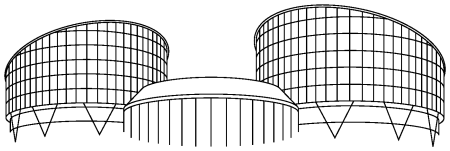

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS
COUR EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME

GRANDE CHAMBRE

AFFAIRE LAMBERT ET AUTRES c. FRANCE

(Requête n° 46043/14)

ARRÊT

STRASBOURG

5 juin 2015

Cet arrêt est définitif. Il peut subir des retouches de forme.

En l'affaire Lambert et autres c. France,

La Cour européenne des droits de l'homme, siégeant en une Grande Chambre composée de :

Dean Spielmann, *président,*
Guido Raimondi,
Mark Villiger,
Isabelle Berro,
Khanlar Hajiyev,
Ján Šikuta,
George Nicolaou,
Nona Tsotsoria,
Vincent A. De Gaetano,
Angelika Nußberger,
Linos-Alexandre Sicilianos,
Erik Møse,
André Potocki,
Helena Jäderblom,
Aleš Pejchal,
Valeriu Griţco,
Egidijus Kūris, *juges,*

et de Erik Fribergh, *greffier,*

Après en avoir délibéré en chambre du conseil les 7 janvier et 23 avril 2015,

Rend l'arrêt que voici, adopté à cette dernière date :

PROCÉDURE

1. À l'origine de l'affaire se trouve une requête (n° 46043/14) dirigée contre la République française et dont quatre ressortissants de cet État, M. et M^me^ Pierre et Viviane Lambert, M. David Philippon et M^me^ Anne Tuarze (« les requérants »), ont saisi la Cour le 23 juin 2014 en vertu de l'article 34 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (« la Convention »).

2. Les requérants ont été représentés par M^e^ J. Paillot, avocat à Strasbourg et M^e^ J. Triomphe, avocat à Paris. Le gouvernement français (« le Gouvernement ») a été représenté par son agent, M. F. Alabrune, directeur des affaires juridiques au ministère des Affaires étrangères.

3. Les requérants allèguent en particulier 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, constituerait un mauvais traitement constitutif de torture, au sens de

l'article 3 de la Convention, ainsi qu'une atteinte à son intégrité physique, au sens de l'article 8 de la Convention.

4. La requête a été attribuée à la cinquième section de la Cour (article 52 § 1 du règlement). Le 24 juin 2014, la chambre compétente a décidé d'appliquer l'article 39 du règlement, de communiquer la requête au Gouvernement et de la traiter par priorité.

5. Le 4 novembre 2014, une chambre de la cinquième section composée de Mark Villiger, président, Angelika Nußberger, Boštjan M. Zupančič, Vincent A. De Gaetano, André Potocki, Helena Jäderblom, Aleš Pejchal, juges, ainsi que de Stephen Phillips, greffier de section, s'est dessaisie au profit de la Grande Chambre, aucune des parties ne s'y étant opposée (articles 30 de la Convention et 72 du règlement).

6. La composition de la Grande Chambre a été arrêtée conformément aux articles 26 §§ 4 et 5 de la Convention et 24 du règlement.

7. Tant les requérants que le Gouvernement ont déposé un mémoire sur la recevabilité et sur le fond de l'affaire.

8. Des observations ont également été reçues de Rachel Lambert, François Lambert et Marie-Geneviève Lambert, respectivement épouse, neveu et demi-sœur de Vincent Lambert, de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC), de l'association Amréso-Bethel, ainsi que de la Clinique des Droits de l'Homme de l'Institut international des Droits de l'Homme, que le président avait autorisés à intervenir dans la procédure écrite en tant que tierces parties (articles 36 § 2 de la Convention et 44 § 3 a) du règlement). Rachel Lambert, François Lambert et Marie-Geneviève Lambert ont également été autorisés à intervenir dans la procédure orale.

9. Une audience s'est déroulée en public au Palais des droits de l'homme, à Strasbourg, le 7 janvier 2015 (article 59 § 3 du règlement).

Ont comparu :

– *pour le Gouvernement*

M. F. ALABRUNE, directeur des affaires juridiques
du ministère des Affaires étrangères et du Développement
international, *agent,*
M^me^ E. JUNG, rédactrice à la sous-direction des droits
de l'homme du ministère des Affaires étrangères et
du Développement international,
M. R. FERAL, rédacteur à la sous-direction des droits
de l'homme du ministère des Affaires étrangères et du
Développement international,
M^me^ S. RIDEAU, chargée de mission à la direction
des affaires juridiques du ministère des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des Femmes,

M^me^ I. ERNY, conseillère juridique à la division
des droits des usagers, des affaires juridiques
et éthiques du ministère des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des Femmes,
M^me^ P. ROUAULT-CHALIER, sous-directrice des affaires
juridiques générales et du contentieux au ministère
de la Justice,
M^me^ M. LAMBLING, rédactrice au bureau du droit
des personnes et de la famille du ministère
de la Justice *conseillers ;*

– *pour les requérants*
M^e^ J. PAILLOT, avocat,
M^e^ J. TRIOMPHE, avocat, *conseils,*
M. G. PUPPINCK,
P^r^ X. DUCROCQ,
D^r^ B. JEANBLANC, *conseillers ;*

– *pour Rachel Lambert, tierce-intervenante*
M^e^ L. PETTITI, avocat, *conseil,*
D^r^ OPORTUS,
D^r^ SIMON, *conseillers ;*

– *pour François et Marie-Geneviève Lambert, tiers-intervenants*
M^e^ M. MUNIER-APAIRE, avocat au Conseil d'État et à la Cour
de cassation,
M^e^ B. LORIT, avocat, *conseils.*

Les requérants (à l'exception du premier requérant), ainsi que Rachel Lambert, François Lambert et Marie-Geneviève Lambert, tiers-intervenants, étaient également présents.

La Cour a entendu en leurs déclarations M. Alabrune, M^e^ Paillot, M^e^ Triomphe, M^e^ Munier-Apaire et M^e^ Pettiti, ainsi que M. Alabrune et M^e^ Paillot en leurs réponses aux questions posées par un juge.

EN FAIT

I. LES CIRCONSTANCES DE L'ESPÈCE

10. Les requérants, tous ressortissants français, sont M. Pierre Lambert et son épouse M^me^ Viviane Lambert, nés respectivement en 1929 et 1945 et résidant à Reims, M. David Philippon, né en 1971 et résidant à Mourmelon

et M^me^ Anne Tuarze, née en 1978 et résidant à Milizac. Ils sont respectivement les parents, un demi-frère et une sœur de Vincent Lambert, né le 20 septembre 1976.

11. Victime d'un accident de la route le 29 septembre 2008, Vincent Lambert subit un grave traumatisme crânien qui le rendit tétraplégique et entièrement dépendant. Selon l'expertise médicale ordonnée par le Conseil d'État le 14 février 2014, il est dans un état végétatif chronique (paragraphe 40 ci-dessous).

12. De septembre 2008 à mars 2009, il fut hospitalisé dans les services de réanimation, puis de neurologie du centre hospitalier de Châlons-en-Champagne. De mars à juin 2009, il fut pris en charge au centre héliomarin de Berck-sur-Mer puis, à compter du 23 juin 2009, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims, dans l'unité des patients en état pauci-relationnel (unité de soins de suite et de réadaptation) où il est toujours hospitalisé. Cette unité accueille huit patients en état végétatif ou en état de conscience minimale. Vincent Lambert bénéficie d'une hydratation et d'une alimentation artificielles par voie entérale, à savoir au moyen d'une sonde gastrique.

13. En juillet 2011, il fit l'objet d'une évaluation dans un service spécialisé de l'université de Liège, le Coma Science Group, qui conclut qu'il était dans un état neurovégétatif chronique qualifié de « conscience minimale plus ». Conformément aux préconisations du Coma Science Group, il bénéficia de séances quotidiennes de kinésithérapie entre septembre 2011 et fin octobre 2012, qui ne donnèrent pas de résultats, ainsi que de 87 séances d'orthophonie entre mars et septembre 2012, en vue d'établir un code de communication. Toutefois, aucun code ne put être établi. Des essais de mise en fauteuil furent également réalisés.

A. La première décision prise en vertu de la loi du 22 avril 2005

14. Les soignants de Vincent Lambert ayant cru percevoir en 2012 chez lui des signes de plus en plus marqués d'opposition aux soins et à la toilette, l'équipe médicale engagea au cours des premiers mois de 2013 la procédure collégiale prévue par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (paragraphe 54 ci-dessous), en y associant son épouse, Rachel Lambert.

15. Cette procédure aboutit à la décision du D^r^ Kariger, médecin en charge de Vincent Lambert et chef du service où il est hospitalisé, d'arrêter sa nutrition et de réduire son hydratation. Cette décision fut mise en œuvre le 10 avril 2013.

B. L'ordonnance de référé du 11 mai 2013

16. Le 9 mai 2013, les requérants saisirent le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne d'une action fondée sur l'article L. 521-2 du code de justice administrative (référé liberté) visant à enjoindre sous astreinte au centre hospitalier de rétablir l'alimentation et l'hydratation normales de Vincent Lambert et de lui prodiguer les éventuels soins nécessités par son état.

17. Par ordonnance du 11 mai 2013, le juge des référés fit droit à leurs demandes. Le juge considéra que, faute de directives anticipées de Vincent Lambert et en l'absence d'une personne de confiance conformément aux dispositions pertinentes du code de la santé publique, la procédure collégiale devait être poursuivie avec sa famille, quand bien même elle était divisée sur son devenir. Le juge releva que, si l'épouse de Vincent Lambert avait été associée à cette procédure, il ressortait de l'instruction que ses parents n'avaient pas été informés de sa mise en œuvre, et que la décision d'arrêter l'alimentation et de limiter l'hydratation, dont ils ne connaissaient ni la nature ni les motifs, ne respectait pas leurs souhaits.

18. Le juge estima en conséquence que ces manquements procéduraux caractérisaient une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale, à savoir le droit au respect de la vie, et enjoignit au centre hospitalier de rétablir l'alimentation et l'hydratation normales de Vincent Lambert et de lui prodiguer les soins nécessaires à son état de santé.

C. La seconde décision prise en vertu de la loi du 22 avril 2005

19. À compter de septembre 2013, une nouvelle procédure collégiale fut engagée. Le D[r] Kariger consulta six médecins, dont trois médecins extérieurs à l'établissement (un neurologue, une cardiologue et un anesthésiste ayant une expérience de médecine palliative), choisis respectivement par les parents, l'épouse de Vincent Lambert et l'équipe médicale. Il prit également connaissance d'une contribution écrite d'un médecin responsable d'un service comprenant une unité de vie spécialisée dans une maison de santé.

20. Par ailleurs, il réunit deux conseils de familles les 27 septembre et 16 novembre 2013, comprenant l'épouse, les parents et les huit frères et sœurs de Vincent Lambert. Rachel Lambert et six des huit frères et sœurs se prononcèrent pour l'interruption de son alimentation et de son hydratation artificielles, tandis que les requérants se prononcèrent pour son maintien.

21. Le 9 décembre 2013, le D[r] Kariger réunit l'ensemble des médecins, ainsi que la presque totalité de l'équipe soignante. À l'issue de cette réunion, le D[r] Kariger et cinq des six médecins consultés se déclarèrent favorables à l'arrêt du traitement.

22. Au terme de cette consultation, le D[r] Kariger annonça le 11 janvier 2014 son intention d'interrompre la nutrition et l'hydratation artificielles à compter du 13 janvier, sous réserve d'une saisine du tribunal administratif. Sa décision, un rapport motivé de treize pages dont une synthèse de sept pages fut lue à la famille, constatait notamment que la situation de Vincent Lambert se caractérisait par la nature irréversible de ses lésions cérébrales, que le traitement apparaissait inutile, disproportionné et n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie et qu'il était certain que Vincent Lambert ne souhaitait pas avant son accident vivre dans de telles conditions. Le D[r] Kariger concluait que la prolongation de sa vie par la poursuite de traitements de nutrition et l'hydratation artificielles relevait d'une obstination déraisonnable.

D. Le jugement du tribunal administratif du 16 janvier 2014

23. Le 13 janvier 2014, les requérants saisirent le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne d'une nouvelle requête en référé liberté fondée sur l'article L. 521-2 du code de justice administrative, afin que soit interdit au centre hospitalier et au médecin concerné de faire supprimer l'alimentation et l'hydratation de Vincent Lambert et que soit ordonné le transfert immédiat de ce dernier dans une unité de vie spécialisée à Oberhausbergen gérée par l'association Amréso-Bethel (voir paragraphe 8 ci-dessus). Rachel Lambert et François Lambert, neveu de Vincent Lambert, intervinrent dans la procédure en qualité de tierces parties.

24. Le tribunal administratif, siégeant en formation plénière de neuf juges, tint son audience le 15 janvier 2014. Par jugement du 16 janvier 2014, il suspendit l'exécution de la décision du D[r] Kariger du 11 janvier 2014.

25. Le tribunal affirma tout d'abord que l'article 2 de la Convention ne s'opposait pas à ce qu'un État règlemente la possibilité pour un individu de s'opposer à un traitement qui pourrait avoir pour effet de prolonger sa vie, ou à un médecin en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté et dont il estimait, après avoir mis en œuvre un ensemble de garanties, que le traitement qui lui était administré consistait en une obstination déraisonnable, de mettre fin à ce traitement, sous le contrôle du conseil de l'ordre des médecins, du comité d'éthique du centre hospitalier, le cas échéant, ainsi que du juge administratif et du juge pénal.

26. Le tribunal estima ensuite qu'il résultait des dispositions pertinentes du code de la santé publique, telles qu'issues de la loi du 22 avril 2005 et éclairées par les travaux parlementaires, que l'alimentation et l'hydratation artificielles par voie entérale, qui empruntent aux médicaments le monopole de distribution des pharmacies, ont pour objet d'apporter des nutriments spécifiques aux patients dont les fonctions sont altérées et nécessitent le

recours à des techniques invasives en vue de leur administration, constituent des traitements.

27. Observant que la décision du D[r] Kariger était fondée sur la volonté qu'aurait exprimée Vincent Lambert de ne pas être maintenu en vie dans un état de grande dépendance et qu'il n'avait ni rédigé de directives anticipées, ni désigné de personne de confiance, le tribunal considéra que la position qu'il avait exprimée devant son épouse et l'un de ses frères émanait d'une personne valide qui n'était pas confrontée aux conséquences immédiates de son souhait et ne se trouvait pas dans le contexte d'une manifestation formelle d'une volonté expresse, quelle qu'ait été sa connaissance professionnelle de patients dans une telle situation. Le tribunal estima par ailleurs que le fait que Vincent Lambert ait eu des relations conflictuelles avec ses parents, dont il ne partageait pas les valeurs morales ou les engagements religieux, ne permettait pas de le regarder comme ayant manifesté une volonté certaine de refuser tout traitement, et qu'il ne pouvait pas être déduit de ses manifestations d'opposition aux soins une volonté univoque quant à sa volonté de rester ou non en vie. Le tribunal conclut que le D[r] Kariger avait apprécié de manière erronée la volonté de Vincent Lambert.

28. Par ailleurs, le tribunal releva que, selon le rapport établi en 2011 par le centre hospitalier universitaire de Liège (voir paragraphe 13 ci-dessus), Vincent Lambert était dans un état pauci-relationnel impliquant la persistance d'une perception émotionnelle et l'existence de possibles réactions à son environnement et que, dès lors, l'alimentation et l'hydratation artificielles n'avaient pas pour objet de le maintenir artificiellement en vie. Enfin, le tribunal estima qu'en l'absence de contraintes ou souffrances engendrée par le traitement, celui-ci ne pouvait être qualifié d'inutile ou disproportionné. Il conclut donc que la décision du D[r] Kariger constituait une atteinte grave et manifestement illégale au droit à la vie de Vincent Lambert, ordonna la suspension de son exécution et rejeta par ailleurs la demande visant à le transférer dans une unité de vie spécialisée à Oberhausbergen.

E. La décision du Conseil d'État du 14 février 2014

29. Par trois requêtes du 31 janvier 2014, Rachel Lambert, François Lambert et le centre hospitalier firent appel de ce jugement devant le juge des référés du Conseil d'État. Les requérants formèrent un appel incident, en demandant le transfert immédiat de Vincent Lambert dans l'unité de vie spécialisée. L'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC, voir paragraphe 8 ci-dessus) forma une demande de tierce intervention.

30. À l'audience de référé du 6 février 2014, le président de la section du contentieux du Conseil d'État décida de renvoyer l'affaire devant la formation plénière de dix-sept membres, l'assemblée du contentieux.

31. L'audience eut lieu le 13 février 2014. Dans ses conclusions devant le Conseil d'État, le rapporteur public cita notamment 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.»

32. Le Conseil d'État rendit sa décision le 14 février 2014. Après avoir joint les requêtes et admis l'intervention de l'UNAFTC, le Conseil d'État précisa dans les termes suivants l'office du juge des référés appelé à statuer sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

> « Considérant qu'en vertu [de l'article L. 521-2], 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 ;
>
> 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 (...) 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 provisoire 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. »

33. Le Conseil d'État affirma qu'il résultait des termes mêmes des articles pertinents du code de la santé publique (articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37) et des travaux parlementaires que ces dispositions étaient de portée générale et s'appliquaient à Vincent Lambert comme à tous les usagers du système de santé, en précisant ce qui suit :

« 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 ;

Considérant, d'autre part, qu'il résulte des dispositions des articles L. 1110-5 et L. 1110-4 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. »

34. Le Conseil d'État considéra ensuite qu'il lui incombait de s'assurer, au vu de l'ensemble des circonstances de l'affaire, qu'avaient été respectées les conditions mises par la loi pour que puisse être prise une décision mettant fin à un traitement dont la poursuite traduirait une obstination déraisonnable et qu'il devait disposer à cette fin des informations les plus complètes, notamment sur l'état de santé de Vincent Lambert. Il estima en conséquence nécessaire, avant de statuer sur la requête, d'ordonner une expertise médicale confiée à des praticiens disposant de compétences reconnues en neurosciences, aux fins de se prononcer, de façon indépendante et collégiale, après avoir examiné le patient, rencontré l'équipe médicale et le personnel soignant et pris connaissance de l'ensemble de son dossier médical, sur l'état actuel de Vincent Lambert et de donner au Conseil d'État toutes indications utiles sur ses perspectives d'évolution.

35. Le Conseil d'État décida que l'expertise serait confiée à un collège de trois médecins désignés par le président de la section du contentieux sur proposition respectivement des présidents de l'Académie nationale de médecine, du Comité consultatif national d'éthique et du Conseil national de l'ordre des médecins, avec la mission suivante, à remplir dans un délai de deux mois à compter de sa constitution :

« - de décrire l'état clinique actuel de M. Lambert et son évolution depuis le bilan effectué en juillet 2011 par le Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège ;

- de se prononcer sur le caractère irréversible des lésions cérébrales de M. Lambert et sur le pronostic clinique ;

- de déterminer si ce patient est en mesure de communiquer, de quelque manière que ce soit, avec son entourage ;

- d'apprécier s'il existe des signes permettant de penser aujourd'hui que M. Lambert réagit aux soins qui lui sont prodigués et, dans l'affirmative, si ces réactions peuvent être interprétées comme un rejet de ces soins, une souffrance, le souhait que soit mis fin au traitement qui le maintient en vie ou comme témoignant, au contraire, du souhait que ce traitement soit prolongé. »

36. Par ailleurs, le Conseil d'État estima nécessaire, vu l'ampleur et la difficulté des questions d'ordre scientifique, éthique et déontologique qui se posaient à l'occasion de l'examen de l'affaire, d'inviter, 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. Jean Leonetti, rapporteur de la loi du 22 avril 2005, à lui présenter avant la fin du mois d'avril 2014 des observations écrites d'ordre 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 précité, en particulier au regard des personnes qui sont, comme Vincent Lambert, dans un état pauci-relationnel.

37. Enfin, le Conseil d'État rejeta la demande des requérants visant son transfert dans une unité de vie spécialisée (paragraphe 29 ci-dessus).

F. L'expertise médicale et les observations générales

1. L'expertise médicale

38. Les experts examinèrent Vincent Lambert à neuf reprises. Ils prirent connaissance de la totalité du dossier médical, incluant notamment le rapport du Coma Science Group de Liège (voir paragraphe 13 ci-dessus), du dossier de soins, du dossier administratif et eurent accès à tous les examens d'imagerie. Ils consultèrent également toutes les pièces du dossier contentieux utiles pour l'expertise. Par ailleurs, ils rencontrèrent entre le 24 mars et le 23 avril 2014 toutes les parties (famille, équipe médicale et soignante, médecins conseils et représentants de l'UNAFTC et du centre hospitalier) et effectuèrent sur Vincent Lambert une série d'examens.

39. Le 5 mai 2014, les experts adressèrent aux parties leur pré-rapport en vue de recueillir leurs observations. Leur rapport définitif, déposé le 26 mai 2014, donna les réponses suivantes aux questions posées par le Conseil d'État.

a) Sur l'état clinique de Vincent Lambert et son évolution

40. Les experts indiquèrent que l'état clinique de Vincent Lambert correspondait à un état végétatif, sans aucun signe en faveur d'un état de conscience minimale. Par ailleurs, ils soulignèrent qu'il présentait des troubles de la déglutition et une atteinte motrice très sévère des quatre membres avec d'importantes rétractions tendineuses. Ils notèrent que son état de conscience s'était dégradé depuis l'évaluation faite à Liège en 2011.

b) Sur le caractère irréversible des lésions cérébrales et sur le pronostic clinique

41. Les experts rappelèrent que les deux principaux éléments à prendre en compte pour apprécier le caractère réversible ou non de lésions cérébrales sont, d'une part, le délai écoulé depuis la survenue de l'accident qui les a provoquées et, d'autre part, la nature même des lésions. En l'espèce, ils notèrent que cinq ans et demi s'étaient écoulés depuis le traumatisme crânien initial et que les examens d'imagerie avaient montré une atrophie cérébrale majeure témoignant d'une perte neuronale définitive, une destruction quasi-complète de régions stratégiques telles que les deux thalamus et de la partie haute du tronc cérébral, et une atteinte sévère des voies de communication cérébrales. Ils conclurent que les lésions cérébrales étaient irréversibles. Par ailleurs, ils indiquèrent que la longue durée d'évolution, la dégradation clinique depuis juillet 2011, l'état végétatif actuel, la nature destructrice et l'étendue des lésions cérébrales, les résultats fonctionnels, joints à la sévérité de l'atteinte motrice des quatre membres, constituaient autant d'éléments en faveur d'un mauvais pronostic clinique.

c) Sur la capacité de Vincent Lambert à communiquer avec son entourage

42. Au vu des examens effectués, et tenant compte notamment de ce que le protocole de rééducation orthophonique suivi en 2012 n'était pas parvenu à établir un code de communication, les experts conclurent que Vincent Lambert n'était pas en mesure d'établir une communication fonctionnelle avec son entourage.

d) Sur l'existence de signes permettant de penser que Vincent Lambert réagit aux soins prodigués et sur leur interprétation

43. Les experts constatèrent que Vincent Lambert réagissait aux soins ou stimulations douloureuses, mais conclurent qu'il s'agissait de réponses non conscientes. Ils estimèrent qu'il n'était pas possible de les interpréter comme un vécu conscient de souffrance ou comme l'expression d'une intention ou d'un souhait à l'égard de l'arrêt ou de la prolongation du traitement.

2. Les observations générales

44. Les 22 et 29 avril et le 5 mai 2014, le Conseil d'État reçut les observations générales du Conseil national de l'ordre des médecins, de M. Jean Leonetti, rapporteur de la loi du 22 avril 2005, de l'Académie nationale de médecine et du Comité consultatif national d'éthique.

Le Conseil national de l'ordre des médecins précisa notamment que, par les termes de « seul maintien artificiel de la vie » à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, le législateur visait la situation des personnes chez lesquelles, non seulement le maintien de la vie n'est assuré que par le recours à des moyens et techniques de substitution de fonctions vitales essentielles, mais aussi et surtout, chez lesquelles on constate une altération profonde et irréversible des fonctions cognitives et relationnelles. Il mit en exergue l'importance de la notion de temporalité, en soulignant 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.

M. Leonetti souligna 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 n'étaient 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 ». Il précisa les critères de l'obstination déraisonnable ainsi que ses éléments d'évaluation et indiqua que la formulation de traitement n'ayant « d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie », 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 ». Il indiqua que la loi faisait porter la responsabilité de la décision d'arrêt de traitement au seul médecin et n'avait 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.

L'Académie nationale de médecine rappela 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. L'Académie se référa à l'analyse qu'elle faisait de longue date selon laquelle la loi du 22 avril 2005 s'appliquait non seulement aux diverses situations de « fin de vie », mais aux situations posant le très difficile questionnement éthique « d'arrêt de vie » d'un patient en « survie », en état de conscience minimale ou état végétatif chronique.

Le Comité consultatif national d'éthique examina de façon approfondie les difficultés posées par les notions d'obstination déraisonnable, de

traitements, de maintien artificiel de la vie, rappela les données médicales sur l'état pauci-relationnel ou état de conscience minimale et exposa le questionnement éthique relatif à de telles situations. Il préconisa notamment qu'une réflexion soit engagée pour que le processus de délibération collective puisse aboutir à un véritable processus de décision collective et qu'en cas d'absence de consensus il puisse être fait recours à une possibilité de médiation.

G. La décision du Conseil d'État du 24 juin 2014

45. L'audience eut lieu le 20 juin 2014 devant le Conseil d'État. Dans ses conclusions, le rapporteur public souligna notamment ce qui suit :

> « (...) à ceux dont la vocation [est] de soigner, le législateur [n'a] pas voulu imposer de franchir le fossé existant entre laisser la mort faire son œuvre, lorsque plus rien ne peut l'empêcher, et celui de l'infliger directement par l'administration d'un produit létal. En interrompant un traitement, le médecin ne tue pas, il se résout à se retirer lorsqu'il n'y a plus rien à faire. »

Le Conseil d'État rendit sa décision le 24 juin 2014. Après avoir admis l'intervention en qualité de tierce partie de Marie-Geneviève Lambert, demi-sœur de Vincent Lambert, et rappelé les dispositions de droit interne applicables, telles que commentées et éclairées par les observations générales reçues, le Conseil d'État examina successivement les arguments des requérants fondés sur la Convention et sur le droit interne.

46. Sur le premier point, le Conseil d'État réitéra que lorsque le juge des référés était saisi sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative (référé liberté) d'une décision prise par un médecin en application du code de la santé publique, conduisant à interrompre ou ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait d'une manière irréversible une atteinte à la vie, il lui appartenait d'examiner un moyen tiré de l'incompatibilité des dispositions en cause avec la Convention (paragraphe 32 ci-dessus).

47. En l'espèce, le Conseil d'État répondit dans les termes suivants aux arguments fondés sur les articles 2 et 8 de la Convention :

> « 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 ;

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 (...), ainsi qu'avec celles de son article 8 (...) »

Le Conseil d'État rejeta par ailleurs les moyens des requérants fondés sur les articles 6 et 7 de la Convention, en retenant que le rôle confié au médecin par les dispositions du code de la santé publique n'était pas incompatible avec l'obligation d'impartialité résultant de l'article 6 précité et que l'article 7, qui s'applique aux condamnations pénales, ne pouvait être utilement invoqué en l'espèce.

48. Sur l'application des dispositions pertinentes du code de la santé publique, le Conseil d'État énonça ce qui suit :

« 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 du traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable ;

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 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 (...) »

49. Le Conseil d'État précisa ensuite qu'il lui revenait de s'assurer, au vu de l'ensemble des circonstances de l'affaire et des éléments versés dans le cadre de l'instruction contradictoire menée devant lui, en particulier du rapport de l'expertise médicale, que la décision prise par le D^{r} Kariger le

11 janvier 2014 avait respecté les conditions posées par la loi pour que puisse être prise une décision mettant fin à un traitement dont la poursuite traduirait une obstination déraisonnable.

50. À cet égard, le Conseil d'État statua comme suit :

« Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction que la procédure collégiale menée par le D[r] Kariger (...), 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 D[r] 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. Lambert, 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 D[r] Kariger était en droit de s'entretenir avec M. François Lambert, neveu du patient ; que les circonstances que le D[r] Kariger se soit opposé à une demande de récusation et au transfert de M. Lambert 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, auquel 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 ;

Considérant, en deuxième lieu, qu'il ressort, d'une part, des conclusions des experts que « l'état clinique actuel de M. Lambert 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 (...) 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. Lambert 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 » ;

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 ;

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 » ;

Considérant, enfin, que si les experts ont relevé que M. Lambert 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 ;

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 D[r] Kariger quant au caractère irréversible des lésions et au pronostic clinique de M. Lambert ; que les échanges qui ont eu lieu dans le cadre de l'instruction contradictoire devant le Conseil d'État 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. Lambert aux soins ne peuvent pas être interprétées, et ne peuvent ainsi être regardées comme manifestant un souhait concernant l'arrêt du traitement, le D[r] 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 ;

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 M[me] Rachel Lambert, 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. Lambert 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 M[me] Rachel Lambert, a été confirmée par l'un des frères de M. Lambert ; que si ces propos n'ont pas été tenus en présence des parents de M. Lambert, 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. Lambert ont indiqué que ces propos correspondaient à la personnalité, à l'histoire et aux opinions personnelles de leur frère ; qu'ainsi, le D[r] Kariger, en indiquant, dans les motifs de la décision contestée, sa certitude que M. Lambert 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 ;

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 D[r] Kariger a satisfait à cette obligation en consultant l'épouse de M. Lambert, ses parents et ses frères et sœurs lors des deux réunions mentionnées précédemment ; que si les parents de M. Lambert ainsi que certains de ses frères et sœurs ont exprimé un avis opposé à l'interruption du traitement, l'épouse de M. Lambert et ses autres frères et sœurs se sont déclarés favorables à l'arrêt du traitement envisagé ; que le D[r] 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 ;

Considérant qu'il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que les différentes conditions mises par 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. Vincent Lambert et au vu de l'instruction contradictoire menée par le Conseil d'État, comme réunies ; que la décision du 11 janvier 2014 du D[r] Kariger de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert ne peut, en conséquence, être tenue pour illégale. »

51. En conséquence, le Conseil d'État, réformant le jugement du tribunal administratif, rejeta les demandes des requérants.

II. LE DROIT ET LA PRATIQUE INTERNES PERTINENTS

A. Le code de la santé publique

52. Selon l'article L. 1110-1 du code de la santé publique (ci-après le code), le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. L'article L. 1110-2 du code énonce que la personne malade a droit au respect de sa dignité et l'article L. 1110-9 garantit à toute personne dont l'état le requiert le droit d'accéder à des soins palliatifs, définis par l'article L. 1110-10 comme 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.

53. La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti du nom de son rapporteur, M. Jean Leonetti (voir paragraphe 44 ci-dessus), a modifié un certain nombre d'articles du code. Cette loi a été adoptée à la suite des travaux d'une mission parlementaire d'information présidée par M. Leonetti, qui avait pour objectif d'appréhender l'ensemble des questions posées par la fin de vie et d'envisager d'éventuelles modifications législatives ou réglementaires. Lors de ses travaux, la mission d'information a procédé à l'audition de nombreuses personnes ; elle a rendu son rapport le 30 juin 2004. La loi a été votée à l'unanimité à l'Assemblée nationale le 30 novembre 2004 et au Sénat le 12 avril 2005.

La loi 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 (autrement dit relève de l'acharnement thérapeutique) et selon une procédure réglementée.

Les articles pertinents du code, dans leur rédaction résultant de la loi, se lisent ainsi :

Article L. 1110-5

« 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 (...) »

Article 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 (...)

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 (...) »

Article L. 1111-6

« 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. Si le malade 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 malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement (...) »

Article L. 1111-11

« 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 indiquent les

souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment.

À condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant (...) »

54. La procédure collégiale prévue par le cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 du code est précisée à l'article R. 4127-37 du code, qui fait partie du code de déontologie médicale et se lit ainsi :

«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. »

55. L'article R. 4127-38 du code dispose :

> « Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.
>
> Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort. »

B. La proposition de loi du 21 janvier 2015

56. Deux députés (MM. Leonetti et Claeys) ont déposé le 21 janvier 2015 à l'Assemblée nationale une proposition de loi contenant notamment les modifications suivantes à la loi du 22 avril 2005 :

- l'article 2 de la proposition de loi précise que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent un traitement ;

- les directives anticipées seront contraignantes pour le médecin et n'auront plus de limite de validité (actuellement leur validité est de trois ans), leur rédaction sera encadrée et elles seront plus accessibles. En l'absence de directives anticipées, le rôle de la personne de confiance est précisé (elle exprime la volonté du patient et son témoignage prévaut sur tout autre témoignage) ;

- la proposition de loi reconnaît expressément que toute personne a « le droit de refuser ou de ne pas subir tout traitement », sans que le médecin insiste pour le poursuivre (rédaction antérieure) ; ce dernier doit néanmoins continuer à assurer l'accompagnement du malade, notamment palliatif ;

- le droit de ne pas souffrir est reconnu (le médecin doit mettre en place l'ensemble des traitements antalgiques et sédatifs pour répondre à la souffrance en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie),

- le droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès en phase terminale est également reconnu : sédation et arrêt de traitement (y compris hydratation et nutrition artificielles) sont obligatoirement associés. Lorsque le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la proposition de loi prévoit que, sous réserve de la prise en compte de la volonté du patient et selon une procédure collégiale, le médecin a l'obligation de suspendre ou de ne pas entreprendre les traitements qui « n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » (dans la rédaction actuelle, le médecin *peut* les suspendre). Si ces conditions sont réunies, le patient a droit à une sédation profonde et continue jusqu'au décès.

La proposition de loi a été adoptée le 17 mars 2015 par l'Assemblée nationale et est en cours d'examen au Sénat.

C. Le code de justice administrative

57. L'article L. 521-2 du code de justice administrative, relatif au référé liberté, est ainsi rédigé :

> « 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. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures. »

58. L'article R. 625-3 du même code dispose :

> « La formation chargée de l'instruction peut inviter toute personne, dont la compétence ou les connaissances seraient de nature à l'éclairer utilement sur la solution à donner à un litige, à produire des observations d'ordre général sur les points qu'elle détermine.
>
> L'avis est consigné par écrit. Il est communiqué aux parties (...) »

III. TEXTES DU CONSEIL DE L'EUROPE

A. La Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine

59. La Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (dite Convention d'Oviedo sur les Droits de l'Homme et la biomédecine), adoptée en 1997 et entrée en vigueur le 1er décembre 1999, a été ratifiée par vingt-neuf des États membres du Conseil de l'Europe. Ses dispositions pertinentes se lisent ainsi :

Article 1 - Objet et finalité

> « Les Parties à la présente Convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité et garantissent à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine (...) »

Article 5 – Règle générale

> « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé.
>
> Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques.
>
> La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement. »

Article 6 – Protection des personnes n'ayant pas la capacité de consentir

« 1. Sous réserve des articles 17 et 20, une intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir, que pour son bénéfice direct.

(...)

3. Lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi.

La personne concernée doit dans la mesure du possible être associée à la procédure d'autorisation.

4. Le représentant, l'autorité, la personne ou l'instance mentionnés aux paragraphes 2 et 3 reçoivent, dans les mêmes conditions, l'information visée à l'article 5.

5. L'autorisation visée aux paragraphes 2 et 3 peut, à tout moment, être retirée dans l'intérêt de la personne concernée. »

Article 9 – Souhaits précédemment exprimés

« Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte. »

B. Le Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie

60. Ce guide a été élaboré par le Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe, dans le cadre de ses travaux relatifs aux droits des patients et dans le but de faciliter la mise en œuvre des principes établis dans la Convention d'Oviedo.

Il a pour objet de proposer des repères pour la mise en œuvre du processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie, de rassembler les références tant normatives qu'éthiques, ainsi que les éléments relevant de la bonne pratique médicale utiles aux professionnels de santé confrontés à la mise en œuvre de ce processus décisionnel et de participer, par les clarifications qu'il apporte, à la réflexion globale sur ce sujet.

61. Le guide cite comme cadre juridique et éthique du processus décisionnel les principes d'autonomie (consentement libre, éclairé et préalable du patient), de bienfaisance et de non-malfaisance, et de justice (équité dans l'accès aux soins). Le guide précise que le médecin ne doit pas mettre en œuvre un traitement inutile ou disproportionné au regard des risques et contraintes qu'il présente ; il doit délivrer au patient des traitements proportionnés et adaptés à sa situation. Il a de plus l'obligation de prendre soin de lui, de soulager sa souffrance et de l'accompagner.

Les traitements recouvrent 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. Sous la rubrique « Ce qui fait débat », le guide expose ce qui suit :

> « **La question de la limitation, de l'arrêt ou de la non-mise en place de l'hydratation et de la nutrition artificielles**
>
> La nourriture et la boisson données à un patient encore en capacité de se nourrir et de boire constituent des apports extérieurs relevant des besoins physiologiques qu'il convient de satisfaire. Elles relèvent des soins qui devraient être apportés, sauf en cas de refus du patient.
>
> 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). Dans un certain nombre de pays, la nutrition et l'hydratation artificielles sont ainsi considérées comme des traitements, et sont donc susceptibles d'être limitées ou arrêtées dans les conditions et selon les garanties prévues pour les limitations et arrêts de traitement (refus de traitement exprimé par le patient, refus de l'obstination déraisonnable ou d'un traitement disproportionné évalué par l'équipe soignante, et admis dans le cadre d'une procédure collective). Les questions posées les concernant sont celle de la volonté du patient et celle du caractère approprié du traitement dans la situation considérée.
>
> Toutefois, dans d'autres pays, il est considéré que l'hydratation et la nutrition artificielles ne sont pas des traitements susceptibles de faire l'objet d'une décision de limitation ou d'arrêt, mais sont 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.
>
> La question du caractère approprié, au plan médical, de la nutrition et de l'hydratation artificielles en phase terminale est elle-même débattue. Pour certains, la mise en œuvre ou le maintien d'une nutrition et d'une hydratation artificielles sont considérés comme nécessaires au confort du patient en fin de vie. Pour d'autres, le bénéfice pour le patient d'un recours à la nutrition et l'hydratation artificielles en phase terminale, compte tenu des recherches dans le domaine des soins palliatifs, ne va pas de soi. »

62. Le guide concerne le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie (qu'il s'agisse de leur mise en œuvre, de leur modification, de leur adaptation, de leur limitation ou de leur arrêt). Il ne porte ni sur la question de l'euthanasie, ni sur celle du suicide assisté, que certaines législations nationales autorisent.

63. Même si le processus décisionnel comprend d'autres acteurs, le guide souligne que le sujet et acteur principal en est le patient. Lorsque ce dernier ne peut pas ou plus participer à la décision, celle-ci est alors prise par un tiers, selon des modalités prévues par la législation nationale en vigueur, mais le patient est néanmoins intégré au processus décisionnel par l'intermédiaire des souhaits qu'il a pu précédemment exprimer. Le guide en énumère les différentes modalités : ils peuvent avoir été confiés oralement à un membre de la famille ou à un proche, ou à une personne de confiance désignée comme telle ; ils peuvent revêtir une expression formelle, telles les

directives anticipées ou testament de vie, ou le mandat donné à un tiers, parfois appelé mandat de protection future.

64. Parmi les autres acteurs du processus décisionnel figurent, le cas échéant, le représentant légal ou mandataire, les membres de la famille et les proches, ainsi que les soignants. Le guide souligne que la place du médecin est essentielle, voire prépondérante, en raison de sa capacité à apprécier la situation de son patient sur le plan médical. Lorsque le patient n'est pas ou plus en mesure d'exprimer sa volonté, il est celui qui, dans le cadre du processus décisionnel collectif ayant impliqué l'ensemble des professionnels de santé concernés, prendra la décision clinique, guidé par l'intérêt supérieur du patient, après avoir pris connaissance de l'ensemble des éléments de contexte (consultation de la famille, des proches, de la personne de confiance, etc.) et pris en compte les souhaits précédemment exprimés lorsqu'ils existent. Dans certains systèmes, la décision est prise par un tiers, mais le médecin est dans tous les cas le garant de la bonne marche du processus décisionnel.

65. Le guide réitère que le patient est toujours au centre du processus décisionnel, lequel revêt une dimension collective lorsque le patient ne peut plus ou ne veut plus y participer directement. Le guide distingue trois grandes étapes dans le processus décisionnel : individuelle (chaque acteur construit son argumentation sur la base des informations collectées), collective (les différents acteurs échangent et débattent entre eux) et conclusive (la prise de décision proprement dite).

66. Le guide précise qu'il est parfois nécessaire, en cas de divergence importante des positions ou de grande complexité ou de spécificité de la question posée, de prévoir la consultation de tiers soit pour enrichir le débat, soit pour lever une difficulté ou pour résoudre un conflit. La consultation d'un comité d'éthique clinique peut par exemple s'avérer opportune. Au terme de la délibération collective, un accord doit être trouvé et une conclusion dégagée et validée collectivement, puis formalisée et transcrite par écrit.

67. Si le médecin prend la décision, il doit le faire sur la base des conclusions de la délibération collective et l'annoncer, le cas échéant, au patient, à la personne de confiance et/ou à l'entourage du patient, à l'équipe soignante et aux tiers concernés qui ont pris part au processus. La décision doit en outre être formalisée (sous la forme d'un écrit reprenant les motivations) et conservée en un lieu défini.

68. Le guide expose, comme point faisant débat, le recours à la sédation profonde en phase terminale, qui peut avoir pour effet de raccourcir la durée de vie restante. Le guide suggère enfin une évaluation du processus décisionnel après sa mise en œuvre.

C. Recommandation du Comité des Ministres

69. Dans sa Recommandation CM/Rec(2009)11 sur les principes concernant les procurations permanentes et les directives anticipées ayant trait à l'incapacité, le Comité des Ministres a recommandé aux États membres d'encourager ces pratiques et a défini un certain nombre de principes pour les aider à les réglementer.

D. Textes de l'Assemblée Parlementaire

70. Dans sa Recommandation 1418 (1999) sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants, l'Assemblée recommande au Comité des Ministres d'encourager les États membres à respecter et à protéger la dignité des malades incurables et des mourants à tous égards, notamment leur droit à l'autodétermination, en prenant les mesures nécessaires :

- pour faire respecter leurs instructions ou leur déclaration formelle («living will») rejetant certains traitements médicaux données ou faites par avance lorsqu'ils sont désormais incapables d'exprimer leur volonté,
- pour que, sans préjudice de la responsabilité thérapeutique ultime du médecin, les volontés qu'ils ont exprimées en ce qui concerne une forme particulière de traitement soit prise en compte, pour autant qu'elle ne porte pas atteinte à leur dignité d'êtres humains.

71. La Résolution 1859 (2012) de l'Assemblée, intitulée « Protéger les droits humains et la dignité de la personne en tenant compte des souhaits précédemment exprimés par les patients » rappelle les principes d'autonomie personnelle et de consentement, incorporés dans la convention d'Oviedo (paragraphe 59 ci-dessus), dont il résulte notamment que nul ne peut être contraint de subir un traitement médical contre sa volonté. La résolution fixe les lignes directrices à respecter par les parlements nationaux en matière de directives anticipées, de testaments de vie et de procurations permanentes.

IV. LE DROIT COMPARÉ

A. Législation et pratique des États membres du Conseil de l'Europe

72. Selon les renseignements dont la Cour dispose concernant 39 des 47 États membres du Conseil de l'Europe, il n'existe pas dans la pratique de consensus pour autoriser l'arrêt d'un traitement n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie. Dans une majorité d'États, l'arrêt est possible sous certaines conditions. La législation d'autres États l'interdit ou demeure silencieuse à ce sujet.

73. En ce qui concerne les États qui l'autorisent, cette possibilité est prévue soit par la législation, soit par des instruments non contraignants, le plus souvent des codes déontologiques des professions médicales. En Italie, en l'absence de cadre juridique, l'arrêt du traitement a été reconnu par la jurisprudence.

74. Bien que les modalités qui encadrent l'arrêt du traitement varient d'un État à l'autre, il y a un consensus sur le rôle primordial de la volonté du patient dans la prise de la décision. Le principe du consentement aux soins médicaux étant l'un des aspects du droit au respect de la vie privée, les États ont mis en place différentes procédures pour assurer l'expression du consentement ou pour en vérifier l'existence.

75. L'ensemble des législations qui autorisent l'arrêt du traitement prévoit la possibilité pour le patient d'émettre des directives anticipées. À défaut de telles directives, la décision appartient à une tierce personne : au médecin traitant ou aux proches du patient ou à son représentant légal, voire au juge. Dans tous les cas de figure, l'intervention des proches du patient est possible, sans toutefois que les législations opèrent un choix entre les proches en cas de désaccord. Certains États ont toutefois instauré une hiérarchie parmi les proches et font prévaloir le choix du conjoint sur ceux des autres.

76. Outre la recherche du consentement du patient, l'arrêt du traitement est soumis à d'autres conditions. Ainsi, selon les cas, il est requis que le patient soit mourant ou atteint d'une affection aux conséquences médicales graves et irréversibles, que le traitement ne soit plus dans le meilleur intérêt du patient, qu'il soit vain et que l'arrêt soit précédé d'une phase d'observation suffisamment longue et d'un réexamen de l'état de santé du patient.

B. Observations de la Clinique des Droits de l'Homme

77. La Clinique des Droits de l'Homme, tiers intervenante (voir paragraphe 8 ci-dessus), présente un état des lieux des législations et pratiques nationales s'agissant de la question de l'euthanasie active et passive et du suicide assisté dans les États appartenant aux continents européen et américain.

78. L'étude aboutit à la conclusion qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun consensus au sein des États membres du Conseil de l'Europe, comme au sein des États tiers, pour autoriser ou non le suicide assisté ou l'euthanasie.

79. En revanche, il y a un consensus pour encadrer strictement les modalités de l'euthanasie passive dans les États qui l'autorisent. À cet égard, la législation de chaque État prévoit des critères pour déterminer le moment de l'euthanasie eu égard à l'état du patient et pour s'assurer de son

consentement à la mise en œuvre de cette mesure. Cependant, ces critères varient sensiblement d'un État à l'autre.

EN DROIT

I. SUR LA QUALITÉ POUR AGIR AU NOM ET POUR LE COMPTE DE VINCENT LAMBERT

80. 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 estiment que la privation de nourriture et d'hydratation serait pour lui un mauvais traitement constitutif de torture, au sens de l'article 3 de la Convention, et font également valoir que la privation de kinésithérapie depuis octobre 2012, ainsi que de rééducation à la déglutition équivalent à un traitement inhumain et dégradant prohibé par cette disposition. Ils estiment enfin que l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation s'analyserait également en une atteinte à l'intégrité physique de Vincent Lambert, au sens de l'article 8 de la Convention.

81. Les articles 2, 3 et 8 de la Convention se lisent ainsi :

Article 2

« Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...) »

Article 3

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

Article 8

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

A. Sur la qualité pour agir des requérants au nom et pour le compte de Vincent Lambert

1. Les arguments des parties

a) Le Gouvernement

82. Le Gouvernement observe que les requérants n'indiquent pas vouloir agir au nom de Vincent Lambert et estime sans objet la question de savoir s'ils peuvent saisir la Cour en son nom.

b) Les requérants

83. Les requérants font valoir que toute personne doit pouvoir bénéficier des garanties apportées par la Convention, quel que soit son handicap, y compris s'il n'a pas de représentant. Ils soulignent qu'à aucun moment leur défaut de qualité ou d'intérêt à agir n'ont été mis en cause devant les juridictions internes, dans la mesure où le droit français reconnaît à la famille d'un patient dont on veut arrêter le traitement le droit de prendre position sur la mesure considérée, ce qui emporte nécessairement qualité pour agir non seulement en son nom propre devant une juridiction, mais également au nom du patient.

84. Citant les critères posés par la Cour dans l'arrêt *Koch c. Allemagne* (n° 497/09, §§ 43 et suiv., 19 juillet 2012), les requérants estiment que ces critères sont réunis en l'espèce, à savoir l'intérêt général de l'affaire, ainsi que les liens familiaux étroits et leur intérêt personnel pour l'affaire. Ils soulignent avoir saisi les juridictions nationales puis la Cour pour faire valoir les droits fondamentaux de Vincent Lambert au titre des articles 2 et 3 qu'il ne peut invoquer lui-même et que son épouse ne peut davantage invoquer, puisqu'elle a accepté la décision médicale contestée.

c) Les tiers intervenants individuels

85. Rachel Lambert, épouse de Vincent Lambert, considère que les requérants n'ont pas qualité pour agir au nom de Vincent Lambert. Elle rappelle que la Cour s'est montrée disposée à reconnaître la qualité pour agir d'un proche, soit parce que ses griefs soulevaient une question d'intérêt général touchant au « respect des droits de l'homme » et qu'en tant qu'héritier il avait un intérêt légitime à maintenir la requête, soit en raison d'un effet direct sur ses propres droits. Toutefois, dans l'affaire *Sanles Sanles c. Espagne* ((déc.), n° 48335/99, CEDH 2000-XI), la Cour a estimé que les droits invoqués par la requérante au titre des articles 2, 3, 5 et 8 de la Convention relevaient de la catégorie des droits non transférables et a conclu que l'intéressée, qui était la belle-sœur et l'héritière légitime du défunt, ne pouvait se prétendre victime d'une violation au nom de feu son beau-frère.

86. En ce qui concerne la représentation, elle rappelle qu'il est essentiel pour le représentant de démontrer qu'il a reçu des instructions précises et explicites de la part de la victime alléguée ; or, tel n'est pas le cas des requérants, qui n'ont reçu aucune instruction précise et explicite de Vincent Lambert, alors même que l'instruction diligentée par le Conseil d'État a mis en évidence qu'elle-même avait reçu de son époux ses souhaits, vœux et confidences, appuyés par des attestations produites devant les juridictions nationales.

87. François Lambert et Marie-Geneviève Lambert, neveu et demi-sœur de Vincent Lambert, estiment que les requérants n'ont pas qualité pour agir au nom de ce dernier. Ils font valoir en premier lieu que les violations des articles 2, 3 et 8 de la Convention que les requérants allèguent concernent des droits non transférables qu'ils ne peuvent s'approprier en leur nom, en second lieu qu'ils n'ont pas la qualité de représentants légaux de Vincent Lambert, majeur né en 1976 et, en troisième lieu, que leur recours contrevient à la liberté de conscience de ce dernier, au droit à sa propre vie et porte atteinte à sa vie privée. François Lambert et Marie-Geneviève Lambert rappellent que si, à titre exceptionnel, la Cour a pu admettre que des parents puissent agir aux lieu et place d'une victime pour invoquer une violation de l'article 3 de la Convention, c'était dans la seule hypothèse d'une disparition ou du décès de la victime, et en présence de circonstances particulières, conditions qui ne sont pas présentes en l'espèce, rendant la requête irrecevable. Ils font valoir que la Cour a eu l'occasion de confirmer cette irrecevabilité dans des affaires de fin de vie similaires à la présente (*Sanles Sanle*s, décision précitée, et *Ada Rossi et autres c. Italie* (déc.), n° 55185/08, 16 décembre 2008).

88. Ils estiment enfin que, dans les faits, les requérants sont « illégitimes» à contester la décision du Conseil d'État, dès lors que la position qu'ils défendent est à l'opposé des convictions de Vincent Lambert et que les médecins comme les juges ont tenu compte des souhaits de ce dernier, exprimés à son épouse à laquelle l'unissaient des liens très forts, et en connaissance de cause compte tenu de son expérience professionnelle d'infirmier.

2. L'appréciation de la Cour

a) Rappel des principes

89. La Cour a récemment rappelé, dans les affaires *Nencheva et autres c. Bulgarie* (n° 48609/06, 18 juin 2013) et *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c. Roumanie* ([GC], n° 47848/08, CEDH 2014), les principes suivants.

Pour se prévaloir de l'article 34 de la Convention, un requérant doit pouvoir se prétendre victime d'une violation de la Convention ; la notion de « victime », selon la jurisprudence constante de la Cour, doit être interprétée

de façon autonome et indépendante des notions internes telles que celles concernant l'intérêt ou la qualité pour agir (*Nencheva et autres*, précité, § 88). L'intéressé doit pouvoir démontrer qu'il a « subi directement les effets » de la mesure litigieuse (*Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu*, précité, § 96, et la jurisprudence citée).

90. Ce principe connaît une exception lorsque la ou les violations invoquées de la Convention sont étroitement liées à des disparitions ou décès dans des circonstances dont il est allégué qu'elles engagent la responsabilité de l'État. Dans de tels cas, en effet, la Cour reconnaît aux proches parents de la victime la qualité pour soumettre une requête (*Nencheva et autres*, précité, § 89, *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu*, précité, §§ 98-99, et la jurisprudence citée).

91. Par ailleurs, si la requête n'est pas introduite par la victime elle-même, l'article 45 § 3 du règlement impose de produire un pouvoir écrit dûment signé. Il est essentiel pour le représentant de démontrer qu'il a reçu des instructions précises et explicites de la part de la victime alléguée au nom de laquelle il entend agir devant la Cour (*Post c. Pays-Bas* (déc.), n° 21727/08, 20 janvier 2009, *Nencheva et autres*, précité, § 83 et *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu*, précité, § 102). Les organes de la Convention ont toutefois estimé que des considérations spéciales pouvaient se justifier dans le cas de victimes alléguées de violations des articles 2, 3 et 8 de la Convention subies aux mains des autorités nationales. Des requêtes introduites par des particuliers au nom de la ou des victimes ont ainsi été déclarées recevables, alors même qu'aucun type de pouvoir valable n'avait été présenté (*Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu*, précité, § 103).

92. Une attention particulière a été accordée à des facteurs de vulnérabilité, tels que l'âge, le sexe ou le handicap, propres à empêcher certaines victimes de soumettre leur cause à la Cour, compte dûment tenu par ailleurs des liens entre la victime et la personne auteur de la requête (*ibidem*).

93. Ainsi, dans l'affaire *S.P., D.P. et A.T. c. Royaume-Uni* (n° 23715/94, décision de la Commission du 20 mai 1996), qui portait notamment sur l'article 8 de la Convention, la Commission a admis la requête introduite par un *solicitor* au nom d'enfants qu'il avait représentés dans la procédure interne, dans laquelle il avait été désigné par le tuteur *ad litem*, après avoir relevé notamment que leur mère s'en désintéressait, que les autorités locales étaient critiquées dans la requête et qu'il n'y avait pas d'opposition d'intérêts entre le *solicitor* et les enfants.

Dans l'affaire *İlhan c. Turquie* ([GC], n° 22277/93, §§ 54-55, CEDH 2000-VII), où la victime directe, Abdüllatif İlhan, souffrait de séquelles graves résultant de mauvais traitements infligés par les forces de sécurité, la Cour a estimé que la requête fondée sur les articles 2 et 3 de la Convention était valablement introduite par son frère, dans la mesure où il

résultait des faits qu'Abdüllatif İlhan avait consenti à l'engagement de la requête, où il n'y avait pas de conflit d'intérêts entre lui-même et son frère, qui avait été touché de près par l'incident, et où il était dans une situation particulièrement vulnérable en raison des séquelles dont il souffrait.

Dans l'affaire *Y.F. c. Turquie* (n° 24209/94, § 31, CEDH 2003-IX), où un mari se plaignait, en invoquant l'article 8 de la Convention, que son épouse ait été forcée de subir un examen gynécologique à l'issue de sa garde à vue, la Cour a considéré qu'il était loisible au requérant, en tant que proche de la victime, de soulever un grief concernant les violations alléguées de la Convention formulées par son épouse, compte tenu en particulier de la situation vulnérable dans laquelle elle s'était trouvée dans les circonstances particulières de l'espèce.

94. Par ailleurs, toujours dans le contexte de l'article 8 de la Convention, la Cour a admis à plusieurs reprises que des parents qui n'avaient pas de droits parentaux puissent la saisir au nom de leurs enfants mineurs (voir notamment *Scozzari et Giunta c. Italie* [GC], n^os^ 39221/98 et 41963/98, §§ 138-139, CEDH 2000-VIII, *Šneersone et Kampanella c. Italie*, n° 14737/09, § 61, 12 juillet 2011, *Diamante et Pelliccioni c. Saint Marin*, n° 32250/08, §§ 146-147, 27 septembre 2011, *A.K. et L. c. Croatie*, n° 37956/11, §§ 48-50, 8 janvier 2013 et *Raw et autres c. France*, n° 10131/11, §§ 51-52, 7 mars 2013). Le critère essentiel qu'elle a retenu dans ces affaires était le risque que certains intérêts des mineurs ne soient pas portés à son attention et qu'ils soient privés d'une protection effective des droits qu'ils tirent de la Convention.

95. Enfin, la Cour a adopté récemment une approche similaire dans l'affaire *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu* précitée, qui concernait un jeune homme d'origine rom gravement handicapé et séropositif décédé à l'hôpital avant l'introduction de la requête, sans proches connus et sans que l'État lui ait désigné de représentant. Au vu des circonstances exceptionnelles de l'espèce et de la gravité des allégations formulées, la Cour a reconnu au Centre de ressources juridiques la qualité pour représenter Valentin Câmpeanu, en soulignant que conclure autrement reviendrait à empêcher que ces graves allégations de violation de la Convention puissent être examinées au niveau international (§ 112).

b) Application au cas d'espèce

96. Les requérants allèguent au nom de Vincent Lambert la violation des articles 2, 3 et 8 de la Convention (voir paragraphe 80 ci-dessus).

97. La Cour estime tout d'abord que la jurisprudence concernant les requêtes introduites au nom de personnes décédées n'est pas applicable en l'espèce, puisque Vincent Lambert n'est pas décédé mais se trouve dans un état qualifié par l'expertise médicale d'état végétatif (paragraphe 40 ci-dessus). Il incombe donc à la Cour d'établir si l'on se trouve face à des circonstances où elle a jugé qu'une requête pouvait être introduite au nom et

pour le compte d'une personne vulnérable sans que cette dernière ait donné ni pouvoir valable, ni instructions, à celui qui prétendait agir pour elle (voir paragraphes 93-95 ci-dessus).

98. Elle relève qu'aucune des affaires dans lesquelles elle a admis de façon exceptionnelle qu'une personne puisse agir pour une autre n'est similaire à la présente affaire. L'affaire *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu* précitée doit en être distinguée, dans la mesure où la victime directe était décédée et n'avait personne pour la représenter. Or, en l'espèce, si la victime directe est hors d'état de s'exprimer, plusieurs membres de sa famille proche souhaitent s'exprimer pour elle, tout en faisant valoir des points de vue diamétralement opposés. D'un côté, les requérants font essentiellement valoir le droit à la vie protégé par l'article 2, dont la Cour a rappelé dans l'affaire *Pretty c. Royaume-Uni* (n° 2346/02, § 65, CEDH 2002-III) le « caractère sacré », de l'autre les tiers intervenants individuels (Rachel Lambert, François Lambert et Marie-Geneviève Lambert) se fondent sur le droit au respect de la vie privée et en particulier le droit de chacun, compris dans la notion d'autonomie personnelle (*Pretty*, précité, § 61), de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin (*Pretty*, § 67, *Haas c. Suisse*, n° 31322/07, § 51, CEDH 2011 et *Koch*, précité, § 52).

99. Pour leur part, les requérants proposent à la Cour d'appliquer les critères énoncés dans l'arrêt *Koch* précité (§ 44), qu'ils estiment remplir, à savoir l'existence de liens familiaux étroits, l'existence dans leur chef d'un intérêt personnel ou juridique suffisant à l'issue de la procédure et l'expression antérieure de leur intérêt pour l'affaire.

100. Toutefois, la Cour rappelle que, dans l'affaire *Koch* précitée, le requérant soutenait que les souffrances de son épouse et les circonstances finales du décès de celle-ci l'avaient affecté au point d'emporter violation *de ses propres droits* en vertu de l'article 8 de la Convention (§ 43). C'est donc sur ce point que la Cour était appelée à se prononcer, et c'est dans ce contexte qu'elle a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte aussi des critères développés dans sa jurisprudence permettant à un proche ou à un héritier de porter une action devant elle au nom de la personne décédée (§ 44).

101. Or, la Cour est d'avis que ces critères ne sont pas applicables en l'espèce, puisque Vincent Lambert n'est pas décédé et que les requérants entendent soulever des griefs *en son nom.*

102. L'examen de la jurisprudence concernant les cas dans lesquels les organes de la Convention ont admis qu'un tiers puisse, dans des circonstances exceptionnelles, agir au nom et pour le compte d'une personne vulnérable (paragraphes 93-95 ci-dessus) fait ressortir les deux critères principaux suivants : le risque que les droits de la victime directe soient privés d'une protection effective et l'absence de conflit d'intérêts entre la victime et le requérant.

103. Faisant application de ces critères à la présente affaire, la Cour ne décèle en premier lieu aucun risque que les droits de Vincent Lambert soient privés d'une protection effective. En effet, conformément à sa jurisprudence constante (voir paragraphes 90 ci-dessus et 115 ci-après) les requérants, en leur qualité de proches de Vincent Lambert, peuvent invoquer devant elle en leur propre nom le droit à la vie protégé par l'article 2.

104. En application du second critère, la Cour doit ensuite établir s'il y a convergence d'intérêts entre les requérants et Vincent Lambert. À cet égard, elle relève que l'un des aspects primordiaux de la procédure interne a précisément consisté à déterminer les souhaits de ce dernier. En effet, la décision du D[r] Kariger du 11 janvier 2014 était fondée sur la certitude qu'il « ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions » (paragraphe 22 ci-dessus). Dans sa décision du 24 juin 2014, le Conseil d'État a estimé, au vu des témoignages de l'épouse et d'un frère de Vincent Lambert et des déclarations de plusieurs de ses autres frères et sœurs, qu'en se fondant sur ce motif, le D[r] Kariger « ne [pouvait] être regardé comme ayant procédé à une interprétation inexacte des souhaits manifestés par le patient avant son accident » (paragraphe 50 ci-dessus). Dans ces conditions, la Cour n'estime pas établi qu'il y ait convergence d'intérêts entre ce qu'expriment les requérants et ce qu'aurait souhaité Vincent Lambert.

105. La Cour conclut que les requérants n'ont pas qualité pour soulever au nom et pour le compte de Vincent Lambert les griefs tirés des articles 2, 3 et 8 de la Convention qu'ils invoquent.

106. Il s'ensuit que ces griefs sont incompatible *ratione personae* avec les dispositions de la Convention au sens de l'article 35 § 3 a) et doivent être rejetés en application de l'article 35 § 4.

B. Sur la qualité pour agir de Rachel Lambert au nom et pour le compte de Vincent Lambert

1. Les arguments des parties

107. Par lettre de son conseil du 9 juillet 2014, Rachel Lambert a demandé à représenter son mari, Vincent Lambert, en qualité de tiers intervenant dans la procédure. Elle a communiqué à l'appui de cette demande un jugement du juge des tutelles de Châlons-en-Champagne du 17 décembre 2008 l'autorisant à représenter son époux dans l'exercice des pouvoirs résultant du régime matrimonial, ainsi que deux attestations établies par une sœur et un demi-frère de Vincent Lambert. Selon ces attestations, ce dernier n'aurait pas souhaité que ses parents, dont il était éloigné moralement et physiquement, prennent de décision dans son cas, mais plutôt son épouse, qui serait sa personne de confiance. Elle a également produit une attestation de sa belle-mère qui rapporte l'avoir accompagnée en juillet 2012 à la consultation d'un professeur de médecine

au centre hospitalier universitaire de Liège, en présence des deux premiers requérants, consultation où elle-même et Rachel Lambert auraient fait part des souhaits de Vincent Lambert de ne pas vivre dans le handicap si la situation devait se présenter, et où la deuxième requérante aurait dit que, si la question d'une euthanasie devait se poser, elle laisserait la décision à Rachel Lambert. Dans ses observations, Rachel Lambert fait valoir qu'ayant reçu les souhaits de son mari, appuyés par des attestations qu'elle a produites, elle est seule à avoir qualité pour agir juridiquement au nom de Vincent Lambert et le représenter.

108. Le Gouvernement ne s'est pas exprimé sur ce point.

109. Les requérants soutiennent que le jugement du juge des tutelles produit par Rachel Lambert ne lui donne pas un pouvoir de représentation général de son mari, mais seulement un pouvoir de représentation dans le domaine patrimonial. Elle ne peut donc revendiquer être la seule personne à représenter son mari devant la Cour. Par ailleurs, les requérants soutiennent que les attestations qu'elle a produites n'ont aucune valeur juridique et contestent le contenu de celle de sa belle-mère. Ils relèvent que Vincent Lambert n'a pas nommé de personne de confiance et concluent qu'en l'état du droit français et faute de placement sous tutelle ou curatelle, Vincent Lambert n'est représenté par personne dans les procédures qui le concernent personnellement.

2. L'appréciation de la Cour

110. La Cour relève qu'aucune disposition de la Convention n'autorise un tiers intervenant à représenter une autre personne devant elle. Par ailleurs, aux termes de l'article 44 § 3 a) du règlement, un tiers intervenant est toute personne intéressée « autre que le requérant. »

111. Dans ces conditions, la Cour ne peut que rejeter la demande de Rachel Lambert.

C. Conclusion

112. La Cour a conclu que les requérants n'avaient pas qualité pour invoquer, au nom et pour le compte de Vincent Lambert, la violation des articles 2, 3 et 8 de la Convention (voir paragraphes 105-106 ci-dessus) et a également rejeté la demande faite par Rachel Lambert de représenter son mari en qualité de tiers intervenant (voir paragraphes 110-111 ci-dessus).

Toutefois, la Cour souligne qu'en dépit des constats qu'elle vient de faire sur la recevabilité, elle examinera ci-après l'ensemble des questions de fond soulevées par la présente affaire sous l'angle de l'article 2 de la Convention, dès lors qu'elles ont été invoquées par les requérants en leur propre nom.

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.

A. Sur la recevabilité

115. La Cour rappelle sa jurisprudence selon laquelle les proches parents d'une personne dont il est allégué que le décès engage la responsabilité de l'État peuvent se prétendre victimes d'une violation de l'article 2 de la Convention (voir paragraphe 90 ci-dessus). Même si à ce jour Vincent Lambert est en vie, il est certain que si l'hydratation et l'alimentation artificielles devaient être arrêtées, son décès surviendrait dans un délai rapproché. Dès lors, même s'il s'agit d'une violation potentielle ou future (*Tauira et 18 autres c. France*, n° 28204/95, décision de la Commission du 4 décembre 1995, Décisions et Rapports (DR) 83-A, p. 131), la Cour considère que les requérants, en leur qualité de proches de Vincent Lambert, peuvent invoquer l'article 2 précité.

116. La Cour constate que ce grief n'est pas manifestement mal fondé, au sens de l'article 35 § 3 a) de la Convention. La Cour relève par ailleurs qu'il ne se heurte à aucun autre motif d'irrecevabilité. Il convient donc de le déclarer recevable.

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 n° 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.), n° 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.), n° 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

a) Les arguments des parties et des tiers intervenants

i) Les requérants

125. Les requérants considèrent tout d'abord que la loi du 22 avril 2005 ne s'applique pas à Vincent Lambert, qui selon eux n'est ni malade, ni en fin de vie, mais gravement handicapé. Ils dénoncent le caractère « flou » de la loi sur les points suivants : la notion d'obstination déraisonnable (et en particulier le critère du traitement « n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie » qu'ils estiment totalement imprécis) et la qualification de l'hydratation et l'alimentation artificielles comme traitements et non comme soins. Ils estiment que l'alimentation entérale que reçoit Vincent Lambert n'est pas un traitement susceptible d'être arrêté et que sa situation médicale ne relève pas de l'obstination déraisonnable.

126. Ils considèrent que le processus qui a conduit à la décision du médecin du 11 janvier 2014 n'est pas conforme aux obligations de l'État découlant de l'article 2 de la Convention. Ils font valoir qu'il n'y a pas de collégialité effective de la procédure, qui ne concerne que la prise d'avis purement consultatifs, le médecin décidant seul. Ils estiment que d'autres systèmes seraient possibles, qui permettraient à d'autres médecins ou aux membres de la famille, en l'absence de personne de confiance, de participer à la prise de décision. Ils font enfin valoir que la loi devrait prendre en compte l'hypothèse d'un désaccord entre les membres de la famille et prévoir à tout le moins une médiation.

ii) Le Gouvernement

127. Le Gouvernement fait valoir que la loi du 22 avril 2005 concilie le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement ou de le refuser. La définition de l'obstination déraisonnable repose sur les principes éthiques de bienveillance et non malfaisance rappelés dans le « Guide relatif au processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie » du Conseil de l'Europe, en fonction desquels les professionnels

de santé ne peuvent délivrer que des traitements appropriés et doivent être guidés par le seul bénéfice du patient, lequel doit être apprécié globalement. À cet égard, des éléments médicaux, mais également non médicaux, et notamment la volonté du patient, rentrent en ligne de compte. Il rappelle que, lors des débats parlementaires sur la loi, un amendement visant à exclure l'hydratation et l'alimentation artificielles du champ des traitements a été rejeté et souligne que les traitements recouvrent aussi les moyens et interventions qui répondent à une insuffisance fonctionnelle du patient et qui supposent la mise en œuvre de techniques médicales intrusives.

128. Le Gouvernement souligne que la loi française prévoit un certain nombre de garanties procédurales : la prise en compte de la volonté du patient, de l'avis de la personne de confiance, de la famille ou des proches, et la mise en œuvre d'une procédure collégiale à laquelle la famille et les proches sont associés. Il précise enfin que la décision du médecin est soumise au contrôle du juge.

iii) Les tiers intervenants

α) Rachel Lambert

129. Rachel Lambert estime que la loi du 22 avril 2005 entoure la décision du médecin de nombreuses garanties et concilie le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés et celui de ne pas subir un traitement qui traduirait une obstination déraisonnable. Elle souligne que le législateur n'a pas entendu limiter la reconnaissance d'une expression antérieure des volontés du patient aux cas où celui-ci a désigné une personne de confiance ou rédigé des directives anticipées ; lorsque tel n'est pas le cas, l'avis de la famille est sollicité avec pour premier objectif de rechercher quelle serait sa volonté.

130. Se référant à la procédure collégiale mise en œuvre en l'espèce, elle fait valoir que le D^{r} Kariger a consulté six médecins (dont trois extérieurs à l'hôpital), a convoqué une réunion avec la presque totalité du personnel soignant et l'ensemble des médecins, a réuni deux conseils de famille et que sa décision est longuement motivée et témoigne du sérieux de sa démarche.

β) François Lambert et Marie-Geneviève Lambert

131. François Lambert et Marie-Geneviève Lambert considèrent que la décision du médecin a été prise conformément à la loi du 22 avril 2005 précitée, dont ils rappellent les dispositions. Ils soulignent que les données de l'expertise médicale ordonnée par le Conseil d'État ont bien caractérisé la notion de traitements ne tendant plus qu'au seul maintien artificiel de la vie, en précisant que c'est l'incapacité de Vincent Lambert à s'alimenter et à s'hydrater seul sans l'assistance médicale d'une hydratation et d'une alimentation entérale qui causerait son décès.

132. Ils font valoir que le processus décisionnel a été en l'espèce particulièrement long, méticuleux et respectueux des droits de chacun, des avis médicaux et paramédicaux, ainsi que ceux des membres de la famille qui ont été invités à y participer (tout particulièrement les requérants qui ont bénéficié de l'assistance d'un médecin librement choisi tout au long du processus) et parfaitement informés à chaque étape. La décision finale a, selon eux, été prise conformément aux processus légal et conventionnel énoncé par le « Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux en fin de vie » du Conseil de l'Europe.

γ) L'UNAFTC (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés)

133. L'UNAFTC se fait l'écho des préoccupations des familles et établissements qu'elle fédère et fait valoir les points de vue suivants : les patients en état végétatif chronique et en état pauci-relationnel ne sont pas en fin de vie et ne sont pas maintenus artificiellement en vie ; lorsque le pronostic vital n'est pas engagé, l'alimentation et l'hydratation artificielles ne doivent pas être considérées comme un traitement susceptible d'être arrêté. L'UNAFTC considère que la volonté d'un patient ne peut être reconstituée à partir de propos oraux rapportés par une partie des membres de la famille, soutient que le doute doit toujours profiter à la vie et qu'en tout état de cause, en l'absence de directives anticipées et d'une personne de confiance, une décision d'arrêt de traitement ne peut être prise en l'absence de consensus familial.

δ) Amréso-Bethel

134. L'association Amréso-Bethel, qui gère une unité de soins accueillant des patients en état de conscience minimale ou en état végétatif chronique, expose la façon dont ces patients sont pris en charge.

ε) La Clinique des droits de l'homme

135. Au vu de la pluralité des conceptions entourant la fin de vie dans le monde et des différences quant aux conditions dans lesquelles l'euthanasie passive peut être pratiquée, la Clinique des Droits de l'Homme considère que les États devraient bénéficier d'une marge d'appréciation pour opérer un équilibre entre l'autonomie personnelle du patient et la protection de sa vie.

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 non-violation de l'article 8 de la Convention.

Dans l'affaire *Burke c. Royaume-Uni* ((déc.), n° 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.

139. La Cour rappelle qu'à l'exception de la violation procédurale de l'article 8 dans l'arrêt *Koch* précité (paragraphe 137 ci-dessus), elle n'a conclu à la violation de la Convention dans aucune de ces affaires.

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], n° 32967/96, § 49, CEDH 2002-I, décision *Glass* précitée, *Vo c. France* [GC], n° 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 (n° 2)* [GC], n° 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], n° 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], n° 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], n° 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* (n° 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 (paragraphes 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.

α) 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], n° 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 règlementaire 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 D^{r} 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 D^{r} 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 D^{r} 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.

III. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 8 DE LA CONVENTION

183. Les requérants estiment être potentiellement victimes d'une violation de leur droit au respect de leur vie familiale avec leur fils et frère, au sens de l'article 8 de la Convention.

184. La Cour considère que ce grief est absorbé par ceux invoqués par les requérants au titre de l'article 2 de la Convention. Eu égard à son constat relatif à cet article (paragraphe 182 ci-dessus), la Cour estime qu'il n'y a pas lieu de se prononcer séparément sur ce grief.

IV. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 6 DE LA CONVENTION

185. Les requérants se plaignent également de ce que le médecin qui a pris la décision du 11 janvier 2014 n'aurait pas été impartial, dans la mesure où il avait déjà pris la même décision, et considèrent que l'expertise ordonnée par le Conseil d'État n'était pas parfaitement contradictoire.

Ils invoquent l'article 6 § 1 de la Convention, dont les dispositions pertinentes sont ainsi rédigées :

> « Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement (...) par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera (...) des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil (...) »

186. À supposer même que l'article 6 § 1 soit applicable à la procédure qui a donné lieu à la décision du médecin du 11 janvier 2014, la Cour estime que ces griefs, pour autant qu'ils n'ont pas déjà été traités sous l'angle de l'article 2 de la Convention (paragraphes 150-181 ci-dessus) sont manifestement mal fondés.

187. Il s'ensuit que cet aspect de la requête doit être rejeté en application de l'article 35 §§ 3 a) et 4 de la Convention.

PAR CES MOTIFS, LA COUR,

1. *Déclare*, à l'unanimité, la requête recevable quant au grief tiré par les requérants de l'article 2 en leur propre nom ;

2. *Déclare*, par douze voix contre cinq, la requête irrecevable pour le surplus ;

3. *Rejette*, à l'unanimité, la demande de Rachel Lambert visant à représenter Vincent Lambert en qualité de tiers intervenant ;

4. *Dit*, par douze voix contre cinq, 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 ;

5. *Dit*, par douze voix contre cinq, qu'il n'y a pas lieu de se prononcer séparément sur le grief tiré de l'article 8 de la Convention.

Fait en français et en anglais, puis prononcé en audience publique au Palais de droits de l'homme le 5 juin 2015, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

Erik Fribergh	Dean Spielmann
Greffier	Président

Au présent arrêt se trouve joint, conformément aux articles 45 § 2 de la Convention et 74 § 2 du règlement, l'exposé de l'opinion séparée des juges Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano et Griţco.

D.S.
E.F.

OPINION EN PARTIE DISSIDENTE COMMUNE AUX JUGES HAJIYEV, ŠIKUTA, TSOTSORIA, DE GAETANO ET GRIŢCO

(Traduction)

1. Nous regrettons de devoir nous dissocier du point de vue de la majorité exprimé aux points 2, 4 et 5 du dispositif de l'arrêt en l'espèce. Après mûre réflexion, nous pensons que, à présent que tout a été dit et écrit dans cet arrêt, à présent que les distinctions juridiques les plus subtiles ont été établies et que les cheveux les plus fins ont été coupés en quatre, ce qui est proposé revient ni plus ni moins à dire qu'une personne lourdement handicapée, *qui est dans l'incapacité de communiquer ses souhaits quant à son état actuel*, peut, sur la base de plusieurs affirmations contestables, être privée de deux composants essentiels au maintien de la vie, à savoir la nourriture et l'eau, et que de plus la Convention est inopérante face à cette réalité. Nous estimons non seulement que cette conclusion est effrayante mais de plus – et nous regrettons d'avoir à le dire – qu'elle équivaut à un pas en arrière dans le degré de protection que la Convention et la Cour ont jusqu'ici offerte aux personnes vulnérables.

2. Pour parvenir à la conclusion au paragraphe 112 de l'arrêt, la majorité commence par passer en revue les affaires dans lesquelles les organes de la Convention ont admis qu'un tiers puisse, dans des circonstances exceptionnelles, agir au nom et pour le compte d'une personne vulnérable, même si celle-ci n'avait pas expressément émis le souhait d'introduire une requête. La majorité déduit de cette jurisprudence qu'il existe deux critères principaux à appliquer à de telles affaires : le risque que les droits de la victime directe soient privés d'une protection effective et l'absence de conflit d'intérêts entre la victime et le requérant (paragraphe 102 de l'arrêt). Tout en souscrivant à ces deux critères en tant que tels, nous sommes en complet désaccord avec la façon dont la majorité les applique dans les circonstances particulières de l'espèce.

En ce qui concerne le premier critère, il est vrai que les requérants peuvent invoquer l'article 2 pour leur propre compte, ce qu'ils ont fait. Toutefois, dès lors que la Cour a reconnu qualité à une organisation non-gouvernementale pour représenter une personne décédée (*Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c. Roumanie* [GC], n° 47848/08, CEDH 2014), nous ne voyons aucune raison valable de ne pas suivre la même approche en ce qui concerne les requérants en l'espèce. En effet, en tant que parents proches de Vincent Lambert, ils ont même *a fortiori* une justification encore plus forte pour agir au nom de celui-ci devant la Cour.

Quant au second critère, la majorité, considérant que les décisions internes litigieuses se fondaient sur la certitude que Vincent Lambert n'aurait pas souhaité être maintenu en vie dans l'état dans lequel il se trouve à présent, juge qu'il n'est pas « établi qu'il y ait convergence d'intérêts entre ce qu'expriment les requérants et ce qu'aurait souhaité Vincent Lambert » (paragraphe 104 de l'arrêt). Or cette affirmation serait exacte seulement si – et dans la mesure où – les requérants alléguaient une violation du droit de Vincent Lambert à l'autonomie personnelle en vertu de l'article 8 de la Convention, qui, selon la jurisprudence de la Cour, comprend le droit d'un individu de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin (*Haas c. Suisse*, n° 31322/07, § 51, CEDH 2011). Toutefois, si les requérants invoquent bien l'article 8, ils le font dans un contexte complètement différent : c'est l'intégrité physique de Vincent Lambert, et non son autonomie personnelle, qu'ils cherchent à défendre devant la Cour. Les principaux griefs qu'ils soulèvent pour le compte de Vincent Lambert sont fondés sur les articles 2 et 3 de la Convention. Au contraire de l'article 8, qui protège un éventail extrêmement large d'actions humaines fondées sur des choix personnels et allant dans diverses directions, les articles 2 et 3 de la Convention sont clairement unidirectionnels, en ce qu'ils n'impliquent aucun aspect négatif. L'article 2 protège le droit à la vie mais non le droit de mourir (*Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02, §§ 39-40, CEDH 2002-III). De même, l'article 3 garantit un droit positif de ne pas être soumis à de mauvais traitements, mais aucun « droit » quelconque à renoncer à ce droit et à être, par exemple, battu, torturé ou affamé jusqu'à la mort. Pour dire les choses simplement, les articles 2 et 3 sont des « voies à sens unique ». Le droit de ne pas être affamé jusqu'à la mort étant le seul droit que Vincent Lambert lui-même aurait pu valablement revendiquer sous l'angle des articles 2 et 3, nous ne voyons pas en quoi il est logiquement possible de conclure à l'absence de « convergence d'intérêts » entre lui et les requérants en l'espèce, ou même d'avoir le moindre doute à cet égard.

Dans ces conditions, nous sommes convaincus que les requérants avaient bien qualité pour agir au nom et pour le compte de Vincent Lambert, et que leurs différents griefs auraient dû être déclarés compatibles *ratione personae* avec les dispositions de la Convention.

3. Nous voudrions préciser d'emblée que, s'il s'était agi d'une affaire où la personne en question (Vincent Lambert en l'espèce) avait expressément émis le souhait qu'il lui soit permis de ne pas continuer de vivre en raison de son lourd handicap physique et de la souffrance associée, ou qui, au vu de la situation, aurait clairement refusé toute nourriture et boisson, nous n'aurions eu aucune objection à l'arrêt ou la non-mise en place de l'alimentation et de l'hydratation dès lors que la législation interne le

prévoyait (et sous réserve, dans tous les cas, du droit des membres du corps médical de refuser de participer à cette procédure pour des motifs d'objection de conscience). On peut ne pas être d'accord avec une telle loi, mais en pareil cas deux droits protégés par la Convention se trouvent pour ainsi dire opposés l'un à l'autre : d'une part le droit à la vie (avec l'obligation correspondante pour l'État de protéger la vie) – article 2 – et, d'autre part, le droit à l'autonomie personnelle, protégé par l'article 8. Face à un tel conflit, on peut être d'accord pour faire prévaloir le respect de « la dignité et de la liberté de l'homme » (souligné dans l'affaire *Pretty c. Royaume-Uni*, précitée, § 65). Mais telle n'est pas la situation de Vincent Lambert.

4. Selon les éléments disponibles, Vincent Lambert se trouve dans un état végétatif chronique, en état de conscience minimale, voire inexistante. Toutefois, il n'est pas en état de mort cérébrale – il y a un dysfonctionnement à un niveau du cerveau mais pas à tous les niveaux. En fait, il peut respirer seul (sans l'aide d'un respirateur artificiel) et peut digérer la nourriture (la voie gastro-intestinale est intacte et fonctionne), mais il a des difficultés pour déglutir, c'est-à-dire pour faire progresser des aliments solides dans l'œsophage. Plus important, rien ne prouve, de manière concluante ou autre, qu'il ressente de la douleur (à distinguer de l'inconfort évident découlant du fait d'être en permanence alité ou dans un fauteuil roulant). Nous sommes particulièrement frappés par une considération développée par les requérants devant la Cour dans leurs observations du 16 octobre 2014 sur la recevabilité et le fond (paragraphes 51-52). Cette considération, qui n'est pas réellement contestée par le Gouvernement, est la suivante :

> « La Cour doit savoir que [Vincent Lambert], comme toutes les personnes en état de conscience gravement altérée, est néanmoins susceptible d'être levé, habillé, placé dans un fauteuil, sorti de sa chambre. De nombreuses personnes dans un état similaire à celui de Monsieur Lambert, sont habituellement résidentes dans un établissement de soins spécialisé, et peuvent passer le week-end ou quelques vacances en famille (...). Et, précisément, leur alimentation entérale permet cette forme d'autonomie.
>
> Le docteur Kariger avait d'ailleurs donné son accord en septembre 2012 pour que ses parents puissent emmener Monsieur Vincent Lambert en vacances dans le sud de la France. C'était six mois avant sa première décision de lui supprimer son alimentation... et alors que son état de santé n'avait pas changé ! »

Il ressort des éléments soumis à la Cour que l'alimentation par voie entérale occasionne une atteinte minimale à l'intégrité physique, ne cause aucune douleur au patient et, avec un peu d'entraînement, pareille alimentation peut être administrée par la famille ou les proches de M. Lambert (et les requérants se sont proposés pour le faire), même si la préparation alimentaire doit être élaborée dans une clinique ou dans un hôpital. En ce sens, l'alimentation et l'hydratation par voie entérale

(indépendamment, pour le moment, du fait de savoir s'il convient de les désigner sous le terme « traitement » ou « soins », ou simplement « alimentation ») sont entièrement *proportionnée*s à la situation dans laquelle Vincent Lambert se trouve. Dans ce contexte, nous ne comprenons pas, même après avoir entendu les plaidoiries dans cette affaire, pourquoi le transfert de Vincent Lambert dans une clinique spécialisée (la maison de santé Bethel[1]) où l'on pourrait s'occuper de lui (et donc soulager l'hôpital universitaire de Reims de ce devoir) a été bloqué par les autorités.

En d'autres termes, Vincent Lambert est *vivant* et l'on s'occupe de lui. Il est également nourri – et l'eau et la nourriture représentent deux éléments basiques essentiels au maintien de la vie et intimement liés à la dignité humaine. Ce lien intime a été affirmé à maintes reprises dans de nombreux documents internationaux[2]. Nous posons donc la question : qu'est-ce qui peut justifier qu'un État autorise un médecin (le docteur Kariger ou, depuis que celui-ci a démissionné et a quitté l'hôpital universitaire de Reims[3], un autre médecin), en l'occurrence non pas à « débrancher » Vincent Lambert (celui-ci n'est pas branché à une machine qui le maintiendrait artificiellement en vie) *mais plutôt à cesser ou à s'abstenir de le nourrir et de l'hydrater, de manière à, en fait, l'affamer jusqu'à la mort* ? Quelle est la raison impérieuse, dans les circonstances de l'espèce, qui empêche l'État d'intervenir *pour protéger la vie* ? Des considérations financières ? Aucune n'a été avancée en l'espèce. La douleur ressentie par Vincent Lambert ? Rien ne prouve qu'il souffre. Ou est-ce parce qu'il n'a plus d'utilité ou d'importance pour la société, et qu'en réalité il n'est plus une personne mais seulement une « vie biologique » ?

5. Ainsi que nous l'avons déjà souligné, il n'y a pas d'indications claires ou certaines concernant ce que Vincent Lambert souhaite (ou même souhaitait) réellement quant à la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation dans la situation où il se trouve à présent. Certes, il était infirmier avant l'accident qui l'a réduit à son état actuel, mais il n'a jamais formulé aucune « directive anticipée » ni nommé une « personne de confiance » aux fins des diverses dispositions du code de la santé publique. Le Conseil d'État, dans sa décision du 24 juin 2014, a fait grand cas des conversations évidemment informelles que Vincent Lambert a eues avec son épouse (et, apparemment en une occasion, également avec son frère Joseph Lambert) et est parvenu à la conclusion que le docteur Kariger « ne peut être regardé comme ayant procédé à une interprétation inexacte des

[1] Voir les observations du tiers intervenant, l'association Amréso-Bethel.
[2] Il suffit ici de renvoyer à l'Observation générale n° 12 et à l'Observation générale n° 15 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies, adoptées respectivement à ses vingtième et vingt-neuvième sessions.
[3] Voir les observations des requérants, § 164.

souhaits manifestés par le patient avant son accident »[4]. Or, pour des questions d'une telle gravité, il ne faut rien moins qu'une certitude absolue. Une « interprétation » *a posteriori* de ce que les personnes concernées peuvent avoir dit ou ne pas avoir dit des années auparavant (alors qu'elles étaient en parfaite santé) dans le cadre de conversations informelles expose clairement le système à de graves abus. Même si, aux fins du débat, on part du principe que Vincent Lambert avait bien exprimé son refus d'être maintenu dans un état de grande dépendance, pareille déclaration ne peut, à notre avis, offrir un degré suffisant de certitude concernant son souhait d'être privé de nourriture et d'eau. Comme les requérants le relèvent aux paragraphes 153- 154 de leurs observations – ce qui, encore une fois, n'a pas été nié ou contredit par le Gouvernement :

> « Si réellement M. Vincent Lambert avait eu la volonté ferme de ne plus vivre, si réellement il avait « lâché » psychologiquement, si réellement il avait eu le désir profond de mourir, M. Vincent Lambert serait déjà, à l'heure actuelle, mort. Il n'aurait en effet pas tenu 31 jours sans alimentation (entre le premier arrêt de son alimentation, le 10 avril 2013, et la première ordonnance rendue par le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, le 11 mai 2013 ordonnant la remise en place de son alimentation) s'il n'avait pas trouvé en lui une force intérieure l'appelant à se battre pour rester en vie. Nul ne sait quelle est cette force de vie. Peut-être est-ce, inconsciemment, sa paternité et le désir de connaître sa fille ? Peut-être est-ce autre chose. Mais il est incontestable que, par ses actes, Monsieur Vincent Lambert a manifesté une force de vie qu'il ne serait pas acceptable d'occulter.
>
> À l'inverse, tous les soignants de patients en état de conscience altérée le disent : une personne dans son état qui se laisse aller meurt en dix jours. Ici, sans manger, et avec une hydratation réduite à 500 ml par jour, il a survécu 31 jours. »

Toutefois, l'accent qui est mis sur la volonté ou les intentions présumées de Vincent Lambert détourne le débat d'une autre question importante, à savoir le fait qu'en vertu de la loi française applicable en l'espèce, c'est-à-dire au cas d'un patient inconscient et n'ayant pas rédigé de directives anticipées, la volonté de celui-ci et les points de vue ou souhaits de sa famille ne font que *compléter* l'analyse de ce que le médecin en charge perçoit comme une réalité médicale. En d'autres termes, les souhaits du patient ne sont en pareil cas *absolument pas déterminants pour l'issue finale*. Les trois critères prévus à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique – c'est-à-dire les cas où les actes médicaux apparaissent inutiles, disproportionnés ou ayant pour seul effet le maintien artificiel de la vie – sont les seuls critères pertinents. Ainsi que l'a souligné le Conseil d'État, il faut prendre en compte les souhaits que le patient a pu exprimer et accorder une importance toute particulière à sa volonté (paragraphes 47 et 48 de l'arrêt) mais cette volonté n'est jamais déterminante. En d'autres termes, une fois que le médecin en charge a, comme en l'espèce, décidé que le

[4] Voir le septième paragraphe de cette décision, reproduit au paragraphe 50 de l'arrêt.

troisième critère s'appliquait, les dés sont jetés et la procédure collective se résume pour l'essentiel à une simple formalité.

6. En aucun cas on ne peut dire que Vincent Lambert se trouve dans une situation « de fin de vie ». De manière regrettable, il se retrouvera bientôt dans cette situation lorsqu'on cessera ou qu'on s'abstiendra de le nourrir et de l'hydrater. Des personnes se trouvant dans une situation encore pire que celle de Vincent Lambert *ne sont pas en stade terminal* (sous réserve qu'ils ne souffrent pas en même temps d'une autre pathologie). Leur alimentation – qu'elle soit considérée comme un traitement ou comme des soins – a pour but de les maintenir en vie et, dès lors, demeure un moyen *ordinaire* de maintien de la vie qui doit en principe être poursuivi.

7. Les questions relatives à l'alimentation et à l'hydratation sont souvent qualifiées par le terme « artificiel », ce qui entraîne une confusion inutile, comme cela a été le cas en l'espèce. Toute forme d'alimentation – qu'il s'agisse de placer un biberon dans la bouche d'un bébé ou d'utiliser des couverts dans un réfectoire pour amener de la nourriture à sa bouche – est dans une certaine mesure artificielle, puisque l'ingestion de la nourriture passe par un intermédiaire. Mais dans le cas d'un patient se trouvant dans l'état de Vincent Lambert, la véritable question à se poser (dans le contexte des notions de proportionnalité et de caractère raisonnable qui découlent de la notion d'obligation positive de l'État au regard de l'article 2) est celle-ci : l'hydratation et l'alimentation produisent-elles un bénéfice pour le patient sans lui causer une douleur ou une souffrance indue ou une dépense excessive de ressources ? Dans l'affirmative, il y a une obligation positive de préserver la vie. Si la charge excède les bénéfices, alors l'obligation de l'État peut, dans des cas appropriés, cesser. Dans ce contexte, nous ajouterons en outre que la marge d'appréciation d'un État, évoquée au paragraphe 148 de l'arrêt, n'est pas illimitée et que, aussi large qu'elle puisse être, elle doit toujours être considérée à la lumière des valeurs qui sous-tendent la Convention, dont la principale est la valeur de la vie. La Cour a souvent déclaré que la Convention doit être lue comme un tout (un principe rappelé au paragraphe 142 de l'arrêt) et interprétée (et nous ajouterons appliquée) de manière à promouvoir sa cohérence interne et l'harmonie entre ses diverses dispositions et valeurs (voir, quoique dans des contextes différents, *Stec et autres c. Royaume-Uni* (déc.) [GC], n^{os} 65731/01 et 65900/01, § 48, CEDH 2005-X ; et *Austin et autres c. Royaume-Uni* [GC], n^{os} 39692/09, 40713/09 et 41008/09, § 54, CEDH 2012). Pour évaluer cette marge d'appréciation dans les circonstances de l'espèce et la méthode choisie par les autorités françaises pour « mettre en balance » les intérêts concurrents en présence, la Cour aurait donc dû donner plus d'importance à la valeur de la vie. Il convient également de rappeler que nous ne sommes pas ici dans une situation où

l'on peut légitimement dire qu'il peut y avoir certains doutes quant à l'existence d'une vie ou d'une « vie humaine » (comme dans les affaires traitant des questions de fertilité et impliquant des embryons humains c'est-à-dire touchant à la question de savoir « quand commence la vie humaine »). De même, il n'y a aucun doute en l'espèce que Vincent Lambert est vivant. À notre sens, toute personne se trouvant dans l'état de Vincent Lambert a une dignité humaine fondamentale et doit donc, conformément aux principes découlant de l'article 2, recevoir des soins ou un traitement ordinaires et proportionnés, ce qui inclut l'apport d'eau et de nourriture.

8. À l'instar des requérants, nous estimons que la loi en question manque de clarté[5] : sur ce qui constitue un traitement ordinaire et un traitement extraordinaire, sur ce qui constitue une obstination déraisonnable et, plus important, sur ce qui prolonge (ou maintient) la vie *artificiellement*. Certes, il appartient au premier chef aux juridictions internes d'interpréter et d'appliquer la loi, mais pour nous, il ressort clairement de la décision rendue le 24 juin 2014 par le Conseil d'État que celui-ci a adopté inconditionnellement l'interprétation donnée par M. Leonetti et en outre a traité de manière superficielle la question de la compatibilité du droit interne avec les articles 2 et 8 de la Convention (paragraphe 47 de l'arrêt), attachant de l'importance seulement au fait que « la procédure avait été respectée ». Certes, la Cour ne doit pas agir en tant que juridiction de quatrième instance et doit respecter le principe de subsidiarité, mais pas jusqu'à s'abstenir d'affirmer la valeur de la vie et la dignité inhérente même aux personnes qui sont dans un état végétatif, lourdement paralysées et dans l'incapacité de communiquer leurs souhaits à autrui.

9. Nous sommes d'accord sur le fait que, conceptuellement, une distinction légitime doit être établie entre l'euthanasie et le suicide assisté d'une part, et l'abstention thérapeutique d'autre part. Toutefois, eu égard à la manière dont le droit interne a été interprété et appliqué aux faits de l'espèce soumis à l'examen de la Cour, nous sommes en complet désaccord avec ce qui est dit au paragraphe 141 de l'arrêt. Cette affaire est une affaire d'euthanasie qui ne veut pas dire son nom. En principe, il n'est pas judicieux d'utiliser des adjectifs ou des adverbes forts dans des documents judiciaires, mais en l'espèce il est certainement extrêmement contradictoire pour le gouvernement défendeur de souligner que le droit français interdit l'euthanasie et que donc l'euthanasie n'entre pas en ligne de compte dans cette affaire. Nous ne pouvons être d'un autre avis dès lors que, manifestement, les critères de la loi Leonetti, tels qu'interprétés par la plus haute juridiction administrative, dans les cas où ils sont appliquées à une

[5] Le paragraphe 56 y fait également allusion.

personne inconsciente et soumise à un « traitement » qui n'est pas réellement thérapeutique mais simplement une question de soins, ont en réalité pour résultat de précipiter un décès *qui ne serait pas survenu autrement dans un avenir prévisible*.

10. Le rapporteur public devant le Conseil d'État (paragraphes 31 et 122 de l'arrêt) aurait déclaré (citant les propos tenus par le ministre de la santé aux sénateurs qui examinaient le projet de loi Leonetti) que « [s]i 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 ». Tant le Conseil d'État que la Cour ont accordé beaucoup d'importance à cette déclaration. Nous ne sommes pas de cet avis. Indépendamment du fait que, ainsi que nous l'avons déjà dit, rien ne prouve en l'espèce que M. Lambert ressent une quelconque souffrance, cette déclaration ne serait exacte que si une distinction était convenablement établie entre des soins (ou un traitement) ordinaires et des soins (ou un traitement) extraordinaires. Le fait d'alimenter une personne, même par voie entérale, est un acte de soins et si l'on cesse ou l'on s'abstient de lui fournir de l'eau et de la nourriture, la mort s'ensuit inévitablement (alors qu'elle ne s'ensuivrait pas autrement dans un futur prévisible). On peut ne pas avoir la volonté de donner la mort à la personne en question mais, en ayant la volonté d'accomplir l'action ou l'omission dont on sait que selon toutes probabilités elle conduira à cette mort, on a bien l'intention de tuer cette personne. Il s'agit bien là, après tout, de la notion d'intention positive *indirecte*, à savoir l'un des deux aspects de la notion de dol en droit pénal.

11. En 2010, pour célébrer son cinquantième anniversaire, la Cour a accepté le titre de *Conscience de l'Europe* en publiant un ouvrage ainsi intitulé. À supposer, aux fins du débat, qu'une institution, par opposition aux personnes composant cette institution, puisse avoir une conscience, pareille conscience doit non seulement être bien informée mais doit également se fonder sur de hautes valeurs morales ou éthiques. Ces valeurs devraient toujours être le phare qui nous guide, quelle que soit « l'ivraie juridique » pouvant être produite au cours du processus d'analyse d'une affaire. Il ne suffit pas de reconnaître, comme la Cour le fait au paragraphe 181 de l'arrêt, qu'une affaire « touche à des questions médicales, juridiques et éthiques de la plus grande complexité » ; il est de l'essence même d'une conscience, fondée sur la *recta ratio*, de permettre que les questions éthiques façonnent et guident le raisonnement juridique jusqu'à sa conclusion finale. C'est précisément cela, avoir une conscience. Nous regrettons que la Cour, avec cet arrêt, ait perdu le droit de porter le titre ci-dessus.