



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

QUATRIÈME SECTION

AFFAIRE GLASS c. ROYAUME-UNI

(Requête n° 61827/00)

ARRÊT

STRASBOURG

9 mars 2004

En l'affaire Glass c. Royaume-Uni,

La Cour européenne des Droits de l'Homme (quatrième section), siégeant en une chambre composée de :

M. M. PELLONPÄÄ, *président*,

Sir Nicolas BRATZA,

MM. J. CASADEVALL,

R. MARUSTE,

S. PAVLOVSKI,

J. BORRERO BORRERO,

M^{me} E. FURA-SANDSTRÖM, *juges*,

et de M^{me} F. ELENIS-PASSOS, *greffière adjointe de section*,

Après en avoir délibéré en chambre du conseil les 18 mars 2003 et 10 février 2004,

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

PROCÉDURE

1. A l'origine de l'affaire se trouve une requête (n° 61827/00) dirigée contre le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et dont deux ressortissants de cet Etat, David (« le premier requérant ») et Carol Glass (« la seconde requérante »), ont saisi la Cour le 5 juin 2000 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, qui ont été admis au bénéfice de l'assistance judiciaire, sont représentés par M. R. Stein, du cabinet de *solicitors* Leigh, Day & Co., établi à Londres. Le gouvernement britannique (« le Gouvernement ») est représenté par son agent, M. D. Walton, du ministère des Affaires étrangères et du Commonwealth, à Londres.

3. Dans leur requête, David et Carol Glass alléguaient en particulier que certaines décisions prises par une autorité hospitalière et ses médecins relativement au traitement du premier avaient porté atteinte au droit de celui-ci au respect de son intégrité physique.

4. La requête a été attribuée à la quatrième section de la Cour (article 52 § 1 du règlement). Au sein de celle-ci, la chambre chargée d'examiner l'affaire (article 27 § 1 de la Convention) a été constituée conformément à l'article 26 § 1 du règlement.

5. Par une décision du 18 mars 2003, la chambre a déclaré la requête partiellement recevable.

6. Tant les requérants que le Gouvernement ont déposé des observations écrites sur le fond de l'affaire (article 59 § 1 du règlement). La chambre ayant décidé après consultation des parties qu'il n'y avait pas lieu de tenir une audience consacrée au fond de l'affaire (article 59 § 3 *in fine*), les

parties ont chacune soumis des commentaires écrits sur les observations de l'autre.

EN FAIT

7. Les requérants, David et Carol Glass, sont ressortissants du Royaume-Uni. Le premier, qui est né en 1986 et souffre de graves handicaps physiques et mentaux, demande une attention de tous les instants. La seconde est sa mère.

I. LES CIRCONSTANCES DE L'ESPÈCE

8. Les faits de la cause, tels qu'ils ont été présentés par les parties, peuvent se résumer comme suit.

9. Particulièrement mal en point pendant le mois de juillet 1998, David Glass fut admis à l'hôpital St Mary, l'un des deux hôpitaux appartenant à la Régie hospitalière de Portsmouth, qui dépend du Service national de santé (NHS). A la suite d'une opération destinée à porter remède à l'obstruction d'une de ses voies respiratoires supérieures, il fut victime de complications, notamment infectieuses, et sombra dans un état critique qui nécessita son placement sous respirateur artificiel.

10. Au cours de son séjour à l'hôpital, des discussions eurent lieu entre sa mère, le personnel chargé des soins intensifs et les pédiatres. Les médecins déclarèrent notamment qu'en dépit des soins les plus attentifs le premier requérant était en train de mourir et que la poursuite des soins intensifs ne serait pas indiquée. Cet avis mécontenta la seconde requérante et d'autres membres de la famille, même s'il ressort d'une note établie par le docteur Smith le 30 juillet 1998 que la famille avait semblé accepter la situation « sans détresse ni surprise excessive ». Le 31 juillet 1998, à la suite d'un entretien « conflictuel et peu constructif » avec des membres de la famille, l'hôpital proposa de demander un avis extérieur sur l'état de David et sur la question de savoir s'il devait encore être soumis à des soins intensifs actifs. Cette offre, formulée à deux reprises, fut rejetée par la famille. La Régie hospitalière consulta ses *solicitors* et conseilla aux requérants de faire de même.

11. Or l'état du premier requérant s'améliora, ce qui lui permit, le 31 juillet 1998, de quitter l'unité des soins intensifs pour rejoindre le service pédiatrique. Les requérants attirent l'attention sur le fait qu'au moment où David quitta l'unité des soins intensifs le personnel hospitalier inscrivit dans son dossier la mention suivante : « Famille revendicatrice ». Ils font également remarquer que, dans une note du 3 août 1998, le docteur Wozniak déclara :

« Je pense que, quoi que nous fassions, le patient ne pourra survivre à cette maladie. Nous poursuivons toutefois nos efforts et continuons l'antibiothérapie et la physiothérapie ; nous nous évertuons par ailleurs à trouver des nutriments qu'il puisse tolérer (...) Il faudra peut-être que nous envisagions, en tenant compte du risque qu'elles comportent, des mesures propres à soulager sa souffrance (administration d'hyoscine pour les sécrétions, morphine). A noter que la mère du patient estime que de telles mesures ne sont pas souhaitables actuellement. »

12. Le premier requérant put rentrer chez lui le 2 septembre 1998. Il dut toutefois être réhospitalisé à plusieurs reprises par la suite en raison d'infections touchant ses voies respiratoires.

Le 8 septembre 1998, lors d'une de ces crises, les médecins discutèrent avec la seconde requérante de la possibilité de recourir à la morphine pour soulager son fils. L'intéressée se dit opposée à l'administration de morphine ou d'autres substances analgésiques. Elle expliqua aux médecins que si le cœur de David devait s'arrêter de battre, elle voulait qu'on le ranime, y compris par intubation. Le docteur Walker estima toutefois que cela ne serait pas dans l'intérêt de David et déclara que si le décès était inévitable tout ce qu'il pouvait proposer était « la morphine et l'affection de la famille ». Il écrivit dans le dossier médical :

« Ces réponses [de la seconde requérante] sont contraires notamment à des décisions prises antérieurement, et je ne crois pas que la poursuite des soins intensifs soit dans l'intérêt du malade. Ce problème doit être résolu avant qu'il ne soit nécessaire d'intervenir ; j'ai donc dit qu'il nous faut un second avis, quitte à faire désigner un expert par un tribunal, de façon à garantir une décision impartiale, à laquelle nous nous plierons tous. »

Le même jour, le médecin généraliste des requérants informa l'hôpital que le *solicitor* de ceux-ci s'était ouvert à lui des préoccupations exprimées par la famille, qui pensait qu'on voulait « aider David à mourir » en lui administrant de la morphine.

13. Dans le compte rendu d'une discussion qu'il eut avec la seconde requérante le 8 septembre 1998, le docteur Walker écrivit :

« Si l'état [du premier requérant] se détériore rapidement, il faudra recourir à la ventilation sous pression positive (ballon-masque), mais éviter les massages cardiaques et l'administration, par voie intraveineuse ou non, de médicaments pour le réanimer. »

14. Quant à l'utilisation de morphine ou d'autres sédatifs, le docteur Walker assura lors de la discussion que les médecins n'en prescriraient pas sans en parler d'abord avec la seconde requérante. Ses notes contiennent le passage suivant :

« J'ai expliqué à [la seconde requérante] que nous pouvions administrer de la morphine à un patient pour le soulager, même contre la volonté de sa famille (l'*Official Solicitor* m'a confirmé que tel est effectivement le cas : aucun juge n'a jamais mis en cause la décision d'un médecin de cesser un traitement ou de soulager les symptômes d'un patient), mais que nous ne le ferions pas sans en parler d'abord à celle-ci. »

15. D'après le Gouvernement, la seconde requérante confirma au docteur Hallet le 9 septembre 1998 son acceptation de l'avis des médecins de l'hôpital concernant la question d'une non-réanimation de David. Le docteur Hallet écrivit alors dans le dossier :

« La situation me paraît précaire. Il est possible qu'avec les antibiotiques le malade se rétablisse, mais le fait qu'il est incapable de cracher ses sécrétions peut fort bien entraîner une aggravation de son état et conduire au décès. J'ai parlé de ce scénario avec sa mère. Elle m'a expliqué qu'elle voudrait que son fils soit placé sous ventilation au ballon-masque mais qu'elle comprend, depuis sa discussion avec le docteur Walker, qu'il ne serait pas indiqué de procéder à une intubation complète et d'administrer des traitements intensifs. »

16. Le docteur Hallet et la seconde requérante évoquèrent également à cette occasion la possibilité d'administrer de la morphine à des doses thérapeutiques. Les requérants attirent l'attention sur les précisions suivantes, inscrites dans le dossier par le docteur Hallet :

« En cas de désaccord total, nous serions obligés de nous adresser au tribunal pour légitimer notre décision. La mère dit ne pas comprendre. »

17. Le docteur Hallet écrivit dans le dossier médical :

« La mère a dit qu'elle ne pouvait envisager l'euthanasie ; je lui ai répondu que nous ne l'envisagions pas non plus. Nous avons parlé de la morphine : M^{me} Glass est d'accord qu'on en administre à des doses thérapeutiques pour soulager la douleur si la nécessité s'en fait sentir.

(...) Vu l'accord sur lequel semblent avoir débouché les discussions que j'ai eues hier et aujourd'hui avec la mère, il est possible que nous n'aurons pas à nous adresser au tribunal. »

18. L'état du premier requérant s'aggrava. L'intéressé fut admis à l'hôpital St Mary le 15 octobre 1998, puis à nouveau le 18 octobre 1998, à la suite de défaillances respiratoires.

19. Le 19 octobre 1998, il fut soigné par deux médecins, qui l'examinèrent à plusieurs reprises et jugèrent qu'il avait peu de chances de survivre. Le docteur Walker observa qu'il avait l'air « livide » et « épuisé ».

20. Le 20 octobre 1998 à 13 h 30, les médecins déclarèrent qu'il « entrait dans la phase terminale d'une défaillance respiratoire ».

21. Le même jour à 17 h 45, le docteur Hallet nota qu'il était « en train de mourir de sa maladie pulmonaire ».

22. Convaincus que le malade était entré en phase terminale et avait besoin d'un traitement contre la douleur, les médecins recommandèrent l'administration de diamorphine. La seconde requérante et d'autres membres de la famille affirmèrent que David n'était pas en train de mourir et se dirent très préoccupés à l'idée que l'administration de diamorphine (on avait auparavant parlé de morphine) pût compromettre ses chances de rétablissement. La mère exprima ses inquiétudes lors d'une réunion avec les docteurs Walker et Hallet et le directeur de la Régie hospitalière. Un agent

de police féminin était également présent. L'hôpital persista à vouloir administrer de la diamorphine à David, tout en assurant à sa mère la « dose strictement minimale » ne serait pas dépassée. D'après les requérants, le directeur de la Régie hospitalière joua un rôle important lors de la réunion et fit clairement savoir à Carol Glass que de la diamorphine serait administrée à son fils. Les intéressés évoquent à cet égard une lettre du 23 novembre 1998 adressée à leur député par le directeur de la Régie et dans laquelle celui-ci déclare avoir donné pour instruction aux médecins d'administrer, pendant vingt-quatre heures et à des doses minimales, de la diamorphine au premier requérant. Le Gouvernement soutient que le directeur ne joua aucun rôle dans l'analyse clinique du cas de David.

23. Les docteurs Walker, Ashton et Hallet insistèrent tous dans leurs notes sur le fait que l'administration de morphine n'avait pas pour but de tuer le premier requérant mais de le soulager. Le docteur Hallet précisa que les médecins qui avaient rencontré la seconde requérante avaient insisté pour lui faire comprendre que « l'administration de morphine ne constitu[ait] PAS une euthanasie, mais [était] destinée à soulager les souffrances [du premier requérant] (...) ».

24. La seconde requérante demanda par la suite à pouvoir ramener David à la maison si, comme l'affirmaient les médecins, il était en train de mourir. Un policier présent l'avertit que si elle cherchait à faire sortir son fils de l'hôpital elle serait arrêtée. L'hôpital déclara par ailleurs que si les membres de la famille présents ne laissaient pas les médecins commencer l'administration de diamorphine la police les évacuerait également. La mère tenta en vain de joindre son *solicitor*, y compris au domicile de celui-ci.

25. Le 20 octobre 1998 à 19 heures, David Glass commença à recevoir une infusion de diamorphine. Les requérants soutiennent que la dose administrée, 1 mg par heure, correspondait à une posologie pour adulte, excessive pour un enfant de l'âge de David. Le Gouvernement conteste cette analyse. Il invoque le poids du patient et le fait qu'ayant déjà été traité aux opiacés celui-ci avait un seuil de tolérance plus élevé à ce type de médicaments.

26. Une dispute éclata à l'hôpital entre des membres de la famille de David (au nombre desquels ne figurait pas la mère de l'intéressé) et les médecins. Les premiers, convaincus que les seconds voulaient euthanasier David sans le dire, tentèrent de leur barrer l'accès à la chambre. Les autorités de l'hôpital appelèrent le personnel de sécurité et menacèrent d'expulser la famille de l'hôpital par la force.

27. Un ordre de non-réanimation fut inséré dans le dossier médical de David sans que M^{me} Glass eût été consultée.

28. Le 21 octobre 1998 à 10 heures, la dose de diamorphine fut réduite de moitié à la suite des protestations répétées de la famille. Le Gouvernement fait observer que d'après l'avis exprimé alors par les

médecins la dose administrée au premier requérant avait amélioré son état. Voici ce que déclara le docteur Walker :

« (...) c'était un vrai soulagement et un plaisir de voir [le premier requérant] tranquille et apaisé (...) Son état général s'était sensiblement amélioré : il était moins agité et souffrait moins. »

29. Le lendemain, M^{me} Glass trouva que l'état de son fils s'était détérioré de façon alarmante et conçut le soupçon que cette dégradation était imputable aux effets de la diamorphine. Une agitation extrême gagna la famille, qui demanda l'arrêt du traitement. Le docteur Walker déclara que cela n'était possible que si la famille acceptait que David ne soit ni réanimé ni soumis à des stimulations. Selon le Gouvernement, le but poursuivi par le docteur Walker était d'empêcher la famille de déranger David en faisant du bruit et en le touchant, car l'intéressé était à ce moment-là tranquille, respirait profondément et ne souffrait pas.

30. La famille tenta de réanimer David et en vint aux mains avec les docteurs Walker et Ashton.

31. Au milieu du pugilat, M^{me} Glass réussit à réanimer son fils. La police avait été appelée après l'agression des docteurs Walker et Ashton. Plusieurs agents furent blessés, et la mère d'un autre patient fut plaquée contre un mur. Tous les enfants de l'étage sauf un durent être évacués. Les blessures des docteurs Walker et Ashton étaient telles qu'ils ne purent assumer leurs fonctions normalement pendant un certain temps.

32. David Glass finit par aller mieux et réagir aux stimulations de sa famille. Il put rentrer chez lui le 21 octobre 1998.

33. Sa mère affirme que la Régie hospitalière ne prit aucune disposition pour qu'il bénéficie d'autres soins à sa sortie de l'hôpital et pour qu'on lui donne un antidote à la diamorphine. Elle ajoute qu'elle dut acquérir elle-même des appareils destinés à mesurer la saturation en oxygène de David. A cet égard, le Gouvernement attire l'attention sur un rapport du docteur Hallet, dans lequel celui-ci explique :

« Il nous a semblé que la poursuite des soins à l'hôpital était impossible et que le patient serait mieux chez lui, à condition que nous puissions lui procurer de l'oxygène. Nous avons pris des dispositions en ce sens, après quoi j'ai demandé au médecin traitant de David de surveiller ses principaux problèmes pulmonaires à domicile. J'ai ensuite téléphoné au médecin en chef de l'hôpital général de Southampton pour savoir s'il accepterait d'accueillir à nouveau David, compte tenu des graves perturbations que sa famille avait provoquées à l'hôpital, puis j'ai parlé avec la mère, qui a dit accepter que David rentre chez lui. Nous avons ensuite appelé des infirmières à domicile et pris des dispositions pour fournir l'oxygène sur place. Une fois tout réglé, nous avons organisé le transport du patient jusque chez lui. »

34. Le 23 juin 2000, certains des membres de la famille qui avaient pris part à l'échauffourée avec les médecins furent reconnus coupables de voies de fait (*assault*) au pénal et interdits d'accès à l'hôpital. Le 28 juillet 2000, leurs peines furent réduites en appel. Le 26 octobre 1999, la Régie

hospitalière s'était désistée de l'action pour voies de fait (*trespass*) qu'elle avait intentée au civil contre M^{me} Glass, cette action lui étant apparue manquer de fondement juridique.

Le 5 novembre 1998, le directeur médical de la Régie adressa à la seconde requérante une lettre dans laquelle il l'informait que le personnel pédiatrique de l'hôpital craignait une répétition des problèmes survenus lors de la dernière hospitalisation de son fils et n'était plus sûr de pouvoir prodiguer à David les soins dont il avait besoin. Le directeur poursuivait ainsi :

« Malheureusement, l'hôpital de Portsmouth estime que tout ce qu'il pourrait apporter à votre fils serait de rendre le temps qu'il lui reste à vivre le moins désagréable possible, sans prendre de mesures actives pour le maintenir en vie. Cela signifie bien sûr que l'hôpital pourrait être amené à lui prodiguer des soins – ou refuser de lui prodiguer des soins – contre votre avis. Puisqu'il paraît difficile de résoudre nos divergences, il serait raisonnable, dans le cas où votre fils devrait à nouveau être hospitalisé, de le faire admettre dans un autre établissement. »

35. L'hôpital général de Southampton, situé à environ 40 km du domicile de M^{me} Glass, informa celle-ci qu'il était prêt à admettre et soigner son fils au cas où il souffrirait d'une autre crise.

36. Le médecin généraliste de la famille Glass se mit par la suite en contact avec l'hôpital général de Southampton afin de savoir quelles dispositions il conviendrait de prendre pour l'hospitalisation de David en cas de nouvelle urgence.

37. La seconde requérante formula une demande de contrôle juridictionnel des décisions prises par la Régie hospitalière au sujet du traitement médical de son fils. C'est le juge Scott Baker qui fut saisi du dossier.

38. Le 21 avril 1998, le juge Scott Baker conclut que la décision de la Régie hospitalière ne pouvait faire l'objet d'un contrôle juridictionnel dès lors que les faits en cause étaient révolus et ne surviendraient plus au sein des hôpitaux gérés par la Régie ni, espérait-il, dans aucun autre hôpital. Et le juge d'ajouter :

« En cas de désaccord grave, la procédure de l'intérêt supérieur de l'enfant pourra être déclenchée à bref délai et le tribunal tranchera sur la base des faits tels qu'ils se présenteront alors. Ces faits seront presque sûrement différents de ceux observés en octobre 1998. (...) De toute manière, les preuves présentées au tribunal ne permettent pas de dire avec précision ce qui s'est passé en octobre 1998 (...) Par ailleurs, en cas de nouvelle crise, je suis convaincu que si le problème est porté devant le tribunal, l'*Official Solicitor* prêterait à nouveau son concours. »

39. Le juge précisa que le contrôle juridictionnel lui paraissait être un instrument trop sommaire pour des problèmes sensibles et évolutifs comme ceux soulevés par l'espèce. Il estimait en particulier très difficile, dans une situation hypothétique, de formuler une déclaration à la fois sensée et insusceptible de restreindre inutilement la possibilité pour les médecins

d'administrer les traitements requis à un patient aux prises avec une maladie évolutive. Il conclut par ces mots :

« Le présent jugement ne doit en aucune façon être interprété comme signifiant que, selon moi, [l'hôpital de Portsmouth] a agi légalement/illégalement en l'espèce. »

40. La seconde requérante pria la Cour d'appel de lui accorder l'autorisation de la saisir. Elle fut déboutée de sa demande le 21 juillet 1999. Dans sa décision, Lord Woolf, président de la Cour d'appel (*Master of the Rolls*), expliqua que les éléments susceptibles d'entrer en ligne de compte dans le cas du premier requérant et des autres enfants souffrant des mêmes handicaps étaient pratiquement sans fin, de sorte qu'il serait risqué pour les juridictions de chercher à faire la clarté dans ce type de situations. Il s'exprima comme suit :

« Plusieurs questions impliquent que l'on porte un jugement. Il est clair que la situation idéale est celle où les médecins consultent d'abord le parent et parviennent à lui faire accepter, en lui en faisant parfaitement comprendre les enjeux, les mesures qu'ils proposent pour son enfant. C'est la démarche qu'il convient d'adopter dans ce genre de situations. Si pareil déroulement n'est pas possible, s'il y a conflit, et que ce conflit est grave, la question doit être portée devant le tribunal, qui décidera ce que commande l'intérêt supérieur de l'enfant. Confrontés à un problème particulier, les tribunaux trancheront (...) »

(...) La difficulté, dans ce domaine, c'est que des principes divergents s'appliquent. Les principes de droit sont clairement établis, mais il est souvent très difficile d'anticiper la façon dont il faudra les appliquer à des faits particuliers. Ce n'est que lorsque le tribunal est saisi d'une affaire concrète qu'il apporte une réponse qui reflète sa position concernant l'intérêt supérieur de l'enfant. Pour ce faire, il tient compte des préoccupations naturelles et des responsabilités du parent. Il tient également compte des points de vue des médecins, et recherche la solution la plus souhaitable à partir des meilleurs avis qu'il peut obtenir, à commencer par celui de l'*Official Solicitor*. C'est de cette manière, selon moi, que les tribunaux doivent réagir dans ce domaine particulièrement sensible et complexe. »

41. Lord Woolf prit le contre-pied de l'avis du juge Scott Baker selon lequel les requérants n'avaient pas employé la procédure judiciaire adéquate. Pour lui, « en particulier dans les affaires concernant des enfants, la question de savoir si la procédure adéquate a été employée [était] la dernière chose dont le tribunal devait se soucier ».

42. La seconde requérante s'adressa à l'ordre des médecins (*General Medical Council*) pour se plaindre du comportement des praticiens qui avaient soigné son fils, auxquels elle reprochait notamment d'avoir agressé ce dernier en lui administrant de l'héroïne contre sa volonté à elle et sans autorisation judiciaire.

43. Le 7 janvier 2000, à l'issue d'une enquête, l'ordre des médecins conclut qu'il n'y avait eu, dans le chef des praticiens concernés, ni fautes ni insuffisance professionnelles graves, et que le traitement incriminé était justifié, compte tenu de l'urgence à laquelle les médecins avaient dû faire face au moment des faits. Il estima, au vu des preuves disponibles, que les

conditions dans lesquelles une procédure disciplinaire pouvait être introduite contre les médecins n'étaient pas réunies. Il s'était demandé à cet égard si les médecins avaient adopté une attitude raisonnable pour aboutir à la décision retenue et si cette dernière était tellement « extravagante » qu'aucun médecin normalement compétent n'aurait pu la prendre.

44. La seconde requérante s'adressa également à la police du Hampshire pour se plaindre du comportement des médecins qui avaient soigné son fils. Une enquête fut ouverte. Les médecins furent interrogés et un rapport fut communiqué au parquet (*Crown Prosecution Service*).

Le 8 mai 2000, les *solicitors* de la seconde requérante informèrent celle-ci qu'en l'absence de preuves le parquet avait décidé de ne pas engager de poursuites contre les médecins concernés. Par une lettre datée du 16 juin 2000, le parquet leur fit connaître les motifs qui l'avaient amené à cette conclusion, ainsi que les différents éléments sur lesquels il s'était appuyé pour décider de l'opportunité d'engager des poursuites contre les médecins pour tentative d'homicide et complot d'assassinat, et pour violation de la loi de 1861 sur les infractions contre les personnes.

II. LE DROIT ET LA PRATIQUE INTERNES PERTINENTS

45. Le paragraphe 24 des recommandations de l'ordre des médecins publiées sous le titre « Recherche du consentement du patient : les considérations éthiques » se lit comme suit :

« Lorsqu'un enfant âgé de moins de 16 ans est incapable de donner ou refuser un consentement éclairé, une personne investie de l'autorité parentale peut autoriser des examens ou un traitement qui servent l'intérêt supérieur de l'enfant. Cette personne peut également refuser toute intervention lorsqu'elle estime que cela répond à l'intérêt supérieur de l'enfant, mais le médecin n'est pas lié par le refus et peut saisir le tribunal. En cas d'urgence, si le médecin estime qu'il est dans l'intérêt supérieur de l'enfant d'intervenir, il peut le soigner, à condition que les soins soient limités à ce qui est raisonnablement nécessaire pour traiter l'urgence. »

Dans l'affaire *Re J. (A Minor) (Wardship : Medical Treatment)* (*All England Law Reports*, 1990, vol. 3) :

« Les médecins ont l'obligation de prendre soin de l'enfant conformément à une bonne pratique médicale reconnue comme adéquate par les spécialistes faisant autorité en la matière (...) Cette obligation ne dispense toutefois pas les médecins d'obtenir le consentement des parents, lorsque le temps le permet, avant d'entreprendre tout traitement invasif d'une certaine importance.

Les parents ont à l'égard de l'enfant l'obligation de donner ou refuser leur consentement dans son intérêt supérieur, sans tenir compte de leurs propres intérêts.

Le tribunal, lorsqu'il exerce sa compétence *parens patriae*, est investi des droits et obligations des parents, ce qui ne signifie pas que ces derniers soient exclus du processus décisionnel. Cela dit, c'est au tribunal qu'incombe en définitive la responsabilité de la décision de donner le consentement ou de le refuser.

(...)

Nul ne peut dicter seul le traitement qui devra être administré à l'enfant : pas plus le tribunal que les parents ou les médecins. Il existe des freins et des contrepoids. Les médecins peuvent recommander un traitement A de préférence à un traitement B. Ils peuvent également refuser d'appliquer un traitement C s'ils l'estiment médicalement contre-indiqué ou si leur conscience ne leur permet pas de l'administrer. Le tribunal et les parents peuvent quant à eux refuser de consentir au traitement A ou B, ou aux deux, mais ils ne sauraient insister pour que le traitement C soit administré. Le résultat inévitable et souhaitable de ces mécanismes est que le choix du traitement résulte – au moins en partie – d'une décision prise conjointement par les médecins, d'une part, et le tribunal ou les parents, d'autre part.

(...)»

La décision rendue dans l'affaire *A National Health Service Trust v. D. (Family Court Reports, 2000, p. 577)* comporte le passage suivant :

« Le respect sans équivoque par le tribunal du caractère sacré de la vie humaine implique une obligation impérieuse de prendre, sauf circonstances exceptionnelles, toutes les mesures susceptibles de préserver la vie. »

46. Dans cette affaire, le tribunal avait accepté l'avis des médecins selon lequel la réanimation d'un enfant dont ils avaient la charge ne serait pas appropriée en cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire.

47. D'après le Gouvernement, la loi anglaise reconnaît qu'il peut être dans l'intérêt supérieur d'un enfant ou d'un adulte d'être soigné par des traitements qui soulagent ses symptômes mais ont pour effet secondaire de précipiter son décès.

Aux termes de la partie 3B des recommandations de l'Association médicale britannique (*British Medical Association*) intitulées « Le refus et l'interruption d'un traitement médical : comment parvenir à une décision »,

« (...) lorsque l'on peut raisonnablement douter de l'intérêt d'un traitement destiné à prolonger la vie, on doit présumer qu'il est souhaitable d'en commencer l'administration, même s'il existe des circonstances dans lesquelles une intervention active (dépassant les soins de base) ne serait pas adéquate, l'intérêt supérieur du patient n'impliquant pas forcément le prolongement de sa vie (...) Si, étant donné son état, l'enfant ne peut pas survivre, ou si de l'avis général son état est si grave qu'un traitement ne permettrait pas son rétablissement ni le maintien du *statu quo*, l'intervention peut ne pas être justifiée. De même, lorsque le traitement peut entraîner souffrance et détresse chez l'enfant, ces inconvénients et les autres associés au traitement doivent être mis en balance avec les avantages escomptés de celui-ci, même si la vie ne peut pas se prolonger sans le traitement. »

Le paragraphe 15.1 des recommandations de 2001 de l'Association médicale britannique sur « Le refus et l'interruption d'un traitement médical destiné à prolonger la vie » est ainsi libellé :

« Les personnes investies de l'autorité parentale sur un bébé ou un jeune enfant ont légalement et moralement le droit d'accorder ou refuser leur consentement à un traitement. Leur avis est généralement décisif, sauf s'il heurte de front le point de vue de ceux qui soignent l'enfant sur ce que requiert l'intérêt supérieur de ce dernier. »

Le paragraphe 15.2 énonce :

« La loi a confirmé que l'intérêt supérieur et l'équilibre entre les avantages et les inconvénients constituent des aspects essentiels du processus de décision et qu'il en va de même de l'avis des parents. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement que ces derniers puissent revendiquer l'application de décisions fondées sur leurs propres préférences lorsque celles-ci sont contraires à des opinions médicales faisant autorité. »

48. A l'époque des faits qui sont à l'origine de la présente requête, le Collège royal de pédiatrie (*Royal College of Paediatrics and Child Health*) avait publié des recommandations qui décrivaient les procédures devant normalement être suivies dans les cas où un parent refuse de se ranger à l'avis du personnel soignant selon lequel un traitement déterminé ne doit pas être administré à l'enfant. Ces recommandations prévoient qu'un deuxième avis doit normalement être recueilli et que le parent doit avoir le temps de consulter les conseillers de son choix. Le paragraphe 3.4.3 indique :

« Dans la plupart des cas, avec de bonnes explications et le temps nécessaire, les parents acceptent l'avis médical, mais s'ils s'opposent à l'interruption du traitement ou refusent de donner leur accord à pareille interruption, un deuxième avis doit être demandé et le tribunal saisi. Un avis concernant la nécessité de faire intervenir la justice peut être demandé par téléphone au secrétariat de l'*Official Solicitor*. »

Des recommandations publiées par le ministère de la Santé en 2001 et intitulées « Le consentement : travailler avec des enfants » traitent explicitement des situations dans lesquelles les médecins estiment que le traitement voulu par les parents n'est pas approprié. On y lit ceci :

« Ainsi en est-il par exemple lorsqu'un enfant est très gravement malade et que les médecins estiment que les souffrances liées à la poursuite du traitement seraient supérieures aux bénéfices escomptés. Les parents ne peuvent exiger du médecin qu'il administre un traitement particulier si celui-ci ne lui paraît pas cliniquement approprié, mais là encore la justice peut être saisie en cas d'impossibilité d'aboutir à un accord. Le tribunal n'obligera pas le médecin à administrer un traitement contre son avis clinique, mais il pourra lui demander de céder la prise en charge médicale de l'enfant à un collègue convaincu du caractère approprié du traitement proposé. »

49. Dans l'affaire *Re A. (Conjoined Twins : Surgical Separation)*, le *Lord Justice Ward* déclara :

« Les parents tenant leur habilitation de la loi, leur décision doit normalement être respectée ; l'hôpital n'aurait selon moi pas plus le droit de ne pas tenir compte de leur refus qu'il n'a le droit de passer outre au refus d'un patient adulte. C'est ce que je déduis de la décision *Re (A Minor) (Wardship : Consent to Treatment)* [1992] Fam. 11, 22, dans laquelle Lord Donaldson of Lymington, président de la Cour d'appel, déclara :

« Il est constant que, d'une manière générale, le médecin n'a pas le droit de soigner un patient sans le consentement d'une personne habilitée à consentir. S'il méconnaît cette règle, il peut faire l'objet d'une action en dommages et intérêts pour atteinte à l'intégrité de la personne et peut être reconnu coupable d'agression au pénal. »

50. Le droit anglais prévoit que, dans certaines circonstances, il peut ne pas être possible de demander au tribunal de se prononcer, par exemple en cas d'urgence lorsqu'il faut décider rapidement quel traitement administrer. Dans l'affaire *Re C. (A Minor) (Lloyd's Reports : Medical, 1998, p. 1)*, Sir Stephen Brown s'exprima comme suit au sujet de la décision du médecin de soigner ou non un enfant :

« [elle] dépend de l'exercice de son propre jugement professionnel, à cette réserve près que, sauf dans des cas exceptionnels tenant en général à l'urgence de la situation, il doit demander le consentement d'une personne habilitée à consentir. »

51. Le *Guide de référence sur le consentement à un examen ou un traitement* confirme en son paragraphe 14 cette idée :

« En cas d'urgence, il peut être justifié de soigner un enfant incapable sans le consentement de la personne investie de l'autorité parentale s'il est impossible d'obtenir celui-ci à temps et si le traitement est vital pour l'enfant ou nécessaire au maintien de son état de santé. »

52. Dans l'affaire *Re T. (Adult : Refusal of Treatment) (Weekly Law Reports, 1994, vol. 1, Fam. p. 95)*, Lord Donaldson déclara :

« Si, dans un cas où un patient adulte risque de mourir ou de voir son état de santé se détériorer de manière irréparable, les médecins ou les autorités de santé se heurtent au refus de l'intéressé d'accepter un traitement essentiel mais doutent sérieusement de la validité de ce refus, ils doivent, dans l'intérêt général comme, évidemment, dans celui du patient, demander immédiatement à un tribunal de dire si le traitement proposé serait ou non licite. Il ne faut pas laisser à la famille du patient la charge d'entreprendre une telle démarche car, outre qu'elle en ignore probablement la possibilité, les frais y afférents peuvent la dissuader d'y recourir. De tels cas sont rares, mais lorsqu'ils surviennent (...) les tribunaux sont en mesure d'apporter immédiatement leur aide, et ils le font. »

53. Le *Guide du ministère de la Santé sur le consentement* donne les instructions suivantes :

« 4. Le fait de donner ou d'obtenir un consentement est généralement le fruit d'un processus et non pas un événement isolé. Les patients peuvent changer d'avis et retirer leur consentement à tout moment. En cas de doute, le médecin doit systématiquement vérifier si le patient consent toujours à être soigné ou traité par lui.

Les enfants peuvent-ils consentir pour eux-mêmes ?

5. Avant d'examiner un enfant, de lui prescrire un traitement ou des soins, le médecin doit également obtenir un consentement. Les adolescents âgés de 16 ou 17 ans sont présumés pouvoir consentir pour eux-mêmes. Les enfants plus jeunes qui comprennent parfaitement les enjeux des mesures proposées peuvent également consentir, même s'il est préférable d'associer les parents au processus. Dans les autres cas, une personne investie de l'autorité parentale doit consentir au nom de l'enfant, à moins que l'on se trouve dans une situation d'urgence et que l'on ne puisse joindre pareille personne. (...)

Quelles informations faut-il communiquer ?

(...)

7. Pour pouvoir décider s'ils consentent ou non, les parents doivent être suffisamment informés (par exemple sur les bénéfices escomptés du traitement proposé et les risques qu'il comporte, ainsi que sur les autres traitements possibles). Si le patient n'est pas informé d'une manière adaptée à sa capacité de compréhension et suffisante pour lui permettre de prendre une décision en bonne connaissance de cause, son consentement peut ne pas être valable. »

La non-réanimation

54. L'article 1 des recommandations publiées en mars 1993 par l'Association médicale britannique et le Collège royal des infirmières avec la participation du Conseil de réanimation se lit comme suit :

« Il faut envisager d'inscrire un ordre de non-réanimation dans les circonstances suivantes :

- a) lorsque l'état du patient laisse penser qu'une réanimation cardiopulmonaire serait probablement un échec ;
- b) lorsque la réanimation cardiopulmonaire est contraire aux vœux exprimés et maintenus par un patient lucide ;
- c) lorsqu'une réanimation cardiopulmonaire réussie serait probablement suivie d'une durée et d'une qualité de vie inacceptables pour le patient. »

55. L'article 3 énonce :

« La décision d'émettre un ordre de non-réanimation relève de la responsabilité du médecin en charge du patient. Elle doit être précédée des consultations appropriées et tenir compte de tous les aspects de l'état du patient. Les points de vue d'autres membres de l'équipe médicale et infirmière, du patient et, sous réserve que la confidentialité des informations relatives au patient soit respectée, de la famille ou des amis proches de celui-ci peuvent aider le médecin à prendre sa décision. »

56. L'article 10 est ainsi libellé :

« Compte tenu de son caractère hautement sensible et complexe, la question de l'opportunité de pratiquer une réanimation cardiopulmonaire doit être débattue entre les responsables et d'autres membres expérimentés de l'équipe médicale, assistés de responsables du corps infirmier. L'ordre de non-réanimation vise seulement la réanimation cardiopulmonaire. Il convient de préciser que tous les autres traitements et soins appropriés restent autorisés ; l'ordre de non-réanimation n'a aucune conséquence à leur égard. »

57. Les recommandations actuellement applicables du ministère de la Santé se trouvent exposées dans la circulaire intitulée « Politique de réanimation » (« *Resuscitation Policy* » – *HSC Circular 2000/028*). Celle-ci comporte le passage suivant :

« Les décisions concernant l'opportunité de pratiquer une réanimation font partie des décisions les plus délicates que les médecins, patients et parents peuvent avoir à prendre. Les patients (et, le cas échéant, leurs proches et le personnel soignant) ont tout autant le droit d'être associés à une décision de cette nature que d'exprimer leur avis lorsqu'il s'agit d'autres décisions portant sur les soins et traitements qui leur sont dispensés. Comme dans tout processus décisionnel, les médecins ont l'obligation d'agir en conformité avec ce que préconisent les spécialistes de leur secteur qui font autorité. »

III. LE DROIT INTERNATIONAL PERTINENT

58. La Convention du Conseil de l'Europe 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 (Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine, ouverte à la signature à Oviedo le 4 avril 1997) énonce certains principes en matière de consentement :

« Chapitre II – Consentement

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.

2. Lorsque, selon la loi, un mineur n'a pas 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.

L'avis du mineur est pris en considération comme un facteur de plus en plus déterminant, en fonction de son âge et de son degré de maturité.

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 7 – Protection des personnes souffrant d'un trouble mental

La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours.

Article 8 – Situations d'urgence

Lorsqu'en raison d'une situation d'urgence le consentement approprié ne peut être obtenu, il pourra être procédé immédiatement à toute intervention médicalement indispensable pour le bénéfice de la santé 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. »

EN DROIT

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

59. Les requérants allèguent que le droit et la pratique internes n'ont pas permis, en l'espèce, d'assurer le respect effectif du droit du premier requérant à l'intégrité physique et morale, au sens que revêt la notion de « vie privée » telle qu'elle est énoncée et protégée par l'article 8 de la Convention. Cette disposition est ainsi libellée :

« 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. »

60. Le Gouvernement combat cette allégation.

A. Arguments des parties

1. Les requérants

61. Les requérants affirment que la décision d'administrer de la diamorphine à David Glass contre la volonté de sa mère et celle d'inscrire un ordre de non-réanimation dans le dossier médical de l'intéressé à l'insu de sa mère ont porté atteinte au droit du premier à l'intégrité physique et morale et aux droits de la seconde découlant de l'article 8. Ils voient dans le fait que l'autorité hospitalière n'a pas demandé aux tribunaux internes d'intervenir dans la décision d'agir sans le consentement de la seconde requérante une atteinte non prévue par la loi aux droits du premier requérant.

62. S'agissant du consentement, les requérants soutiennent que si à un moment donné la seconde requérante a pu donner son accord aux médecins cet accord ne devait pas être considéré comme irrévocable. Ils soulignent que le consentement à un traitement particulier doit pouvoir être retiré en fonction de l'évolution de la situation. Dans le cas de Carol Glass, il eût été inopportun de donner une autorisation générale au corps médical, indépendamment de ce qui pouvait arriver à son fils par la suite. Les intéressés invoquent à cet égard le guide publié par le ministère de la Santé sur le consentement.

63. Ils argumentent en outre que lorsqu'il existe un désaccord fondamental entre le représentant légal d'un enfant gravement handicapé et les médecins il n'est ni opportun ni raisonnable de laisser à ces derniers le soin de mettre en balance les différents droits fondamentaux. Il s'agit là d'une fonction essentiellement judiciaire, pour laquelle les médecins ne sont pas formés. Le processus ayant mené aux décisions d'administrer de la diamorphine à David Glass et d'insérer un ordre de non-réanimation dans son dossier médical n'aurait pas permis d'assurer le respect effectif des intérêts du malade et de sa mère, emportant ainsi violation des obligations positives pesant sur l'Etat défendeur en vertu de l'article 8. Les requérants soutiennent de surcroît que les ingérences incriminées n'étaient pas « prévues par la loi », dans la mesure où le cadre juridique interne pertinent ne précisait pas ce que les autorités médicales étaient censées faire dans des circonstances telles celles de l'espèce, où un traitement menaçant la vie de David fut proposé et où un médecin prescrivit l'insertion d'un ordre de non-réanimation dans le dossier médical de l'intéressé sans que sa mère en eût été avisée. Ils considèrent qu'un système dans lequel il appartient aux médecins de décider de manière discrétionnaire si les tribunaux doivent ou

non intervenir est tout à fait impropre à garantir le respect effectif des droits de patients vulnérables comme David. Ils estiment qu'il serait possible de remédier au caractère arbitraire du système actuel en clarifiant par exemple le guide sur le consentement précité (paragraphe 53 ci-dessus).

64. A titre subsidiaire, les requérants soutiennent que les mesures prises doivent être considérées comme excessivement brutales et disproportionnées au regard des circonstances.

2. Le Gouvernement

65. Le Gouvernement estime pour sa part que les actes accomplis par le personnel hospitalier ont entièrement respecté les exigences de l'article 8. Il attire l'attention sur la nature de l'urgence à laquelle ce personnel se trouvait confronté et soutient que dans des circonstances exceptionnelles, telles celles de l'espèce, l'obligation de demander le consentement d'un parent avant de traiter l'enfant ne saurait être considérée comme absolue. Quoi qu'il en soit, il était raisonnable pour l'hôpital de partir du principe qu'il était auparavant parvenu à un accord avec la seconde requérante sur les mesures à adopter en cas de nouvelle urgence.

66. Dans le droit fil de cet argument, le Gouvernement soutient que les requérants n'ont pas établi que le personnel hospitalier ait pris ses décisions en sachant qu'elles étaient contraires à la volonté de la seconde requérante. Il fait observer à cet égard que celle-ci choisit de faire entrer David à l'hôpital St Mary le 20 octobre 1998 en ayant parfaitement à l'esprit la teneur des discussions qu'elle y avait eues avec les médecins au cours des mois précédents. A supposer qu'il eût existé une divergence de vues insurmontable entre elle et les médecins pendant la période du 9 septembre au 20 octobre 1998, Carol Glass aurait eu la possibilité, selon le Gouvernement, de chercher un autre hôpital ou de saisir la *High Court*. En outre, la Régie hospitalière aurait difficilement pu demander l'intervention des tribunaux sur la question de l'opposition de la seconde requérante à l'administration de diamorphine à son fils, ce dernier étant arrivé à l'hôpital le 20 octobre 1998 dans un état clairement jugé critique. Eu égard à leur devoir d'agir dans l'intérêt supérieur du malade, les médecins étaient tenus de réagir rapidement face à la gravité de la situation. Le Gouvernement estime que si la *High Court* avait été saisie le 20 octobre 1998 d'une demande urgente, que ce soit par la Régie ou par la seconde requérante, elle n'aurait pas été en mesure, dans les circonstances de l'espèce, d'apporter une solution favorable à Carol Glass. En particulier, la *High Court* n'aurait pas ordonné aux médecins d'administrer un traitement qu'ils jugeaient cliniquement inadéquat et elle n'aurait pas non plus fait prévaloir le point de vue de la seconde requérante s'il était apparu qu'il divergeait profondément de celui des médecins sur l'intérêt supérieur du premier requérant.

67. Dans ses observations sur le fond du grief formulé par les requérants, le Gouvernement conteste l'assertion de ceux-ci selon laquelle l'ingérence

alléguée n'était pas « prévue par la loi ». D'après lui, cette affirmation est contraire à la thèse principale des intéressés, qui consiste à dire que l'autorité hospitalière aurait dû soumettre la question du consentement aux tribunaux internes puisque, selon eux, les médecins en charge du premier requérant n'avaient pas véritablement affaire à une urgence. Le Gouvernement fait observer que Carol et David Glass s'étaient jusque-là toujours fondés sur le fait que, sauf dans des circonstances exceptionnelles, le droit interne exigeait des médecins qu'ils obtiennent le consentement d'une personne investie de l'autorité parentale avant de traiter un enfant n'ayant pas la capacité juridique et qu'ils s'adressent aux tribunaux en cas de désaccord. Les requérants auraient donc tort de soutenir maintenant qu'il n'existe pas – et qu'il n'existait pas à l'époque des faits – de cadre juridique définissant le rôle des tribunaux en la matière ou le devoir pour l'autorité concernée de faire appel à la justice.

3. *La réponse des requérants*

68. Les requérants rétorquent à cela que leur objectif tout au long de la procédure menée à Strasbourg a été de faire examiner par la Cour si le droit interne prévoyait le degré minimum de protection contre l'arbitraire et si les garanties nécessaires existaient et leur avaient été appliquées. Ils considèrent que, pour ce qui est des enfants handicapés, le cadre juridique interne est toujours un vague mélange de *common law*, de pratiques locales, de recommandations éthiques et de diverses recommandations officielles et professionnelles.

69. Ils répètent que, contrairement à ce que soutient le Gouvernement, les faits montrent que les médecins n'étaient pas confrontés à une situation où il fallait agir d'urgence pour sauver la vie de David Glass. Ils font observer à cet égard que le corps médical a passé beaucoup de temps le 20 octobre 1998 à discuter du point de savoir si de la diamorphine devait être administrée à l'intéressé pour le soulager. Ils estiment que les *solicitors* de la Régie auraient dû utiliser ce temps pour s'adresser, au besoin par téléphone, à un juge de la *High Court*. Ils réitèrent leur point de vue selon lequel, face à une situation où l'intégrité physique, la dignité humaine et des droits fondamentaux d'un individu étaient en cause, il était crucial de faire intervenir un tribunal.

B. Appréciation de la Cour

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

70. La Cour note que la seconde requérante, mère du premier requérant, qui est un enfant gravement handicapé, a agi comme représentante légale de celui-ci. En cette qualité, elle avait le droit d'agir au nom de son fils et de défendre ses intérêts, y compris dans le domaine des traitements médicaux. Le Gouvernement fait observer que l'intéressée avait donné aux médecins de l'hôpital St Mary, lors des précédents séjours de David, l'autorisation de recourir à certains traitements (paragraphe 15, 17 et 66 ci-dessus). Il est clair toutefois que lorsqu'elle fut confrontée à la réalité de l'administration de diamorphine à son fils la seconde requérante exprima fermement son opposition à un traitement de ce type. Ses objections, qu'elle réitéra pourtant à plusieurs reprises, ne furent pas prises en compte. La Cour estime que la décision d'imposer un traitement à David Glass malgré les protestations de sa mère s'analyse en une atteinte au droit du premier au respect de sa vie privée, et plus particulièrement à son droit à l'intégrité physique (sur ce dernier point, voir, *mutatis mutandis*, *X et Y c. Pays-Bas*, 26 mars 1985, série A n° 91, p. 11, § 22 ; *Pretty c. Royaume-Uni*, n° 2346/02, §§ 61 et 63, CEDH 2002-III ; et *Y.F. c. Turquie*, n° 24209/94, § 33, 22 juillet 2003). La Cour note l'insistance mise par le Gouvernement pour la convaincre que les médecins ont dû parer à une urgence – ce que les requérants contestent – et agir rapidement dans l'intérêt supérieur du malade. Elle considère toutefois que cet argument n'enlève rien au fait qu'il y a eu ingérence mais se rapporte plutôt à la nécessité de l'ingérence et doit donc être examiné sous cet angle.

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

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

2. Observation de l'article 8 § 2

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

74. La Cour observe que les requérants mettent en doute l'adéquation du cadre juridique national pour résoudre les conflits résultant d'une objection parentale à un traitement médical proposé pour un enfant. La situation actuelle donnerait un pouvoir d'appréciation trop important aux médecins relativement au point de savoir quand il convient de solliciter l'intervention des tribunaux face à l'opposition d'un parent à un traitement susceptible d'avoir pour effet secondaire de hâter le décès de l'enfant. La Cour considère toutefois que, compte tenu des circonstances de la présente affaire, il ne s'impose pas d'aborder cette question du point de vue du respect ou non, en l'espèce, des critères qualitatifs qui doivent être remplis pour qu'une ingérence puisse être réputée « prévue par la loi » (pour ce qui est de ces critères, voir, parmi d'autres, l'arrêt *Herczegfalvy c. Autriche* du 24 septembre 1992, série A n° 244, pp. 27-28, §§ 88-91). La Cour n'estime pas davantage nécessaire de se prononcer sur la thèse des requérants selon laquelle les autorités ont manqué aux obligations positives inhérentes à un respect effectif du droit à l'intégrité physique du premier requérant en n'adoptant pas des mesures propres à assurer à celui-ci le respect de son intégrité physique (voir, par exemple, *X et Y c. Pays-Bas* précité, p. 11, § 23, et, plus récemment, *Odièvre c. France* [GC], n° 42326/98, CEDH 2003-III).

75. La Cour tient cependant à faire à cet égard deux observations. Premièrement, le cadre réglementaire en vigueur dans l'Etat défendeur consacre de manière ferme l'obligation de préserver la vie des patients, sauf dans des circonstances exceptionnelles. Deuxièmement, ce même cadre réglementaire considère comme prioritaire l'exigence du consentement parental et, sauf dans les situations d'urgence, fait obligation aux médecins de solliciter l'intervention de la justice en cas d'objection parentale. La Cour ajoute que le cadre réglementaire en cause ne lui paraît aucunement incompatible avec les standards fixés en matière de consentement par la Convention du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (paragraphe 58 ci-dessus) ; elle ne souscrit pas davantage à l'opinion selon laquelle les nombreuses sources dont découlent les normes et standards applicables ne font que renforcer l'imprévisibilité de ceux-ci et favoriser, au niveau de leur application, des excès dans l'exercice du pouvoir d'appréciation qu'ils confèrent.

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

l'angle de l'impératif de « nécessité » de l'article 8 § 2, et non sous celui de l'exigence de « prévision par la loi ».

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

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

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

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

saisine de la *High Court* par la Régie hospitalière à un stade antérieur a contribué à cette situation.

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

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

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

II. SUR L'APPLICATION DE L'ARTICLE 41 DE LA CONVENTION

84. Aux termes de l'article 41 de la Convention :

« Si la Cour déclare qu'il y a eu violation de la Convention ou de ses Protocoles, et si le droit interne de la Haute Partie contractante ne permet d'effacer qu'imparfaitement les conséquences de cette violation, la Cour accorde à la partie lésée, s'il y a lieu, une satisfaction équitable. »

A. Dommage

85. Les requérants estiment que, compte tenu des circonstances de l'espèce, ils devraient l'un et l'autre obtenir une indemnité pour dommage moral. Ainsi, la méthode choisie par l'autorité hospitalière pour gérer les divergences entre la seconde requérante et le corps médical aurait inutilement compliqué le traitement du premier requérant. Par ailleurs, la vulnérabilité de ce dernier rendrait opportun l'octroi d'une réparation en son nom propre. La seconde requérante aurait pour sa part subi une grande angoisse ainsi que des tensions et un stress inutiles liés à la façon dont l'autorité hospitalière a soigné son fils. Elle se sentirait de surcroît victime d'une injustice et demeurerait inquiète pour l'avenir du premier requérant, compte tenu du manque de clarté et de prévisibilité de la pratique interne actuelle.

86. Le Gouvernement soutient que, compte tenu des circonstances, si la Cour devait décider qu'il y a eu violation de l'article 8, ce constat vaudrait en soi satisfaction équitable.

87. La Cour souligne qu'il ne lui appartient pas de remettre en cause le jugement clinique des médecins concernant la gravité de l'état du premier requérant ou l'adéquation du traitement proposé par eux. Elle note de surcroît qu'il a clairement été expliqué à la seconde requérante comment faire valoir ses droits en cas de nouvelle urgence. Par ailleurs, elle ne peut spéculer sur le sort que la *High Court* aurait pu réserver à une demande de la Régie visant à l'obtention de l'autorisation de poursuivre le traitement proposé. Elle admet par contre que la seconde requérante a dû éprouver du stress et de l'angoisse dans ses relations avec les médecins et les représentants de la Régie, ainsi qu'un sentiment d'impuissance et de frustration dans le cadre des efforts déployés par elle pour défendre sa vision de l'intérêt supérieur de son enfant. Statuant en équité, elle alloue conjointement aux requérants la somme de 10 000 euros (EUR).

B. Frais et dépens

88. Les requérants sollicitent les montants suivants (taxe sur la valeur ajoutée comprise) : 10 184,31 livres sterling (GBP) pour les honoraires de leurs *solicitors*, dont 2 525 GBP de frais anticipés pour une audience en

l'affaire ; 11 309,39 GBP pour les honoraires du *junior counsel* ; 587,50 GBP pour les honoraires du *senior counsel* (au tarif réduit de 250 GBP par heure). Les requérants ont présenté des factures et notes d'honoraires détaillées à l'appui des différents montants réclamés.

89. Le Gouvernement observe que la demande des requérants est partiellement basée sur des frais qui auraient pu être encourus si une audience avait été tenue en l'affaire. Il critique également le taux horaire (250 GBP) facturé par le *senior counsel* ; selon lui, un taux de 175 GBP serait plus raisonnable. Enfin, le Gouvernement estime que le nombre d'heures de travail (cinquante-six) facturé pour le *junior counsel* est excessif, compte tenu du temps passé sur le dossier par les *solicitors* des requérants. Il estime que trente-deux heures de travail auraient dû suffire.

90. La Cour rappelle que l'allocation de frais et dépens au titre de l'article 41 présuppose que se trouvent établis leur réalité, leur nécessité et, de plus, le caractère raisonnable de leur taux (*Sunday Times c. Royaume-Uni* (article 50), 6 novembre 1980, série A n° 38, p. 13, § 23). En outre, les frais de justice ne sont recouvrables que dans la mesure où ils se rapportent à la violation constatée (*Beyeler c. Italie* (satisfaction équitable) [GC], n° 33202/96, § 27, 28 mai 2002).

91. La Cour rappelle qu'elle a jugé inutile de tenir une audience en l'espèce. Par conséquent, la partie de la demande relative aux frais qui étaient censés résulter d'une audience doit être rejetée. La Cour relève de surcroît que dans leur requête initiale les requérants se fondaient non seulement sur l'article 8, mais également sur les articles 2, 6, 13 et 14 de la Convention. Les griefs tirés de ces derniers articles ont toutefois été rejetés au stade de la recevabilité, seul celui fondé sur l'article 8 ayant été retenu pour un examen au fond.

92. Statuant en équité et tenant compte du montant alloué au titre de l'assistance judiciaire, la Cour accorde aux requérants 15 000 EUR.

C. Intérêts moratoires

93. La Cour juge approprié de calquer le taux des intérêts moratoires sur le taux d'intérêt de la facilité de prêt marginal de la Banque centrale européenne majoré de trois points de pourcentage.

PAR CES MOTIFS, LA COUR, À L'UNANIMITÉ,

1. *Dit* qu'il y a eu violation de l'article 8 de la Convention ;
2. *Dit*
 - a) que l'Etat défendeur doit verser conjointement aux requérants, dans les trois mois à compter du jour où l'arrêt sera devenu définitif en vertu de l'article 44 § 2 de la Convention, les sommes suivantes, à convertir dans la monnaie nationale de l'Etat défendeur au taux applicable au jour du règlement :
 - i. 10 000 EUR (dix mille euros) pour dommage moral,
 - ii. 15 000 EUR (quinze mille euros) pour frais et dépens,
 - iii. tout montant pouvant être dû à titre d'impôt sur lesdites sommes ;
 - b) qu'à compter de l'expiration dudit délai et jusqu'au versement, ces montants seront à majorer d'un intérêt simple à un taux égal à celui de la facilité de prêt marginal de la Banque centrale européenne applicable pendant cette période, augmenté de trois points de pourcentage ;
3. *Rejette* la demande de satisfaction équitable pour le surplus.

Fait en anglais, puis communiqué par écrit le 9 mars 2004, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

Françoise ELEN-PASSOS
Greffière adjointe

Matti PELLONPÄÄ
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 de M. Casadevall.

M.P.
F.E.-P.

OPINION SÉPARÉE DE M. LE JUGE CASADEVALL

1. J'ai quelques difficultés avec le paragraphe 83 de l'arrêt, lorsque la Cour déclare qu'elle « (...) n'estime pas nécessaire d'examiner séparément le grief des requérants relatif à l'insertion, sans le consentement et à l'insu de la seconde requérante, d'un ordre de non-réanimation dans le dossier du premier requérant ». En effet, dans les circonstances de l'espèce, un tel ordre constitue – à mon avis – un élément important et aggravant de la question litigieuse qui permet de mieux comprendre l'état d'âme et la détresse de la mère du premier requérant et la façon dont elle a géré la situation pendant la déconcertante et incompréhensible bagarre qui opposa certains membres de sa famille aux médecins de l'hôpital (paragraphe 29 et 30 du présent arrêt).

2. Je peux tout à fait comprendre que les exigences de l'état du patient étaient telles qu'il s'avérait médicalement nécessaire de lui administrer d'urgence de la diamorphine afin de soulager sa souffrance, peut-être même à l'insu de sa mère. Par contre, il m'est difficile d'accepter que les médecins aient pris unilatéralement la grave décision d'insérer dans le dossier médical du premier requérant l'ordre de non-réanimation de l'enfant, qui plus est sans le consentement de la mère et à son insu. La mention, au paragraphe 83 de l'arrêt, qu'un tel ordre « (...) ne visait que l'application de massages cardiaques vigoureux et d'une assistance respiratoire intensive (...) » me paraît déplacée. Au-delà de toute spéculation sur l'issue d'une éventuelle demande d'autorisation à la *High Court* aux fins de poursuivre le traitement proposé par les médecins (paragraphe 87 de l'arrêt), les faits ont prouvé, presque six ans après et jusqu'à cette date, que, dans les circonstances particulières de l'affaire, l'instinct maternel a eu plus de poids que l'opinion médicale.

3. Donc, de mon avis, le grief méritait un examen additionnel.