



Commentaire

Décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022

Mme Zohra M. et autres

(Refus du médecin d'appliquer des directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient)

Le Conseil constitutionnel a été saisi le 22 août 2022 par le Conseil d'État (ordonnance n° 466082 du 19 août 2022) d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) posée par Mmes Zohra M., Rachida M. et Saïda M. portant sur la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit du troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique.

Dans sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, le Conseil constitutionnel a déclaré conformes à la Constitution les mots « *lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* » figurant au troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique (CSP), dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique.

Dans cette affaire, M. François Pillet a estimé devoir s'abstenir de siéger. Par ailleurs, le Conseil constitutionnel a dûment constaté, conformément à l'article 14 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel, qu'il devait, en raison d'un cas de force majeure, déroger au quorum prévu par cet article.

I. – Les dispositions contestées

A. – Objet des dispositions contestées

1. – La recherche préalable de la volonté du patient pour l'application de traitements ou d'actes médicaux

a. – Le principe du consentement aux soins

Les personnes malades se voient explicitement reconnaître, depuis la loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹, un droit à l'autonomie se traduisant notamment par le droit au respect de leur dignité² et le droit d'être informé sur leur état de santé³. Elles prennent ainsi elles-mêmes « *avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il [leur] fournit, les décisions concernant [leur] santé* »⁴.

Il en découle notamment qu'un soignant ne peut pratiquer un acte médical ou mettre en œuvre un traitement sans avoir obtenu au préalable le consentement libre et éclairé de la personne concernée, ce consentement pouvant être retiré à tout moment. Dans le cas où cette personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans qu'une « *personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6* »⁵, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté »⁶.

Ces dispositions visent ainsi à ce qu'en toutes circonstances, le soignant s'assure que le traitement ou l'acte médical qu'il se propose d'appliquer à un patient recueille son consentement préalable ou, si ce dernier n'est pas en état de l'exprimer, que ce traitement ou cet acte corresponde à ce que le patient aurait souhaité, en consultant à ce sujet les personnes les mieux à même d'attester de ce souhait.

b. – La prise en compte de la situation particulière des patients en fin de vie

Ce régime général relatif au consentement aux soins a été progressivement complété par le législateur pour mieux prendre en compte la situation particulière des patients en fin de vie.

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

² Article L. 1110-2 du CSP.

³ Selon l'article L. 1111-2 du CSP : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver* ».

⁴ Article L. 1111-4 du CSP.

⁵ Selon cet article, « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment* ».

⁶ Article L. 1111-4 du CSP.

* Jusqu'à la loi « Leonetti » de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie⁷, l'accompagnement médical de la fin de vie ne faisait pas l'objet d'une législation spécifique. Plusieurs textes, comme la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs⁸ et la loi du 4 mars 2002 précitée en fixaient toutefois le cadre juridique. Des devoirs étaient ainsi impartis au médecin⁹ : refuser l'obstination déraisonnable (communément appelée « acharnement thérapeutique »), soulager les souffrances et accompagner la personne malade et sa famille.

La loi « Leonetti » de 2005 a marqué la première grande étape de la législation sur la fin de vie en renforçant les droits de la personne malade, notamment en reconnaissant un droit à mourir dans des conditions dignes par la mise en place d'une procédure de sédation profonde et continue, accompagnée d'une analgésie¹⁰.

Elle a également créé un outil spécifique pour rechercher la volonté des patients en fin de vie n'étant plus en état de s'exprimer : les directives anticipées. Ces dernières, que les médecins étaient alors tenus de prendre compte, étaient considérées comme « *un élément de la manifestation de la volonté du malade devenu inconscient* »¹¹ lui permettant d'exprimer des choix sur l'accompagnement médical de sa fin de vie.

La mise en œuvre de cette loi ayant toutefois soulevé des difficultés d'application, le législateur est de nouveau intervenu.

* La loi « Claeys-Leonetti »¹² de 2016 a ainsi eu pour objet, d'une part, d'élargir les cas de recours à la procédure de sédation et, d'autre part, de renforcer les dispositions relatives à la recherche de la volonté des patients¹³.

En application de cette loi, l'article L. 1110-5 du CSP a été complété pour prévoir que « *Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance* ».

⁷ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

⁸ Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

⁹ Par l'article 37 du code de déontologie médicale, notamment (repris à l'article R. 4127-37 du CSP).

¹⁰ La sédation profonde et continue provoque une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une suppression de la douleur. Cette procédure peut être mise en œuvre, selon la demande du patient, à son domicile, dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social.

¹¹ Exposé des motifs de la proposition de loi n° 1882 de M. Jean Leonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie, déposée le 26 octobre 2004 à l'Assemblée nationale.

¹² Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

¹³ Exposé des motifs de la proposition de loi n° 2512 de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, déposée le 21 janvier 2015 à l'Assemblée nationale.

Un nouvel article L. 1110-5-1 a été introduit pour prohiber les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins relevant de l'obstination déraisonnable. Il prévoit, à ce titre, que si les actes médicaux réalisés sur un patient « *apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire* ». Il précise également que lorsque ces actes « *sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10* »¹⁴.

Il découle de la combinaison de ces dispositions et de l'article L. 1111-4 du CSP que, dans le cas où un patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin doit préalablement s'enquérir de sa volonté présumée. Il vérifie, à cette fin, si ce dernier a établi des directives anticipées ou, en leur absence, consulte la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, sa famille ou ses proches.

Par ailleurs, le médecin ne peut décider d'arrêter les traitements qui maintiennent le patient en vie qu'à l'issue d'une procédure collégiale, qui « *prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant* »¹⁵. Cette procédure n'a qu'une valeur consultative et il revient au médecin de prendre la décision de ne pas poursuivre les soins apportés au patient s'il considère qu'ils relèvent de l'obstination déraisonnable¹⁶.

2. – Le renforcement de la prise en compte des directives anticipées pour l'accompagnement médical des personnes en fin de vie

* Introduit par la loi du 22 avril 2005 précitée, le régime juridique des directives anticipées, prévu par l'article L. 1111-11 du CSP, a été révisé par la loi du 2 février 2016 précitée à la fois pour en préciser l'objet et la forme (en vue de les rendre plus

¹⁴ Également introduit par cette loi, l'article L. 1110-5-2 précise, pour sa part, les conditions selon lesquelles une sédation profonde et continue peut être appliquée (à la demande du patient conscient atteint d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme et qui présente une souffrance réfractaire aux traitements ou dont la décision d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable).

¹⁵ Article L. 1110-5-1 et R. 4127-37-2 du CSP. Aucun lien de nature hiérarchique ne doit exister entre le médecin en charge du patient et le consultant. Le cas échéant, l'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

¹⁶ Cette procédure collégiale a été examinée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2017-632 du 2 juin 2017, *Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (Procédure collégiale préalable à la décision de limitation ou d'arrêt des traitements d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté)*.

opérationnelles pour les soignants et de lever certains risques d'ambiguïté), et pour conférer un caractère plus contraignant aux choix d'accompagnement médical formulés par les personnes les ayant établies.

– **Concernant l'objet de ces directives**, en l'état actuel du droit, le premier alinéa de l'article L. 1111-11 du CSP prévoit que « *Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux* ».

Les directives anticipées ne traitent ainsi que de l'hypothèse dans laquelle leur auteur serait, à la suite d'un accident ou d'une maladie, dans une situation médicale particulièrement critique et irréversible¹⁷, posant la question de l'adéquation à cette situation des traitements le maintenant en vie et du risque d'obstination déraisonnable.

Les directives anticipées peuvent porter tant sur la limitation ou l'arrêt d'un traitement (ce que prévoyait déjà la loi du 22 avril 2005), que sur le refus de se voir appliquer un traitement ou, au contraire, sur le souhait de le voir poursuivre¹⁸.

Une personne peut, par exemple, exprimer le souhait de bénéficier d'une sédation profonde dans le cas où les traitements qui lui sont appliqués n'auraient d'autre effet que de la maintenir artificiellement en vie ou, au contraire, demander la poursuite de ces traitements malgré le caractère irréversible de sa situation.

– **Concernant leur durée de validité et leur forme**, alors que la loi du 22 avril 2005 prévoyait que seules pouvaient être prises en compte, pour apprécier la volonté du patient, les directives anticipées établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience, le deuxième alinéa de l'article L. 1111-11 du CSP ne comporte plus de durée de validité. Il précise seulement qu'elles sont révisables et révocables à tout moment et par tout moyen. Quant à leur forme, il renvoie à un modèle indicatif fixé par décret en Conseil d'État qui permet notamment de distinguer la situation de la

¹⁷ Les directives anticipées portent uniquement sur des situations qui, en l'état des connaissances médicales, sont considérées comme irréversibles. Dans le cas contraire, la poursuite des soins n'est pas en question.

¹⁸ Selon l'exposé sommaire de l'amendement n° COM-25 de MM. Amiel et Dériot, adopté par la commission des lois du Sénat en première lecture, repris sur ce point dans la rédaction finale de l'article L. 1111-11 du CSP, alors que « *la référence au contenu des directives anticipées [...] n'est pour l'instant abordé que sous l'angle du refus, de la limitation ou de l'arrêt des traitements* », l'objectif était de prendre également « *en compte les situations où une personne souhaite indiquer qu'elle désirerait poursuivre tel ou tel traitement dans telle ou telle situation ou qu'elle refuserait un arrêt de traitement au titre de l'obstination déraisonnable* ».

personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige¹⁹.

– **Concernant la portée de ces directives**, le troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du CSP (**les dispositions objet de la décision commentée**) prévoit que « *Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* ».

Ces dispositions constituent une évolution importante : alors que les directives anticipées étaient auparavant seulement « prises en compte »²⁰ par le médecin pour décider de l'application ou non d'un traitement ou d'un acte médical dans le cadre de la fin de vie, elles ont désormais une valeur juridique contraignante, puisqu'elles « s'imposent au médecin ».

Toutefois, tout en renforçant leur portée et leur opposabilité, il apparaît que le législateur n'a pas souhaité que ces directives lient absolument et en toutes circonstances le médecin. En effet, le législateur a ménagé des exceptions au principe qu'il venait ainsi d'établir.

Il résulte des travaux parlementaires qu'il a ce faisant entendu prendre en compte la possible inadéquation entre la volonté exprimée dans ces directives, qui peuvent être anciennes et avoir été rédigées lorsque la personne était en pleine santé, et sa situation médicale actuelle²¹. Par ailleurs, « *une opposabilité absolue comporte le risque,*

¹⁹ Selon l'article R. 1111-17 du CSP, « *Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur, majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance* ». Le modèle auquel les personnes intéressées peuvent se référer permet notamment, en application de l'article R. 1111-18 du CSP, « *à la personne d'exprimer sa volonté selon l'un ou l'autre des cas suivants : / a) Dans le cas où elle est en fin de vie ou se sait atteinte d'une affection grave, la personne exprime sa volonté concernant son éventuelle situation future et sur la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et d'actes médicaux, notamment ceux entrepris dans le cadre de son affection ; / b) Dans le cas où elle ne pense pas être atteinte d'une affection grave, elle exprime sa volonté concernant son éventuelle situation future et la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et d'actes médicaux dans l'hypothèse où elle serait victime d'un accident grave ou atteinte par une affection grave ; / 3° Une rubrique permettant à la personne d'exprimer sa volonté sur la possibilité de bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès lorsque, dans les hypothèses prévues par l'article L. 1110-5-2, les traitements la maintenant en vie sont arrêtés ; / 4° Une rubrique relative à la révision ou la révocation des directives anticipées* ».

²⁰ Dans leur rédaction issue de la loi de 2005, ces dispositions prévoyaient : « *À condition qu'elles [ces directives] aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte ...* »

²¹ Comme le soulignait le vice-président du Conseil d'État de l'époque, M. Jean-Marc Sauvé, lors du colloque sur la fin de vie organisé par le Sénat le 19 février 2015 en vue d'éclairer les débats sur la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie précitée, « *Lorsque le patient est dans un état*

outré de s'opposer au cadre légal si par exemple le patient demande à bénéficier d'une assistance médicale à mourir, [...] de déresponsabiliser le médecin qui n'aurait plus à évaluer la situation et à se demander ce qui est bon pour le patient »²².

Par conséquent, le législateur a prévu la possibilité pour le médecin d'écarter ces directives dans certains cas limitativement énumérés, soit :

- « *en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation* ». Cette exception temporaire vise à faire obstacle à l'application prématurée des directives anticipées au regard de la situation médicale du patient ;

- lorsqu'elles apparaissent « *manifestement inappropriées* ». Lors des débats parlementaires, ce caractère inapproprié a été présenté comme pouvant « *s'analyser au regard de la situation médicale du patient mais pas seulement. Comme l'a relevé M. Jean Leonetti, coauteur et corapporteur de la proposition de loi, dans les débats relatifs à l'établissement du texte de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale : "si quelqu'un rédige ses directives à l'adolescence et tombe malade à quatre-vingts ans, on pourra évidemment faire valoir leur caractère inapproprié"* ». En effet, il peut être « *particulièrement délicat pour une personne de se projeter dans une fin de vie dont elle ignore tout et d'en prévoir les conditions* »²³. Elle peut, par exemple, souhaiter bénéficier d'un traitement inadapté à son état ou avoir exprimé une volonté différente avant son état d'inconscience que celle contenue dans ses directives anticipées, sans les avoir pour autant modifiées ou révoquées. Il revient donc au médecin d'apprécier la portée de ces directives parmi d'autres éléments pouvant le renseigner sur la volonté de son patient ;

- et lorsque ces directives sont « *non conformes à la situation médicale* » du patient. À ce propos, le rapporteur de l'Assemblée nationale précisait en commission mixte paritaire avoir ajouté ces termes « *pour prendre en compte des situations que le patient n'avait pas forcément prévues, comme le coma post-traumatique* »²⁴.

d'inconscience, ses directives anticipées expriment une présomption de volonté ; elles sont une approximation, certes très forte, de ce qu'aurait été sa volonté consciente. Mais cette présomption ne saurait être irréfragable ».

²² Rapport n° 2585 (Assemblée nationale – 2014-2015) du 17 février 2015 de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi précitée.

²³ Avis n° 506 (Sénat – 2014-2015) du 10 juin 2015 de M. François Pillet fait au nom de la commission des lois sur la proposition de loi précitée.

²⁴ Rapport de M. Gérard Dériot n° 306 (Sénat – 2015-2016) et de M. Alain Claeys n° 3402 (Assemblée nationale – 2015-2016) du 19 janvier 2016, fait au nom de la commission mixte paritaire.

– **Concernant la procédure suivie en cas de refus d’application des directives anticipées**, le quatrième alinéa de l’article L. 1111-11 du CSP prévoit que « *La décision de refus d’application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l’issue d’une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches* ». Par conséquent, s’il revient au médecin de prendre seul la décision de se conformer ou non aux directives anticipées de son patient, cette décision doit avoir été discutée au préalable dans le cadre d’une procédure collégiale²⁵.

Les cinquième à septième alinéas de cet article prévoient, quant à eux, respectivement la fixation par décret en Conseil d’État des conditions dans lesquelles les directives anticipées peuvent être conservées au sein d’un registre national, l’obligation pour le médecin d’informer ses patients sur la possibilité qu’ils ont de rédiger de telles directives, ainsi que les conditions particulières selon lesquelles le régime des directives anticipées s’applique aux personnes faisant l’objet d’une mesure de protection juridique²⁶.

* Les conditions dans lesquelles le médecin est tenu de prendre en compte les directives anticipées d’un patient hors d’état de s’exprimer reposent ainsi sur un équilibre entre, d’une part, l’obligation qui lui est faite de respecter au mieux la volonté de ce patient quant à l’accompagnement de sa fin de vie et, d’autre part, la prise en compte de sa situation médicale objective, appréciée de manière collégiale, au regard notamment du risque d’obstination déraisonnable.

Comme le rappelle M. Jean Leonetti, co-rapporteur pour l’Assemblée nationale de la loi du 2 février 2016, « *L’obligation faite au médecin de respecter les directives est immédiatement restreinte par le "sauf si", qui introduit une exception d’urgence vitale jusqu’à ce que la situation médicale soit éclairée, et une autre pour le cas où les directives seraient "manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale". En laissant au médecin une liberté d’interprétation, on rétablit aussitôt le dialogue. C’est seulement dans le cadre d’un dialogue garanti par la collégialité et la transparence, que l’on peut envisager des directives plus contraignantes*

²⁵ Selon l’article R. 4127-37-1 du CSP, « *le médecin recueille l’avis des membres présents de l’équipe de soins, si elle existe, et celui d’au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n’existe aucun lien de nature hiérarchique* ».

²⁶ Ces conditions ont été modifiées à la marge par l’article 5 de l’ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d’accompagnement social ou médico-social à l’égard des personnes majeures faisant l’objet d’une mesure de protection juridique.

qu'avant. La force du premier alinéa est largement compensée par l'ouverture du champ d'appréciation de la collégialité médicale »²⁷.

Par conséquent, les directives anticipées s'imposent au médecin pour autant que la situation médicale du patient le permet. Il relève ainsi de la responsabilité de ce professionnel d'apprécier, dans le cadre d'une procédure collégiale, la gravité de cette situation et l'intérêt des traitements pouvant être proposés afin d'éviter toute obstination déraisonnable.

À cet égard, appelé à intervenir sur la législation de la fin de vie et notamment, sur la portée des directives anticipées dans les décisions prises par le médecin, M. Jean-Marc Sauvé, vice-président du Conseil d'État, relevait que « *Le caractère contraignant des directives à l'égard des médecins ne saurait [...] être absolu. L'arrêt ou la limitation d'un traitement qui n'aurait pour seul effet que le maintien artificiel de la vie relève d'une décision médicale et de sa déontologie propre : elle repose sur l'appréciation de l'état de santé du patient, sur son évolution, sur la souffrance endurée ou susceptible de l'être et sur un pronostic. Quelles que soient les volontés du patient, elles se sont exprimées sur le fondement d'une hypothèse dont il revient au médecin de vérifier la réalisation ou non. C'est ainsi au médecin – ou, mieux, à un collègue de médecins – qu'il appartient de qualifier des lésions de graves et irréversibles et d'évaluer, en toute indépendance, si un patient inconscient a des chances réelles ou très faibles d'éveil [...] Le renforcement nécessaire et bienvenu de l'autorité des directives n'aura par conséquent pas pour effet d'abolir le pouvoir d'appréciation du médecin ; il le rendra même plus complexe. Car fonder d'une manière absolue et mécanique une décision d'arrêt ou de limitation de traitement sur les seuls motifs subjectifs du patient, pourrait affaiblir, voire mettre en cause le bien-fondé de cette décision dont les conséquences peuvent être graves et irréversibles »²⁸.*

*** En cas de litige**, la décision du médecin et son appréciation de la volonté du patient sont soumises au contrôle du juge.

Le Conseil d'État a déjà été amené à se prononcer sur les conditions dans lesquelles un médecin peut arrêter les traitements maintenant en vie un patient hors d'état de s'exprimer²⁹.

²⁷ Rapport précité de M. Gérard Dériot (n° 306, Sénat) et M. Alain Claeys (n° 3402, Assemblée nationale), fait au nom de la commission mixte paritaire, déposé le 19 janvier 2016.

²⁸ Intervention précitée.

²⁹ Voir notamment les décisions CE, ord., n° 408146 du 8 mars 2017, *Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille* et CE, ord., n° 428117 du 24 avril 2019, *M. Lambert et autres*.

Dans la décision de renvoi de la présente QPC précitée, il a ainsi rappelé, en l'état de sa jurisprudence, les conditions dans lesquelles le médecin apprécie la situation médicale du patient et doit rechercher sa volonté, en particulier en présence de directives anticipées.

Il a notamment jugé qu'« Il résulte [des dispositions des articles L. 1110-1, L. 1110-5, L. 1111-11 et R. 4127-37-1 du CSP] ainsi que de l'interprétation que le Conseil constitutionnel en a donnée dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, qu'il appartient au médecin en charge d'un patient, lorsque celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, d'arrêter ou de ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, les traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. En pareille hypothèse, le médecin ne peut prendre une telle décision qu'à l'issue d'une procédure collégiale, destinée à l'éclairer sur le respect des conditions légales et médicales d'un arrêt du traitement et, sauf dans les cas mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, dans le respect des directives anticipées du patient ou, à défaut de telles directives, après consultation de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches, ainsi que, le cas échéant, de son ou ses tuteurs. / La ventilation mécanique ainsi que l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable. Cependant, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode de suppléance des fonctions vitales ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable. / Pour apprécier si les conditions d'un arrêt des traitements de suppléance des fonctions vitales sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité. Une attention particulière doit être accordée à la volonté que le patient peut avoir exprimée, par des directives anticipées ou sous une autre forme »³⁰.

B. – Origine de la QPC et question posée

³⁰ CE, 19 août 2022, n° 466082 précité, points 8 à 10.

À la suite d'un grave accident, M. Abdelhadi M. avait été admis au centre hospitalier de Valenciennes où, son état ayant été jugé insusceptible d'amélioration, le chef du service de réanimation, à l'issue de la procédure collégiale prévue par l'article R. 4127-37-1 du CSP, avait décidé le 1^{er} juin 2022 d'arrêter les soins médicaux qui lui étaient prodigués, dont le caractère invasif relevait, selon l'équipe médicale, de l'obstination déraisonnable.

Saisi par Mmes Zohra, Rachida et Saïda M., épouse et sœurs du patient, le juge des référés du tribunal administratif de Lille avait suspendu cette décision par une ordonnance du 8 juin 2022 en raison de l'existence de directives anticipées rédigées le 5 juin 2020 par le patient, qui n'avaient pas été portées à la connaissance de l'équipe médicale.

Après avoir procédé à une nouvelle évaluation de l'état de santé du patient, le chef de service avait néanmoins réitéré, le 15 juillet 2022, sa décision d'arrêt des soins. De nouveau saisi par les requérantes, le juge des référés du tribunal administratif de Lille avait rejeté leur recours par une ordonnance du 22 juillet 2022.

Elles avaient alors interjeté appel de cette décision devant le juge des référés du Conseil d'État et soulevé, à cette occasion, une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité à la Constitution du troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du CSP.

Dans sa décision précitée du 19 août 2022, le Conseil d'État avait jugé que « *Les moyens tirés de la méconnaissance par le troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique des droits et libertés garantis par la Constitution qu'invoquent les requérantes présente un caractère sérieux et soulève, au regard des droits constitutionnels en cause et de la portée d'une décision d'arrêter un traitement médical, une question nouvelle au sens de l'article 23-5 de l'ordonnance du 7 novembre 1958* »³¹. Il l'avait donc renvoyée au Conseil constitutionnel.

³¹ Le critère de nouveauté retenu par le Conseil d'État n'est pas celui de la nouveauté du principe constitutionnel invoqué (qui impose de transmettre au Conseil la question), mais l'autre branche de ce critère que le Conseil constitutionnel avait lui-même dégagée en relevant que le législateur organique avait entendu, dans les autres cas, « *permettre au Conseil d'État et à la Cour de cassation d'apprécier l'intérêt de saisir le Conseil constitutionnel en fonction de ce critère alternatif* » (décision n° 2009-595 DC du 3 décembre 2009, *Loi organique relative à l'application de l'article 61-1 de la Constitution*, cons. 21).

II. – L'examen de la constitutionnalité des dispositions contestées

* Le Conseil d'État n'ayant pas précisé, dans sa décision de renvoi, la version dans laquelle les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du CSP étaient renvoyées, il appartenait au Conseil constitutionnel de la déterminer lui-même. Conformément à sa jurisprudence habituelle, selon laquelle la QPC doit être considérée comme portant sur les dispositions applicables au litige à l'occasion duquel elle a été posée, le Conseil a jugé que, en l'espèce, il était saisi de ces dispositions dans leur rédaction résultant de l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 précitée (paragr. 1).

* Les requérantes, rejointes par l'association Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, partie intervenante au soutien de la QPC, reprochaient à ces dispositions de permettre à un médecin d'écarter les directives anticipées par lesquelles un patient a exprimé sa volonté que soient poursuivis des traitements le maintenant en vie. Elles faisaient valoir qu'en permettant au médecin de prendre une telle décision lorsque les directives lui apparaissent « *manifestement inappropriées ou non conformes* » à la situation médicale du patient, ces dispositions n'étaient pas entourées de garanties suffisantes dès lors que, selon elles, ces termes étaient imprécis et conféraient au médecin une marge d'appréciation trop importante, alors qu'il prend sa décision seul et sans être soumis à un délai de réflexion préalable. Il en résultait, selon elles, une méconnaissance du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, dont aurait découlé le droit au respect de la vie humaine, ainsi que de la liberté personnelle et de la liberté de conscience.

* Au regard de ces griefs, qui se concentraient sur certaines exceptions au caractère opposable des directives anticipées, le Conseil a considéré que la QPC portait uniquement sur les mots « *lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* » figurant au troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du CSP (paragr. 4).

* L'association intervenante faisait en outre valoir que ces dispositions instaurent une différence de traitement injustifiée entre les personnes en état d'exprimer leur volonté sur l'arrêt d'un traitement et celles qui n'ont pu l'exprimer que dans des directives anticipées.

* Par ailleurs, le centre hospitalier de Valenciennes, partie au litige à l'occasion duquel la QPC avait été posée, défendait la constitutionnalité des dispositions renvoyées.

A. – La jurisprudence constitutionnelle relative à la sauvegarde de la dignité de la personne humaine

* Le Conseil constitutionnel n'a jamais consacré de droit constitutionnel à la vie, bien qu'il y ait déjà été invité à plusieurs reprises par certains requérants.

Ainsi, dans le cadre du contrôle *a priori* des lois de bioéthique en 1994³², les députés requérants soutenaient que les dispositions relatives au diagnostic prénatal *in utero*, « *qui faciliteraient le recours à l'interruption volontaire de grossesse, port[ai]ent atteinte au droit à la vie* ». Dans sa décision n° 94-343/344 DC, le Conseil a toutefois écarté le grief comme manquant en fait, dès lors que ce diagnostic n'autorisait aucun cas nouveau d'interruption de grossesse³³.

Saisi, dans cette même affaire, d'une disposition prévoyant la possibilité de mettre fin à la conservation d'embryons surnuméraires produits dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation, le Conseil constitutionnel a répondu au grief d'atteinte portée au « droit à la vie » des embryons en faisant valoir que le législateur avait estimé que « *le principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie ne leur était pas applicable* » et qu'il n'appartenait pas « *au Conseil constitutionnel, qui ne détient pas un pouvoir d'appréciation et de décision identique à celui du Parlement, de remettre en cause, au regard de l'état des connaissances et des techniques, les dispositions ainsi prises par le législateur* ». Cette mention par le Conseil constitutionnel du « *principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie* » ne s'est toutefois pas accompagnée d'une consécration expresse de ce principe au niveau constitutionnel³⁴.

* Plutôt que de dégager un droit autonome au respect de la vie³⁵, le Conseil a préféré se fonder sur la sauvegarde de la dignité de la personne humaine, dont la valeur

³² Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*.

³³ *Ibidem*, cons. 14.

³⁴ *Ibid.*, cons. 9 et 10.

³⁵ Comme a pu le faire le Conseil d'État, qui reconnaît un droit au respect de la vie, mais également un droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable, auquel il confère le caractère d'une liberté fondamentale (voir décision du 14 février 2014, nos 375081, 375090 et 375091). Il fait découler ce droit au respect de la vie de l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Ce dernier prévoit en effet que « *[l]e droit de toute personne à la vie est protégé par la loi* ». Ce droit à la vie est interprété avec beaucoup de prudence par la Cour européenne des droits de l'homme dans le domaine de la fin de vie. Celle-ci se réfère à la marge d'appréciation des États en la matière et paraît se placer plus volontiers sur le terrain de l'article 8 de la Convention, relatif au respect du droit à la vie privée.

constitutionnelle, reconnue pour la première fois dans la décision précitée sur les lois bioéthiques, a été rappelée à plusieurs reprises : « *le Préambule de la Constitution de 1946 a réaffirmé que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ; que la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d’asservissement et de dégradation est au nombre de ces droits et constitue un principe à valeur constitutionnelle* »³⁶.

Saisi de dispositions portant sur les autorisations de recherches sur l’embryon humain et les cellules souches embryonnaires, il a ainsi jugé, sur le fondement du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, que, compte tenu des garanties prévues par le législateur pour la délivrance de ces autorisations, ce principe n’était pas méconnu³⁷. Saisi ensuite de la suppression de toute référence à une situation de détresse pour l’accès à une interruption volontaire de grossesse, il s’est borné, pour rejeter le même grief, à relever qu’une telle modification ne méconnaissait aucune exigence constitutionnelle³⁸.

* Dans le cadre de son contrôle, le Conseil constitutionnel peut être amené à considérer qu’il ne dispose pas d’un pouvoir de même nature que celui du Parlement lorsqu’il est saisi, sous un prisme constitutionnel, de questions qui relèvent plus largement de débats éthiques ou de société, en particulier dans le domaine du droit des personnes et de la famille. En ce cas, le Conseil veille en effet à marquer clairement la différence entre son rôle et celui du Parlement. Il rappelle ainsi de manière systématique que l’article 61 de la Constitution (ou son article 61-1, en QPC) ne lui confère pas « *un pouvoir général d’appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement* », de sorte qu’il ne lui appartient pas « *de substituer son appréciation à celle du législateur* »³⁹.

Le choix du Conseil constitutionnel d’opérer, sur ces questions de société, un contrôle restreint s’est notamment manifesté à l’occasion de l’examen de dispositions

³⁶ Voir par exemple, décision précitée n° 94-343/344 DC, cons. 2. Cf. aussi, pour des sujets autres que la bioéthique, la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, *Mlle Danielle S.*, (*Hospitalisation sans consentement*), cons. 28 et 29 ou la décision n° 2014-393 QPC du 25 avril 2014, *M. Angelo R.*, (*Organisation et régime intérieur des établissements pénitentiaires*), cons. 4.

³⁷ Décision n° 2013-674 DC du 1^{er} août 2013, *Loi tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l’embryon et les cellules souches embryonnaires*, cons. 14 et 17. Voir également, plus récemment, décision n° 2021-821 DC du 29 juillet 2021, *Loi relative à la bioéthique*, paragr. 29 à 35.

³⁸ Décision n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014, *Loi pour l’égalité réelle entre les femmes et les hommes*, cons. 4.

³⁹ Voir, notamment, les décisions n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, *Loi relative à l’interruption volontaire de grossesse*, cons. 1, n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994, précitée, cons. 10, et n° 2012-249 QPC du 16 mai 2012, *Société Cryo-Save France (Prélèvement de cellules du sang de cordon ou placentaire ou de cellules du cordon ou du placenta)*, cons. 7.

relatives aux conditions de mises en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse ou, plus récemment, à la législation sur la fin de vie.

- Dans sa décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, confronté à un grief tiré d'une atteinte au « *principe du respect de tout être humain dès le commencement de sa vie* », à propos d'une disposition portant de dix à douze semaines de grossesse le délai pendant lequel peut être pratiquée une interruption volontaire de grossesse lorsque la femme enceinte se trouve, du fait de son état, dans une situation de détresse, le Conseil a considéré que le législateur n'avait en l'espèce pas rompu l'équilibre entre « *la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation* », d'une part et « *la liberté de la femme qui découle de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* », d'autre part⁴⁰.

De même, dans sa décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, le Conseil était saisi de dispositions supprimant le délai d'une semaine imposé entre la demande formulée par la femme d'interrompre sa grossesse et la confirmation écrite de cette demande. Il a jugé : « *qu'en supprimant le délai d'une semaine entre la demande de la femme d'interrompre sa grossesse et la confirmation écrite de cette demande, le législateur n'a pas rompu l'équilibre que le respect de la Constitution impose entre, d'une part, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation et, d'autre part, la liberté de la femme qui découle de l'article 2 de la Déclaration de 1789, dès lors que l'article L. 2212-5 du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de l'article 82 fait obstacle à ce que la demande d'interruption de grossesse et sa confirmation écrite interviennent au cours d'une seule et même consultation* »⁴¹.

- Dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 précitée, le Conseil était saisi des articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 du CSP, dispositions qui habilite le médecin en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté à arrêter ou à ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Dans le droit fil de sa jurisprudence, le Conseil a fondé sa décision sur le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, dont il a rappelé le caractère de principe à valeur constitutionnelle – et non, comme lui suggérait l'association requérante, sur celui du droit à la vie – ainsi que sur le principe à valeur

⁴⁰ Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001, *Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, cons. 5.

⁴¹ Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, *Loi de modernisation de notre système de santé*, cons. 41 à 43.

constitutionnelle de la liberté personnelle. Il a ainsi estimé que la législation sur la fin de vie mettait en cause ces deux exigences constitutionnelles.

Il en a déduit, qu'en cette matière, « *Il appartient [...] au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale, de déterminer les conditions dans lesquelles une décision d'arrêt des traitements de maintien en vie peut être prise, dans le respect de la dignité de la personne* ».

Puis, s'attachant à examiner les garanties entourant la procédure d'arrêt ou de refus de mise en œuvre des traitements, il a jugé qu'« *en premier lieu, le médecin doit préalablement s'enquérir de la volonté présumée du patient. Il est à cet égard tenu, en vertu de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, de respecter les directives anticipées formulées par ce dernier, sauf à les écarter si elles apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient. En leur absence, il doit consulter la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, sa famille ou ses proches. / En deuxième lieu, il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement, de substituer son appréciation à celle du législateur sur les conditions dans lesquelles, en l'absence de volonté connue du patient, le médecin peut prendre, dans une situation d'obstination thérapeutique déraisonnable, une décision d'arrêt ou de poursuite des traitements. Lorsque la volonté du patient demeure incertaine ou inconnue, le médecin ne peut cependant se fonder sur cette seule circonstance, dont il ne peut déduire aucune présomption, pour décider de l'arrêt des traitements. / En troisième lieu, la décision du médecin ne peut être prise qu'à l'issue d'une procédure collégiale destinée à l'éclairer. Cette procédure permet à l'équipe soignante en charge du patient de vérifier le respect des conditions légales et médicales d'arrêt des soins et de mise en œuvre, dans ce cas, d'une sédation profonde et continue, associée à une analgésie. / En dernier lieu, la décision du médecin et son appréciation de la volonté du patient sont soumises, le cas échéant, au contrôle du juge dans les conditions prévues aux paragraphes 16 et 17. / Il résulte de tout ce qui précède qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur, qui a assorti de garanties suffisantes la procédure qu'il a mise en place, n'a pas porté d'atteinte inconstitutionnelle au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et à la liberté personnelle»⁴².*

⁴² Décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 précitée, paragr. 8 à 14.

B. – La jurisprudence relative à la liberté personnelle

* La liberté personnelle figure au rang des droits naturels et imprescriptibles garantis par l'article 2 de la Déclaration de 1789, ainsi que par son article 4.

Un certain nombre de libertés en découlent, comme la liberté d'aller et de venir⁴³ ou la liberté de mariage⁴⁴. Cette liberté assure, dans son acception la plus large, à chacun de pouvoir décider librement des sujets qui le concernent⁴⁵.

Si cette liberté doit être conciliée, le cas échéant, avec d'autres exigences constitutionnelles⁴⁶ ou si des limitations peuvent lui être apportées pour des motifs d'intérêt général⁴⁷, c'est à la condition que les atteintes portées à l'exercice de cette liberté soient adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis.

* Ces limitations peuvent être justifiées par la protection de l'ordre public. Ainsi le Conseil constitutionnel a-t-il considéré, dans sa décision n° 2012-261 QPC du 22 juin 2012, que la faculté donnée au procureur de la République de s'opposer à des mariages célébrés en violation de règles d'ordre public ne peut être regardée comme portant une atteinte excessive à la liberté du mariage, qui est une composante de la liberté personnelle⁴⁸.

Elles peuvent aussi l'être par le souci de protéger la personne contre elle-même, en particulier, lorsqu'elle ne dispose pas de toutes ses facultés. C'est la raison pour laquelle le Conseil constitutionnel a jugé, dans sa décision n° 2012-260 QPC du 29 juin 2012, « *qu'en subordonnant le mariage d'une personne en curatelle à l'autorisation du curateur ou à défaut à celle du juge, le législateur n'a pas privé la liberté du mariage de garanties légales* » et que « *les restrictions dont il a accompagné son exercice, afin de protéger les intérêts de la personne, n'ont pas porté à cette liberté une atteinte disproportionnée* »⁴⁹.

⁴³ Décision n° 2010-13 QPC du 9 juillet 2010, *M. Orient O. et autre (Gens du voyage)*, cons. 8.

⁴⁴ Décision n° 2003-484 DC du 20 novembre 2003, *Loi relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité*, cons. 94.

⁴⁵ Voir par exemple la décision n° 89-257 DC du 25 juillet 1989, *Loi modifiant le code du travail et relative à la prévention du licenciement économique et au droit à la conversion*, qui subordonne la constitutionnalité du droit d'intervention spontané des syndicats dans la défense en justice d'un salarié à l'assentiment de celui-ci et au fait qu'il puisse y mettre fin s'il le désire (cons. 24).

⁴⁶ Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012, *Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (Dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement)*, cons. 8 et 13.

⁴⁷ Décision n° 2012-260 QPC du 29 juin 2012, *M. Roger D. (Mariage d'une personne en curatelle)*, cons. 4.

⁴⁸ Décision n° 2012-261 QPC du 22 juin 2012, *M. Thierry B. (Consentement au mariage et opposition à mariage)*, cons. 9.

⁴⁹ Décision n° 2012-260 QPC précitée, cons.8.

Saisi de la question de l'obligation de soins des personnes présentant des troubles mentaux, le Conseil constitutionnel a confronté la liberté personnelle non seulement à la protection de l'ordre public, mais aussi à la protection de la santé des personnes concernées. Ce faisant, dans ce cas assez particulier, il a été conduit à opposer deux exigences constitutionnelles protégeant la même personne. Après avoir relevé que les dispositions critiquées conditionnaient l'obligation de soins d'une personne atteinte de troubles mentaux à la circonstance que « *ses troubles mentaux rendent impossible son consentement* » à des soins, alors que « *son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante* », ou à la circonstance que ces troubles « *nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* », le Conseil constitutionnel a considéré, dans sa décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012, que le législateur avait opéré entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, d'autre part, une conciliation qui n'était pas manifestement déséquilibrée⁵⁰.

Le Conseil a procédé à un contrôle semblable dans sa décision n° 2018-761 QPC du 1^{er} février 2019⁵¹, dans le cadre de laquelle il était saisi de dispositions instituant une contravention réprimant le fait de solliciter, d'accepter ou d'obtenir des relations de nature sexuelle d'une personne qui se livre à la prostitution en échange d'une rémunération.

Il a notamment jugé que « D'une part, il ressort des travaux préparatoires que, en faisant le choix par les dispositions contestées de pénaliser les acheteurs de services sexuels, le législateur a entendu, en privant le proxénétisme de sources de profits, lutter contre cette activité et contre la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle, activités criminelles fondées sur la contrainte et l'asservissement de l'être humain. Il a ainsi entendu assurer la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre ces formes d'asservissement et poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de sauvegarde de l'ordre public et de prévention des infractions. / D'autre part, l'article 61-1 de la Constitution ne confère pas au Conseil constitutionnel un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement mais lui donne seulement compétence pour se prononcer sur la conformité à la Constitution des lois déférées à son examen. Si le législateur a réprimé tout recours à la prostitution, y compris lorsque les actes sexuels se présentent comme accomplis librement entre adultes consentants dans un espace

⁵⁰ Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012, précité, cons. 13.

⁵¹ Décision n° 2018-761 QPC du 1^{er} février 2019, *Association Médecins du monde et autres (Pénalisation des clients de personnes se livrant à la prostitution)*.

privé, il a considéré que, dans leur très grande majorité, les personnes qui se livrent à la prostitution sont victimes du proxénétisme et de la traite et que ces infractions sont rendues possibles par l'existence d'une demande de relations sexuelles tarifées. En prohibant cette demande par l'incrimination contestée, le législateur a retenu un moyen qui n'est pas manifestement inapproprié à l'objectif de politique publique poursuivi. / Il résulte de tout ce qui précède que le législateur a assuré une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée entre, d'une part, l'objectif de valeur constitutionnelle de sauvegarde de l'ordre public et de prévention des infractions et la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et, d'autre part, la liberté personnelle»⁵².

C. – L'application à l'espèce

* Dans sa décision commentée, le Conseil constitutionnel, s'inscrivant dans le droit-fil de sa jurisprudence précitée, a examiné la conformité des dispositions contestées à la liberté personnelle et au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, et non, comme lui suggéraient les requérantes, à celui du droit à la vie. Il a ainsi confirmé que la législation sur la fin de vie mettait en cause ces deux exigences constitutionnelles (paragr. 6 et 7).

Puis, il a rappelé sa formule de principe selon laquelle « *Il appartient [...] au législateur, compétent en application de l'article 34 de la Constitution pour fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, notamment en matière médicale, de déterminer les conditions dans lesquelles la poursuite ou l'arrêt des traitements d'une personne en fin de vie peuvent être décidés, dans le respect de ces exigences constitutionnelles* » (paragr. 8).

* Le Conseil s'est alors attaché à décrire l'objet des dispositions contestées. Il a d'abord relevé que l'article L. 1111-11 du CSP prévoit que toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées relatives à sa fin de vie, qui s'imposent en principe au médecin, pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. Il a ensuite constaté que les dispositions contestées de cet article permettent au médecin d'écarter ces directives anticipées notamment lorsqu'elles sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient (paragr. 9 et 10).

⁵² *Ibidem*, paragr. 11 à 13.

* Pour exercer son contrôle, le Conseil constitutionnel s'est attaché à identifier, d'une part, les raisons pour lesquelles le législateur avait ainsi limité le caractère opposable des directives anticipées et, d'autre part, les garanties prévues par la loi.

En premier lieu, le Conseil a relevé qu'« *en permettant au médecin d'écarter des directives anticipées, le législateur a estimé que ces dernières ne pouvaient s'imposer en toutes circonstances, dès lors qu'elles sont rédigées à un moment où la personne ne se trouve pas encore confrontée à la situation particulière de fin de vie dans laquelle elle ne sera plus en mesure d'exprimer sa volonté en raison de la gravité de son état* ».

Le Conseil en a déduit que « *Ce faisant, [le législateur] a entendu garantir le droit de toute personne à recevoir les soins les plus appropriés à son état et assurer la sauvegarde de la dignité des personnes en fin de vie* » (paragr. 11).

Si elles donnent une indication très importante de ce qu'aurait été la volonté du patient, ces directives ne peuvent avoir la même portée que la volonté exprimée par un patient conscient, se prononçant sur sa situation médicale actuelle et les soins qu'il accepte ou refuse de se voir prodiguer. En effet, par construction, lors de la rédaction des directives anticipées, le patient ne peut savoir avec certitude quel sera son état médical lorsqu'il sera confronté à la situation particulière de fin de vie, ni apprécier si les soins qu'il souhaiterait voir prodigués sont appropriés ou s'ils relèvent de l'obstination déraisonnable. En permettant au médecin de les écarter, le législateur a ainsi entendu permettre que le traitement du patient reste conforme à son état de santé ainsi qu'à la dignité de la personne humaine.

Le Conseil a ensuite rappelé qu'il ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement et qu'il ne lui appartient pas de substituer son appréciation à celle du législateur sur les conditions dans lesquelles un médecin peut écarter les directives anticipées d'un patient en fin de vie hors d'état d'exprimer sa volonté dès lors que ces conditions ne sont pas manifestement inappropriées à l'objectif poursuivi (paragr. 12).

En deuxième lieu, le Conseil a constaté que les dispositions contestées ne permettent au médecin d'écarter les directives anticipées d'un patient que si elles sont « *manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* » du patient, et considéré que ces dispositions n'étaient ni imprécises ni ambiguës (paragr. 13).

En troisième lieu, le Conseil a rappelé que la décision du médecin d'écarter des directives anticipées ne peut être prise qu'à l'issue d'une procédure collégiale destinée à l'éclairer. Cette décision est inscrite au dossier médical du patient et portée à la connaissance de la personne de confiance qu'il a désignée ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches (paragr. 14).

Enfin, le Conseil a précisé, en dernier lieu, que la décision du médecin est soumise, le cas échéant, au contrôle du juge. À cet égard, s'inscrivant dans la continuité de sa décision n° 2017-632 QPC précitée, il a rappelé que « *Dans le cas où est prise une décision de limiter ou d'arrêter un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable, cette décision est notifiée dans des conditions permettant à la personne de confiance ou, à défaut, à sa famille ou à ses proches, d'exercer un recours en temps utile. Ce recours est par ailleurs examiné dans les meilleurs délais par la juridiction compétente aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée* » (paragr. 15).

Au regard de l'ensemble de ces éléments, le Conseil a écarté les griefs tirés de la méconnaissance du principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine et de la liberté personnelle (paragr. 16).

Puis, ayant jugé que les dispositions contestées ne méconnaissaient pas non plus le principe d'égalité devant la loi ni aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit, il les a déclarées conformes à la Constitution (paragr. 17).