieu (ibidem).

177. Les requérants soutiennent, en invoquant l'article 8 de la Convention, que le Conseil d'État n'aurait pas dû tenir compte des observations orales de Vincent Lambert, qu'ils estiment trop générales.

178. La Cour rappelle tout d'abord que le patient, même hors d'état d'exprimer sa volonté, est celui dont le consentement doit rester au centre du processus décisionnel, qui en est le sujet et acteur principal. Le « guide sur le processus décisionnel dans des situations de fin de vie » du Conseil de l'Europe préconise qu'il soit intégré au processus décisionnel par l'intermédiaire des souhaits qu'il a pu précédemment exprimer, dont il prévoit qu'ils peuvent avoir été confiés oralement à un membre de la famille ou à un proche (paragraphe 63 ci-dessus).

179. La Cour relève également que, selon les éléments de droit comparé dont elle dispose, dans un certain nombre de pays, en l'absence de directives anticipées ou « testament biologique », la volonté présumée du patient doit être recherchée selon des modalités diverses (déclarations du représentant légal, de la famille, autres éléments témoignant de la personnalité, des convictions du patient, etc.).

180. La Cour rappelle enfin que, dans l'arrêt *Pretty* précité (§ 63), elle a affirmé le droit de toute personne à refuser de consentir à un traitement qui pourrait avoir pour effet de prolonger sa vie. Dans ces conditions, elle est d'avis que le Conseil d'État a pu estimer que les témoignages qui lui étaient soumis étaient suffisamment précis pour établir quels étaient les souhaits de Vincent Lambert quant à l'arrêt ou au maintien de son traitement.

δ) Considérations finales

181. La Cour est pleinement consciente de l'importance des problèmes soulevés par la présente affaire, qui touche à des questions médicales, juridiques et éthiques de la plus grande complexité. Dans les circonstances de l'espèce, la Cour rappelle que c'est en premier lieu aux autorités internes qu'il appartenait de vérifier la conformité de la décision d'arrêt des traitements au droit interne et à la Convention, ainsi que d'établir les souhaits du patient conformément à la loi nationale. Le rôle de la Cour a consisté à examiner le respect par l'État de ses obligations positives découlant de l'article 2 de la Convention.

Selon cette approche, la Cour a considéré conformes aux exigences de cet article le cadre législatif prévu par le droit interne, tel qu'interprété par le Conseil d'État, ainsi que le processus décisionnel, mené en l'espèce d'une façon méticuleuse. Par ailleurs, quant aux recours juridictionnels dont ont bénéficié les requérants, la Cour est arrivée à la conclusion que la présente affaire avait fait l'objet d'un examen approfondi où tous les points de vue avaient pu s'exprimer et tous les aspects avaient été mûrement pesés, au vu tant d'une expertise médicale détaillée que d'observations générales des plus hautes instances médicales et éthiques.

En conséquence, la Cour arrive à la conclusion que les autorités internes se sont conformées à leurs obligations positives découlant de l'article 2 de la Convention, compte tenu de la marge d'appréciation dont elles disposaient en l'espèce.

ε) Conclusion

182. Il s'ensuit qu'il n'y aurait pas violation de l'article 2 de la Convention en cas de mise en oeuvre de la décision du Conseil d'État du 24 juin 2014.

b. Jurisprudence administrative

- CE, 16 novembre 2011, Ville de Paris, n°353172

Considérant, en outre, que le droit au respect de la vie, rappelé notamment par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, constitue une liberté fondamentale au sens des dispositions de l'article L. 521-2 du code de justice administrative ; que, lorsque l'action ou la carence de l'autorité publique crée un danger caractérisé et imminent pour la vie des personnes, portant ainsi une atteinte grave et manifestement illégale à cette liberté fondamentale, et que la situation permet de prendre utilement des mesures de sauvegarde dans un délai de quarante-huit heures, le juge des référés peut, au titre de la procédure particulière prévue par cet article, prescrire toutes les mesures de nature à faire cesser le danger résultant de cette action ou de cette carence ; qu'il peut, le cas échéant, après avoir ordonné des mesures d'urgence, décider de déterminer dans une décision ultérieure prise à brève échéance les mesures complémentaires qui s'imposent et qui peuvent être très rapidement mises en oeuvre ;

(...)

- CE, assemblée, 14 février 2014, Mme E G, n°375081

Sur l'intervention :

2. Considérant que l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC) justifie, eu égard à son objet statutaire et aux questions soulevées par le litige, d'un intérêt de nature à la rendre recevable à intervenir dans la présente instance devant le Conseil d'Etat ; que son intervention doit, par suite, être admise ;

Sur l'office du juge des référés statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

3. Considérant qu'aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative : " Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale (...) " ;

4. Considérant qu'en vertu de cet article, le juge administratif des référés, saisi d'une demande en ce sens justifiée par une urgence particulière, peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une autorité administrative aurait porté une atteinte grave et manifestement illégale ; que ces dispositions législatives confèrent au juge des référés, qui se prononce en principe seul et qui statue, en

vertu de l'article L. 511-1 du code de justice administrative, par des mesures qui présentent un caractère provisoire, le pouvoir de prendre, dans les délais les plus brefs et au regard de critères d'évidence, les mesures de sauvegarde nécessaires à la protection des libertés fondamentales ;

5. Considérant toutefois qu'il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière, lorsqu'il est saisi sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative d'une décision, prise par un médecin sur le fondement du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie ; qu'il doit alors, le cas échéant en formation collégiale, prendre les mesures de sauvegarde nécessaires pour faire obstacle à son exécution lorsque cette décision pourrait ne pas relever des hypothèses prévues par la loi, en procédant à la conciliation des libertés fondamentales en cause, que sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable ; que, dans cette hypothèse, le juge des référés ou la formation collégiale à laquelle il a renvoyé l'affaire peut, le cas échéant, après avoir suspendu à titre conservatoire l'exécution de la mesure et avant de statuer sur la requête dont il est saisi, prescrire une expertise médicale et solliciter, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, l'avis de toute personne dont la compétence ou les connaissances sont de nature à éclairer utilement la juridiction ;

Sur les dispositions applicables au litige :

6. Considérant qu'en vertu de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ; que l'article L. 1110-2 énonce que la personne malade a droit au respect de sa dignité ; que l'article L. 1110-9 garantit à toute personne dont l'état le requiert le droit d'accéder à des soins palliatifs qui sont, selon l'article L. 1110-10, des soins actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ;

7. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1110-5 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie : " 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. 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. / (...) Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. / Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort (...) " ;

8. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 22 avril 2005 : " Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. / Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) / Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. (...) " ;

9. Considérant que l'article R. 4127-37 du code de la santé publique énonce, au titre des devoirs envers les patients, qui incombent aux médecins en vertu du code de déontologie médicale : " I.- 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. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, 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. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. (...) / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. / III.-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, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, 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 " ;

10. Considérant, d'une part, que les dispositions de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique sont énoncées dans ce code au titre des droits garantis par le législateur à toutes les personnes malades ; que celles de l'article L. 1111-4 sont au nombre des principes généraux, affirmés par le code de la santé publique, qui sont relatifs à la prise en considération de l'expression de la volonté de tous les usagers du système de santé ; que l'article R. 4127-37 détermine des règles de déontologie médicale qui imposent des devoirs à tous les médecins envers l'ensemble de leurs patients ; qu'il résulte des termes mêmes de ces dispositions et des travaux parlementaires préalables à l'adoption de la loi du 22 avril 2005 qu'elles sont de portée générale et sont applicables à l'égard de M. G... comme à l'égard de tous les usagers du système de santé ;

11. Considérant qu'il résulte de ces dispositions que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ; que ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et qu'ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que la personne malade soit ou non en fin de vie ; que, lorsque celle-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre en danger la vie du patient, être prise par le médecin que dans le respect de la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et des règles de consultation fixées par le code de la santé publique ; qu'il appartient au médecin, s'il prend une telle décision, de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs ;

12. Considérant, d'autre part, qu'il résulte des dispositions des articles L. 1110-5 et L. 1111-4 du code de la santé publique, éclairées par les travaux parlementaires préalables à l'adoption de la loi du 22 avril 2005, que le législateur a entendu inclure au nombre des traitements susceptibles d'être limités ou arrêtés, au motif d'une obstination déraisonnable, l'ensemble des actes qui tendent à assurer de façon artificielle le maintien des fonctions vitales du patient ; que l'alimentation et l'hydratation artificielles relèvent de ces actes et sont, par suite, susceptibles d'être arrêtées lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable ;

- **CE, assemblée, 24 juin 2014, Mme E G, n°375081**

1. Considérant que Mme E...G..., M. J... G...et le centre hospitalier universitaire de Reims ont relevé appel du jugement du 16 janvier 2014 par lequel le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant en référé sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du médecin, chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims, de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. H... G..., hospitalisé dans ce service ;

2. Considérant que, par une décision du 14 février 2014, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, après avoir joint les trois requêtes et admis l'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, a, avant de se prononcer sur les requêtes, d'une part, ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, disposant de compétences reconnues en neurosciences, désignés par le président de la section du contentieux du Conseil d'Etat sur la proposition, respectivement, du président de l'Académie nationale de médecine, du président du Comité consultatif national d'éthique et du président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M.G..., d'autre part, invité, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. B... K...à lui présenter des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont dans un état pauci-relationnel ;

3. Considérant que le collège des experts, désigné ainsi qu'il vient d'être dit, après avoir procédé aux opérations d'expertise et adressé aux parties, le 5 mai 2014, un pré-rapport en vue de recueillir leurs observations, a déposé devant le Conseil d'Etat le rapport d'expertise définitif le 26 mai 2014 ; qu'en réponse à l'invitation faite par la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. B... K...ont, pour leur part, déposé des observations de caractère général en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Sur l'intervention :

4. Considérant que Mme M...G...justifie d'un intérêt de nature à la rendre recevable à intervenir devant le Conseil d'Etat ; que son intervention doit, par suite, être admise ;

Sur les dispositions applicables au litige :

5. Considérant qu'en vertu de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ; que l'article L. 1110-2 énonce que la personne malade a droit au respect de sa dignité ; que l'article L. 1110-9 garantit à toute personne dont l'état le requiert le droit d'accéder à des soins palliatifs qui sont, selon l'article L. 1110-10, des soins actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ;

6. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1110-5 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie : " 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. 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. / (...) Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. / Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort (...) " ;

7. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 22 avril 2005 : " Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. / Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) / Aucun acte médical ni aucun traitement ne

peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. (...) " ;

8. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1111-6 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 : " Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment (...) " ; que l'article L. 1111-11 du même code prévoit que toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, lesquelles indiquent ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement et dont le médecin doit tenir compte pour toute décision de traitement à condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience ;

9. Considérant que l'article R. 4127-37 du code de la santé publique énonce, au titre des devoirs envers les patients, qui incombent aux médecins en vertu du code de déontologie médicale : " I.- 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. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, 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. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. (...) / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. / III.- 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, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, 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 " ;

10. Considérant qu'en adoptant les dispositions de la loi du 22 avril 2005, insérées au code de la santé publique, le législateur a déterminé le cadre dans lequel peut être prise, par un médecin, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ; qu'il résulte des dispositions précédemment citées, commentées et éclairées par les observations présentées, en application de la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux du 14 février 2014, par l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. B...K..., que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ; que ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et qu'ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou

n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que le patient soit ou non en fin de vie ; que, lorsque ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre sa vie en danger, être prise par le médecin que dans le respect des conditions posées par la loi, qui résultent de l'ensemble des dispositions précédemment citées et notamment de celles qui organisent la procédure collégiale et prévoient des consultations de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; que si le médecin décide de prendre une telle décision en fonction de son appréciation de la situation, il lui appartient de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs ;

Sur la compatibilité des dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique avec les stipulations de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales :

11. Considérant qu'il est soutenu que les dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique méconnaissent le droit à la vie tel que protégé par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'article 8 de la même convention ainsi que le droit à un procès équitable et l'exigence de prévisibilité de la loi résultant des articles 6 et 7 de la même convention ;

12. Considérant qu'en égard à l'office particulier qui est celui du juge des référés lorsqu'il est saisi, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, d'une décision prise par un médecin en application du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie, il lui appartient, dans ce cadre, d'examiner un moyen tiré de l'incompatibilité des dispositions législatives dont il a été fait application avec les stipulations de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

13. Considérant, d'une part, que les dispositions contestées du code de la santé publique ont défini un cadre juridique réaffirmant le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés, le droit de voir respectée sa volonté de refuser tout traitement et le droit de ne pas subir un traitement médical qui traduirait une obstination déraisonnable ; que ces dispositions ne permettent à un médecin de prendre, à l'égard d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, une décision de limitation ou d'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger que sous la double et stricte condition que la poursuite de ce traitement traduise une obstination déraisonnable et que soient respectées les garanties tenant à la prise en compte des souhaits éventuellement exprimés par le patient, à la consultation d'au moins un autre médecin et de l'équipe soignante et à la consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; qu'une telle décision du médecin est susceptible de faire l'objet d'un recours devant une juridiction pour s'assurer que les conditions fixées par la loi ont été remplies ;

14. Considérant ainsi que, prises dans leur ensemble, eu égard à leur objet et aux conditions dans lesquelles elles doivent être mises en œuvre, les dispositions contestées du code de la santé publique ne peuvent être regardées comme incompatibles avec les stipulations de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, aux termes desquelles " le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...) " ainsi qu'avec celles de son article 8 garantissant le droit au respect de la vie privée et familiale ;

15. Considérant, d'autre part, que le rôle confié au médecin par les dispositions en cause n'est, en tout état de cause, pas incompatible avec l'obligation d'impartialité qui résulte de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; que les stipulations de l'article 7 de la même convention, qui s'appliquent aux condamnations pénales, ne peuvent être utilement invoquées dans le présent litige ;

Sur l'application des dispositions du code de la santé publique :

16. Considérant que si l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode d'alimentation et d'hydratation ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable ;

17. Considérant que, pour apprécier si les conditions d'un arrêt d'alimentation et d'hydratation artificielles sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité ; qu'outre les éléments médicaux, qui doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique, le médecin doit accorder une importance toute particulière à la volonté que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, quels qu'en soient la forme et le sens ; qu'à cet égard, dans l'hypothèse où cette volonté demeurerait inconnue, elle ne peut être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie dans les conditions présentes ; que le médecin doit également prendre en compte les avis de la personne de confiance, dans le cas où elle a été désignée par le patient, des membres de sa famille ou, à défaut, de l'un de ses proches, en s'efforçant de dégager une position consensuelle ; qu'il doit, dans l'examen de la situation propre de son patient, être avant tout guidé par le souci de la plus grande bienfaisance à son égard ;

Sur la conformité aux dispositions du code de la santé publique de la décision de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. H... G... :

18. Considérant qu'il résulte de l'instruction, ainsi qu'il a été dit dans les motifs de la décision du 14 février 2014 du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, que M. H... G..., né en 1976, infirmier en psychiatrie, a été victime, le 29 septembre 2008, d'un accident de la circulation qui lui a causé un grave traumatisme crânien ; qu'après cet accident, il a été hospitalisé pendant trois mois dans le service de réanimation du centre hospitalier de Châlons-en-Champagne ; qu'il a été ensuite transféré dans le service de neurologie de ce centre, avant d'être accueilli pendant trois mois, du 17 mars au 23 juin 2009, au centre de rééducation de Berck-sur-Mer dans le département des blessés crâniens ; qu'après ce séjour, il a été hospitalisé au centre hospitalier universitaire de Reims, où, en raison de son état de tétraplégie et de complète dépendance, il est pris en charge pour tous les actes de la vie quotidienne et est alimenté et hydraté de façon artificielle par voie entérale ;

19. Considérant que M. G... a été admis en juillet 2011 au Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège pour un bilan diagnostique et thérapeutique ; qu'après avoir pratiqué des examens approfondis, ce centre a conclu que M. G... était dans un " état de conscience minimale plus ", avec une perception de la douleur et des émotions préservées, notant que l'essai de contrôle volontaire de la respiration mettait en évidence une réponse à la commande et recommandant d'envisager la mise en place d'un code de communication avec le patient ; qu'après le retour de M. G... au centre hospitalier universitaire de Reims, quatre-vingt-sept séances d'orthophonie ont été pratiquées pendant cinq mois, du 6 avril au 3 septembre 2012, pour tenter d'établir un code de communication ; que ces séances ne sont pas parvenues à mettre en place un code de communication du fait de la non-reproductibilité des réponses ;

20. Considérant que, au cours de l'année 2012, des membres du personnel soignant ont constaté des manifestations comportementales chez M. G... dont ils ont pensé qu'elles pouvaient être interprétées comme une opposition aux soins de toilette traduisant un refus de vie ; qu'à la suite de ces constats et se fondant sur l'analyse qu'il faisait de l'absence d'évolution neurologique favorable du patient, le Dr. Kariger, chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims et responsable du service de médecine palliative et soins de support - soins de suite et de réadaptation spécialisé " Gériatrique " prenant en charge le patient, a engagé la procédure collégiale prévue par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique afin d'apprécier si la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. G... était constitutive d'une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5 du même code ; que, le 10 avril 2013, ce médecin a décidé d'arrêter l'alimentation artificielle et de diminuer l'hydratation de M. G... ; que, saisi par les parents de M. G..., l'un de ses demi-frères et l'une de ses sœurs, le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, par une ordonnance du 11 mai 2013, a enjoint de rétablir l'alimentation et l'hydratation artificielles au motif que la procédure prévue par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique avait été méconnue, dès lors que seule l'épouse de M. G..., lequel n'avait pas rédigé de directives anticipées ni désigné de personne de confiance, avait été informée de la mise en œuvre de la procédure, associée à son déroulement et informée de la décision d'arrêt de traitement prise par le médecin ;

21. Considérant que le Dr. Kariger a engagé une nouvelle procédure en septembre 2013 ; qu'il a consulté l'épouse de M. G..., ses parents et ses huit frères et soeurs lors de deux réunions tenues les 27 septembre et 16 novembre 2013 ; que, le 9 décembre 2013, il a tenu une réunion à laquelle ont participé deux autres médecins du centre hospitalier universitaire de Reims qui s'occupent de M. G...et presque toute l'équipe soignante en charge du patient ; qu'ont été associés à cette réunion quatre médecins consultants extérieurs au service, dont l'un a été désigné par les parents de M.G... ; que les médecins du centre hospitalier universitaire de Reims, l'équipe soignante, trois sur quatre des médecins consultants, l'épouse de M. G...et plusieurs des frères et soeurs de ce dernier se sont déclarés favorables à l'arrêt de traitement envisagé ; qu'au terme de cette procédure, le Dr. Kariger a décidé, le 11 janvier 2014, de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient à compter du lundi 13 janvier 2014 à 19 heures, l'exécution de cette décision devant toutefois être différée en cas de saisine du tribunal administratif ;

22. Considérant que, pour estimer que la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificiellement administrées à M. G..., n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie du patient, traduisait une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, le Dr. Kariger s'est fondé, d'une part, sur l'état de santé de M. G..., qu'il a caractérisé par la nature irréversible des lésions cérébrales dont il est atteint, l'absence de progrès depuis l'accident et la consolidation du pronostic fonctionnel, d'autre part, sur la certitude que " Vincent G...ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions " ; qu'il a également fait état de ce que la procédure collégiale avait été engagée à partir des constatations faites au cours de l'année 2012 par des membres du personnel soignant sur les manifestations comportementales de M. G... ;

23. Considérant qu'il revient au Conseil d'Etat de s'assurer, au vu de l'ensemble des circonstances de l'affaire et de l'ensemble des éléments versés dans le cadre de l'instruction contradictoire menée devant lui, en particulier du rapport de l'expertise médicale qu'il a ordonnée, que la décision prise le 11 janvier 2014 par le Dr. Kariger a respecté les conditions mises par la loi pour que puisse être prise une décision mettant fin à un traitement dont la poursuite traduit une obstination déraisonnable ;

24. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction que la procédure collégiale menée par le Dr. Kariger, chef du service prenant en charge M. G..., préalablement à l'intervention de la décision du 11 janvier 2014, s'est déroulée conformément aux prescriptions de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique et a comporté, alors que les dispositions de cet article exigent que soit pris l'avis d'un médecin et, le cas échéant, d'un second, la consultation de six médecins ; que le Dr. Kariger n'était pas légalement tenu de faire participer à la réunion du 9 décembre 2013 un second médecin désigné par les parents de M. G..., lesquels en avaient déjà désigné un premier ; qu'il ne résulte pas de l'instruction que certains membres du personnel soignant auraient été délibérément écartés de cette réunion ; que le Dr. Kariger était en droit de s'entretenir avec M. J... G..., neveu du patient ; que les circonstances que le Dr. Kariger se soit opposé à une demande de récusation et au transfert de M. G... dans un autre établissement et qu'il se soit publiquement exprimé ne traduisent pas, eu égard à l'ensemble des circonstances de l'espèce, de manquement aux obligations qu'implique le principe d'impartialité, auxquelles il a satisfait ; qu'ainsi, contrairement à ce qui était soutenu devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, la procédure préalable à l'adoption de la décision du 11 janvier 2014 n'a été entachée d'aucune irrégularité ;

25. Considérant, en deuxième lieu, qu'il ressort, d'une part, des conclusions des experts que " l'état clinique actuel de M. G... correspond à un état végétatif ", avec " des troubles de la déglutition, une atteinte motrice sévère des quatre membres, quelques signes de dysfonctionnement du tronc cérébral " et " une autonomie respiratoire préservée " ; que les résultats des explorations cérébrales structurales et fonctionnelles effectuées du 7 au 11 avril 2014 au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris sont compatibles avec un tel état végétatif et que l'évolution clinique, marquée par la disparition des fluctuations de l'état de conscience de M. G... qui avaient été constatées lors du bilan effectué en juillet 2011 au Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège, ainsi que par l'échec des tentatives thérapeutiques actives préconisées lors de ce bilan, suggère " une dégradation de l'état de conscience depuis cette date " ;

26. Considérant qu'il ressort, d'autre part, des conclusions du rapport des experts que les explorations cérébrales auxquelles il a été procédé ont mis en évidence des lésions cérébrales graves et étendues, se traduisant notamment par une " atteinte sévère de la structure et du métabolisme de régions sous-corticales cruciales pour le fonctionnement cognitif " et par une " désorganisation structurelle majeure des voies de communication entre les régions cérébrales impliquées dans la conscience " ; que la sévérité de l'atrophie cérébrale et des lésions

observées conduisent, avec le délai de cinq ans et demi écoulé depuis l'accident initial, à estimer les lésions cérébrales irréversibles ;

27. Considérant, en outre, que les experts ont conclu que " la longue durée d'évolution, la dégradation clinique depuis 2011, l'état végétatif actuel, la nature destructrice et l'étendue des lésions cérébrales, les résultats des tests fonctionnels ainsi que la sévérité de l'atteinte motrice des quatre membres " constituaient des éléments indicateurs d'un " mauvais pronostic clinique " ;

28. Considérant, enfin, que si les experts ont relevé que M. G... peut réagir aux soins qui lui sont prodigués et à certaines stimulations, ils ont indiqué que les caractéristiques de ces réactions suggèrent qu'il s'agit de réponses non conscientes et n'ont pas estimé possible d'interpréter ces réactions comportementales comme témoignant d'un " vécu conscient de souffrance " ou manifestant une intention ou un souhait concernant l'arrêt ou la poursuite du traitement qui le maintient en vie ;

29. Considérant que ces conclusions, auxquelles les experts ont abouti de façon unanime, au terme d'une analyse qu'ils ont menée de manière collégiale et qui a comporté l'examen du patient à neuf reprises, des investigations cérébrales approfondies, des rencontres avec l'équipe médicale et le personnel soignant en charge de ce dernier ainsi que l'étude de l'ensemble de son dossier, confirment celles qu'a faites le Dr. Kariger quant au caractère irréversible des lésions et au pronostic clinique de M. G... ; que les échanges qui ont eu lieu dans le cadre de l'instruction contradictoire devant le Conseil d'Etat postérieurement au dépôt du rapport d'expertise ne sont pas de nature à infirmer les conclusions des experts ; que, s'il ressort du rapport d'expertise, ainsi qu'il vient d'être dit, que les réactions de M. G... aux soins ne peuvent pas être interprétées, et ne peuvent ainsi être regardées comme manifestant un souhait concernant l'arrêt du traitement, le Dr. Kariger avait indiqué dans la décision contestée que ces comportements donnaient lieu à des interprétations variées qui devaient toutes être considérées avec une grande réserve et n'en a pas fait l'un des motifs de sa décision ;

30. Considérant, en troisième lieu, qu'il résulte des dispositions du code de la santé publique qu'il peut être tenu compte des souhaits d'un patient exprimés sous une autre forme que celle des directives anticipées ; qu'il résulte de l'instruction, en particulier du témoignage de Mme E...G..., qu'elle-même et son mari, tous deux infirmiers, avaient souvent évoqué, leurs expériences professionnelles respectives auprès de patients en réanimation ou de personnes polyhandicapées et qu'à ces occasions, M. G...avait clairement et à plusieurs reprises exprimé le souhait de ne pas être maintenu artificiellement en vie dans l'hypothèse où il se trouverait dans un état de grande dépendance ; que la teneur de ces propos, datés et rapportés de façon précise par Mme E...G..., a été confirmée par l'un des frères de M. G... ; que si ces propos n'ont pas été tenus en présence des parents de M. G..., ces derniers n'allèguent pas que leur fils n'aurait pu les tenir ou aurait fait part de souhaits contraires ; que plusieurs des frères et sœurs de M. G...ont indiqué que ces propos correspondaient à la personnalité, à l'histoire et aux opinions personnelles de leur frère ; qu'ainsi, le Dr. Kariger, en indiquant, dans les motifs de la décision contestée, sa certitude que M. G... ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions, ne peut être regardé comme ayant procédé à une interprétation inexacte des souhaits manifestés par le patient avant son accident ;

31. Considérant, en quatrième lieu, que le médecin en charge est tenu, en vertu des dispositions du code de la santé publique, de recueillir l'avis de la famille du patient avant toute décision d'arrêt de traitement ; que le Dr. Kariger a satisfait à cette obligation en consultant l'épouse de M. G..., ses parents et ses frères et sœurs lors des deux réunions mentionnées précédemment ; que si les parents de M. G... ainsi que certains de ses frères et sœurs ont exprimé un avis opposé à l'interruption du traitement, l'épouse de M. G...et ses autres frères et sœurs se sont déclarés favorables à l'arrêt de traitement envisagé ; que le Dr. Kariger a pris en considération ces différents avis ; que, dans les circonstances de l'affaire, il a pu estimer que le fait que les membres de la famille n'aient pas eu une opinion unanime quant au sens de la décision n'était pas de nature à faire obstacle à sa décision ;

32. Considérant qu'il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que les différentes conditions mises par la loi pour que puisse être prise, par le médecin en charge du patient, une décision mettant fin à un traitement n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie et dont la poursuite traduirait ainsi une obstination déraisonnable peuvent être regardées, dans le cas de M. H...G...et au vu de l'instruction contradictoire menée par le Conseil d'Etat, comme réunies ; que la décision du 11 janvier 2014 du Dr. Kariger de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. H... G...ne peut, en conséquence, être tenue

pour illégale ;

33. Considérant que si, en l'état des informations médicales dont il disposait lorsqu'il a statué à très bref délai sur la demande dont il avait été saisi, le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne était fondé à suspendre à titre provisoire l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du Dr. Kariger en raison du caractère irréversible qu'aurait eu l'exécution de cette décision, les conclusions présentées au juge administratif des référés sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, tendant à ce qu'il soit enjoint de ne pas exécuter cette décision du 11 janvier 2014, ne peuvent désormais, au terme de la procédure conduite devant le Conseil d'Etat, plus être accueillies ; qu'ainsi Mme E...G..., M. J... G...et le centre hospitalier universitaire de Reims sont fondés à demander la réformation du jugement du 16 janvier 2014 du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne et à ce que soient rejetées par le Conseil d'Etat les conclusions présentées sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative par M. D...G..., Mme I...G..., M. C... L...et Mme A...F... ;

(...)

- **CE, 8 mars 2017, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, n° 408146.**

(...)

Considérant ce qui suit :

1. L'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille forme un appel contre l'ordonnance du 8 février 2017 par laquelle le juge des référés du tribunal administratif de Marseille, statuant collégalement conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, a, d'une part, suspendu la décision du 4 novembre 2016 de mettre un terme aux thérapeutiques actives, emportant sevrage de la ventilation de l'enfant E... D...et, d'autre part, enjoint à l'équipe médicale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, sans préjuger en rien de l'évolution de l'état clinique de E...D..., de maintenir les soins appropriés la concernant, emportant poursuite des thérapeutiques actives.

Sur l'intervention :

2. L'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC) justifie, eu égard à son objet statutaire et aux questions soulevées par le litige, d'un intérêt de nature à la rendre recevable à intervenir dans la présente instance devant le Conseil d'Etat. Son intervention doit, par suite, être admise.

Sur la publicité de l'audience :

3. Aux termes des dispositions de l'article L. 731-1 du code de justice administrative : " Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6, le président de la formation de jugement peut, à titre exceptionnel, décider que l'audience aura lieu ou se poursuivra hors la présence du public, si la sauvegarde de l'ordre public ou le respect de l'intimité des personnes ou de secrets protégés par la loi l'exige. ". Dans les circonstances de l'espèce, compte tenu de la demande formulée en ce sens par l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille et par M. et Mme D...eu égard aux informations couvertes par le secret médical échangées au cours de l'audience et du respect de l'intimité de la famille, il a été fait application de ces dispositions en tenant l'audience hors la présence du public.

Sur l'office du juge des référés statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

4. Aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative : " Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale (...) ".

5. En vertu de cet article, le juge administratif des référés, saisi d'une demande en ce sens justifiée par une urgence particulière, peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une autorité administrative aurait porté une atteinte grave et manifestement illégale. Ces dispositions législatives confèrent au juge des référés, qui se prononce en principe seul et qui statue, en vertu de l'article L. 511-1 du code de justice administrative, par des mesures qui présentent un caractère provisoire, le pouvoir de prendre, dans les délais les plus brefs et au regard de critères d'évidence, les mesures de sauvegarde nécessaires à la protection des libertés fondamentales.

6. Toutefois il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière, lorsqu'il est saisi sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative d'une décision, prise par un médecin sur le fondement du code de la santé publique, et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable, dans la mesure où l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie. Il doit alors, le cas échéant en formation collégiale, prendre les mesures de sauvegarde nécessaires pour faire obstacle à son exécution lorsque cette décision pourrait ne pas relever des hypothèses prévues par la loi, en procédant à la conciliation des libertés fondamentales en cause, que sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable.

Sur les dispositions législatives applicables, résultant notamment de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :

7. Aux termes de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique : " Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. 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 (...) ".

8. Aux termes de l'article L. 1110-5-1 du même code : " Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en oeuvre 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. / La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article. / Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 ".

9. Aux termes de l'article L. 1111-4 du même code : " Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. (...) / Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. (...) / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. / 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. (...) / Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions ".

10. Par ailleurs, aux termes de l'article 371-1 du code civil : " L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. / Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. / Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ".

Sur les dispositions réglementaires applicables, relatives au code de déontologie médicale :

11. Aux termes de l'article R. 4127-36 du même code : " Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. / Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. / Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. / Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42 ". Aux termes de l'article R. 4127-42 : " Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. / En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. / Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible. ".

12. Selon les dispositions de l'article R. 4127-37-2 : " I.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient. / II.-Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en oeuvre la procédure collégiale. / III.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de 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. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation. / IV.-La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient ".

Sur l'application des dispositions du code de la santé publique :

13. Il résulte des dispositions précédemment citées que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que le patient soit ou non en fin de vie. Le législateur a ainsi déterminé le cadre dans lequel peut être prise par un médecin, 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 après consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable. Si le médecin décide de prendre une telle décision en fonction de son appréciation de la situation, il lui appartient de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs.

14. Pour l'application de ces dispositions, la ventilation mécanique et l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable. Cependant, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode de suppléance des fonctions vitales ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable.

15. Pour apprécier si les conditions d'un arrêt des traitements de suppléance des fonctions vitales sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité. Outre les éléments médicaux, qui doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique, le médecin doit accorder une importance toute particulière à la volonté que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, quels qu'en soient la forme et le sens. A cet égard, dans l'hypothèse où cette volonté demeurerait inconnue, elle ne peut être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie dans les conditions présentes. Le médecin doit également prendre en compte les avis de la personne de confiance, dans le cas où elle a été désignée par le patient, des membres de sa famille ou, à défaut, de l'un de ses proches, en s'efforçant de dégager une position consensuelle. En particulier, comme le prévoient les dispositions de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique s'agissant d'un enfant mineur, il doit prendre en compte l'avis des parents ou

des titulaires de l'autorité parentale. Il doit, dans l'examen de la situation propre de son patient, être avant tout guidé par le souci de la plus grande bienfaisance à son égard.

Sur les circonstances du litige :

16. Il résulte de l'instruction que l'enfant E...D..., née le 10 novembre 2015 à Nice, a été admise au centre hospitalo-universitaire Lénval à Nice le 23 septembre 2016 en raison d'une forte fièvre, puis admise le 25 septembre 2016 en réanimation pédiatrique en raison d'un choc cardiogénique. Elle a bénéficié d'une assistance circulatoire, a été placée en coma artificiel et a été transférée dans le service de réanimation pédiatrique de l'Hôpital de La Timone à Marseille.

17. A la suite de sa réanimation et de plusieurs examens réalisés notamment à l'aide de scanner et d'IRM au cours du mois d'octobre 2016, le diagnostic a été établi : l'enfant a été victime d'une rhombocéphalomyélite à entérovirus qui a entraîné des lésions neurologiques définitives au niveau de la protubérance, du bulbe et de la moelle cervicale haute, entraînant un polyhandicap majeur, avec paralysie motrice des membres, de la face et sa dépendance à une ventilation mécanique et une alimentation par voie entérale.

18. Dans ces circonstances, le médecin en charge au sein du service d'anesthésie-réanimation pédiatrique de l'Hôpital de La Timone a engagé la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique. Une réunion collégiale s'est déroulée le 4 novembre 2016 à l'issue de laquelle l'arrêt de la poursuite des thérapeutiques actives a été décidé à l'unanimité, au motif du caractère irréversible des lésions neurologiques constatées et d'un état de conscience difficile à évaluer mais probablement fortement altéré. M. B...D...et Mme A...C..., épouse D..., parents de E... D...ont alors été informés des conclusions de cette réunion et de ses motifs et ont exprimé, le 4 et le 9 novembre 2016, leur opposition à l'arrêt des thérapeutiques actives. Ils ont saisi le même jour le juge des référés du tribunal administratif de Marseille, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative.

19. Par une première ordonnance avant-dire-droit du 16 novembre 2016, le juge des référés du tribunal administratif de Marseille a suspendu à titre conservatoire l'exécution de la décision du 4 novembre 2016 de mettre un terme aux thérapeutiques actives, enjoint à l'équipe médicale de reprendre les soins appropriés et ordonné une expertise médicale aux fins de se prononcer sur l'état actuel de l'enfant et de donner au juge des référés toutes les indications utiles en l'état de la science sur ses perspectives d'évolution. A la suite de la remise de cette expertise le 23 décembre 2016, par une seconde ordonnance du 8 février 2017, le juge des référés du tribunal administratif de Marseille a estimé que les conditions prévues par la loi pour que puisse être prise par un médecin une décision d'arrêt de traitements dont la poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne pouvaient être regardées, dans les circonstances de l'espèce, comme réunies et pour ce motif, a suspendu la décision du 4 novembre 2016 de mettre un terme aux thérapeutiques actives et enjoint à l'équipe médicale, sans préjuger en rien de l'évolution de l'état clinique de E...D..., de maintenir les soins appropriés la concernant.

Sur la régularité de l'ordonnance attaquée :

20. Par la première ordonnance avant-dire-droit du 16 novembre 2016, le juge des référés du tribunal administratif de Marseille s'est fondé sur les conséquences de la décision attaquée, dès lors qu'elle prévoyait l'arrêt des thérapeutiques actives et notamment l'arrêt de la ventilation mécanique de l'enfant, et ce alors même qu'aucune date précise n'avait été fixée pour sa mise en oeuvre, pour juger que la condition d'urgence était remplie. Dès lors que le juge des référés avait statué sur la condition d'urgence par son ordonnance avant-dire-droit, sans qu'il ait été tenu, dans les circonstances de l'espèce, d'y statuer à nouveau, l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille n'est pas fondée à soutenir que l'ordonnance attaquée serait insuffisamment motivée et par suite irrégulière.

Sur la conformité aux dispositions du code de la santé publique de la décision de mettre fin aux thérapeutiques actives de l'enfant E... D...:

21. Ainsi qu'il a été dit ci-dessus au point 15, pour apprécier si les conditions d'un arrêt des traitements de suppléance des fonctions vitales sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments médicaux et non médicaux.

22. En premier lieu, il résulte du rapport des médecins experts mandatés par le juge des référés du tribunal administratif de Marseille qui ont réalisé un examen de l'enfant le 1er décembre 2016, ainsi que des évaluations médicales conduites au sein de l'Hôpital de La Timone le 17 février 2017 et le 2 mars 2017 et produites devant le juge des référés du Conseil d'Etat, que E... D...souffre de lésions cérébrales définitives entraînant une paralysie motrice, la dépendance à la ventilation mécanique et à l'alimentation artificielle. Son niveau de communication et de coopération est très limité compte tenu de ce handicap fonctionnel. Néanmoins, son état de conscience n'est pas, en l'état de l'instruction, déterminé de manière certaine : si elle présente à tout le moins un état de conscience minimal en réagissant à la stimulation cutanée et à la voix, ce contact est évalué par les médecins comme fluctuant, et son niveau de conscience, évalué à 9 sur 20 sur l'échelle de Bicêtre par l'examen neurologique réalisé le 2 mars 2017, est regardé comme sévèrement altéré. De même, les mouvements constatés

des paupières et des membres sont qualifiés soit de réflexes soit de volontaires, ceux-ci étant par nature difficiles à distinguer. Ainsi, a été évoqué notamment au cours de l'audience la possibilité que l'état de l'enfant caractérise, compte tenu de la nature des lésions cérébrales constatées, un état végétatif chronique, un état de conscience pauci-relationnel, voire même un syndrome " locked-in " qui témoignerait alors d'un niveau de conscience élevé malgré la paralysie musculaire et les sévères difficultés de communication et d'apprentissage en résultant, s'agissant d'un très jeune enfant. Enfin, si elle témoigne de situations d'inconfort et bénéficie à ce titre de l'administration de morphine, un éventuel état de souffrance est également difficile à évaluer. Dans ces circonstances, malgré le pronostic extrêmement péjoratif établi par les experts médicaux, compte tenu des éléments d'amélioration constatés de l'état de conscience de l'enfant et de l'incertitude à la date de la présente ordonnance sur l'évolution future de cet état, l'arrêt des traitements ne peut être regardé comme pris au terme d'un délai suffisamment long pour évaluer de manière certaine les conséquences de ses lésions neurologiques.

23. En second lieu, à défaut de pouvoir rechercher quelle aurait été la volonté de la personne s'agissant d'un enfant de moins d'un an à la date de la décision, l'avis de ses parents, qui s'opposent tous les deux à l'arrêt des traitements, revêt une importance particulière. Dans ces conditions, la circonstance que l'enfant E... D...soit dans un état irréversible de perte d'autonomie la rendant tributaire de moyens de suppléance de ses fonctions vitales ne rend pas les traitements qui lui sont prodigués inutiles, disproportionnés ou n'ayant pour d'autre effet que le maintien artificiel de la vie et la poursuite de ces traitements ne peut caractériser une obstination déraisonnable. Dès lors, les conditions d'application des dispositions de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique ne sont pas, à ce jour, réunies.

24. Par suite, à supposer qu'un enfant en bas âge puisse être considéré, comme " hors d'état d'exprimer sa volonté " et partant susceptible de faire l'objet de la procédure collégiale prévue par les dispositions des articles L. 1110-5-1 et L. 1111-4 du code de la santé publique et d'une décision du médecin prise sur le seul avis de ses parents, et sans qu'il soit besoin de se prononcer sur l'exception d'illégalité des dispositions de l'article R. 4127-37-2 au regard de l'article 371-1 du code civil faute de prévoir le consentement des parents à un tel acte, ni sur l'exception d'inconventionnalité des dispositions législatives applicables au regard des stipulations des articles 8 et 13 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, soulevées en défense par M. et MmeD..., il résulte de ce qui précède que l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif de Marseille a suspendu la décision du 4 novembre 2016 de mettre un terme aux thérapeutiques actives et enjoint à l'équipe médicale, sans préjuger en rien de l'évolution de l'état clinique de E...D..., de maintenir les soins appropriés la concernant.

Sur l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative et de l'article 37 de la loi du 10 juillet 1991 :

25. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, d'admettre M. et Mme D... au titre de l'aide juridictionnelle provisoire et de mettre à la charge de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille le versement d'une somme de 3 000 euros au titre des articles L. 761-1 du code de justice administrative et 37 de la loi du 10 juillet 1991, à verser à la SCP Le Bret-Desaché, avocat de M. et MmeD..., sous réserve qu'elle renonce à percevoir la somme correspondant à la part contributive de l'Etat.

(...)

(...)

1. Considérant que M. Vincent Lambert, né en 1976, infirmier en psychiatrie, a été victime, le 29 septembre 2008, d'un accident de la circulation qui lui a causé un grave traumatisme crânien ; qu'il est hospitalisé dans l'unité spécialisée pour patients en état pauci-relationnel du centre hospitalier universitaire de Reims où, en raison de son état de tétraplégie et de complète dépendance, il est pris en charge pour tous les actes de la vie quotidienne et est alimenté et hydraté de façon artificielle par voie entérale ; que, le 11 janvier 2014, le Dr Kariger, alors médecin en charge de M. Vincent Lambert a, au terme d'une procédure collégiale conduite conformément aux dispositions du II de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique, décidé de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient ; que le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant en référé en formation collégiale par un jugement du 16 janvier 2014, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 ; que, par une décision du 24 juin 2014, le Conseil d'Etat, après avoir, avant dire droit, ordonné une expertise médicale, a dit que la décision du 11 janvier 2014 du Dr Kariger ne pouvait pas être tenue pour illégale ; qu'il a annulé le jugement du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne du 16 janvier 2014 en tant qu'il avait suspendu l'exécution de cette décision ; que, saisie par les parents de M. Vincent Lambert, l'un de ses demi-frères et l'une de ses sœurs, la Cour européenne des droits de l'homme statuant en formation de grande chambre a, par un arrêt du 5 juin 2015, dit qu'il n'y aurait pas violation de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales en cas de mise en œuvre de la décision du Conseil d'Etat du 24 juin 2014 ;

2. Considérant qu'après l'arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'homme, M. François Lambert et sa mère ont, par un premier courrier du 11 juin 2015, demandé au centre hospitalier universitaire de Reims de leur indiquer la nature et le calendrier des mesures qu'il comptait prendre pour mettre à exécution la décision du Dr Kariger du 11 janvier 2014 de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert, leur oncle et demi-frère ; qu'ils ont renouvelé cette demande le 7 juillet 2015 et demandé au centre hospitalier de mettre en œuvre la décision du 11 janvier 2014 ; que, par un courrier du 7 juillet 2015, le Dr Daniela Simon, chef de service au sein de l'unité pour patients en état pauci-relationnel du centre hospitalier et médecin en charge de M. Vincent Lambert depuis le départ du Dr Kariger, a informé M. François Lambert de sa décision de conduire une nouvelle procédure collégiale prévue par les dispositions de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique et l'a convié à participer à un conseil de famille qui s'est tenu le 15 juillet 2015 ; que le centre hospitalier universitaire de Reims a annoncé, dans un communiqué de presse du 23 juillet 2015, que le médecin en charge de M. Vincent Lambert avait décidé de suspendre la procédure collégiale placée sous sa responsabilité ; que, par un jugement du 9 octobre 2015, le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a rejeté la demande de M. François Lambert tendant à l'annulation de la décision du 7 juillet 2015 d'engager une nouvelle procédure collégiale ; qu'il a également rejeté comme irrecevables les conclusions dirigées contre la décision du 23 juillet 2015 suspendant cette procédure ; que M. François Lambert relève appel de ce jugement ;

Sur les dispositions applicables au litige :

3. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable à l'espèce, résultant de la loi du 22 avril 2005 : « *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. 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 (...)* » ; qu'aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction applicable à l'espèce issue de la loi du 22 avril 2005 : « (...) *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. (...)* » ;

4. Considérant qu'aux termes de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique : « I. 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. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, 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. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. / (...) Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. (...) III.- 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, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, 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 » ;

Sur l'intérêt pour agir de M. François Lambert :

5. Considérant que le courrier du 7 juillet 2015, par lequel le Dr Simon fait part de sa décision d'engager une nouvelle procédure collégiale, est adressé au requérant ; que ce courrier fait suite à une demande que M. François Lambert avait formulée une première fois le 11 juin 2015, renouvelée le 7 juillet 2015, de mettre en œuvre la décision du Dr Kariger du 11 janvier 2014 ; qu'il ressort de ce courrier, qui convie M. François Lambert à participer à un conseil de famille devant se tenir le 15 juillet 2015, que celui-ci est associé au nouveau processus collégial ; que M. François Lambert, neveu de M. Vincent Lambert, a été reçu par le Dr Simon le 15 juillet 2015 en tant que membre de la famille et a participé au nouveau processus de consultation ; que, dès lors, M. François Lambert présente un intérêt à demander l'annulation des décisions des 7 juillet 2015 et 23 juillet 2015 décidant la reprise puis la suspension de la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37 du code de la santé publique ;

Sur la décision du 7 juillet 2015 :

6. Considérant que le Dr Simon qui, par son courrier du 7 juillet 2015, a pris la décision d'engager une nouvelle procédure collégiale, doit être regardée comme ayant nécessairement également rejeté la demande que M. François Lambert lui avait adressée les 11 juin et 7 juillet 2015 d'appliquer la décision précédemment prise, le 11 janvier 2014, d'arrêter l'alimentation et l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert ; que, par sa requête, M. François Lambert conteste la légalité de ces deux décisions ;

En ce qui concerne le refus de mettre en œuvre la décision du 11 janvier 2014 :

7. Considérant que M. François Lambert, qui se prévaut du caractère exécutoire et obligatoire de la décision du Conseil d'Etat du 24 juin 2014, soutient que le centre hospitalier universitaire de Reims était tenu à l'exécution de sa décision du 11 janvier 2014 et devait demander au Dr Simon, ou à tout autre médecin, de mettre en œuvre cette décision ; qu'il soutient également que la décision du 11 janvier 2014 a créé un droit au

profit de M. Vincent Lambert de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable ; qu'enfin, il invoque le principe de continuité des soins ;

8. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des dispositions précitées de l'article L. 1111-4 ainsi que de celles du II et du III de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique que la décision de limiter ou d'arrêter le traitement d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, qui est susceptible de mettre sa vie en danger, ne peut être prise que par le médecin en charge du patient et n'être mise en œuvre que par ce même médecin ou sous sa responsabilité ; que la décision du 11 janvier 2014 de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert est une décision du Dr Kariger, prise en sa qualité de médecin alors en charge de ce patient ; qu'il ressort des pièces du dossier que ce médecin a cessé ses fonctions au sein du centre hospitalier universitaire de Reims le 1^{er} septembre 2014 et que la prise en charge de M. Vincent Lambert a été confiée au Dr Simon ; que, dès lors que le Dr Kariger n'était plus le médecin en charge de M. Vincent Lambert, la décision du 11 janvier 2014 est devenue caduque ; qu'il s'ensuit que cette décision ne pouvait plus, après le 31 août 2014, être exécutée ;

9. Considérant, en deuxième lieu, que la décision du Dr Kariger du 11 janvier 2014 étant devenue caduque, M. François Lambert ne peut en tout état de cause faire état d'un droit que M. Vincent Lambert pourrait tenir de cet acte ;

10. Considérant, en troisième lieu, qu'aux termes de l'article R. 4127-5 du code de la santé publique : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » ;

11. Considérant que le principe d'indépendance professionnelle et morale du médecin rappelé par les dispositions de l'article R. 4127-5 du code de la santé publique faisait obstacle à ce que le centre hospitalier universitaire de Reims impose au Dr Simon, ou à tout autre médecin, qu'il prenne une nouvelle décision médicale identique à celle du Dr Kariger du 11 janvier 2014 ; que ce principe faisait également obstacle à ce que le Dr Simon s'estime liée par la décision de son prédécesseur ;

12. Considérant en dernier lieu, qu'ainsi que le prescrit l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, la décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical du patient ; que si le principe de continuité des soins énoncé par les dispositions de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique fait obligation au médecin en charge de M. Vincent Lambert de consulter le dossier médical de ce dernier et donc de prendre connaissance de la décision du Dr Kariger du 11 janvier 2014, il ne pouvait conduire à ce que le Dr Simon prenne nécessairement la même décision et soit ainsi privée du pouvoir d'appréciation qu'elle tient de la mise en œuvre du principe d'indépendance professionnelle et morale du médecin ;

13. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la décision du Dr Simon refusant de mettre en œuvre la décision du Dr Kariger du 11 janvier 2014 n'est entachée d'aucune illégalité ;

En ce qui concerne la décision d'engager une nouvelle procédure collégiale :

14. Considérant que, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre sa vie en danger, être prise par le médecin que dans le respect des conditions posées par la loi, qui résultent de l'ensemble des dispositions précédemment citées et notamment de celles qui organisent la procédure collégiale et prévoient des consultations de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; que le II de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique précise les conditions dans lesquelles cette procédure est mise en œuvre par le médecin en charge du patient ;

15. Considérant que, alors même qu'elle avait été consultée par le Dr Kariger dans le cadre de la précédente procédure collégiale et qu'elle avait, lors de cette consultation, émis un avis selon lequel la poursuite d'une alimentation et d'une hydratation artificielles pouvait s'apparenter à un soin déraisonnable, il incombe désormais au Dr Simon, en sa qualité de médecin en charge de M. Vincent Lambert, d'apprécier en toute indépendance si les conditions d'un arrêt de traitement restent réunies ; qu'à la date à laquelle elle a été conduite

à porter cette appréciation et quand bien même la situation clinique de Vincent Lambert n'avait pas évolué, un délai de 18 mois s'était écoulé depuis la décision du Dr Kariger du 11 janvier 2014 ; qu'il ressort en outre des pièces du dossier que les membres de la famille de M. Vincent Lambert restaient, en juillet 2015, divisés quant à son maintien en vie ; qu'eu égard à ces circonstances, le Dr Simon, en sa qualité de médecin en charge, a pu décider d'engager, sous sa propre responsabilité, une nouvelle procédure collégiale aux fins de réunir l'ensemble des éléments, médicaux et non médicaux, lui permettant de forger son appréciation ; que, dans ces conditions, la mise en œuvre d'une nouvelle procédure collégiale ne méconnaît pas le droit de M. Vincent Lambert de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable ;

16. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède, et sans qu'il soit besoin de statuer sur les fins de non-recevoir opposées en défense tirées du caractère insusceptible de recours de la décision contestée, que M. François Lambert n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a rejeté sa demande tendant à l'annulation de la décision du 7 juillet 2015 ;

Sur la décision du 23 juillet 2015 :

17. Considérant que le communiqué de presse du 23 juillet 2015 du centre hospitalier universitaire de Reims révèle la décision du Dr Simon de suspendre la procédure collégiale qu'elle avait initiée le 7 juillet 2015 ;

En ce qui concerne la fin de non-recevoir accueillie par le tribunal administratif :

18. Considérant qu'il ressort des termes du communiqué de presse du 23 juillet 2015 que le Dr Simon a décidé de suspendre la procédure collégiale placée sous sa responsabilité au motif que « les conditions de sérénité et de sécurité nécessaires à la poursuite de cette procédure, tant pour M. Vincent Lambert que pour l'équipe soignante, [n'étaient] pas réunies » ; qu'il est par ailleurs précisé que « les conditions d'un échange serein doivent absolument être rétablies dans l'intérêt de M. Vincent Lambert et de son accompagnement » ; qu'eu égard au motif retenu par le Dr Simon pour suspendre la procédure collégiale et compte tenu de ce qu'elle n'a fixé aucun terme à la suspension, cette mesure présente le caractère d'une décision faisant grief ; qu'il s'ensuit que c'est à tort que le tribunal administratif a rejeté comme irrecevables les conclusions présentées par M. François Lambert dirigées contre cette décision ; que son jugement du 9 octobre 2015 doit, dans cette mesure, être annulé ;

19. Considérant qu'il y a lieu d'évoquer et de statuer immédiatement sur la demande de M. François Lambert tendant à l'annulation de la décision du Dr Simon révélée par le communiqué de presse du 23 juillet 2015 ;

En ce qui concerne l'autre fin de non-recevoir opposée par le centre hospitalier universitaire de Reims :

20. Considérant que la circonstance que la décision contestée du 23 juillet 2015 émane du médecin ne fait pas, par elle-même, obstacle à ce que le juge administratif, saisi d'une contestation de sa légalité, s'assure que les conditions fixées par la loi ont été remplies ;

En ce qui concerne la légalité de la décision :

21. Considérant en premier lieu, qu'il ne ressort ni de la décision attaquée, ni des écritures du centre hospitalier universitaire de Reims, ni encore des pièces du dossier que la procédure collégiale aurait été provisoirement interrompue en raison de la saisine, par le procureur de la République, du juge des tutelles aux fins d'ouverture d'un régime de protection dans l'intérêt de M. Vincent Lambert ;

22. Considérant, en second lieu, que, dans le cadre de la procédure collégiale qu'elle avait engagée le 7 juillet 2015, le Dr Simon a reçu les membres de la famille de M. Vincent Lambert le 15 juillet 2015 ; qu'elle a,

par ailleurs, constaté que la situation clinique de M. Vincent Lambert était comparable à celle décrite par les experts désignés par le Conseil d'Etat ; qu'ainsi qu'il a été dit au point 18 ci-dessus, le Dr Simon a décidé de suspendre la procédure qu'elle avait mise en œuvre au motif que les conditions de sérénité et de sécurité nécessaires à la poursuite de cette procédure n'étaient pas réunies ; que, toutefois, l'existence d'éventuelles menaces pour la sécurité de M. Vincent Lambert et de l'équipe soignante n'est pas un motif légal pour justifier l'interruption d'une procédure engagée en vue d'évaluer si la poursuite d'actes délivrés à un patient traduit une obstination déraisonnable ; que les seules considérations relatives à la recherche préalable d'un climat apaisé autour de M. Vincent Lambert, telles qu'elles sont énoncées de façon très générale, ne permettaient pas de suspendre, sans fixer de terme à cette suspension, le cours de la procédure collégiale ; que, dès lors et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de la requête ni de surseoir à statuer, M. François Lambert est fondé à demander l'annulation de la décision de suspension du Dr Simon révélée par le communiqué de presse du 23 juillet 2015 ;

Sur les conclusions à fin d'injonction :

23. Considérant qu'aux termes de l'article L. 911-1 du code de justice administrative : « *Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne une mesure d'exécution dans un sens déterminé, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision, cette mesure assortie, le cas échéant, d'un délai d'exécution* » ;

24. Considérant que, par le présent arrêt, la cour annule la décision suspendant la procédure collégiale engagée le 7 juillet 2015 ; qu'il découle nécessairement de cette annulation que le Dr Simon, médecin en charge de M. Vincent Lambert, poursuive cette procédure ; que l'exécution du présent arrêt implique seulement qu'il soit enjoint au centre hospitalier universitaire de Reims, sur le fondement des dispositions de l'article L. 911-1 du code de justice administrative, de mettre ce médecin hospitalier ou tout autre praticien susceptible de lui succéder, en mesure de répondre aux obligations lui incombant vis-à-vis de M. Vincent Lambert en vertu du code de la santé publique ;

Sur les conclusions présentées sur le fondement de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

25. Considérant qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims la somme demandée par M. François Lambert au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ; qu'il n'y a pas lieu non plus, dans les circonstances de l'espèce, de faire droit aux conclusions que le centre hospitalier universitaire de Reims, d'une part, M. et Mme Pierre Lambert, M. Philippon et Mme Tuarze, d'autre part, présentent sur le fondement des mêmes dispositions ;

II. Constitutionnalité de la disposition contestée

A. Normes de référence

1. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789

- **Article 2**

Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression.

- **Article 4**

La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.

- **Article 16**

Toute Société dans laquelle la garantie des Droits n'est pas assurée, ni la séparation des Pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution.

B. Jurisprudence du Conseil constitutionnel

1. Sur le principe de dignité de la personne humaine

- **Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal**

1. Considérant que les saisines adressées au Conseil constitutionnel par le Président de l'Assemblée nationale en premier lieu, par 68 députés en second lieu concernent les mêmes lois ; qu'il y a lieu de les joindre pour y statuer par une seule décision ;

- SUR LES NORMES DE CONSTITUTIONNALITE APPLICABLES AU CONTROLE DES LOIS DEFEREES :

2. Considérant que le Préambule de la Constitution de 1946 a réaffirmé et proclamé des droits, libertés et principes constitutionnels en soulignant d'emblée que : "Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés" ; qu'il en ressort que la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle ;

3. Considérant que la liberté individuelle est proclamée par les articles 1, 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ; qu'elle doit toutefois être conciliée avec les autres principes de valeur constitutionnelle ;

4. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : "La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement" et qu'aux termes de son onzième alinéa : "Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère..., la protection de la santé" ;

- SUR LES DISPOSITIONS CONTESTEES PAR LES DEPUTES AUTEURS DE LA SECONDE SAISINE :

. En ce qui concerne les articles 8 et 9 de la loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal :

5. Considérant que l'article 8 insère, après le chapitre II du titre premier du livre II du code de la santé publique, un chapitre II bis nouveau intitulé "assistance médicale à la procréation" et comprenant dix articles L. 152-1 à L. 152-10 ;

6. Considérant que l'article L. 152-1 définit l'assistance médicale à la procréation en faisant référence aux pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi qu'à toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel ; que l'article L. 152-2 dispose que cette assistance médicale, destinée à répondre à la demande parentale d'un couple, a pour objet soit de remédier à une infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué, soit d'éviter la transmission à l'enfant d'une maladie d'une particulière gravité ; que le même article impose que l'homme et la femme formant le couple soient vivants, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans, et consentant préalablement au transfert des embryons ou à l'insémination ; que l'article L. 152-3 prévoit que compte tenu de l'état des techniques médicales, les deux membres du couple peuvent décider par écrit que sera tentée la fécondation d'un nombre d'ovocytes pouvant rendre nécessaire la conservation d'embryons dans l'intention de réaliser leur demande parentale dans un délai de cinq ans et qu'ils sont alors consultés chaque année pendant cinq ans sur le point de savoir s'ils maintiennent leur demande parentale ; qu'il pose la règle générale selon laquelle un embryon ne peut être conçu avec des gamètes ne provenant pas d'un au moins des deux membres du couple ; que toutefois l'article L. 152-4 dispose qu'à titre exceptionnel les deux membres du couple peuvent consentir par écrit à ce que les embryons conservés soient accueillis par un autre couple ; que l'article L. 152-5 en fixe les conditions à savoir que ce dernier couple réponde aux exigences formulées par l'article L. 152-2 et qu'il ne puisse bénéficier d'une assistance médicale à la procréation sans recours à un "tiers donneur" ; qu'il organise une procédure soumettant l'accueil de l'embryon à une décision de l'autorité judiciaire ; qu'il pose le principe selon lequel le couple accueillant l'embryon et celui y ayant renoncé ne peuvent connaître leurs identités respectives ; que l'article L. 152-6 souligne que l'assistance médicale à la procréation avec "tiers donneur" ne peut être pratiquée que comme ultime indication lorsque la procréation médicalement assistée à l'intérieur du couple ne peut aboutir ; qu'aux termes de l'article L. 152-7 : "Un embryon humain ne peut être conçu ni utilisé à des fins commerciales ou industrielles" ; que l'article L. 152-8 dispose que la conception in vitro d'embryons humains à des fins d'étude, de recherche ou d'expérimentation est interdite de même que toute expérimentation sur l'embryon ; qu'il prévoit toutefois qu'à titre exceptionnel l'homme et la femme formant le couple peuvent accepter par écrit que soient menées des études sur leurs embryons ; que ces études doivent alors avoir une finalité médicale et ne peuvent

porter atteinte à l'embryon ; qu'elles ne peuvent être entreprises qu'après avis conforme d'une commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal instituée par l'article 11 de la loi insérant dans le code de la santé publique un nouvel article L. 184-3 ; que l'article L. 152-9 a trait à l'agrément des praticiens habilités à pratiquer ces actes biologiques et cliniques et que l'article L. 152-10 organise une procédure imposée préalablement aux demandeurs ;

7. Considérant que l'article 9 de la loi dispose que les embryons existant à la date de sa promulgation et dont il a été vérifié qu'ils ne font l'objet ni d'une demande parentale ni d'une opposition à un accueil par un couple tiers et qu'ils satisfont aux règles de sécurité sanitaire en vigueur au jour de leur transfert pourront être confiés à un couple remplissant les conditions prévues à l'article L. 152-5 et qu'il ajoute que "si leur accueil est impossible et si la durée de leur conservation est au moins égale à cinq ans, il est mis fin à cette conservation" ;

8. Considérant que les députés auteurs de la seconde saisine soutiennent que cette dernière disposition porte atteinte au droit à la vie des embryons qui selon eux possèdent dès la conception tous les attributs de la personne humaine ; qu'elle établit une discrimination rompant le principe d'égalité entre les embryons selon qu'ils auront été conçus avant ou après la date de la promulgation de la loi ; que de même la loi ne pouvait sans méconnaître le principe d'égalité entre embryons humains d'un couple autoriser les parents et le corps médical à "sélectionner ceux des embryons qui seront réimplantés de ceux qui ne le seront pas" et "à sélectionner ceux des embryons qui seront donnés à des couples tiers de ceux qui ne le seront pas" ; que la possibilité ménagée par la loi de mener des études sur les embryons porte atteinte au respect de l'intégrité de la personne et du corps humain ; que la sélection des embryons méconnaît le principe à valeur constitutionnelle de la protection du patrimoine génétique de l'humanité ; que la possibilité d'avoir des enfants dont le parent naturel est un "tiers donneur" met en cause les droits de la famille tels qu'ils ont été conçus et garantis par le Préambule de la Constitution de 1946 ; que l'interdiction faite aux enfants qui seront nés d'une fécondation in vitro faisant intervenir un "tiers donneur" de connaître leur identité génétique et leurs parents naturels porte atteinte au droit à la santé de l'enfant et au libre épanouissement de sa personnalité ; que le législateur ne pouvait reconnaître à la commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal un pouvoir d'avis conforme sans violer le principe constitutionnel de séparation des pouvoirs d'autant plus qu'il a renvoyé au pouvoir réglementaire la détermination de la composition de cette commission ;

9. Considérant que le législateur a assorti la conception, l'implantation et la conservation des embryons fécondés in vitro de nombreuses garanties ; que cependant, il n'a pas considéré que devait être assurée la conservation, en toutes circonstances, et pour une durée indéterminée, de tous les embryons déjà formés ; qu'il a estimé que le principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie ne leur était pas applicable ; qu'il a par suite nécessairement considéré que le principe d'égalité n'était pas non plus applicable à ces embryons ;

10. Considérant qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne détient pas un pouvoir d'appréciation et de décision identique à celui du Parlement, de remettre en cause, au regard de l'état des connaissances et des techniques, les dispositions ainsi prises par le législateur ;

11. Considérant que, s'agissant de la sélection des embryons, il n'existe, contrairement à ce que soutiennent les saisissants, aucune disposition ni aucun principe à valeur constitutionnelle consacrant la protection du patrimoine génétique de l'humanité ; qu'aucune disposition du Préambule de la Constitution de 1946 ne fait obstacle à ce que les conditions du développement de la famille soient assurées par des dons de gamètes ou d'embryons dans les conditions prévues par la loi ; que l'interdiction de donner les moyens aux enfants ainsi conçus de connaître l'identité des donneurs ne saurait être regardée comme portant atteinte à la protection de la santé telle qu'elle est garantie par ce Préambule ; qu'enfin, s'agissant des décisions individuelles relatives à des études à finalité médicale, l'exigence de l'avis conforme d'une commission administrative, dont les règles générales de composition sont définies par l'article L. 184-3 nouveau du code de la santé publique et qui doit notamment s'assurer qu'il n'est pas porté atteinte à l'embryon, pouvait être prévue par le législateur sans qu'il méconnaisse par là sa propre compétence ;

. En ce qui concerne les articles 12 et 14 de la même loi :

12. Considérant que l'article 12 de la loi insère au début du chapitre IV du titre premier du livre II du code de la santé publique un article L. 162-16 ; que celui-ci organise un diagnostic prénatal ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité ; que l'article 14 de la loi insère un article L. 162-17 qui pose les conditions auxquelles peut être effectué un diagnostic biologique à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro ;

13. Considérant que les députés, auteurs de la seconde saisine, prétendent que ces dispositions qui faciliteraient le recours à l'interruption volontaire de grossesse, portent atteinte au droit à la vie ;

14. Considérant que l'article L. 162-16 qui concerne le diagnostic prénatal in utero n'autorise aucun cas nouveau d'interruption de grossesse ; que l'article L. 162-17 ne concerne que les diagnostics effectués à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro ; que dès lors le grief invoqué manque en fait ;

. En ce qui concerne l'article 10 de la loi relative au respect du corps humain :

15. Considérant que l'article 10 de la loi insère au chapitre premier du titre VII du livre premier du code civil une section 4 intitulée "De la procréation médicalement assistée" comprenant deux articles nouveaux 311-19 et 311-20 ; que l'article 311-19 dispose qu'en cas de procréation médicalement assistée avec "tiers donneur", aucun lien de filiation ne peut être établi entre l'auteur du don et l'enfant issu de la procréation et qu'aucune action en responsabilité ne peut être exercée à l'encontre du donneur ; que l'article 311-20 régit les conditions dans lesquelles les époux et concubins demandeurs doivent préalablement donner leur consentement à un juge ou un notaire qui les informe des engagements qu'ils prennent de ce fait au regard de la filiation ;

16. Considérant que les députés auteurs de la saisine mettent en cause l'anonymat des donneurs de gamètes vis à vis de l'enfant à naître au regard du principe de responsabilité personnelle posé par l'article 1382 du code civil ; qu'ils font valoir en outre l'existence d'un principe fondamental reconnu par les lois de la République qui procéderait des dispositions de la loi du 16 novembre 1912 permettant à l'enfant de rechercher la paternité hors mariage à certaines conditions ;

17. Considérant que les dispositions de cette loi n'ont eu ni pour objet ni pour effet de régir les conditions d'attribution de paternité en cas d'assistance médicale à la procréation ; qu'aucune disposition ni aucun principe à valeur constitutionnelle ne prohibe les interdictions prescrites par le législateur d'établir un lien de filiation entre l'enfant issu de la procréation et l'auteur du don et d'exercer une action en responsabilité à l'encontre de celui-ci ; que par suite les griefs des requérants ne sauraient qu'être écartés ;

- SUR L'ENSEMBLE DES DISPOSITIONS DES LOIS SOUMISES A L'EXAMEN DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL :

18. Considérant que lesdites lois énoncent un ensemble de principes au nombre desquels figurent la primauté de la personne humaine, le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie, l'inviolabilité, l'intégrité et l'absence de caractère patrimonial du corps humain ainsi que l'intégrité de l'espèce humaine ; que les principes ainsi affirmés tendent à assurer le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ;

19. Considérant que l'ensemble des dispositions de ces lois mettent en œuvre, en les conciliant et sans en méconnaître la portée, les normes à valeur constitutionnelle applicables ;

- **Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 - Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception**

1. Considérant que les sénateurs auteurs de la saisine défèrent au Conseil constitutionnel la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, définitivement adoptée le 30 mai 2001, et contestent la conformité à la Constitution, en tout ou en partie, de ses articles 2, 4, 5, 8 et 19 ;

- SUR L'ALLONGEMENT À DOUZE SEMAINES DU DÉLAI PENDANT LEQUEL PEUT ÊTRE PRATIQUÉE UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE LORSQUE LA FEMME ENCEINTE SE TROUVE DANS UNE SITUATION DE DÉTRESSE

2. Considérant que l'article 2 de la loi déferée, qui modifie l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, porte de dix à douze semaines de grossesse le délai pendant lequel peut être pratiquée une interruption volontaire de grossesse lorsque la femme enceinte se trouve, du fait de son état, dans une situation de détresse ;

3. Considérant que, selon les requérants, cette disposition :

- méconnaîtrait le principe de la sauvegarde de la dignité humaine contre toute forme de dégradation en raison, en particulier, du "risque certain de pratique eugénique tendant à la sélection des enfants à naître" résultant, d'après les requérants, de la possibilité de déceler, à ce stade de la croissance du fœtus, "un plus grand nombre d'anomalies" et de "discerner le sexe de l'enfant à naître" ;

- porterait atteinte, selon les requérants, "au principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie" dès lors que la loi autorise l'interruption du développement "d'un être humain ayant accédé au stade du fœtus", lequel "constitue une personne humaine en puissance" et jouirait "d'une protection juridique renforcée" ;

- méconnaîtrait, en ignorant les obligations de prudence qui s'imposent au législateur "en l'absence de consensus médical" sur ces questions, le principe de précaution qui constituerait un objectif de valeur constitutionnelle résultant de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ;

- violerait enfin le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, le "changement de la nature et de la technique de l'intervention" faisant courir des risques médicaux accrus à la femme ;

4. Considérant qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement, de remettre en cause, au regard de l'état des connaissances et des techniques, les dispositions ainsi prises par le législateur ; qu'il est à tout moment

loisible à celui-ci, dans le domaine de sa compétence, de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions ; que l'exercice de ce pouvoir ne doit cependant pas aboutir à priver de garanties légales des exigences de valeur constitutionnelle ;

5. Considérant qu'en portant de dix à douze semaines le délai pendant lequel peut être pratiquée une interruption volontaire de grossesse lorsque la femme enceinte se trouve, du fait de son état, dans une situation de détresse, la loi n'a pas, en l'état des connaissances et des techniques, rompu l'équilibre que le respect de la Constitution impose entre, d'une part, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation et, d'autre part, la liberté de la femme qui découle de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ; qu'il ressort du deuxième alinéa de l'article 16-4 du code civil que seule peut être qualifiée de pratique eugénique "toute pratique ... tendant à l'organisation de la sélection des personnes" ; que tel n'est pas le cas en l'espèce ; qu'en réservant la faculté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse à "la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse", le législateur a entendu exclure toute fraude à la loi et, plus généralement, toute dénaturation des principes qu'il a posés, principes au nombre desquels figure, à l'article L. 2211-1 du code de la santé publique, "le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie" ;

6. Considérant que, contrairement à ce qu'affirment les requérants, le principe de précaution ne constitue pas un objectif de valeur constitutionnelle ;

7. Considérant, enfin, que, si l'interruption volontaire de grossesse constitue un acte médical plus délicat lorsqu'elle intervient entre la dixième et la douzième semaine, elle peut être pratiquée, en l'état actuel des connaissances et des techniques médicales, dans des conditions de sécurité telles que la santé de la femme ne se trouve pas menacée ; que la loi déferée comporte, à cet égard, des garanties suffisantes ; que, dans ces conditions, le grief tiré d'une violation du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 doit être rejeté ;

- **Décision n° 2010-5 QPC du 18 juin 2010 – SNC KIMBERLY CLARK [Incompétence négative en matière fiscale]**

3. Considérant qu'aux termes du premier alinéa de l'article 61-1 de la Constitution : « Lorsque, à l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction, il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du Conseil d'État ou de la Cour de cassation qui se prononce dans un délai déterminé » ; que la méconnaissance par le législateur de sa propre compétence ne peut être invoquée à l'appui d'une question prioritaire de constitutionnalité que dans le cas où est affecté un droit ou une liberté que la Constitution garantit ;

- **Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 – Mlle Danielle S. [Hospitalisation sans consentement]**

30. Considérant que, selon la requérante, en supprimant le droit de recevoir des communications téléphoniques et le droit de refuser tout traitement, lesquels avaient été reconnus aux personnes hospitalisées sans leur consentement par le paragraphe IV de l'article 71 de la loi du 2 février 1981 susvisée, l'article L. 326-3 a apporté des restrictions disproportionnées aux droits des malades ;

31. Considérant, en premier lieu, que l'article L. 326-3 du code de la santé publique reconnaît aux personnes hospitalisées le droit d'émettre ou de recevoir des courriers « en tout état de cause » ; que l'utilisation des autres moyens de communication est régie par le principe général, énoncé par le premier alinéa de cet article, selon lequel, lorsqu'une personne est hospitalisée sans son consentement, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement » ; que ces dispositions ne portent pas une atteinte disproportionnée à l'exercice de droits constitutionnellement garantis ;

32. Considérant, en second lieu, que le législateur a estimé qu'une personne atteinte de troubles mentaux qui soit rendant impossible son consentement alors que son état impose une surveillance constante en milieu hospitalier, soit font que cette personne compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, ne peut s'opposer aux soins médicaux que ces troubles requièrent ; qu'en tout état de cause, les garanties encadrant l'hospitalisation sans consentement permettent que l'avis de la personne sur son traitement soit pris en considération ; que, dans ces conditions, en adoptant les dispositions déferées, le législateur a pris des mesures assurant, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, protégée par l'article 2 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement disproportionnée ;

- **Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012 - M. Mathieu E. [Accès aux origines personnelles]**

1. Considérant qu'aux termes de l'article L. 147-6 du code de l'action sociale et des familles : « Le conseil communique aux personnes mentionnées au 1° de l'article L. 147-2, après s'être assuré qu'elles maintiennent leur demande, l'identité de la mère de naissance :

« - s'il dispose déjà d'une déclaration expresse de levée du secret de son identité ;

« - s'il n'y a pas eu de manifestation expresse de sa volonté de préserver le secret de son identité, après avoir vérifié sa volonté ;

« - si l'un de ses membres ou une personne mandatée par lui a pu recueillir son consentement exprès dans le respect de sa vie privée ;

« - si la mère est décédée, sous réserve qu'elle n'ait pas exprimé de volonté contraire à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant. Dans ce cas, l'un des membres du conseil ou une personne mandatée par lui prévient la famille de la mère de naissance et lui propose un accompagnement.

« Si la mère de naissance a expressément consenti à la levée du secret de son identité ou, en cas de décès de celle-ci, si elle ne s'est pas opposée à ce que son identité soit communiquée après sa mort, le conseil communique à l'enfant qui a fait une demande d'accès à ses origines personnelles l'identité des personnes visées au 3° de l'article L. 147-2.

« Le conseil communique aux personnes mentionnées au 1° de l'article L. 147-2, après s'être assuré qu'elles maintiennent leur demande, l'identité du père de naissance :

« - s'il dispose déjà d'une déclaration expresse de levée du secret de son identité ;

« - s'il n'y a pas eu de manifestation expresse de sa volonté de préserver le secret de son identité, après avoir vérifié sa volonté ;

« - si l'un de ses membres ou une personne mandatée par lui a pu recueillir son consentement exprès dans le respect de sa vie privée ;

« - si le père est décédé, sous réserve qu'il n'ait pas exprimé de volonté contraire à l'occasion d'une demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant. Dans ce cas, l'un des membres du conseil ou une personne mandatée par lui prévient la famille du père de naissance et lui propose un accompagnement.

« Si le père de naissance a expressément consenti à la levée du secret de son identité ou, en cas de décès de celui-ci, s'il ne s'est pas opposé à ce que son identité soit communiquée après sa mort, le conseil communique à l'enfant qui a fait une demande d'accès à ses origines personnelles l'identité des personnes visées au 3° de l'article L. 147-2.

« Le conseil communique aux personnes mentionnées au 1° de l'article L. 147-2 les renseignements ne portant pas atteinte à l'identité des père et mère de naissance, transmis par les établissements de santé, les services départementaux et les organismes visés au cinquième alinéa de l'article L. 147-5 ou recueillis auprès des père et mère de naissance, dans le respect de leur vie privée, par un membre du conseil ou une personne mandatée par lui » ;

2. Considérant qu'aux termes de l'article L. 222-6 du même code : « Toute femme qui demande, lors de son accouchement, la préservation du secret de son admission et de son identité par un établissement de santé est informée des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire. Elle est donc invitée à laisser, si elle l'accepte, des renseignements sur sa santé et celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de la naissance ainsi que, sous pli fermé, son identité. Elle est informée de la possibilité qu'elle a de lever à tout moment le secret de son identité et, qu'à défaut, son identité ne pourra être communiquée que dans les conditions prévues à l'article L. 147-6. Elle est également informée qu'elle peut à tout moment donner son identité sous pli fermé ou compléter les renseignements qu'elle a donnés au moment de la naissance. Les prénoms donnés à l'enfant et, le cas échéant, mention du fait qu'ils l'ont été par la mère, ainsi que le sexe de l'enfant et la date, le lieu et l'heure de sa naissance sont mentionnés à l'extérieur de ce pli. Ces formalités sont accomplies par les personnes visées à l'article L. 223-7 avisées sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé. À défaut, elles sont accomplies sous la responsabilité de ce directeur.

« Les frais d'hébergement et d'accouchement des femmes qui ont demandé, lors de leur admission dans un établissement public ou privé conventionné, à ce que le secret de leur identité soit préservé, sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département siège de l'établissement.

« Sur leur demande ou avec leur accord, les femmes mentionnées au premier alinéa bénéficient d'un accompagnement psychologique et social de la part du service de l'aide sociale à l'enfance.

« Pour l'application des deux premiers alinéas, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête.

« Les frais d'hébergement et d'accouchement dans un établissement public ou privé conventionné des femmes

qui, sans demander le secret de leur identité, confient leur enfant en vue d'adoption sont également pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département, siège de l'établissement » ;

3. Considérant que, selon le requérant, en autorisant une femme à accoucher sans révéler son identité et en ne permettant la levée du secret qu'avec l'accord de cette femme, ou, en cas de décès, dans le seul cas où elle n'a pas exprimé préalablement une volonté contraire, les dispositions contestées méconnaissent le droit au respect de la vie privée et le droit de mener une vie familiale normale ;

4. Considérant qu'aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère (...) la protection de la santé » ; qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine de sa compétence, de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions, dès lors que, ce faisant, il ne prive pas de garanties légales des exigences constitutionnelles ;

5. Considérant qu'aux termes de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression » ; que la liberté proclamée par cet article implique le respect de la vie privée ; que le droit de mener une vie familiale normale résulte du dixième alinéa du Préambule de 1946 qui dispose : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » ;

6. Considérant, que les dispositions de l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles reconnaissent à toute femme le droit de demander, lors de l'accouchement, la préservation du secret de son identité et de son admission et mettent à la charge de la collectivité publique les frais de son accouchement et de son hébergement ; qu'en garantissant ainsi un droit à l'anonymat et la gratuité de la prise en charge lors de l'accouchement dans un établissement sanitaire, le législateur a entendu éviter le déroulement de grossesses et d'accouchements dans des conditions susceptibles de mettre en danger la santé tant de la mère que de l'enfant et prévenir les infanticides ou des abandons d'enfants ; qu'il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé ;

7. Considérant que la loi du 22 janvier 2002 susvisée a donné une nouvelle rédaction de l'article L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles afin, notamment, que les femmes qui accouchent en demandant le secret de leur identité soient informées des conséquences juridiques qui en résultent pour l'enfant ainsi que de l'importance, pour ce dernier, de connaître ses origines et qu'elles soient incitées à laisser des renseignements sur leur santé, celle du père, les origines de l'enfant et les circonstances de sa naissance ; que les dispositions de l'article L. 147-6 du même code, issues de cette même loi, organisent les conditions dans lesquelles le secret de cette identité peut être levé, sous réserve de l'accord de la mère de naissance ; que cet article confie en particulier au Conseil national pour l'accès aux origines personnelles la tâche de rechercher la mère de naissance, à la requête de l'enfant, et de recueillir, le cas échéant, le consentement de celle-ci à ce que son identité soit révélée ou, dans l'hypothèse où elle est décédée, de vérifier qu'elle n'a pas exprimé de volonté contraire lors d'une précédente demande ; que le législateur a ainsi entendu faciliter la connaissance par l'enfant de ses origines personnelles ;

8. Considérant qu'en permettant à la mère de s'opposer à la révélation de son identité même après son décès, les dispositions contestées visent à assurer le respect de manière effective, à des fins de protection de la santé, de la volonté exprimée par celle-ci de préserver le secret de son admission et de son identité lors de l'accouchement tout en ménageant, dans la mesure du possible, par des mesures appropriées, l'accès de l'enfant à la connaissance de ses origines personnelles ; qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, de substituer son appréciation à celle du législateur sur l'équilibre ainsi défini entre les intérêts de la mère de naissance et ceux de l'enfant ; que les dispositions contestées n'ont pas privé de garanties légales les exigences constitutionnelles de protection de la santé ; qu'elles n'ont pas davantage porté atteinte au respect dû à la vie privée et au droit de mener une vie familiale normale ;

9. Considérant que les articles L. 147-6 et L. 222-6 du code de l'action sociale et des familles ne sont contraires à aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit,

- **Décision n° 2013-674 DC du 1 août 2013 - Loi tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires**

En ce qui concerne le grief tiré de l'atteinte au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine :

14. Considérant que le Préambule de la Constitution de 1946 a réaffirmé et proclamé des droits, libertés et principes constitutionnels en soulignant d'emblée que : « Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à

nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés » ; qu'il en ressort que la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe à valeur constitutionnelle ;

15. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » et qu'aux termes de son onzième alinéa : « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère..., la protection de la santé » ;

16. Considérant que les dispositions contestées prévoient qu'aucune recherche sur l'embryon humain ni sur les cellules souches embryonnaires ne peut être entreprise sans autorisation ; qu'elles soumettent aux conditions énumérées dans le paragraphe I de l'article L. 2151-5 du code de la santé publique tout protocole de recherche conduit sur un embryon humain ou sur des cellules souches embryonnaires issues d'un embryon humain ; qu'elles fixent la règle selon laquelle la recherche ne peut être autorisée que si elle s'inscrit dans une « finalité médicale » ; qu'elles posent le principe selon lequel la recherche n'est menée qu'à partir d'embryons conçus in vitro dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental ; qu'elles prévoient également le principe selon lequel la recherche est subordonnée à un consentement écrit préalable du couple dont les embryons sont issus ou du membre survivant de ce couple, ainsi que le principe selon lequel les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne peuvent être transférés à des fins de gestation ; qu'elles fixent les conditions d'autorisation des protocoles de recherche par l'Agence de la biomédecine et la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la recherche de demander un nouvel examen du dossier ; que, contrairement à ce que soutiennent les requérants, les dispositions du paragraphe III n'instituent pas une procédure d'autorisation implicite des recherches ;

17. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que, si le législateur a modifié certaines des conditions permettant l'autorisation de recherche sur l'embryon humain et sur les cellules souches embryonnaires à des fins uniquement médicales, afin de favoriser cette recherche et de sécuriser les autorisations accordées, il a entouré la délivrance de ces autorisations de recherches de garanties effectives ; que ces dispositions ne méconnaissent pas le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ;

18. Considérant, enfin, que, contrairement à ce que soutiennent les requérants, la procédure administrative de réexamen du dossier ayant servi de fondement à la décision de l'Agence de la biomédecine ne porte aucune atteinte au droit à un recours juridictionnel effectif et au principe du contradictoire qui découlent de l'article 16 de la Déclaration de 1789 ;

19. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que la loi déferée, qui ne méconnaît aucune autre exigence constitutionnelle, doit être déclarée conforme à la Constitution,

- **Décision n° 2014-393 QPC du 25 avril 2014 - M. Angelo R. [Organisation et régime intérieur des établissements pénitentiaires]**

1. Considérant qu'aux termes de l'article 728 du code de procédure pénale, dans sa rédaction postérieure à la loi du 22 juin 1987 susvisée : « Un décret détermine l'organisation et le régime intérieur des établissements pénitentiaires » ;

2. Considérant que, selon le requérant, en adoptant ces dispositions, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence dans des conditions portant atteinte au droit au respect de la dignité humaine, au droit au respect de l'intégrité physique et à la santé des détenus, au droit au respect de la vie privée, au droit de propriété, à la présomption d'innocence et à la liberté religieuse ;

3. Considérant qu'aux termes du premier alinéa de l'article 61-1 de la Constitution : « Lorsque, à l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction, il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du Conseil d'État ou de la Cour de cassation qui se prononce dans un délai déterminé » ; que la méconnaissance par le législateur de sa propre compétence ne peut être invoquée à l'appui d'une question prioritaire de constitutionnalité que dans le cas où cette méconnaissance affecte par elle-même un droit ou une liberté que la Constitution garantit ;

4. Considérant, en premier lieu, que, d'une part, le Préambule de la Constitution de 1946 a réaffirmé que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ; que la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation est au nombre de ces droits et constitue un principe à valeur constitutionnelle ; que, d'autre part, l'exécution des peines privatives de liberté en matière correctionnelle et criminelle a été conçue, non seulement pour protéger la société et assurer la punition du condamné, mais aussi pour favoriser l'amendement de celui-ci et préparer son éventuelle réinsertion ; qu'il appartient, dès lors, au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution

pour fixer les règles concernant le droit pénal et la procédure pénale, de déterminer les conditions et les modalités d'exécution des peines privatives de liberté dans le respect de la dignité de la personne ;

5. Considérant, en second lieu, qu'il appartient au législateur de fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux personnes détenues ; que celles-ci bénéficient des droits et libertés constitutionnellement garantis dans les limites inhérentes à la détention ; qu'il en résulte que le législateur doit assurer la conciliation entre, d'une part, l'exercice de ces droits et libertés que la Constitution garantit et, d'autre part, l'objectif de valeur constitutionnelle de sauvegarde de l'ordre public ainsi que les finalités qui sont assignées à l'exécution des peines privatives de liberté ;

6. Considérant que l'article 728 du code de procédure pénale, dans sa version antérieure à la loi du 24 novembre 2009 susvisée, confie au pouvoir réglementaire le soin de déterminer l'organisation et le régime intérieur des établissements pénitentiaires ; que si l'article 726 du code de procédure pénale, dans sa rédaction antérieure à cette même loi, prévoit certaines des mesures dont les personnes détenues peuvent faire l'objet à titre disciplinaire, aucune disposition législative ne prévoit les conditions dans lesquelles sont garantis les droits dont ces personnes continuent de bénéficier dans les limites inhérentes à la détention ; qu'en renvoyant au décret le soin de déterminer ces conditions qui incluent notamment les principes de l'organisation de la vie en détention, de la surveillance des détenus et de leurs relations avec l'extérieur, les dispositions contestées confient au pouvoir réglementaire le soin de fixer des règles qui relèvent de la loi ; que, par suite, en adoptant les dispositions contestées, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence ;

7. Considérant que la méconnaissance, par le législateur, de sa compétence dans la détermination des conditions essentielles de l'organisation et du régime intérieur des établissements pénitentiaires prive de garanties légales l'ensemble des droits et libertés constitutionnellement garantis dont bénéficient les détenus dans les limites inhérentes à la détention ;

8. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'article 728 du code de procédure pénale, dans sa rédaction contestée, doit être déclaré contraire à la Constitution ;

9. Considérant qu'aux termes du deuxième alinéa de l'article 62 de la Constitution : « Une disposition déclarée inconstitutionnelle sur le fondement de l'article 61-1 est abrogée à compter de la publication de la décision du Conseil constitutionnel ou d'une date ultérieure fixée par cette décision. Le Conseil constitutionnel détermine les conditions et limites dans lesquelles les effets que la disposition a produits sont susceptibles d'être remis en cause » ; que, si, en principe, la déclaration d'inconstitutionnalité doit bénéficier à l'auteur de la question prioritaire de constitutionnalité et la disposition déclarée contraire à la Constitution ne peut être appliquée dans les instances en cours à la date de la publication de la décision du Conseil constitutionnel, les dispositions de l'article 62 de la Constitution réservent à ce dernier le pouvoir tant de fixer la date de l'abrogation et reporter dans le temps ses effets que de prévoir la remise en cause des effets que la disposition a produits avant l'intervention de cette déclaration ;

10. Considérant que, d'une part, la loi du 24 novembre 2009 susvisée a notamment donné une nouvelle rédaction de l'article 728 du code de procédure pénale ; que, d'autre part, le chapitre III du titre Ier de cette loi est relatif aux « droits et devoirs des personnes détenues » ; que, par suite, la déclaration d'inconstitutionnalité de l'article 728 du code de procédure pénale, dans sa rédaction antérieure à cette loi, prend effet à compter de la date de la publication de la présente décision ; qu'elle est applicable à toutes les affaires non jugées définitivement à cette date,

- **Décision n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014 - Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes**

- SUR L'ARTICLE 24 :

2. Considérant que, dans sa rédaction résultant de l'article 4 de la loi du 17 janvier 1975 susvisée, la première phrase de l'article L. 162-1 du code de la santé publique, devenu son article L. 2212-1, dispose : « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse » ; que l'article 24 de la loi déferée remplace les mots : « que son état place dans une situation de détresse » par les mots : « qui ne veut pas poursuivre une grossesse » ;

3. Considérant que, selon les requérants, la suppression de l'exigence selon laquelle le droit de la femme de demander l'interruption de sa grossesse est conditionné à une situation de détresse n'est pas justifiée ; qu'elle romprait le compromis et l'équilibre résultant de la loi du 17 janvier 1975 et porterait dès lors atteinte « au principe du respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » ;

4. Considérant que la loi du 17 janvier 1975 a autorisé une femme à demander l'interruption volontaire de sa grossesse lorsque « son état » la « place dans une situation de détresse » ; que ces dispositions réservent à la

femme le soin d'apprécier seule si elle se trouve dans cette situation ; que la modification, par l'article 24, de la rédaction des dispositions de la première phrase de l'article L. 2212-1, qui prévoit que la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut en demander l'interruption à un médecin, ne méconnaît aucune exigence constitutionnelle ; que, par suite, cet article doit être déclaré conforme à la Constitution ;

2. Sur la liberté personnelle

- Décision n° 89-257 DC du 25 juillet 1989 - Loi modifiant le code du travail et relative à la prévention du licenciement économique et au droit à la conversion

En ce qui concerne l'article 29 relatif au droit d'ester en justice des organisations syndicales :

20. Considérant que l'article 29 de la loi a pour objet d'ajouter au code du travail un article L. 321-15 ainsi conçu : "Les organisations syndicales représentatives peuvent exercer en justice toutes actions qui naissent des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles régissant le licenciement pour motif économique et la rupture du contrat de travail visée au troisième alinéa de l'article L. 321-6 du présent code en faveur d'un salarié, sans avoir à justifier d'un mandat de l'intéressé. Celui-ci doit avoir été averti par lettre recommandée avec accusé de réception et ne s'y être pas opposé dans un délai de quinze jours à compter de la date à laquelle l'organisation syndicale lui a notifié son intention. A l'issue de ce délai, l'organisation syndicale avertit l'employeur par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention d'ester en justice. Le salarié peut toujours intervenir à l'instance engagée par le syndicat." ;

21. Considérant que, selon les auteurs de la saisine, cet article est contraire aux dispositions du Préambule de la Constitution de 1946 qui lie la défense des droits individuels d'un travailleur par un syndicat à son adhésion à ce syndicat ; qu'il est soutenu également, que le droit pour les syndicats d'ester en justice aux lieu et place d'un salarié constitue une violation de l'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme dans la mesure où il aboutit à placer les organisations syndicales au-dessus des individus ; qu'il est ainsi porté atteinte à la liberté des salariés et notamment à leur liberté de conscience ;

22. Considérant qu'aux termes du sixième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, auquel se réfère le Préambule de la Constitution de 1958, "tout homme peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer au syndicat de son choix" ; que la réaffirmation par ces dispositions de la liberté syndicale ne fait pas obstacle à ce que le législateur, compétent en vertu de l'article 34 de la Constitution pour déterminer les principes fondamentaux du droit du travail et du droit syndical, confère à des organisations syndicales des prérogatives susceptibles d'être exercées en faveur aussi bien de leurs adhérents que des membres d'un groupe social dont un syndicat estime devoir assurer la défense ;

23. Considérant que les modalités de mise en oeuvre des prérogatives reconnues aux organisations syndicales doivent respecter la liberté personnelle du salarié qui, comme la liberté syndicale, a valeur constitutionnelle ;

24. Considérant ainsi que, s'il est loisible au législateur de permettre à des organisations syndicales représentatives d'introduire une action en justice à l'effet non seulement d'intervenir spontanément dans la défense d'un salarié mais aussi de promouvoir à travers un cas individuel, une action collective, c'est à la condition que l'intéressé ait été mis à même de donner son assentiment en pleine connaissance de cause et qu'il puisse conserver la liberté de conduire personnellement la défense de ses intérêts et de mettre un terme à cette action ;

25. Considérant que l'article 29 de la loi permet à toute organisation syndicale représentative d'introduire, dans l'hypothèse qu'il vise, "toutes actions" en justice en faveur d'un salarié "sans avoir à justifier d'un mandat de l'intéressé" ; que si le salarié doit être averti par lettre recommandée avec accusé de réception afin de pouvoir s'opposer, le cas échéant, à l'initiative de l'organisation syndicale, il est réputé avoir donné son approbation faute de réponse de sa part dans un délai de quinze jours ;

26. Considérant que de telles dispositions pour respecter la liberté du salarié vis-à-vis des organisations syndicales, impliquent que soient contenues dans la lettre adressée à l'intéressé toutes précisions utiles sur la nature et l'objet de l'action exercée, sur la portée de son acceptation et sur le droit à lui reconnu de mettre un terme à tout moment à cette action ; que l'acceptation tacite du salarié ne peut être considérée comme acquise qu'autant que le syndicat justifie, lors de l'introduction de l'action, que le salarié a eu personnellement connaissance de la lettre comportant les mentions susindiquées ; que c'est seulement sous ces réserves que l'article 29 de la loi n'est pas contraire à la liberté personnelle du salarié ;

- **Décision n° 2003-484 DC du 20 novembre 2003 - Loi relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité**

- SUR L'ARTICLE 76 :

91. Considérant que l'article 76 modifie l'article 175-2 du code civil relatif aux oppositions à mariage formées par le procureur de la République saisi par l'officier de l'état civil ; qu'aux termes des deux premiers alinéas de cet article dans leur nouvelle rédaction : « Lorsqu'il existe des indices sérieux laissant présumer, le cas échéant au vu de l'audition prévue par l'article 63, que le mariage envisagé est susceptible d'être annulé au titre de l'article 146, l'officier de l'état civil peut saisir le procureur de la République. Il en informe les intéressés. Constitue un indice sérieux le fait, pour un ressortissant étranger, de ne pas justifier de la régularité de son séjour, lorsqu'il y a été invité par l'officier de l'état civil qui doit procéder au mariage. Ce dernier informe immédiatement le préfet ou, à Paris, le préfet de police, de cette situation. - Le procureur de la République est tenu, dans les quinze jours de sa saisine, soit de laisser procéder au mariage, soit de faire opposition à celui-ci, soit de décider qu'il sera sursis à sa célébration, dans l'attente des résultats de l'enquête à laquelle il fait procéder. Il fait connaître sa décision motivée à l'officier de l'état civil, aux intéressés et, le cas échéant, au préfet ou, à Paris, au préfet de police » ;

92. Considérant que les requérants font valoir que de telles dispositions porteraient atteinte à la liberté du mariage, à la liberté individuelle et au droit à la vie privée et familiale ;

93. Considérant que l'article 175-2 du code civil, dans sa rédaction résultant de l'article 76 de la loi déferée, offre la faculté à l'officier de l'état civil, lorsqu'il existe des indices sérieux laissant présumer que le mariage n'est envisagé que dans un but autre que l'union matrimoniale, de saisir le procureur de la République ; que le procureur de la République dispose d'un délai de 15 jours durant lequel il peut, par décision motivée, autoriser le mariage, s'opposer à sa célébration ou décider qu'il y sera sursis pour une durée qui ne peut excéder un mois, renouvelable une fois par décision spécialement motivée ; que cette décision peut être contestée devant le président du tribunal de grande instance qui statue dans les dix jours ; que, compte tenu des garanties ainsi instituées, la procédure prévue par l'article 175-2 du code civil ne peut être regardée comme portant une atteinte excessive au principe constitutionnel de la liberté du mariage ;

94. Considérant, toutefois, que le respect de la liberté du mariage, composante de la liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, s'oppose à ce que le caractère irrégulier du séjour d'un étranger fasse obstacle, par lui-même, au mariage de l'intéressé ;

95. Considérant, en premier lieu, que, si le caractère irrégulier du séjour d'un étranger peut constituer dans certaines circonstances, rapproché d'autres éléments, un indice sérieux laissant présumer que le mariage est envisagé dans un autre but que l'union matrimoniale, le législateur, en estimant que le fait pour un étranger de ne pouvoir justifier de la régularité de son séjour constituerait dans tous les cas un indice sérieux de l'absence de consentement, a porté atteinte au principe constitutionnel de la liberté du mariage ;

96. Considérant, en second lieu, qu'en prévoyant, d'une part, le signalement à l'autorité préfectorale de la situation d'un étranger accomplissant les formalités de mariage sans justifier de la régularité de son séjour et, d'autre part, la transmission au préfet de la décision du procureur de la République de s'opposer à la célébration du mariage, d'ordonner qu'il y soit sursis ou de l'autoriser, les dispositions de l'article 76 sont de nature à dissuader les intéressés de se marier ; qu'ainsi, elles portent également atteinte au principe constitutionnel de la liberté du mariage ;

97. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les deux dernières phrases du premier alinéa du nouvel article 175-2 du code civil, et, à la dernière phrase du deuxième alinéa du même article, les mots « et, le cas échéant, au préfet ou, à Paris, au préfet de police » doivent être déclarés contraires à la Constitution ;

- **Décision n° 2010-13 QPC du 9 juillet 2010 - M. Orient O. et autre [Gens du voyage]**

. En ce qui concerne la liberté d'aller et venir :

7. Considérant qu'en vertu de l'article 34 de la Constitution, la loi fixe les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ; que, dans le cadre de cette mission, il appartient au législateur d'opérer la conciliation nécessaire entre le respect des libertés et la sauvegarde de l'ordre public sans lequel l'exercice des libertés ne saurait être assuré ;

8. Considérant que les mesures de police administrative susceptibles d'affecter l'exercice des libertés constitutionnellement garanties, au nombre desquelles figure la liberté d'aller et venir, composante de la liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, doivent être justifiées par la nécessité de sauvegarder l'ordre public et proportionnées à cet objectif ;

9. Considérant que l'évacuation forcée des résidences mobiles instituée par les dispositions contestées ne peut être mise en œuvre par le représentant de l'État qu'en cas de stationnement irrégulier de nature à porter une atteinte à la salubrité, à la sécurité ou à la tranquillité publiques ; qu'elle ne peut être diligentée que sur demande du maire, du propriétaire ou du titulaire du droit d'usage du terrain ; qu'elle ne peut survenir qu'après mise en demeure des occupants de quitter les lieux ; que les intéressés bénéficient d'un délai qui ne peut être inférieur à vingt-quatre heures à compter de la notification de la mise en demeure pour évacuer spontanément les lieux occupés illégalement ; que cette procédure ne trouve à s'appliquer ni aux personnes propriétaires du terrain sur lequel elles stationnent, ni à celles qui disposent d'une autorisation délivrée sur le fondement de l'article L. 443-1 du code de l'urbanisme, ni à celles qui stationnent sur un terrain aménagé dans les conditions prévues à l'article L. 443-3 du même code ; qu'elle peut être contestée par un recours suspensif devant le tribunal administratif ; que, compte tenu de l'ensemble des conditions et des garanties qu'il a fixées et eu égard à l'objectif qu'il s'est assigné, le législateur a adopté des mesures assurant une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre la nécessité de sauvegarder l'ordre public et les autres droits et libertés ;

10. Considérant que les dispositions contestées ne sont contraires à aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit,

- **Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 - Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie [Dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement]**

- SUR LES NORMES DE CONSTITUTIONNALITÉ APPLICABLES :

6. Considérant que l'article 66 de la Constitution dispose : « Nul ne peut être arbitrairement détenu. - L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi » ; que, dans l'exercice de sa compétence, le législateur peut fixer des modalités d'intervention de l'autorité judiciaire différentes selon la nature et la portée des mesures affectant la liberté individuelle qu'il entend édicter ;

7. Considérant qu'en vertu du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, la Nation garantit à tous le droit à la protection de la santé ; que l'article 34 de la Constitution dispose que la loi fixe les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ; qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine de sa compétence, d'adopter des dispositions nouvelles, dont il lui appartient d'apprécier l'opportunité, et de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions, dès lors que, dans l'exercice de ce pouvoir, il ne prive pas de garanties légales des exigences constitutionnelles ;

8. Considérant que l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux doit respecter le principe, résultant de l'article 66 de la Constitution, selon lequel la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire ; qu'il incombe au législateur d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ; qu'au nombre de celles-ci figurent la liberté d'aller et venir et le respect de la vie privée, protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ainsi que la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire ; que les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis ;

- SUR L'ARTICLE L. 3211-2-1 :

9. Considérant que, selon l'association requérante, en permettant que des soins psychiatriques comportant notamment des « séjours effectués dans un établissement » puissent être imposés à une personne sans que ces soins fassent l'objet d'un contrôle systématique par une juridiction de l'ordre judiciaire, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique méconnaissent la protection constitutionnelle de la liberté individuelle ;

10. Considérant que la loi du 5 juillet 2011 susvisée a permis qu'une personne puisse être soumise à des soins psychiatriques sans son consentement soit sous la forme d'une « hospitalisation complète », soit « sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement » psychiatrique et, le cas échéant, des séjours effectués dans un tel établissement ; que si l'article L. 3211-12 du code de la santé publique prévoit que le juge des libertés et de la détention peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée sans le consentement de la personne qui en fait l'objet, il résulte du premier alinéa de l'article L. 3211-12-1 du même code que seules les mesures de soins psychiatriques ordonnées sous la forme de l'hospitalisation complète ne peuvent se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention se soit prononcé sur leur maintien ;

11. Considérant, en premier lieu, que, lorsqu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement n'est pas prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, un « programme de soins » est établi par un psychiatre de l'établissement ; que l'avis du patient est recueilli préalablement à la définition et avant toute modification de ce programme, à l'occasion d'un entretien au cours duquel il reçoit l'information prévue à l'article L. 3211-3 et est avisé des dispositions de l'article L. 3211-11 ; que le second alinéa de l'article L. 3211-11 du code de la santé publique dispose que, lorsque le psychiatre constate que la prise en charge sous la forme ambulatoire ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état, il « transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète » ; que le dernier alinéa de l'article L. 3212-4 et le paragraphe III de l'article L. 3213 3 fixent les modalités selon lesquelles une prise en charge au titre du 2° de l'article L. 3211-2-1 peut être modifiée à cette fin ;

12. Considérant qu'il résulte de ces dispositions qu'en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en « hospitalisation complète » soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ; que, dans ces conditions, le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait ;

13. Considérant, en second lieu, qu'il résulte de la combinaison de l'article L. 3211-2-1 et des articles L. 3212-1 et L. 3213-1 qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être soumise sans son consentement à des soins dispensés par un établissement psychiatrique, même sans hospitalisation complète, que lorsque « ses troubles mentaux rendent impossible son consentement » à des soins alors que « son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante » ou lorsque ces troubles « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » ; qu'en tout état de cause, le juge des libertés et de la détention peut être saisi à tout moment, dans les conditions fixées par l'article L. 3211-12, aux fins d'ordonner à bref délai la mainlevée immédiate d'une telle mesure ; qu'en adoptant ces dispositions, le législateur a assuré, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée ;

14. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, qui ne méconnaît aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit, doit être déclaré conforme à la Constitution ;

- **Décision n° 2012-249 QPC du 16 mai 2012 - Société Cryo-Save France [Prélèvement de cellules du sang de cordon ou placentaire ou de cellules du cordon ou du placenta]**

1. Considérant qu'aux termes du quatrième alinéa de l'article L. 1241-1 du code de la santé publique : « Le prélèvement de cellules hématopoïétiques du sang de cordon et du sang placentaire ainsi que de cellules du cordon et du placenta ne peut être effectué qu'à des fins scientifiques ou thérapeutiques, en vue d'un don anonyme et gratuit, et à la condition que la femme, durant sa grossesse, ait donné son consentement par écrit au prélèvement et à l'utilisation de ces cellules, après avoir reçu une information sur les finalités de cette utilisation. Ce consentement est révoquant sans forme et à tout moment tant que le prélèvement n'est pas intervenu. Par dérogation, le don peut être dédié à l'enfant né ou aux frères ou sœurs de cet enfant en cas de nécessité thérapeutique avérée et dûment justifiée lors du prélèvement » ;

2. Considérant que, selon la société requérante, en privant les femmes qui accouchent d'une possibilité de prélèvement de cellules du sang de cordon ou placentaire ou de cellules du cordon ou du placenta pour un usage familial ultérieur, le législateur a porté atteinte à la liberté individuelle ; que ces dispositions, qui feraient obstacle à des prélèvements pouvant être utiles pour la santé des membres de la famille, méconnaîtraient également l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé ; qu'enfin, en privant les enfants nés sains et les enfants à naître d'une même fratrie de toute possibilité de bénéficier d'une greffe des cellules du sang de cordon ou placentaire, alors que cette faculté est ouverte aux enfants malades de la même fratrie, ces dispositions seraient contraires au principe d'égalité ;

3. Considérant qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine de sa compétence, de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions, dès lors que, ce faisant, il ne prive pas de garanties légales des exigences constitutionnelles ;

4. Considérant que la liberté personnelle est proclamée par les articles 1er, 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ;
5. Considérant qu'aux termes de son article 6, la loi est « la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse » ; que le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit ;
6. Considérant qu'aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère (. . .) la protection de la santé » ;
7. Considérant, en premier lieu, que la législation antérieure à la loi du 7 juillet 2011 susvisée soumettait le recueil des cellules du sang de cordon ou placentaire ou des cellules du cordon ou du placenta au régime de recueil des résidus opératoires organisé par l'article L. 1245-2 du code de la santé publique ; que le législateur, en introduisant les dispositions contestées, a retenu le principe du don anonyme et gratuit de ces cellules ; qu'il a entendu faire obstacle aux prélèvements des cellules du sang de cordon ou placentaire ou des cellules du cordon ou du placenta en vue de leur conservation par la personne pour un éventuel usage ultérieur notamment dans le cadre familial ; que le choix du législateur de conditionner le prélèvement de ces cellules au recueil préalable du consentement écrit de la femme n'a pas eu pour objet ni pour effet de conférer des droits sur ces cellules ; qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement, de substituer son appréciation à celle du législateur sur les conditions dans lesquelles de telles cellules peuvent être prélevées et les utilisations auxquelles elles sont destinées ; que, par suite, le grief tiré de la méconnaissance de la liberté personnelle doit être écarté ;
8. Considérant, en deuxième lieu, qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur n'a pas autorisé des prélèvements de cellules du sang de cordon ou placentaire ou de cellules du cordon ou du placenta destinées à des greffes dans le cadre familial en l'absence d'une nécessité thérapeutique avérée et dûment justifiée lors du prélèvement ; qu'il a estimé qu'en l'absence d'une telle nécessité, les greffes dans le cadre familial de ces cellules ne présentaient pas d'avantage thérapeutique avéré par rapport aux autres greffes ; qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement, de remettre en cause, au regard de l'état des connaissances et des techniques, les dispositions ainsi prises par le législateur ; que, par suite, l'impossibilité de procéder à un prélèvement de cellules du sang de cordon ou placentaire ou de cellules du cordon ou du placenta aux seules fins de conservation par la personne pour un éventuel usage ultérieur notamment dans le cadre familial sans qu'une nécessité thérapeutique lors du prélèvement ne le justifie ne saurait être regardée comme portant atteinte à la protection de la santé telle qu'elle est garantie par le Préambule de 1946 ;
9. Considérant, en troisième lieu, que le législateur a réservé la possibilité de prélever des cellules du sang de cordon ou placentaire ou des cellules du cordon ou du placenta pour un usage dans le cadre familial aux seuls cas où une nécessité thérapeutique avérée et connue à la date du prélèvement le justifie ; qu'ainsi les dispositions contestées ne soumettent pas à des règles différentes des personnes placées dans une situation identique ; que le principe d'égalité devant la loi n'est donc pas méconnu ;
10. Considérant que les dispositions contestées ne sont contraires à aucun autre droit ou liberté garanti par la Constitution,

- **Décision n° 2012-260 QPC du 29 juin 2012 - M. Roger D. [Mariage d'une personne en curatelle]**

1. Considérant qu'aux termes de l'article 460 du code civil : « Le mariage d'une personne en curatelle n'est permis qu'avec l'autorisation du curateur ou, à défaut, celle du juge » ;
« Le mariage d'une personne en tutelle n'est permis qu'avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué et après audition des futurs conjoints et recueil, le cas échéant, de l'avis des parents et de l'entourage » ;
2. Considérant que, selon le requérant, le mariage est un acte strictement personnel ; qu'en subordonnant le mariage d'une personne en curatelle à l'autorisation du curateur, l'article 460 du code civil porterait atteinte à la liberté du mariage ;
3. Considérant que la question prioritaire de constitutionnalité porte sur le premier alinéa de l'article 460 du code civil ;
4. Considérant que la liberté du mariage, composante de la liberté personnelle, résulte des articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ; que cette liberté ne restreint pas la compétence que le législateur tient de l'article 34 de la Constitution pour fixer les conditions du mariage dès lors que, dans l'exercice de cette compétence, il ne prive pas de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel ;

qu'il est en outre loisible au législateur d'apporter à cette liberté des limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi ;

5. Considérant que, selon l'article 415 du code civil, les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire ; que cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne ; qu'elle a pour finalité l'intérêt de la personne protégée et favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci ; que l'article 428 du même code dispose que la mesure de protection ne peut être ordonnée par le juge qu'en cas de nécessité et lorsqu'il ne peut être suffisamment pourvu aux intérêts de la personne par l'application des règles du droit commun, par une autre mesure de protection judiciaire moins contraignante ou par le mandat de protection future ; qu'elle doit en outre être proportionnée et individualisée en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé ;

6. Considérant que la curatelle est l'une des mesures judiciaires de protection juridique qui, selon l'article 425 du code civil, peut être ordonnée à l'égard d'une personne atteinte d'une « altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté » ; que l'article 440 du même code dispose que le juge peut placer en curatelle « la personne qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425, d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile » ;

7. Considérant que l'article 460 du code civil n'interdit pas le mariage de la personne en curatelle ; qu'il permet avec l'autorisation du curateur ; que le refus du curateur peut être suppléé par l'autorisation du juge des tutelles dont la décision prononcée après un débat contradictoire doit être motivée en fonction de l'aptitude de l'intéressé à consentir au mariage ; que cette décision judiciaire est susceptible de recours ; que la personne en curatelle jouit des garanties nécessaires à l'exercice effectif de ces recours ;

8. Considérant qu'en égard aux obligations personnelles et patrimoniales qui en résultent, le mariage est « un acte important de la vie civile » ; qu'en subordonnant le mariage d'une personne en curatelle à l'autorisation du curateur ou à défaut à celle du juge, le législateur n'a pas privé la liberté du mariage de garanties légales ; que les restrictions dont il a accompagné son exercice, afin de protéger les intérêts de la personne, n'ont pas porté à cette liberté une atteinte disproportionnée ;

9. Considérant que le premier alinéa de l'article 460 du code civil n'est contraire à aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit ; que, par suite, il doit être déclaré conforme à la Constitution,

- **Décision n° 2012-261 QPC du 22 juin 2012 - M. Thierry B. [Consentement au mariage et opposition à mariage]**

1. Considérant qu'aux termes de l'article 146 du code civil : « Il n'y a pas de mariage lorsqu'il n'y a point de consentement » ;

2. Considérant qu'aux termes de l'article 175-1 du même code : « Le ministère public peut former opposition pour les cas où il pourrait demander la nullité du mariage » ;

3. Considérant qu'aux termes de l'article 180 du même code : « Le mariage qui a été contracté sans le consentement libre des deux époux, ou de l'un d'eux, ne peut être attaqué que par les époux, ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre, ou par le ministère public. L'exercice d'une contrainte sur les époux ou l'un d'eux, y compris par crainte révérencielle envers un ascendant, constitue un cas de nullité du mariage. « S'il y a eu erreur dans la personne, ou sur des qualités essentielles de la personne, l'autre époux peut demander la nullité du mariage » ;

4. Considérant que, selon le requérant, en subordonnant la validité du mariage à l'intention exclusive des époux ou futurs époux de s'engager dans l'union matrimoniale et en permettant qu'il soit fait obstacle à la célébration du mariage ou que son annulation soit prononcée en fonction de leurs motivations, ces dispositions méconnaissent la protection constitutionnelle de la liberté du mariage ;

5. Considérant que la liberté du mariage, composante de la liberté personnelle, résulte des articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ; que cette liberté ne restreint pas la compétence que le législateur tient de l'article 34 de la Constitution pour fixer les conditions du mariage dès lors que, dans l'exercice de cette compétence, il ne prive pas de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel ; qu'elle ne fait pas davantage obstacle à ce qu'il prenne des mesures de prévention ou de lutte contre les mariages contractés à des fins étrangères à l'union matrimoniale ;

6. Considérant, en premier lieu, que l'article 146 du code civil subordonne la validité du mariage au consentement des époux ; qu'il résulte de la jurisprudence constante de la Cour de cassation que le mariage est

nul, faute de consentement, lorsque les époux ne se sont prêtés à la cérémonie qu'en vue d'atteindre un résultat étranger à l'union matrimoniale ;

7. Considérant que la protection constitutionnelle de la liberté du mariage ne confère pas le droit de contracter mariage à des fins étrangères à l'union matrimoniale ; que, par suite, le grief tiré de ce que l'article 146 du code civil porterait atteinte à cette liberté doit être écarté ;

8. Considérant, en deuxième lieu, que l'article 175-1 prévoit que le procureur de la République peut s'opposer au mariage pour les cas où il pourrait demander sa nullité ; que ces cas, parmi lesquels figure celui prévu à l'article 146 du code civil, sont énumérés par l'article 184 du même code ;

9. Considérant que, selon l'article 176 du code civil, l'acte d'opposition, à peine de nullité, est motivé et reproduit le texte sur lequel elle est fondée ; que l'opposition du ministère public ne cesse de produire effet que sur décision judiciaire ; que les articles 177 et 178 du code civil prévoient que les futurs époux peuvent en demander la mainlevée au tribunal de grande instance qui se prononce dans les dix jours ; qu'en cas d'appel, la cour d'appel se prononce dans le même délai ; qu'il appartient en tout état de cause au procureur de la République, qui fonde son opposition sur l'article 146 du code civil en invoquant la simulation, de rapporter la preuve que la célébration n'est envisagée qu'à des fins étrangères à l'union matrimoniale ; que, compte tenu des garanties ainsi instituées, la faculté donnée au procureur de la République par l'article 175-1 du code civil de s'opposer à des mariages qui seraient célébrés en violation de règles d'ordre public, ne peut être regardée comme portant une atteinte excessive à la liberté du mariage ;

10. Considérant, en troisième lieu, que l'article 180 du code civil prévoit que le consentement au mariage est vicié en cas de contrainte sur un époux ou les deux ainsi qu'en cas d'erreur dans la personne ou sur des qualités essentielles de la personne ; que si, en cas d'erreur, seul l'époux qui en a été victime peut en demander la nullité, le mariage contracté sans le consentement libre des époux ou de l'un d'eux peut également être attaqué par le ministère public ;

11. Considérant que ces dispositions permettent ainsi au procureur de la République de former opposition au mariage, ou d'en poursuivre l'annulation, en cas de contrainte ; que, loin de méconnaître le principe de la liberté du mariage, ces dispositions tendent à en assurer la protection ;

12. Considérant que les articles 146, 175-1 et 180 du code civil ne sont contraires à aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit ; qu'ils doivent être déclarés conformes à la Constitution ;

3. Sur la méconnaissance du droit à un recours juridictionnel effectif

- Décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003 - Loi pour la sécurité intérieure

- SUR L'ARTICLE 3 :

2. Considérant que l'article 3 de la loi déferée complète l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales par un 4° relatif aux pouvoirs de réquisition conférés au préfet en vue de rétablir l'ordre public ; qu'aux termes du premier alinéa de ce 4° : " En cas d'urgence, lorsque l'atteinte au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, réquisitionner tout bien et service, requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin " ; qu'en vertu de son deuxième alinéa, cet arrêté doit être motivé et fixer la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition, ainsi que les modalités de son application ; que son troisième alinéa dispose que le préfet peut faire exécuter d'office les mesures prescrites par son arrêté ; que les quatre alinéas suivants sont relatifs à la rétribution due par l'Etat aux personnes requises ; qu'aux termes du huitième alinéa : " En cas d'inexécution volontaire par la personne requise des obligations qui lui incombent en application de l'arrêté édicté par le préfet, le président du tribunal administratif ou le magistrat qu'il délègue peut, sur demande de l'autorité requérante, prononcer une astreinte dans les conditions prévues aux articles L. 911-6 à L. 911-8 du code de justice administrative " ; qu'enfin, le dernier alinéa dispose que " Le refus d'exécuter les mesures prescrites par l'autorité requérante constitue un délit qui est puni de six mois d'emprisonnement et de 10 000 euros d'amende " ;

3. Considérant que les auteurs des deux saisines reprochent à cette disposition d'être rédigée en termes trop généraux et imprécis pour satisfaire aux exigences de l'article 34 de la Constitution, alors même que les

pouvoirs qu'elle confère au préfet seraient susceptibles d'affecter l'exercice des libertés publiques ; qu'il en serait ainsi en particulier de la formule : " prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin " ; que la disposition contestée serait en outre, selon eux, contraire au principe de nécessité des peines, dès lors que l'astreinte prononcée par le tribunal administratif, en cas d'inexécution volontaire par la personne requise des obligations lui incombant en vertu de l'arrêté préfectoral, pourra se cumuler avec la sanction pénale prévue en cas d'inexécution des mesures prescrites par l'autorité requérante ;

4. Considérant, en premier lieu, que les dispositions contestées tendent à préciser et à compléter les pouvoirs de police administrative appartenant d'ores et déjà à l'autorité préfectorale en cas d'urgence, lorsque le rétablissement de l'ordre public exige des mesures de réquisition ; qu'en apportant les précisions et compléments en cause, le législateur n'est pas resté en deçà de sa compétence ; qu'en outre, les mesures prises par le préfet, sur le fondement de ces dispositions, pourront être contestées par les intéressés devant le juge administratif, notamment dans le cadre d'un référé ou d'une procédure d'astreinte ;

5. Considérant, en second lieu, que l'astreinte dont le principe est institué par les dispositions précitées a pour finalité de contraindre la personne qui s'y refuse à exécuter les obligations auxquelles l'arrêté de réquisition la soumet ; qu'elle ne saurait être regardée comme une peine ou une sanction au sens de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ; que, par suite, les moyens tirés de la violation des principes de nécessité des peines et de non-cumul des peines pour une même faute doivent être écartés comme inopérants ;

- **Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 – Mlle Danielle S. [Hospitalisation sans consentement]**

. En ce qui concerne le droit à un recours juridictionnel effectif :

33. Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution » ; qu'est garanti par cette disposition le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif ;

34. Considérant, en premier lieu, qu'en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 326-3 du code de la santé publique toute personne hospitalisée sans son consentement doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits ; que, selon le troisième alinéa de ce même article, elle dispose « en tout état de cause » du droit de prendre conseil d'un avocat de son choix ;

35. Considérant, en deuxième lieu, que la Constitution reconnaît deux ordres de juridictions au sommet desquels sont placés le Conseil d'État et la Cour de cassation ; que figure au nombre des « principes fondamentaux reconnus par les lois de la République » celui selon lequel, à l'exception des matières réservées par nature à l'autorité judiciaire, relève en dernier ressort de la compétence de la juridiction administrative l'annulation ou la réformation des décisions prises, dans l'exercice des prérogatives de puissance publique, par les autorités exerçant le pouvoir exécutif, leurs agents, les collectivités territoriales de la République ou les organismes publics placés sous leur autorité ou leur contrôle ;

36. Considérant que, dans la mise en œuvre de ce principe, lorsque l'application d'une législation ou d'une réglementation spécifique pourrait engendrer des contestations contentieuses diverses qui se répartiraient, selon les règles habituelles de compétence, entre la juridiction administrative et la juridiction judiciaire, il est loisible au législateur, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, d'unifier les règles de compétence juridictionnelle au sein de l'ordre juridictionnel principalement intéressé ;

37. Considérant que, si, en l'état du droit applicable, les juridictions de l'ordre judiciaire ne sont pas compétentes pour apprécier la régularité de la procédure et de la décision administratives qui ont conduit à une mesure d'hospitalisation sans consentement, la dualité des ordres de juridiction ne limite pas leur compétence pour apprécier la nécessité de la privation de liberté en cause ;

38. Considérant, en troisième lieu, que l'article L. 351 du code de la santé publique reconnaît à toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit le droit de se pourvoir par simple requête à tout moment devant le président du tribunal de grande instance pour qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement ; que le droit de saisir ce juge est également reconnu à toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de la personne hospitalisée ;

39. Considérant toutefois que, s'agissant d'une mesure privative de liberté, le droit à un recours juridictionnel effectif impose que le juge judiciaire soit tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate dans les plus brefs délais compte tenu de la nécessité éventuelle de recueillir des éléments d'information complémentaires sur l'état de santé de la personne hospitalisée ;

40. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que, sous la réserve énoncée au considérant 39, les articles L. 326-3 et L. 351 du code de la santé publique ne sont pas contraires aux droits et libertés que la Constitution garantit ;

- **Décision n° 2011-119 QPC du 1 avril 2011 - Mme Denise R. et autre [Licenciement des assistants maternels]**

1. Considérant qu'aux termes de l'article L. 773-20 du code du travail, devenu article L. 423-8 du code de l'action sociale et des familles :

« En cas de suspension de l'agrément, l'assistant maternel ou l'assistant familial relevant de la présente section est suspendu de ses fonctions par l'employeur pendant une période qui ne peut excéder quatre mois. Durant cette période, l'assistant maternel ou l'assistant familial bénéficie d'une indemnité compensatrice qui ne peut être inférieure à un montant minimal fixé par décret.

« En cas de retrait d'agrément, l'employeur est tenu de procéder au licenciement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

« L'assistant maternel ou l'assistant familial suspendu de ses fonctions bénéficie, à sa demande, d'un accompagnement psychologique mis à sa disposition par son employeur pendant le temps de la suspension de ses fonctions » ;

2. Considérant que, selon la requérante, l'article L. 773-20 du code du travail, devenu l'article L. 423-8 du code de l'action sociale et des familles, instaure une sanction automatique portant atteinte à la présomption d'innocence ; qu'il méconnaît également le principe du droit au travail garanti par le Préambule de la Constitution de 1946, le principe d'égalité des citoyens devant la loi, ainsi que le droit à un procès équitable ;

3. Considérant, en premier lieu, que les principes résultant des articles 8 et 9 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ne s'appliquent qu'aux peines et aux sanctions ayant le caractère d'une punition ; qu'en vertu de l'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles, un agrément, délivré par le président du conseil général du département où le demandeur réside, est nécessaire pour exercer la profession d'assistant maternel ou d'assistant familial ; que cet agrément est accordé « si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs et majeurs de moins de vingt et un ans accueillis » ; qu'en vertu de l'article L. 421-6 du même code, il peut être retiré « si les conditions de l'agrément cessent d'être remplies » ; que le licenciement auquel est tenu de procéder l'employeur, en application de la disposition contestée, n'est qu'une conséquence directe du retrait d'agrément ; qu'il ne saurait, dès lors, être regardé comme une sanction ayant le caractère d'une punition ; qu'il s'ensuit que le grief tiré de la méconnaissance du principe de présomption d'innocence est inopérant ;

4. Considérant, en deuxième lieu, qu'en prévoyant un agrément pour exercer la profession d'assistant maternel ou d'assistant familial, le législateur a entendu garantir « la sécurité, la santé et l'épanouissement des mineurs et majeurs de moins de vingt et un ans » ; que, ce faisant, il a opéré une conciliation entre le droit d'obtenir un emploi et les exigences constitutionnelles des dixième et onzième alinéas du Préambule de 1946 ; qu'il n'a méconnu ni le principe d'égalité devant la loi ni le droit pour chacun d'obtenir un emploi ;

5. Considérant, en dernier lieu, que les décisions de suspension ou de retrait d'agrément des assistants maternels ou familiaux constituent des décisions administratives susceptibles d'être déférées au juge de l'excès de pouvoir et de faire l'objet d'un référé-suspension sur le fondement de l'article L. 521 1 du code de justice administrative ; que, par suite, le grief tiré de l'atteinte portée au droit au recours doit être écarté ;

- **Décision n° 2011-198 QPC du 25 novembre 2011 - M. Albin R. [Droits de plaidoirie]**

1. Considérant qu'aux termes du 1° du paragraphe I de l'article 74 de la loi du 29 décembre 2010 susvisée, l'aide juridictionnelle concerne tous les frais afférents aux instances, procédures ou actes pour lesquels elle a été accordée, « à la seule exception des droits de plaidoirie » ;

2. Considérant que, selon le requérant et l'intervenant, cette disposition méconnaît le droit au recours juridictionnel effectif et, en conséquence, le principe d'égalité devant la justice et le principe de prévisibilité de la loi ;

3. Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution » ; qu'il résulte de cette disposition qu'il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction ;

4. Considérant que l'aide juridictionnelle allouée par l'État peut être demandée par tout justiciable et lui est accordée s'il satisfait aux conditions de son attribution ; que les dispositions contestées qui excluent les droits de plaidoirie du champ de cette aide ne méconnaissent pas, eu égard à leur faible montant, le droit au recours effectif devant une juridiction ; qu'en tout état de cause, il appartient au pouvoir réglementaire, compétent pour

fixer le montant de ces droits, de le faire dans une mesure compatible avec l'exigence constitutionnelle rappelée ci-dessus ;

5. Considérant que la disposition contestée n'est contraire à aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit,

- **Décision n° 2012-268 QPC du 27 juillet 2012 - Mme Annie M. [Recours contre l'arrêté d'admission en qualité de pupille de l'État]**

1. Considérant qu'aux termes de l'article L. 224-8 du code de l'action sociale et des familles : « L'admission en qualité de pupille de l'État peut faire l'objet d'un recours, formé dans le délai de trente jours suivant la date de l'arrêté du président du conseil général devant le tribunal de grande instance, par les parents, en l'absence d'une déclaration judiciaire d'abandon ou d'un retrait total de l'autorité parentale, par les alliés de l'enfant ou toute personne justifiant d'un lien avec lui, notamment pour avoir assuré sa garde, de droit ou de fait, et qui demandent à en assumer la charge.

« S'il juge cette demande conforme à l'intérêt de l'enfant, le tribunal confie sa garde au demandeur, à charge pour ce dernier de requérir l'organisation de la tutelle, ou lui délègue les droits de l'autorité parentale et prononce l'annulation de l'arrêté d'admission.

« Dans le cas où il rejette le recours, le tribunal peut autoriser le demandeur, dans l'intérêt de l'enfant, à exercer un droit de visite dans les conditions qu'il détermine » ;

2. Considérant que, selon la requérante, en fixant à la date de l'arrêté d'admission d'un enfant en qualité de pupille de l'État le point de départ du délai de trente jours pour contester cet arrêté, sans prévoir sa publication ou sa notification aux personnes ayant qualité pour agir, les dispositions contestées méconnaissent le droit à un recours juridictionnel effectif ;

3. Considérant que la question prioritaire de constitutionnalité porte sur le premier alinéa de l'article L. 224-8 du code de l'action sociale et des familles ;

4. Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution » ; qu'il résulte de cette disposition qu'il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction ;

5. Considérant que les enfants mineurs recueillis par le service de l'aide sociale à l'enfance et qui se trouvent dans une situation d'abandon du fait de la volonté, de la carence ou de l'absence de leurs parents constatée dans les conditions prévues par l'article L. 224-4 du code de l'action sociale et des familles, sont admis en qualité de pupille de l'État ; qu'en application de l'article 347 du code civil, les pupilles de l'État peuvent être adoptés ; que l'article L. 225-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que ces pupilles « doivent faire l'objet d'un projet d'adoption dans les meilleurs délais » ; qu'il résulte de l'article 351 du code civil qu'un pupille de l'État peut être placé en vue de l'adoption ; que l'article 352 du même code prévoit que « le placement en vue de l'adoption met obstacle à toute restitution de l'enfant à sa famille d'origine » ;

6. Considérant que l'admission en qualité de pupille de l'État intervient immédiatement lorsque l'enfant a fait l'objet d'une déclaration judiciaire d'abandon en application de l'article 350 du code civil ou lorsque les parents ont fait l'objet d'un retrait total de l'autorité parentale en vertu des articles 378 et 378-1 du code civil ; qu'en application de l'article L. 224-4 du code de l'action sociale et des familles, l'enfant n'est admis en qualité de pupille de l'État qu'après l'écoulement d'un délai de deux mois suivant la date d'établissement du procès-verbal d'admission à titre provisoire, soit lorsque sa filiation n'est pas établie ou est inconnue, soit lorsque, sa filiation étant établie et connue, l'enfant a été expressément remis au service de l'aide sociale à l'enfance en vue de son admission comme pupille de l'État par les personnes qui ont qualité pour consentir à son adoption, soit lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère et que sa tutelle n'est pas organisée selon le chapitre II du titre X du livre Ier du code civil ; que ce délai est porté à six mois lorsque l'enfant, dont la filiation est établie et connue, a été remis au service de l'aide sociale à l'enfance en vue de son admission en qualité de pupille de l'État par son père ou sa mère et que l'autre parent n'a pas fait connaître au service, pendant ce délai, son intention d'en assumer la charge ; que, dans ce dernier cas, le service de l'aide sociale à l'enfance « s'emploie à connaître les intentions de l'autre parent » avant l'expiration de ce délai de six mois ; que, selon l'article L. 224-6 du code de l'action sociale et des familles, tant que l'admission en qualité de pupille de l'État n'a pas acquis un caractère définitif, l'enfant peut être repris immédiatement et sans aucune formalité par celui de ses père ou mère qui l'a confié au service ;

7. Considérant que l'article L. 224-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit que l'enfant est déclaré pupille de l'État à titre provisoire à la date à laquelle est établi le procès-verbal qui constate son recueil par le

service de l'aide sociale à l'enfance ; que l'article L. 224-4 prévoit que l'admission de l'enfant en qualité de pupille de l'État à titre définitif n'intervient par arrêté du président du conseil général qu'à l'issue des délais précités ; qu'en adoptant les dispositions contestées par la loi du 6 juin 1984 susvisée, le législateur a institué une voie de recours devant le tribunal de grande instance contre cet arrêté d'admission en qualité de pupille de l'État à titre définitif ; qu'à cette fin, il a conféré la qualité pour agir aux parents, en l'absence d'une déclaration judiciaire d'abandon ou d'un retrait total de l'autorité parentale, ainsi qu'aux alliés de l'enfant et, plus largement, à toute personne justifiant d'un lien avec lui, notamment pour avoir assuré sa garde, de droit ou de fait, et qui demandent à en assumer la charge ; que le point de départ du délai de trente jours pour saisir le tribunal d'une contestation court à compter de l'admission de l'enfant en qualité de pupille de l'État à titre définitif ;

8. Considérant que le législateur a, d'une part, estimé qu'il serait contraire à l'intérêt de l'enfant de publier l'arrêté de son admission en qualité de pupille de l'État et, d'autre part, prévu que toute personne justifiant d'un lien avec l'enfant peut former une contestation pendant un délai de trente jours à compter de cet arrêté ; que le Conseil constitutionnel ne dispose pas d'un pouvoir d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement ; qu'il ne lui appartient pas de substituer son appréciation à celle du législateur sur la conciliation qu'il y a lieu d'opérer, dans l'intérêt de l'enfant remis au service de l'aide sociale à l'enfance dans les conditions précitées, entre les droits des personnes qui entendent se prévaloir d'une relation antérieure avec lui et l'objectif de favoriser son adoption ;

9. Considérant, toutefois, que, si le législateur a pu choisir de donner qualité pour agir à des personnes dont la liste n'est pas limitativement établie et qui ne sauraient, par conséquent, recevoir toutes individuellement la notification de l'arrêté en cause, il ne pouvait, sans priver de garanties légales le droit d'exercer un recours juridictionnel effectif, s'abstenir de définir les cas et conditions dans lesquels celles des personnes qui présentent un lien plus étroit avec l'enfant sont effectivement mises à même d'exercer ce recours ; que, par suite, les dispositions du premier alinéa de l'article L. 224-8 du code de l'action sociale et des familles méconnaissent les exigences de l'article 16 de la Déclaration de 1789 et doivent être déclarées contraires à la Constitution ;

10. Considérant qu'aux termes du deuxième alinéa de l'article 62 de la Constitution : « Une disposition déclarée inconstitutionnelle sur le fondement de l'article 61-1 est abrogée à compter de la publication de la décision du Conseil constitutionnel ou d'une date ultérieure fixée par cette décision. Le Conseil constitutionnel détermine les conditions et limites dans lesquelles les effets que la disposition a produits sont susceptibles d'être remis en cause » ; que, si, en principe, la déclaration d'inconstitutionnalité doit bénéficier à l'auteur de la question prioritaire de constitutionnalité et la disposition déclarée contraire à la Constitution ne peut être appliquée dans les instances en cours à la date de la publication de la décision du Conseil constitutionnel, les dispositions de l'article 62 de la Constitution réservent à ce dernier le pouvoir tant de fixer la date de l'abrogation et reporter dans le temps ses effets que de prévoir la remise en cause des effets que la disposition a produits avant l'intervention de cette déclaration ;

11. Considérant que l'abrogation immédiate des dispositions critiquées aurait pour effet de supprimer le droit de contester l'arrêté d'admission en qualité de pupille de l'État et aurait des conséquences manifestement excessives ; qu'afin de permettre au législateur de remédier à l'inconstitutionnalité constatée, il y a lieu de reporter au 1er janvier 2014 la date de cette abrogation ; qu'elle n'est applicable qu'à la contestation des arrêtés d'admission en qualité de pupille de l'État pris après cette date,

- **Décision n° 2015-490 QPC du 14 octobre 2015 - M. Omar K. [Interdiction administrative de sortie du territoire]**

- SUR LES GRIEFS TIRÉS DE LA MÉCONNAISSANCE DE LA LIBERTÉ D'ALLER ET DE VENIR ET DU DROIT À UN RECOURS JURIDICTIONNEL EFFECTIF :

3. Considérant que, selon le requérant, dans la mesure où, en premier lieu, les dispositions contestées confient à l'autorité administrative, et non à un juge judiciaire, le pouvoir de prononcer une interdiction de sortie du territoire, en deuxième lieu, elles ne définissent pas précisément les conditions du prononcé de cette interdiction et ne le soumettent pas à une procédure contradictoire préalable lors de son édicton ou de son renouvellement et, en troisième lieu, elles ne prévoient pas un contrôle juridictionnel suffisant, elles portent une atteinte disproportionnée à la liberté d'aller et de venir et méconnaissent le droit à un recours juridictionnel effectif ;

4. Considérant qu'en vertu de l'article 34 de la Constitution, la loi fixe les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques ; que, dans le cadre de cette mission, il appartient au législateur d'opérer la conciliation nécessaire entre la prévention des atteintes à l'ordre public et le respect des droits et libertés constitutionnellement garantis, au nombre desquels figurent la liberté d'aller et venir, composante de la liberté personnelle protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits

de l'homme et du citoyen de 1789 ; que la liberté d'aller et de venir n'est pas limitée au territoire national mais comporte également le droit de le quitter ;

5. Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution » ; qu'est notamment garanti par cette disposition le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif ;

6. Considérant qu'en donnant au ministre de l'intérieur le pouvoir d'interdire à tout Français de sortir du territoire de la République dès lors qu'il existe des raisons sérieuses de penser qu'il projette des déplacements à l'étranger en vue de participer à des activités terroristes ou de se rendre sur un théâtre d'opérations de groupements terroristes, dans des conditions susceptibles de le conduire à porter atteinte à la sécurité publique lors de son retour sur le territoire français, le législateur a entendu renforcer les pouvoirs de police administrative de l'État en matière de lutte contre le terrorisme ; qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur a ainsi poursuivi l'objectif de prévention des atteintes à l'ordre public ;

7. Considérant en premier lieu, que l'interdiction de sortie du territoire français ne peut être mise en œuvre que pour des motifs liés à la prévention du terrorisme ; que ces motifs sont expressément et précisément définis par les 1° et 2° de l'article L. 224-1 du code de la sécurité intérieure ; que la décision prononçant l'interdiction doit être écrite et motivée ; que la personne doit être mise en mesure de présenter ses observations dans un délai maximal de huit jours après la notification de la décision d'interdiction initiale ; qu'aucune exigence constitutionnelle n'impose qu'une telle décision soit prononcée par une juridiction ; qu'il appartient à l'autorité compétente, sous le contrôle du juge, d'apprécier si les conditions précitées exigées par la loi sont réunies ;

8. Considérant, en deuxième lieu, que l'interdiction de sortie du territoire peut être prononcée pour une durée maximale de six mois à compter de sa notification ; qu'elle doit être levée dès qu'il apparaît que les conditions prévues par le 1° ou le 2° de l'article L. 224-1 ne sont plus satisfaites ; qu'en outre, si elle peut être renouvelée tous les six mois par décisions expresse et motivées, sa durée globale ne peut excéder deux années ; que, conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 susvisée, chaque renouvellement de l'interdiction ne peut intervenir « qu'après que la personne intéressée a été mise à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales » ;

9. Considérant, en troisième lieu, que la décision d'interdiction de sortie du territoire peut, dans le délai du recours contentieux, faire l'objet d'un recours en excès de pouvoir devant le juge administratif ; que saisi d'un tel recours, le tribunal administratif doit statuer dans un délai de quatre mois ; qu'en outre, cette interdiction peut être contestée devant le juge des référés qui, sur le fondement des articles L. 521-1 et 521-2 du code de justice administrative, peut suspendre l'exécution de la mesure d'interdiction ou ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale ; qu'il appartient au juge de vérifier que la mesure est justifiée par la nécessité de prévenir les atteintes à l'ordre public visées par l'article L. 224-1 du code de la sécurité intérieure et qu'elle ne porte pas une atteinte disproportionnée à la liberté d'aller et de venir ;

10. Considérant, en quatrième lieu, que si l'interdiction de sortie du territoire emporte, dès son prononcé et à titre conservatoire, l'invalidation du passeport et de la carte nationale d'identité de la personne concernée ou fait obstacle à la délivrance d'un tel document, un récépissé valant justification de son identité lui est remis en échange de la restitution de son passeport et de sa carte nationale d'identité ou, à sa demande, en lieu et place de la délivrance d'un tel document ; que ce récépissé suffit à justifier de l'identité de la personne sur le territoire national et lui permet d'accomplir les actes qui exigent un justificatif d'identité ;

11. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que, eu égard aux objectifs que le législateur s'est assignés et à l'ensemble de ces garanties, le législateur a adopté des mesures assurant une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre la liberté d'aller et de venir et la protection des atteintes à l'ordre public ; qu'il n'a pas non plus méconnu le droit à un recours juridictionnel effectif ;

12. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les griefs tirés de la méconnaissance de la liberté d'aller et de venir et du droit à un recours juridictionnel effectif doivent être écartés ;

- Décision n° 2015-500 OPC du 27 novembre 2015 – Société Foot Locker France SAS [Contestation et prise en charge des frais d'une expertise décidée par le CHSCT]

7. Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée ni la séparation des pouvoirs déterminée n'a point de Constitution » ; que sont garantis par cette disposition, le droit des personnes intéressées à exercer un recours juridictionnel effectif, le droit à un procès équitable, ainsi que le principe du contradictoire ;

8. Considérant, en premier lieu, qu'en vertu de l'article L. 4614-12 du code du travail, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est compétent pour décider de faire appel à un expert agréé en cas de risque grave dans l'établissement ou en cas de projet important modifiant les conditions de santé, de sécurité ou de travail ; que les frais de l'expertise décidée par le comité sont, en vertu des dispositions du premier alinéa de l'article L. 4614-13 du même code, à la charge de l'employeur ; qu'en adoptant ces dispositions, le législateur a mis en œuvre les exigences constitutionnelles de participation des travailleurs à la détermination des conditions de travail ainsi que de protection de la santé des travailleurs, qui découlent des huitième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 ;

9. Considérant, en deuxième lieu, qu'en vertu des dispositions de la première phrase du deuxième alinéa du même article, l'employeur peut former un recours devant le juge judiciaire afin de contester la nécessité de l'expertise, la désignation de l'expert, le coût, l'étendue ou le délai de l'expertise ; qu'en organisant cette voie de droit pour contester la décision de recourir à un expert, le législateur a entendu assurer la conciliation entre les exigences constitutionnelles mentionnées au considérant précédent et les exigences découlant de l'article 16 de la Déclaration de 1789 ;

10. Considérant toutefois que l'expert peut accomplir sa mission dès que le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail fait appel à lui, nonobstant un recours formé par l'employeur dans les plus brefs délais contre la décision du comité ; que, s'il résulte des articles R. 4614-19 et R. 4614-20 du code du travail que le président du tribunal de grande instance statue en urgence, en la forme des référés, sur le recours formé par l'employeur, ni les dispositions contestées ni aucune autre disposition n'imposent au juge judiciaire saisi d'un recours de l'employeur de statuer dans un délai déterminé ; que l'employeur est tenu de payer les honoraires correspondant aux diligences accomplies par l'expert alors même qu'il a obtenu l'annulation de la décision du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; que la combinaison de l'absence d'effet suspensif du recours de l'employeur et de l'absence de délai d'examen de ce recours conduit, dans ces conditions, à ce que l'employeur soit privé de toute protection de son droit de propriété en dépit de l'exercice d'une voie de recours ; qu'il en résulte que la procédure applicable méconnaît les exigences découlant de l'article 16 de la Déclaration de 1789 et prive de garanties légales la protection constitutionnelle du droit de propriété ; que, par suite, et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres griefs, le premier alinéa et la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4614-13 du code du travail doivent être déclarés contraires à la Constitution ;

- **Décision n° 2015-503 QPC du 4 décembre 2015 - M. Gabor R. [Effets de la représentation mutuelle des personnes soumises à imposition commune postérieurement à leur séparation]**

- SUR LA CONFORMITÉ DES DISPOSITIONS CONTESTÉES AUX DROITS ET LIBERTÉS QUE LA CONSTITUTION GARANTIT :

6. Considérant qu'il ressort de la jurisprudence constante du Conseil d'État que les personnes soumises à une imposition commune sont, alors même qu'elles sont séparées ou divorcées, réputées continuer se représenter mutuellement dans les instances relatives à la dette fiscale correspondant à l'ensemble des revenus du foyer perçus pendant la période d'imposition commune ;

7. Considérant qu'en posant une question prioritaire de constitutionnalité, tout justiciable a le droit de contester la constitutionnalité de la portée effective qu'une interprétation jurisprudentielle constante confère à la disposition législative contestée ;

8. Considérant que les dispositions du deuxième alinéa du 1 de l'article 6 du code général des impôts instituent le principe de l'imposition commune des époux à raison des revenus du foyer et qu'il en va de même, en application du troisième alinéa, des partenaires liés par un pacte civil de solidarité ; que, par dérogation, le 4 de cet article 6 prévoit que les époux font l'objet d'impositions distinctes lorsqu'ils sont séparés de biens et ne vivent pas sous le même toit, lorsqu'étant en instance de séparation de corps ou de divorce, ils ont été autorisés à avoir des résidences séparées et, enfin, lorsqu'en cas d'abandon du domicile conjugal par l'un ou l'autre des époux, chacun dispose de revenus distincts ; que les époux divorcés ou les partenaires d'un pacte civil de solidarité dissous ne sont plus soumis à une imposition commune pour la période postérieure au divorce ou à la dissolution du pacte civil de solidarité ; qu'en vertu de l'article 7 du code général des impôts, les règles d'imposition, d'assiette et de liquidation de l'impôt ainsi que celles concernant la souscription des déclarations prévues en matière d'impôt sur le revenu pour les contribuables mariés sont applicables dans les mêmes conditions aux partenaires liés par un pacte civil de solidarité ;

9. Considérant que les dispositions du paragraphe I de l'article 1691 bis du code général des impôts instituent, entre les époux ou entre les partenaires liés par un pacte civil de solidarité, une solidarité de paiement de l'impôt sur le revenu lorsqu'ils font l'objet d'une imposition commune ;

10. Considérant, en premier lieu, qu'aux termes de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, la loi « doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse » ; que le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit ;

11. Considérant que si, en règle générale, le principe d'égalité impose de traiter de la même façon des personnes qui se trouvent dans la même situation, il n'en résulte pas pour autant qu'il oblige à traiter différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes ; que les dispositions contestées qui traitent de la même manière, comme codébitrices de l'impôt sur les revenus perçus au cours de la période d'imposition commune, les personnes soumises à une imposition commune en application des articles 6 et 7 du code général des impôts, quelle que soit l'évolution de leur situation matrimoniale, de leurs liens au titre d'un pacte civil de solidarité ou de leur résidence au cours de la procédure de contrôle de l'impôt ne méconnaissent pas le principe d'égalité ;

12. Considérant, en second lieu, qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration de 1789 : « Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée ni la séparation des pouvoirs déterminée n'a point de Constitution » ; qu'il résulte de cette disposition qu'il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction ;

13. Considérant que les dispositions contestées telles qu'interprétées instituent entre les personnes soumises à imposition commune une présomption irréfragable de représentation mutuelle pour la procédure de contrôle de l'impôt dû au titre des revenus perçus au cours de la période d'imposition commune, quelle que soit l'évolution de leur situation matrimoniale, de leurs liens au titre d'un pacte civil de solidarité ou de leur résidence au cours de cette procédure ; qu'il en résulte que la notification, à une seule de ces personnes, de l'avis de mise en recouvrement, qui constitue le dernier acte de la procédure d'imposition, fait courir, à l'égard de chacune d'entre elles, le délai de la réclamation contentieuse prévue par l'article L. 190 du livre des procédures fiscales ;

14. Considérant qu'il est loisible au législateur d'instituer une présomption irréfragable de représentation mutuelle entre les personnes soumises à imposition commune pour la procédure de contrôle de l'impôt dû au titre des revenus perçus au cours de la période d'imposition commune ; que, toutefois, lorsque deux personnes précédemment soumises à imposition commune font l'objet d'une imposition distincte à la date de notification de l'avis de mise en recouvrement, émis aux fins de recouvrer des impositions supplémentaires établies sur les revenus perçus par le foyer au cours de la période d'imposition commune, la garantie du droit à un recours juridictionnel effectif impose que chacune d'elles soit mise à même d'exercer son droit de former une réclamation contentieuse, dès lors qu'elle a informé l'administration fiscale du changement de sa situation matrimoniale, de ses liens au titre d'un pacte civil de solidarité ou de sa résidence et, le cas échéant, de son adresse ; que, par suite, les dispositions contestées porteraient une atteinte disproportionnée au droit des intéressés de former une telle réclamation si le délai de réclamation pouvait commencer à courir sans que l'avis de mise en recouvrement ait été porté à la connaissance de chacun d'eux ; que, sous cette réserve, les mots « notifiés à l'un d'eux » figurant dans la seconde phrase de l'article L. 54 A du livre des procédures fiscales, qui ne méconnaissent ni les exigences de l'article 16 de la Déclaration de 1789, ni aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit, doivent être déclarés conformes à la Constitution ;

15. Considérant que la réserve énoncée au considérant 14 n'est applicable qu'aux cotisations supplémentaires d'impôt sur le revenu établies à compter de la date de publication de la présente décision ;

16. Considérant qu'afin de préserver l'effet utile de la présente décision pour les cotisations supplémentaires d'impôt sur le revenu établies antérieurement à la date de publication de cette décision, la mise en jeu de la responsabilité solidaire de l'une des personnes antérieurement soumises à imposition commune, par le premier acte de recouvrement forcé pour obtenir le paiement de cotisations supplémentaires d'impôt sur le revenu au titre de la période de cette imposition commune, dès lors qu'elle n'a pas été destinataire de la décision d'imposition doit être regardée comme constituant un événement lui ouvrant un délai propre de réclamation sur le fondement de l'article L. 190 du livre des procédures fiscales,

- **Décision n° 2016-745 DC du 26 janvier 2017 - Loi relative à l'égalité et à la citoyenneté**

- Sur certaines dispositions de l'article 149 :

79. Le 3° de l'article 149 de la loi déferée modifie l'article 3 de la loi du 5 juillet 2000 mentionnée ci-dessus. Il prévoit au paragraphe I de cet article 3 que, lorsqu'une commune ou un établissement public de coopération intercommunale n'a pas rempli les obligations mises à sa charge par le schéma départemental en matière d'aménagement, d'entretien et de gestion des aires et terrains d'accueil des gens du voyage, le préfet le met en demeure de prendre les mesures requises, lui fixe un calendrier de mise en œuvre et évalue les montants des dépenses correspondantes. Si la commune ou l'établissement public ne satisfait pas à cette mise en demeure dans

le délai prévu, le préfet lui ordonne de consigner entre les mains d'un comptable public les sommes correspondantes, ces dernières étant restituées au fur et à mesure de l'exécution des mesures requises. L'opposition à cette consignation, formée devant le juge administratif, n'a pas de caractère suspensif. Le paragraphe II du même article 3 prévoit qu'une nouvelle mise en demeure peut intervenir si, à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la consignation, les mesures n'ont pas été prises ou ne l'ont été que partiellement. Si la commune ou l'établissement public n'obtempère pas dans les délais prévus par le second calendrier fixé à cette occasion, l'État s'y substitue pour procéder, pour son compte, aux opérations nécessaires, en utilisant, le cas échéant, les sommes consignées. À compter de l'achèvement des travaux, la commune ou l'établissement public devient de plein droit propriétaire des aires ou terrains ainsi aménagés. Le paragraphe III de l'article 3 précise que les dépenses d'acquisition, d'aménagement, d'entretien et de gestion des aires et terrains d'accueil des gens du voyage constituent, pour les communes ou établissements publics de coopération intercommunale, une dépense obligatoire.

80. Les sénateurs requérants estiment que les troisième et quatrième alinéas du 3° de l'article 149, qui prévoient la consignation d'une partie du budget des communes ou des établissements publics de coopération intercommunale, pour leur imposer la construction d'aires et de terrains d'accueil, portent atteinte au principe de libre administration des collectivités territoriales et à leur autonomie financière. Ils reprochent à ce dispositif de consignation, d'une part, de ne pas être justifié par un motif d'intérêt général et, d'autre part, de ne pas être entouré de suffisamment de garanties, notamment en raison de l'absence d'effet suspensif du recours contre l'ordre de consignation.

81. En premier lieu, lorsqu'une commune ou un établissement public de coopération intercommunale ne respecte pas ses obligations en matière d'accueil des gens du voyage, l'article 3 de la loi du 5 juillet 2000 permet au préfet de s'y substituer afin de mettre en œuvre les mesures nécessaires. Le pouvoir de consignation conféré au préfet par le deuxième alinéa du paragraphe I de ce même article vise, d'une part, à inciter la commune ou l'établissement public en cause à mettre lui-même en œuvre ces mesures, en réservant la disponibilité des sommes consignées à cette mise en œuvre. D'autre part, en autorisant le préfet à payer, au moyen des sommes consignées, les opérations auxquelles il procède en substitution de la commune ou de l'établissement public, les dispositions contestées lui permettent de remédier à la carence de la collectivité territoriale.

82. En deuxième lieu, l'objet et la portée de la compétence ainsi conférée au préfet sont précisément définis et en adéquation avec l'objectif poursuivi.

83. En dernier lieu, d'une part, l'ordre de consignation est pris après mise en demeure de la commune ou de l'établissement public de se conformer à ses obligations selon un calendrier déterminé. D'autre part, le montant des sommes consignées ne peut excéder celui des dépenses correspondant aux mesures requises pour satisfaire les obligations définies par le schéma départemental. Enfin, l'ordre de consignation peut faire l'objet d'un recours juridictionnel. Le législateur, auquel il était par ailleurs loisible de prévoir que le recours contre l'ordre de consignation ne serait pas suspensif, a ainsi assorti la procédure de consignation qu'il a instaurée de garanties suffisantes.

84. Il résulte de tout ce qui précède qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur n'a ni porté une atteinte disproportionnée à la libre administration des collectivités territoriales ni méconnu aucune autre exigence constitutionnelle. Les troisième et quatrième alinéas du 3° de l'article 149 de la loi déferée sont donc conformes à la Constitution.