



« Toulouse Capitole Publications » est l'archive institutionnelle de l'Université Toulouse 1 Capitole.

LE TRAITEMENT CONTENTIEUX DE LA SANTE EN DROIT CONSTITUTIONNEL

XAVIER BIOY

Référence de publication : Bioy, Xavier (2013) [Le traitement contentieux de la santé en droit constitutionnel](#). Revue de droit sanitaire et social (RDSS) (HS). p. 45.

Pour toute question sur Toulouse Capitole Publications,
contacter portail-publi@ut-capitole.fr

LE TRAITEMENT CONTENTIEUX DE LA SANTE EN DROIT CONSTITUTIONNEL (1)

Le onzième alinéa du Préambule de 1946 sert essentiellement de fondement à la protection objective « de » la santé et secondairement aussi au droit « à » la santé. Cette ambiguïté de la santé a toujours posé problème au Conseil constitutionnel (2). Que la question soit posée dans le cadre d'un contentieux *a priori* (décisions DC) ou *a posteriori* (décisions QPC), qu'il s'agisse de l'accès aux soins ou de la limitation d'activités au nom de la protection de la santé publique, qu'il s'agisse de fiscalité ou d'organisation des professions de santé, on sent chez le juge constitutionnel une retenue liée à la considération qu'il accorde à la manifestation d'une politique publique, conditionnée par des choix techniques et financiers sur lesquels il doit se garder d'exercer son emprise.

Cette attitude le conduit parfois à ne pas vouloir discerner les questions différentes que les requérants lui posent au gré des saisines et à traiter le domaine de la santé sans égard à ses spécificités. La protection de la santé ne s'applique en effet pas à « tous » sans aucune distinction, mais bien à certains individus, dont la situation répond à quelques critères d'identification, simples, précis. Cet aspect catégoriel, auquel invite la rédaction même du Préambule, renvoie par exemple à la figure de l'enfant, de la mère, des jeunes, des victimes de conflits, des personnes privées de liberté (3). Cela ne conduit pourtant pas le juge constitutionnel à spécifier son approche des questions de santé.

Il pratique ainsi une lecture qui valorise les aspects « objectifs » et le traitement « abstrait » des exigences constitutionnelles. La jurisprudence constitutionnelle laisse au législateur le soin de graduer l'accès aux soins par la politique de prise en charge par l'assurance maladie. Seuls les soins considérés comme vitaux forment le noyau dur impliquant éventuellement la gratuité pour les catégories les plus économiquement faibles (étrangers en situation irrégulière ne bénéficiant pas de l'Aide médicale d'Etat) (4). Au-delà, le législateur peut établir des différences de traitement ne

garantissant pas nécessairement l'accès de fait à tous les soins (cela étant soumis aux niveaux de prise en charge par l'assurance maladie et les protections complémentaires) mais assurant un simple accès au système sanitaire (5), notamment aux urgences.

Aspects « objectifs » d'abord, parce que la santé telle qu'elle se présente dans le contentieux constitutionnel adopte les formes que lui donnent la loi et les règles de procédure en vigueur devant le Conseil constitutionnel. On y rencontre fort peu le droit à la santé, à l'accès aux soins, au consentement médical, à la libre disposition de soi et davantage les limitations d'activité et de liberté, la taxation et la tarification, bref les garanties légales du système de santé publique. Fréquent, l'argument relatif au respect du domaine de la loi, contre l'incompétence négative du législateur, ne conduit pas à la censure, preuve sans doute que le juge n'y voit pas un enjeu pour les droits fondamentaux (6).

Aspects objectifs encore, parce que, là comme ailleurs, l'argument tiré du principe d'égalité est très présent : entre patients, entre établissements de santé, entre praticiens, entre contributeurs au financement de l'assurance maladie, etc... L'appréciation des différences de situation et du critère correcteur de l'intérêt général se veut objective et largement abandonnée aux choix d'opportunité du législateur.

Traitement abstrait ensuite, car, pour respecter à la fois sa tradition jurisprudentielle et s'adapter à une santé ainsi objectivée, le Conseil ne s'attarde pas sur la situation réelle des usagers, patients et praticiens face au système ; il ne contrôle que par principes généraux et abstraits. En seront pour leurs frais, ceux qui attendaient de la procédure de QPC qu'elle mène le Conseil à arbitrer, tel la Cour européenne, entre droits et principes dans le cas de tel ou tel requérant (7). La logique profonde des droits fondamentaux, qui conduit d'autres juges à contextualiser et adapter toujours plus leur raisonnement selon les données de fait de l'affaire, n'affecte pas le Conseil constitutionnel. Cela conduit à comparer les rares cas où le pragmatisme le conduit à utiliser des sources constitutionnelles pourtant explicites aux nombreux cas où la Cour européenne des droits de l'homme parvient à des résultats plus aigus alors même que la Convention européenne ne mentionne pas même la santé comme droit mais seulement comme limite des droits.

C'est que les aspects subjectifs de la santé (accès à des soins de qualité, responsabilité, libre disposition de soi, choix du praticien, etc.) dépendent étroitement des conditions établies objectivement par les politiques publiques et par les équilibres du marché. La forme juridique même des normes de santé en témoigne. Sa seule mention dans le Préambule de 1946 ne contraint guère le juge qui peut y voir aussi bien un objectif à valeur constitutionnelle, qu'un droit social ou un droit subjectif opposable. Au-delà, le traitement jurisprudentiel arbitre entre ces hypothèses en fonction de paramètres qui tiennent à l'objet de la loi qu'il contrôle. C'est pourquoi bien souvent la question de santé, non abordée spécifiquement, disparaît derrière d'autres, connexes : derrière la question de la compétence du législateur, derrière la liberté individuelle (lorsqu'il est question de psychiatrie), derrière l'objectif de maîtrise des dépenses de santé, derrière la sécurité, derrière l'égalité, derrière la liberté d'établissement, etc... Cela ne signifie pas que le Conseil fasse toujours prévaloir d'autres valeurs sur la protection de la santé, mais que le traitement contentieux fait dépendre la solution de constitutionnalité d'autres paramètres que le seul accès à des soins.

Le Conseil limite sa mission à la vérification de ce que l'exigence de protection de la santé n'est pas privée de garanties légales. Depuis sa première mobilisation comme exigence constitutionnelle (8), ici comme ailleurs, il n'a nullement exigé le maintien d'un dispositif en particulier mais seulement, globalement, l'obligation de suivre la direction de la santé : ne pas nuire, permettre d'accéder à des soins à un coût supportable. La décision du 29 décembre 2009 se veut indicative de ce cadre : « les exigences constitutionnelles résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de 1946 impliquent la mise en oeuvre d'une politique de solidarité nationale en faveur des personnes défavorisées. Il appartient au législateur, pour y satisfaire, de choisir les modalités concrètes qui lui paraissent appropriées. En particulier, il lui est à tout moment loisible, statuant dans le domaine qui lui est réservé par l'article 34 de la Constitution, de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions. Il ne lui est pas moins loisible d'adopter, pour la réalisation ou la conciliation d'objectifs de nature constitutionnelle, des modalités nouvelles dont il lui appartient d'apprécier l'opportunité et qui peuvent comporter la modification ou la suppression de dispositions qu'il estime excessives ou inutiles. Cependant, l'exercice de ce pouvoir ne saurait aboutir à priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel » (9).

Pour la doctrine, la santé relève plutôt d'un objectif que le législateur nourrit positivement de manière libre, sous réserve de ne pas dénaturer le droit social qui se cache en lui. Le fond rejoint ainsi la forme : la méthode contentieuse du Conseil, en limitant le type d'arguments recevables, conforte le contenu du droit relatif à la santé et ne permet pas de révéler des enjeux de santé derrière d'autres arguments (liberté personnelle, environnement, droit au logement, droit à la vie, prestations sociales, relations du travail, aménagement du territoire). Ici le législateur reste maître des liens à opérer entre sa loi et la santé. Une comparaison avec le domaine connexe de la bioéthique confirme ce mode particulier de traitement contentieux (10).

Cette analyse se trouve d'ailleurs confortée par les statistiques du traitement contentieux de la santé. Les tables analytiques du Conseil ne font apparaître qu'une quarantaine de décisions DC à l'appui de la matière, une quinzaine en QPC (11), dont sept en santé mentale et ne portant que sur la liberté individuelle, d'autres sur des questions sociales, sur l'organisation des professions de santé et les obligations des employeurs, d'autres encore ont trait au droit de la responsabilité dans sa branche médicale (12) mais aucune ne concerne vraiment le droit à la santé, tout au moins explicitement, ce qui attire l'attention sur la faible subjectivité et la rare spécificité du contentieux. Si on adopte un spectre plus large en intégrant les questions de sécurité sociale et de bioéthique, les chiffres augmentent, bien sûr, mais cela ne modifie pas l'impression d'ensemble. D'autant que la retenue des cours suprêmes dans la transmission des QPC est ici bien réelle et que rien dans la jurisprudence du Conseil n'incite à renverser la vapeur (13).

D'un côté, le Conseil tient pour acquis que l'alinéa 11 du Préambule de 1946 fonde tout à la fois une exigence envers l'Etat de protéger objectivement la santé de chacun, mais aussi un droit subjectif, ou une série de droits, comme l'accès aux soins, qui génèrent une obligation réflexe pour l'Etat, laquelle peut conduire à limiter la liberté d'aller et venir et la liberté individuelle. D'un autre côté, la tendance des requérants dans le domaine de la santé demeure bien sûr de maximiser leur espace de liberté et d'autonomie mais aussi de s'assurer de la solidarité de la collectivité dans l'accès aux soins et prestations sociales (14). Or, l'observateur de la jurisprudence sera immédiatement marqué par le fait que le Conseil ne change pas son mode d'appréciation, laisse au législateur une autonomie fort large et privilégie la santé comme limite des droits fondamentaux.

Pour être juste, il nous faudra relever tout de même l'existence d'évolutions et de facteurs d'évolution, comme le développement du contrôle de proportionnalité et le principe de non-discrimination.

L'analyse ici menée de la manière dont le contentieux constitutionnel aborde les normes de santé, conduit donc à dresser un constat un peu réservé : d'une part, la santé y est un objet indirect du contentieux constitutionnel (au sens où la santé est traitée par l'entremise d'autres normes que les normes de santé) et, d'autre part, la santé est un objet indifférent du contentieux constitutionnel (au sens où le traitement abstrait et secondaire des normes de santé conduit à ignorer ses enjeux).

I - La santé, objet indirect du contentieux constitutionnel

Le juge constitutionnel ne cherche pas à appréhender subjectivement les questions de santé. Bien au contraire, la santé est plus souvent invoquée par le juge, même en QPC, à l'appui des restrictions législatives à d'autres droits plus qu'en faveur de l'autonomie individuelle. En outre, lorsqu'il s'agit de protéger la santé sous ses dehors subjectifs, cela passe par d'autres droits que le droit de la santé. Le traitement conduit donc, plus précisément, à une protection indirecte de la santé et par son usage restrictif des libertés.

A. La protection de la santé par la protection d'autres droits et libertés

Sans même mentionner la santé comme corollaire ou comme combinaison de droits, à la manière de la Cour européenne, la protection de la santé s'opère par des normes connexes, en quelque sorte par ricochet. Mais en ce domaine, le Conseil français maintient une interprétation volontairement peu dynamique si on la compare à d'autres cours, européenne ou constitutionnelles, qui utilisent largement le droit au respect de la vie privée, l'interdiction des traitements inhumains ou dégradants ou le droit au bien pour trouver solution à des litiges mettant en jeu corps et santé.

1) Par la protection sociale (15)

D'un point de vue quantitatif, le prisme de la protection sociale (16) absorbe ainsi grandement la question de l'accès aux soins, à la fois comme droit subjectif et comme objectif des politiques publiques (17). Ainsi, « les exigences constitutionnelles résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de 1946 impliquent la mise en oeuvre d'une politique de solidarité nationale en faveur des personnes défavorisées. Il appartient au législateur, pour y satisfaire, de choisir les modalités concrètes qui lui paraissent appropriées » (18). Les décisions sont en ce domaine les plus nombreuses et le Conseil y laisse au législateur le soin d'arbitrer, sous contrôle restreint.

On peut adjoindre à la protection sociale le contentieux du droit de la responsabilité médicale au cours duquel le Conseil peut se montrer attentif à couvrir au mieux les assurés lorsqu'il est question de santé. Ainsi, dans sa décision du 18 juin 2010 (*Epoux L.*) (19), le Conseil constitutionnel admet la constitutionnalité du régime d'indemnisation des accidents du travail qui concrétise le onzième alinéa du Préambule de 1946. Il émet une réserve d'interprétation (la première en QPC) invitant, au nom de l'exigence de responsabilité et du droit au recours effectif, les juridictions de la sécurité sociale à apprécier en cas de faute inexcusable l'ensemble des préjudices, y compris les postes non couverts par le régime spécial. Etait d'abord en cause le caractère forfaitaire de l'indemnisation accordée aux victimes d'accidents du travail (le salarié supporte ainsi une part du risque) que le Conseil estime néanmoins nécessaire et donc proportionnée dans le cadre d'une procédure d'indemnisation plus protectrice du salarié que le recours au juge. Les griefs portaient ensuite sur l'interdiction d'agir contre l'employeur fautif (sauf de façon inexcusable, articles L. 451-1 et L. 452-1 du CSS) qui pouvait jusqu'ici entraîner l'absence de réparation intégrale des préjudices alors même que l'employeur a commis une faute inexcusable. Si donc le législateur peut aménager le droit à réparation, il ne peut en résulter une atteinte disproportionnée aux droits des victimes d'actes fautifs ou au droit à un recours juridictionnel effectif qui découle de l'article 16 de la Déclaration de 1789.

2) Par la continuité du service public

Le vote de la loi HPST a été l'occasion, en raison des mesures confiant des missions de service public aux établissements de santé privés, d'un contrôle, par le Conseil constitutionnel, du respect des principes d'égalité et de continuité du service public hospitalier (20). Il résulte de l'article L. 6112-3 du code de la santé publique que les établissements de santé privés exerçant des missions de service public seront tenus, pour l'accomplissement de ces missions, de garantir l'égal accès de tous à des soins de qualité et d'en assurer la prise en charge aux tarifs et honoraires réglementés. Servant jusqu'ici à limiter le droit de grève, ce principe dégagé en 1979 protège la santé et justifie que la participation au service public des personnes privées reste sous contrôle des Agences régionales de santé.

3) Par la protection de l'environnement « sain »

L'article 1^{er} de la Charte de l'environnement est valablement invoqué à l'appui d'une question prioritaire de constitutionnalité (21). Néanmoins, le lien santé-environnement, qu'opère la référence au caractère « sain » de l'environnement, ne se trouve pas exploité et la jurisprudence en matière environnementale demeure encore embryonnaire, toujours dans la mesure où « le Conseil constitutionnel ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement. Il ne lui appartient pas de substituer son appréciation à celle du législateur sur les moyens par lesquels il entend mettre en oeuvre le droit de chacun de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ainsi que le principe de prévention des atteintes à l'environnement (22) »... Au demeurant, le Conseil a lié santé et protection contre le bruit, esquissant une association que la Cour européenne avait elle-même constituée (23) et en opérant un contrôle de proportionnalité qui tourne en faveur de la loi (24).

4) Par le libre choix du praticien

En 1991 (25), toujours à propos de la loi Evin, le Conseil n'a pas explicitement consacré le libre choix du praticien au niveau constitutionnel mais n'a pas fermé la porte : « des dispositions

relatives à l'homologation par l'autorité administrative des tarifs conventionnels des établissements d'hospitalisation privés, n'affectent pas le libre choix par le malade de son établissement de soins : le moyen invoqué sur ce point doit ainsi être en tout état de cause écarté ».

5) Par la dignité

La santé est d'ailleurs pour le Conseil, comme pour la loi, un élément d'appréciation du caractère décent d'un logement (26), tout comme elle permet d'établir des conditions dignes de détention puisque la loi pénitentiaire n'est conforme à la Constitution que si le maintien des sanctions à l'égard d'un détenu est compatible avec l'état de santé de la personne qui en fait l'objet (27). Le thème de la dignité est d'ailleurs récurrent dans le domaine de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte. Il appartient aux professionnels de santé ainsi qu'aux autorités administratives et judiciaires de veiller, dans l'accomplissement de leurs missions et dans l'exercice de leurs compétences respectives, à ce que la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement soit respectée en toutes circonstances (28).

On pourrait aussi associer lointainement la protection de la santé avec celle de la liberté de la recherche que le Conseil a mise en avant à l'occasion de décisions relatives aux lois mémorielles ou à l'exonération du délit de diffamation (29).

B. Pour la restriction d'autres droits et libertés


L'argument de la santé sert bien plus fréquemment la limitation de droits et libertés. Dès la décision fondatrice « IVG I » du 15 janvier 1975, la santé est apparue comme une valeur à concilier avec d'autres impératifs. Le plus courant aujourd'hui reste celui de la maîtrise des dépenses de santé que le juge laisse à l'appréciation du législateur sous réserve d'une protection effective de l'objectif de santé publique (30).

1) Contre le droit de propriété

Le huitième considérant de la décision relative à la loi Evin a adopté une formulation aussi catégorique qu'étonnante : « l'évolution qu'a connue le droit de propriété s'est également caractérisée par des limitations à son exercice exigées au nom de l'intérêt général ; que sont notamment visées de ce chef les mesures destinées à garantir à tous, conformément au onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, "la protection de la santé" » (31). Les effets de la propriété intellectuelle peuvent donc être rognés. Cela peut avoir une certaine importance pour les licences d'office qui s'appuient sur la santé publique. De même, « la protection constitutionnelle du droit de propriété ne s'oppose pas à ce que le législateur définisse les conditions dans lesquelles les indications thérapeutiques d'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché peuvent être modifiées » (32).

2) Contre la liberté d'entreprendre, la liberté contractuelle et contre l'autonomie des établissements publics de santé

On pense d'abord au contentieux constitutionnel des dispositions de santé publique luttant contre le tabagisme et venant, fiscalement ou par la limitation de la publicité, contrarier la liberté d'entreprendre. La décision du Conseil constitutionnel du 8 janvier 1991 (33) concernant la loi de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme justifiait les restrictions apportées par le législateur en raison de l'objectif de la protection de la santé des jeunes (34). Dans sa décision du 25 janvier 2013 (35), il opère néanmoins un contrôle restreint du pouvoir que la loi confie aux collectivités locales de fixer un prix minimum du tabac, effectuant ainsi « une conciliation, qui n'est pas manifestement déséquilibrée, entre l'exercice de la liberté d'entreprendre et les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 relatives à la protection de la santé ».

Bien sûr, l'ensemble de la politique d'encadrement des tarifs des établissements de santé se trouve guidée par l'objectif de santé publique. Cela vaut pour les régimes d'homologation  (36) et de conventionnement (37). Il en va de même de la taxation de certains produits en vue de dissuader les consommateurs. Il encourage la loi à lutter contre le développement du secteur non conventionné, quitte à mordre sur la liberté d'entreprendre (38).

Par ailleurs, alors que la loi HPST confère aux agences régionales de santé de nouveaux pouvoirs de régulation, le Conseil constate qu'aucune exigence constitutionnelle ne garantit l'autonomie de gestion des établissements publics de santé, pas plus que cela ne porte atteinte à la liberté de contracter de ces établissements (39).

Le législateur prive enfin la liberté d'entreprendre d'un de ses effets en limitant l'accès à une profession médicale (les psychothérapeutes) aux titulaires de certains diplômes ; ce n'est pas manifestement disproportionné (40).

3) Contre le droit à l'emploi et contre le droit de grève

Au stade de la formation déjà, le Conseil accepte de confronter les modalités d'obtention des diplômes de médecine à l'exigence de protection de la santé (41). Le droit d'obtenir un emploi doit se concilier avec les exigences de qualification professionnelle qui garantissent la santé : par exemple, dans le cas des personnes accueillant des enfants, comme les assistants maternels (42). De la même manière, les conventions collectives relatives aux conditions de travail ne doivent pas pouvoir, en vertu de la loi, déroger aux exigences de protection de la santé des travailleurs (43) pour lesquels le droit du travail détermine le temps légal du travail pour protéger leur santé (44).

Concernant la grève, la solution est connue (45) ; le droit de grève subit les limitations nécessaires en vue d'assurer la protection de la santé et de la sécurité des personnes et des biens, particulièrement dans le domaine des activités nucléaires (46).

4) Contre la liberté d'expression et d'opinion

La protection de la santé justifie un régime d'autorisation quant à la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcooliques « par voie de radiodiffusion sonore pour les catégories de radios et dans les tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'Etat », car il doit être interprété au regard de l'objectif de la loi qui tend à assurer la protection de

la santé publique, plus spécialement celle des jeunes. Cela conduit à une réserve d'interprétation à l'intention du pouvoir réglementaire auquel il appartiendra de prendre en considération, en priorité, le nombre des jeunes effectivement touchés par les émissions des radios concernées (47).

Enfin, la santé passe outre les convictions lorsqu'il est question de clause de conscience des médecins. En 2001, la décision « IVG II » valide l'article 8 de la loi déferée supprimant la faculté auparavant ouverte aux chefs de service des établissements publics de santé de refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans leur service. Cette disposition concourt au respect du principe constitutionnel d'égalité des usagers devant la loi et devant le service public (48) (et non pas l'accès aux soins, on y reviendra).

5) Contre la liberté personnelle et la vie privée

La santé est, selon la jurisprudence, potentiellement limitative de la liberté personnelle, notamment de la liberté corporelle. Dès sa décision fondatrice relative à l'IVG, le Conseil a vérifié que les dérogations dépenalisant l'avortement ne portaient pas atteinte au Préambule de 1946 en ce qu'il garantit à l'enfant la protection de la santé (49). Cela concerne à la fois la protection des données médicales et la protection de l'autonomie personnelle, le consentement aux soins.

Côté données personnelles, la protection de la santé autorise le législateur à mettre à disposition, sur support électronique (carte électronique individuelle de santé), les données sensibles que sont les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins ; à la condition que cela soit entouré de nombreuses garanties (50). Dans la même décision, il admet aussi que les données anonymes de santé, si elles ne sont ni directement ni indirectement nominatives, peuvent être librement communiquées. La création d'un dossier médical informatisé comprenant les données de santé se justifie aussi, à condition de garantir le respect de la vie privée (51). La solution est d'ailleurs la même dans le cas de l'appréciation du droit au maintien sur le territoire d'un étranger malade. Le Conseil accepte que les autorités de santé puissent accéder, avec l'accord de l'intéressé, à des données médicales permettant d'établir l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire (52).

Côté autonomie personnelle, si le Conseil a fait du respect de consentement biomédical, sous les traits du respect de l'intégrité physique, un élément de la dignité de la personne, dans le domaine des soins psychiatriques, certaines personnes ne peuvent refuser les soins. Ainsi, si cette personne compromet la sûreté d'autrui ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elle ne peut s'opposer aux soins médicaux que ces troubles requièrent (53).

Un autre enjeu, du point de vue des droits fondamentaux, demeure celui de la santé de l'individu que l'on préserve malgré lui qui, *de facto* et *de jure*, ne peut consentir. L'obligation de soins psychiatriques est perçue comme une limitation de l'autonomie personnelle qui ne doit pas être manifestement disproportionnée. Il résulte de la combinaison de l'article L. 3211-2-1 et des articles L. 3212-1 et L. 3213-1 du code de la santé publique qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être soumise sans son consentement à des soins dispensés par un établissement psychiatrique, même sans hospitalisation complète, que lorsque « ses troubles mentaux rendent impossible son consentement » à des soins alors que « son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante » ou lorsque ces troubles « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Ici, la préservation de la santé d'un individu semble justifier une atteinte à sa liberté personnelle, sans l'appui d'un intérêt collectif (ordre public, prévention de santé publique). La rédaction de la décision laisse à penser que la santé mentale présente une dimension objective : l'individu qui n'est plus en état de consentir se voit imposer un soin. Pour les soins physiques, cela reste à la condition que la vie de la personne soit en danger de manière urgente. La santé mentale ferait donc exception, l'Etat pouvant imposer des soins dans l'intérêt de la santé qui prend alors une tournure individuelle et objective, ce qui pose question. Car ici le Conseil opère un contrôle de proportionnalité qui tourne à l'avantage de la loi. Une fois l'hospitalisation acquise, le Conseil admet aussi la constitutionnalité de la limitation de la liberté de communication du patient, là encore proportionnellement à l'exigence des soins (54).

Dans une même logique, le Conseil admet le paternalisme de l'Etat lorsqu'il tente de prévenir ou de guérir une addiction comme celle du jeu. En 2010, il a admis que la santé justifie l'obligation

faite aux établissements de jeu de fermer leur porte aux personnes interdites de jeu ou d'écarter les mineurs ou encore de limiter la publicité en faveur des jeux (55).

Les exigences de la santé publique peuvent également, du point de vue de la constitution, venir limiter le droit au regroupement familial pour les étrangers. En 1993 le Conseil avait ainsi cette formule : « ce droit comporte en particulier la faculté pour ces étrangers de faire venir auprès d'eux leur conjoint et leurs enfants mineurs sous réserve de restrictions tenant à la sauvegarde de l'ordre public et à la protection de la santé publique » (56).

6) Contre la liberté d'aller et venir et la liberté individuelle

Il s'agit, bien sûr, à la fois de l'hospitalisation sous contrainte, notamment à l'issue d'un constat judiciaire d'irresponsabilité (57) et de la chambre de sûreté pour ivresse sur la voie publique (58). Cela met en cause graduellement la liberté d'aller et venir, puis la liberté individuelle, la sûreté.

Dans l'affaire du « petit dépôt » pour ivresse, prélude éventuel à une garde à vue, alors que le texte sécurise assez peu d'une part, l'appréciation du temps nécessaire pour que l'individu recouvre ses esprits et, d'autre part, l'opportunité d'un placement en garde à vue et la datation de son commencement, le Conseil a néanmoins validé le dispositif, accompagné d'une réserve d'interprétation salutaire. Il vérifie à la fois les garanties procédurales et l'intervention d'un contrôleur adéquat. Comme dans le cas des personnes atteintes de troubles mentaux dont le consentement se trouve aboli, les personnes en état d'ivresse, dont la conscience se trouve temporairement troublée, font l'objet d'une rétention dans l'intérêt du collectif mais aussi de leur propre santé ou sécurité. Ce doublement des motifs à la fois objectifs et subjectifs, permet au Conseil constitutionnel d'admettre la nécessité de la privation de liberté (59). On pourrait discuter le bien-fondé de cette fausse évidence ; disons qu'à tout le moins, si la santé de l'ivrogne n'est pas immédiatement en cause, la sécurité l'est, en sus de celle d'autrui. Mais le bien essentiel, si ce n'est le seul, ainsi protégé, demeure l'ordre public. Le passage par l'exigence d'un certificat de non hospitalisation en atteste d'ailleurs. La rétention ne sauvegarde pas la santé ; elle met en rétention

un individu qui n'est pas à même d'y consentir sans lui apporter ni soin physique, ni soin psychiatrique. Celui-ci ne lui donne que le temps de dégriser. Il s'agit donc d'une décision prise, non contre, mais sans le consentement de l'intéressé. La liberté personnelle paraît ainsi clairement mise en cause au nom de l'ordre public.

Selon le considérant le mieux établi, l'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux doit respecter la liberté individuelle mais le législateur doit aussi assurer la protection de sa santé ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public. Les atteintes portées à l'exercice des libertés de l'individu doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis (60). Côté sûreté (61), la justification des soins psychiatriques non consentis demeure ambiguë : l'obligation de soins en milieu fermé protège à la fois la société contre des actes violents mais aussi la santé de l'intéressé auquel des soins sont imposés puisqu'il est considéré comme n'étant pas en mesure de consentir. Dès lors, poussée à l'extrême, une protection accrue de la liberté individuelle peut conduire à priver l'individu des soins nécessaires.

A l'issue de ce premier temps, on perçoit combien est insaisissable l'enjeu de santé dans le domaine constitutionnel, si ce n'est comme élément de limitation de droits ou principes. Cette protection assez indirecte se double d'une certaine « indifférence ».

II - La santé, objet indifférent du contentieux constitutionnel

La sécheresse de la motivation des décisions et leur caractère systématisé ne répondent pas toujours aux problèmes qui se posent dans le domaine de la santé. En se cachant souvent, soit derrière la libre appréciation du législateur, soit derrière l'état actuel des données de la science, le Conseil ne répond que mal à certains enjeux de santé, notamment l'autonomie personnelle. On attendait de la QPC qu'elle permette de l'appréhender concrètement, comme un bien personnel et collectif à garantir et à concilier avec des situations sociales, économiques et politiques conjoncturelles. La décision QPC relative aux banques de sang de cordon et à la greffe autologue de cellules hématopoïétiques instruit ainsi clairement sur ce que peut être la QPC dans le domaine de la santé et des droits sur le corps (62) : la santé, lorsqu'elle n'est pas une exigence d'ordre public,

n'est pas une valeur prioritaire.

L'analyse atteste d'un traitement contentieux toujours abstrait, dans lequel les sources du droit de la santé ne sont pas utilisées de manière prioritaire.

A. Un traitement toujours abstrait

A priori comme *a posteriori*, le Conseil adopte le même type de raisonnement qui consiste à établir ou réduire des contradictions entre la norme législative et la norme constitutionnelle en fonction de différentes catégories générales et sans considération de cas particuliers. La référence demeure la loi comme norme abstraite.

1) La préférence de la loi

Comme si le domaine de la santé portait avec lui une dimension politique particulièrement lourde, le Conseil constitutionnel laisse à la loi le soin de nourrir ce qui reste un objectif constitutionnel. Le Conseil rappelle d'abord systématiquement l'existence d'une réserve de loi en matière de santé publique (63). Celle-ci, issue de l'article 34 de la Constitution ainsi que du onzième alinéa du Préambule de 1946, permet de censurer les dispositions contestées dès lors que le législateur n'assortit pas, par exemple, de garanties suffisantes les conditions de l'hospitalisation sans consentement. Pour autant, on ne trouvera pas encore de décision sanctionnant une incompétence négative sur le fondement du onzième alinéa (64).

Cette considération pour la loi conduit aussi à l'abrogation modulée dans l'intérêt de la santé publique. Dans le cadre des hospitalisations sous contrainte (65), l'abrogation immédiate des articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du code de la santé publique méconnaîtrait les exigences de la protection de la santé et la prévention des atteintes à l'ordre public et entraînerait des conséquences manifestement excessives. Afin de permettre au législateur de remédier à l'inconstitutionnalité de ces articles, la date de cette abrogation est reportée. Les mesures d'hospitalisation prises avant cette date en application des dispositions déclarées contraires à la Constitution ne peuvent être contestées

sur le fondement de cette inconstitutionnalité dans l'intérêt même du patient (66). Cette révérence envers la loi se concrétise par le rejet de tout contrôle concret.

2) Le rejet du contrôle concret

La santé individuelle, non appuyée sur le collectif de la santé publique, ne suffit pas souvent à contrebalancer un autre droit. Dans le conflit qui oppose le secret de la vie privée de la femme qui accouche « sous X » à la santé de l'enfant qui n'aura pas accès à ses « antécédents familiaux », le Conseil estime que « l'interdiction de donner les moyens aux enfants ainsi conçus de connaître l'identité des donneurs ne saurait être regardée comme portant atteinte à la protection de la santé telle qu'elle est garantie par ce Préambule » (67) ; alors qu'à l'inverse, en QPC, le Conseil estime que le recours à l'accouchement « sous X » serait en lui-même une exigence de santé car la gratuité de la prise en charge lors de l'accouchement dans un établissement sanitaire, permettent d'éviter le déroulement de grossesses et d'accouchements dans des conditions susceptibles de mettre en danger la santé tant de la mère que de l'enfant et prévenir les infanticides ou les abandons d'enfants. Il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé (68). Si la santé d'un individu tenait exclusivement à la connaissance de ces antécédents, ne faudrait-il pas garantir l'accès à ces éléments ? Seul un contrôle concret permettrait ce type de conclusion.

Le *self restraint* du Conseil est puissant. Prenons l'exemple de la décision « *Cryo-save* ». La loi a entendu faire obstacle aux prélèvements des cellules du sang de cordon ou placentaire en vue de leur conservation par la personne pour un éventuel usage ultérieur, notamment dans le cadre familial. Le Conseil relève qu'il ne lui appartient pas, ne disposant pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement, de substituer son appréciation à celle du législateur sur les conditions dans lesquelles de telles cellules peuvent être prélevées et les utilisations auxquelles elles sont destinées. Pourtant, l'application d'une loi dans un cas particulier peut révéler un usage inconstitutionnel de la loi. Ainsi, dans le cas des banques de sang de cordon, la liberté personnelle et le droit à la santé sont en cause. La loi empêche la personne de se prémunir contre les évolutions de son état de santé. Par ailleurs, une mise à disposition des greffons avec priorité à la famille ne méconnaîtrait pas l'objectif de solidarité tout en satisfaisant la

liberté d'entreprendre des banques privées. Néanmoins, pour le Conseil, les finalités des dispositifs de santé l'emportent sur l'expression *in concreto* des droits individuels.

La même décision fait d'ailleurs écho à la décision *Bioéthique I* en tenant compte des difficultés particulières relatives aux données techniques, à l'évolution de la science médicale. Le législateur opère des choix, qui deviennent du droit, en fonction de ce que les médecins peuvent faire (c'était le cas de la congélation des ovocytes). L'appréciation de la réalité des faits qui conditionnent le droit ne relève pas du Conseil, quand bien même les requérants pourraient apporter des preuves d'éléments non pris en compte par le législateur. Mais le raisonnement reste abstrait. En l'occurrence, le législateur n'est pas convaincu de l'intérêt médical des greffes autologues, alors même que bien des chercheurs sont convaincus du contraire et que d'autres législateurs les ont entendus. Lorsqu'un droit fondamental comme la santé se trouve appréhendé dans un cadre familial et solidaire comme ici, ne peut-on pas compter sur le juge pour faire peser sur la loi un contrôle plus concret et plus poussé ?

3) L'accroissement du contrôle de proportionnalité (69)

La santé profite d'un mouvement plus général par lequel le Conseil, depuis quelques mois, dans le domaine des droits les plus fondamentaux, recourt plus facilement à un contrôle de proportionnalité, dont il systématise par ailleurs aussi la forme (nécessité, adéquation, proportionnalité). Les exemples ne manquent pas. A commencer par les soins psychiatriques en hospitalisation complète, il vérifie par exemple « que le législateur a pris des mesures assurant, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, protégée par l'article 2 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement disproportionnée » (70). La conciliation s'opère aussi, de manière proportionnée entre la liberté individuelle et l'hospitalisation d'office (71). Ainsi, l'absence de disposition législative qui soumette le maintien de l'hospitalisation d'une personne sans son consentement, en application de l'article L. 337 du code de la santé publique, à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution conduit à la censure de cet article (72). De même, lorsqu'il s'est agi de juger la loi HPST imposant certains diplômes pour

exercer la psychanalyse (73). Ou encore, sur le terrain de la protection des données médicales, le Conseil n'accepte la création d'un dossier médical informatisé qu'après avoir vérifié que la loi a correctement concilié, d'une part, le but d'amélioration de la qualité des soins, d'autre part, la réduction du déséquilibre financier de l'assurance maladie (74). Il n'est pas toujours évident de savoir quels sont les critères qui amènent le Conseil à exercer un contrôle de proportionnalité. Toujours est-il qu'en notre matière, il lui arrive aussi de se limiter à un contrôle minimum comme dans le cas de l'accouchement « sous X » (75).

Le juge pourrait ainsi, petit à petit, examiner plus avant le moyen de l'existence d'une alternative législative moins invasive quant au droit à la santé mais permettant tout de même de concrétiser l'objectif de la loi.

B. Un traitement rarement prioritaire

La santé n'est pas nécessairement ce que le Conseil met en avant quand il dispose d'autres normes pour arriver au même but. Par exemple, alors que la santé peut se concevoir comme un droit fondamental justifiant la compétence du législateur, le Conseil justifie le principe d'un examen contradictoire de l'état de santé des salariés préalablement à l'ouverture du droit à des avantages sociaux par le recours aux principes fondamentaux du droit du travail (76). Autre exemple, rencontré plus haut : la clause de conscience des chefs de service dans le cadre de l'IVG cède devant l'accès au service public sans avoir recours à l'accès aux soins. De même, c'est la continuité du service public et non celle des soins qui est mise en avant.

1) Un élément d'intérêt général prioritaire, un élément subjectif secondaire

En définitive, plus que la protection de la santé elle-même, c'est souvent l'argument de l'intérêt général qui fait mouche. Ainsi, dans le cadre d'une loi de validation d'un arrêté qui avait notamment pour objet, à défaut de conclusion d'un accord, de diminuer les tarifs pratiqués par les établissements de santé privés, le Conseil exige un motif d'intérêt général suffisant, lié à la santé,

même si, en l'espèce, la censure a porté essentiellement sur l'absence de mention du motif d'illégalité justifiant la validation (77). On pense ici également à la validation du dispositif « anti-Perruche » de la loi sur les droits des malades (78) en ce qu'elle s'appuie sur des considérations éthiques et sociales (comme la prise en charge de toutes les personnes atteintes d'un handicap sans discrimination) et en ce qu'elle répond aux difficultés rencontrées par les professionnels et établissements de santé pour souscrire une assurance ainsi qu'aux impératifs de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

De même, la loi HPST permet aux entreprises d'industrie et de distribution pharmaceutiques de participer aux actions ou programmes d'éducation thérapeutique des patients (79). Selon les requérants, cela méconnaîtrait le droit à la protection de la santé. Pourtant, implicitement, le Conseil a considéré que l'objectif collectif sous-jacent permettait de prendre les risques de cette association. L'intérêt peut d'ailleurs n'être que financier et justifier que la loi institue des recommandations temporaires pour l'usage d'un médicament en vue d'éviter un risque sanitaire ou en vue d'éviter un impact sur les dépenses de santé (80).

La santé se ligue aussi parfois avec un intérêt général qui a les traits de l'ordre public. Ainsi du plan « Biotox » de lutte contre le terrorisme qui prévoit le stockage de médicaments aux frais de la sécurité sociale sans méconnaître l'égalité devant les charges publiques (81).

2) Les outils de changement : principe d'égalité, de non-discrimination, de solidarité

Le principe d'égalité ouvre au Conseil la possibilité de comparer les situations et d'évaluer les choix de traitements différenciés, donc d'examiner les situations concrètes, catégorielles notamment. Le Conseil le fait par exemple pour déroger à un interdit comme la conservation à visée autologue du sang de cordon. Lui était en effet soumis l'article L. 1241-1 du code de la santé publique qui réserve le sang de cordon pour un usage dans le cadre familial aux seuls cas où une nécessité thérapeutique avérée et connue à la date du prélèvement le justifie. Si cela conduit à un traitement différent des membres d'une même fratrie, les situations sont jugées différentes, elles ne soumettent pas à des règles différentes des personnes placées dans une situation identique (82).

Cela peut conduire le juge à censurer des détournements de finalité au nom de l'égalité devant les charges publiques. Dans le cas des contributions sur les jus de fruits, eaux et sodas, il était prêt à admettre la taxation spéciale des sodas au motif que cette contribution poursuivait, à des fins de santé publique, l'objectif de favoriser la consommation de boissons non sucrées. Il a néanmoins censuré le dispositif car le législateur y a ajouté des boissons non sucrées et même une contribution de même nature assise sur les boissons contenant des édulcorants de synthèse, ce qui montre que le Parlement a privilégié le rendement fiscal de ces contributions par rapport à l'objectif de santé publique initialement poursuivi (83).

Il le fait aussi, plus naturellement, dans le domaine de la tarification pour aligner les frais sur les objectifs de la maîtrise des dépenses de santé (84) ; mais aussi lorsque le législateur décide de réserver aux médecins conventionnés le droit de vote aux élections d'instances représentatives de santé (85). Les mêmes logiques sont à l'oeuvre lorsque la loi impose un conventionnement différent entre généralistes et spécialistes en vue de contourner les oppositions de ces derniers au nom de la garantie de l'accès aux soins pour tous (86). Plus encore, les conditions de remboursement des soins peuvent être différentes selon que le choix des malades se porte sur un établissement faisant partie du service public hospitalier, sur un établissement privé conventionné ou sur un établissement non conventionné car les différences de traitement qui en résultent sont liées à la différence des situations des établissements concernés et sont en rapport avec l'objectif d'accès aux soins tout en développant une politique de maîtrise des dépenses de santé (87) ».

Cela peut déboucher sur une exigence renouvelée de solidarité : « les exigences constitutionnelles résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de 1946 impliquent la mise en oeuvre d'une politique de solidarité nationale en faveur des personnes défavorisées ». Cela justifie aux yeux du Conseil de créer des régimes spéciaux de sécurité sociale, comme la Couverture maladie universelle. Le législateur pourrait ainsi se voir opposer une incompétence négative dans l'hypothèse où il serait trop en deçà de la concrétisation d'une forme d'opposabilité au législateur(88). Le principe de solidarité s'impose également dans la décision « *Cryo-save* » qui laisse aussi le législateur imposer à chaque jeune accouchée de ne donner les cellules du sang de cordon qu'à des banques publiques. Il constate que la loi ne confère aucun droit des femmes sur

ces produits, quand bien même leur consentement serait exigé.

En conclusion, on admettra que l'approche constitutionnelle française peut surprendre. Le Conseil fait intervenir davantage les sentinelles de la santé que le principe général de l'alinéa 11 du Préambule de 1946. La subjectivité du contentieux de la QPC, jointe à l'essor du contrôle de proportionnalité, devraient faire évoluer le traitement dans le futur.

(1) Cet article fait partie d'un numéro spécial de la RDSS 2013, intitulé « Constitutions et santé », qui publie les actes du colloque de l'Association française de droit de la santé qui s'est tenu en juin 2013 et qui, outre la présente contribution, comprend les articles suivant :

- La santé dans l'histoire constitutionnelle française, par Michel Borgetto, p. 9
- Les formes constitutionnelles de la santé, par Pierre Egea, p. 31
- Les fondements constitutionnels du droit de la biomédecine, par Sophie Monnier, p. 67
- Les exigences constitutionnelles en matière d'assurance maladie à la lumière du droit de l'Union européenne, par Rémi Pellet, p. 85
- Santé et Constitution : l'exemple canadien et québécois, par Catherine Régis, p. 105
- Santé et Constitution : l'exemple espagnol, par Hubert Alcaraz, p. 115
- Santé et Constitution : l'exemple français, par Marie-Laure Moquet-Anger, p. 127
- Santé et Constitution : l'exemple italien, par Cesare Pinelli, p. 137
- Santé et Constitution : l'exemple allemand, par Otto Kaufmann, p. 143
- Rapport de synthèse, par Noëlle Lenoir, p. 161

(2) V. B. Mathieu, La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel. A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n° 185 du 20 mai 1998, Les cahiers du Conseil constitutionnel, n° 6, 1999, p. 59 et A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, Droit de la santé, 3e éd., 2012, Thémis, PUF, p. 29 et s.; X. Bioy, Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ?, in I. Poirot-Mazères (Dir.), L'accès aux soins, LGDJ-Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2010, p. 37, et Le droit fondamental à l'accès aux soins en Europe. Vers un standard de conciliation entre libertés économiques et droits du patient ?, Revue des affaires européennes, 2012 ; L. Casaux-Labrunée, Le droit à la santé, in Libertés et droits fondamentaux, Dalloz, 2013, 19e éd. ; B. Feuillet, L'accès aux soins, entre promesse et réalité, RDSS 2008. 713 ; S. Karagiannis, Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme, JDI (Clunet), 2012, 2012-4, p. 1137-1212 ; F.-F. Lissouck, L'accès aux

soins médicaux et à la protection de la santé en France - Recherches sur l'effectivité des droits de deuxième génération, RTDH 2007, n° 73, p. 51.

(3) La décision du Conseil constitutionnel du 8 janvier 1991 concernant la loi lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme justifiait les restrictions apportées par le législateur en raison de l'objectif de la protection de la santé des jeunes (Cons. const., décision n° 90-283 DC du 8 janv. 1991, Rec., p. 11 ; AJDA 1991. 382, note P. Wachsmann ; Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 204, étude J.-S. Cayla).

(4) Décision « maîtrise de l'immigration » du 13 août 1993 dans laquelle le Conseil précise que « les étrangers jouissent des droits à la protection sociale, dès lors qu'ils résident de manière stable et régulière sur le territoire français ».

(5) Brigitte Feuillet note ainsi que « le Conseil constitutionnel a instauré un système apparemment incohérent. En effet, il impose au législateur une frontière à respecter, la protection de la santé, alors que la protection de la santé constitue le fondement même de l'accès aux soins. Comment la protection de la santé peut-elle être, à la fois, le fondement de l'accès aux soins et la limite à ne pas dépasser par le législateur lorsqu'il adopte, pour maîtriser les dépenses de santé, des mesures restreignant l'accès aux soins ? Cette jurisprudence laisse penser que mission est donnée au législateur d'assurer un égal accès au droit d'être soigné plutôt qu'un égal accès aux soins proprement dit. Tout le monde doit pouvoir être soigné mais l'accès à certains soins (ou à une certaine médecine) pourrait donner lieu à une contribution financière pour le malade. La voie vers la limitation de l'accès aux soins semble bien tracée car le raisonnement du Conseil constitutionnel et du législateur est identique à l'égard du principe de la liberté d'accès. », art. préc.

(6) Décision n° 2004-504 DC, 13 août 2004, Loi relative à l'assurance maladie, Rec., p. 153 ; décision n° 2005-528 DC, 15 déc. 2005, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, Rec., p. 157 ; AJDA 2005. 2428, obs. S. Brondel ; D. 2006. 826, obs. V. Ogier-Bernaud et C. Severino ; RFDA 2006. 126, étude J.-E. Schoettl.

(7) V. la chronique « Santé et bioéthique », in Constitutions, Dalloz ; X. Bioy, L'apparition timide du droit de la santé dans le champ de la QPC, Les nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel, 39, p. 264-269 ; X. Cabannes, QPC et santé : propos introductifs et C. Castaing, Premier bilan de la QPC en matière de santé, Gaz. Pal., 5 nov. 2011, n° 309, p. 5 et 11 ; J. C. Kissangoula, Question prioritaire de constitutionnalité - Constitution et santé, Gaz. Pal., 5 nov. 2011, n° 309, p. 7.

(8) Décision n° 80-117 DC, 22 juill. 1980, cons. 4, Rec., p. 42.

(9) Décision n° 2009-599 DC, 29 déc. 2009, cons. 100 et 101, Rec., p. 218 ; AJDA 2010. 4 ; ibid. 277, note W. Mastor ; D. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ; RFDA 2010. 627, chron. T. Rambaud et A. Roblot-Troizier ; Constitutions 2010. 277, obs. A. Barilari ; ibid. 281, obs. A. Barilari ; ibid. 283, obs. A. Barilari.

(10) Rapport pour la France, in N. Lenoir, B. Mathieu, D. Maus (Dir.), Constitution et éthique biomédicale. Les cahiers constitutionnels de Paris I, La documentation française, 1998, p. 37 ; O. Cayla et S. Hennette-Vauchez, Bioéthique, in M. Troper et D. Chagnollaud, Traité international de

droit constitutionnel, T. 3, 2012, p. 563.

(11) X. Cabannes, QPC et santé : propos introductifs et C. Castaing, Premier bilan de la QPC en matière de santé, *Gaz. Pal.*, 5 nov. 2011, n° 309, p. 5 et 11 ; J. C. Kissangoula, Question prioritaire de constitutionnalité - Constitution et santé, *Gaz. Pal.*, 5 nov. 2011, n° 309, p. 7.

(12) Décision n° 2010-2 QPC, 11 juin 2010, Mme Vivianne L. [Loi dite "anti-Perruche"], *Constitutions* 2010. 427, note X. Bioy, à laquelle la Cour de cassation a donné toute sa portée de chose interprétée : *Civ. 1re*, 15 déc. 2011, n° 10-27.473, *D.* 2012. 323, obs. I. Gallmeister, note D. Vigneau ; *ibid.* 297, chron. N. Maziau ; *RFDA* 2012. 364, avis P. Chevalier ; *RDSS* 2012. 366, note D. Cristol ; *Constitutions* 2012. 307, obs. V. Couronne ; *RTD civ.* 2012. 75, obs. P. Deumier.

(13) Pour un exemple récent : CE 29 mai 2013, n° 364839 : la requérante a été désignée, par décision de l'Agence française contre le dopage, comme appartenant au groupe cible prévu à l'article L. 232-15 du code du sport et de ce fait astreinte à une obligation de localisation pour permettre des contrôles anti-dopage inopinés. Le Conseil d'Etat considère que l'entrave ainsi apportée à ses libertés ne pose pas une question nouvelle et n'est donc pas sérieuse.

(14) M. Badel, Liberté et système de santé, *RDSS* 2005. 951.

(15) Voir le texte de R. Pellet ci-après.

(16) Décision n° 86-225 DC, 23 janv. 1987, cons. 16 et 17, *Rec.*, p. 13.


(17) B. Mathieu, Les avatars du droit à la santé, in A. Aouij-Mrad, M.-H. Douchez, B. Feuillet, Santé, argent, éthique, L'Harmattan, 2005.

(18) Décision n° 2009-599 DC, 29 déc. 2009, cons. 100 et 101, *Rec.*, p. 218.

(19) Décision n° 2010-8 QPC, 18 juin 2010 (Epoux L.), *Constitutions*, n° 4, oct. 2010, p. 429, note X. Bioy ; *AJDA* 2010. 1232 ; *D.* 2010. 1634 ; *ibid.* 2011. 35, obs. P. Brun et O. Gout ; *ibid.* 459, chron. S. Porchy-Simon ; *ibid.* 768, chron. P. Sargos ; *ibid.* 840, obs. Equipe de recherche en droit social de Lyon 2 ; *ibid.* 1713, obs. V. Bernaud et L. Gay ; *ibid.* 2012. 901, obs. P. Lokiec et J. Porta ; *Dr. soc.* 2011. 1208, note X. Prétot ; *RDT* 2011. 186, obs. G. Pignarre ; *RDSS* 2011. 76, note S. Brimo ; *Constitutions* 2010. 413, obs. C. Radé.

(20) Décision n° 2009-584 DC, 16 juill. 2009, cons. 5 et 6, *Rec.*, p. 140 ; X. Bioy, La loi HPST (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) et la décision du Conseil constitutionnel, *Constitutions* 2010. 131.

(21) Décision n° 2011-116 QPC, 8 avr. 2011, cons. 5, *Rec.*, p. 183 ; *AJDA* 2011. 762 ; *ibid.* 1158, note K. Foucher ; *D.* 2011. 1258, note V. Rebeyrol ; *ibid.* 2298, obs. B. Mallet-Bricout et N. Reboul-Maupin ; *RDI* 2011. 369, étude F. G. Trébulle ; *Constitutions* 2011. 411, obs. F. Nési.

(22) Décision n° 2012-282 QPC, 23 nov. 2012, cons. 7 et 8, *Rec.*, p. 596 ; *AJDA* 2012. 2246  ; *D.* 2012. 2743.

(23) Depuis l'affaire Powell et Rayner c/ RU du 21 février 1990, à propos du contentieux des nuisances sonores d'un aéroport londonien, qui se poursuit par les arrêts Hatton I du 2 octobre 2001 et Hatton II du 8 juillet 2003, elle admet l'applicabilité de l'article 8 à des contentieux liés aux

conditions de vie. L'arrêt Lopez-Ostra c/ Espagne du 9 décembre 1994 amène la première condamnation dans l'hypothèse d'une station d'épuration nuisant à la qualité de vie d'une famille ; CEDH 2 oct. 2001, n° 36022/97, AJDA 2001. 1060, chron. J.-F. Flauss ; RDI 2002. 36, obs. G. Durry ; 8 juill. 2003, AJDA 2003. 1924, chron. J.-F. Flauss ; D. 2003. 2273, obs. F. Haumont

(24) Décision n° 2000-436 DC, 7 déc. 2000, cons. 29, Rec., p. 176 ; AJDA 2001. 18, note J.-E. Schoettl ; D. 2001. 1840, obs. L. Favoreu ; ibid. 1841, obs. M. Fatin-Rouge.

(25) Décision n° 90-287 DC, 16 janvier 1991, cons. 23 et 24, Rec., p. 24 ; Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 246, note X. Prétot.

(26) Décision n° 2000-436 DC, 7 déc. 2000, cons. 54 et 55, Rec., p. 176 ; AJDA 2001. 18, note J.-E. Schoettl ; D. 2001. 1840, obs. L. Favoreu ; ibid. 1841, obs. M. Fatin-Rouge.

(27) Décision n° 2009-593 DC, 19 nov. 2009, cons. 3 et 5, Rec., p. 196 ; AJDA 2009. 2199 ; ibid. 2425, tribune P. Wachsmann ; D. 2009. 2797, obs. S. Lavric ; ibid. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ; RFDA 2010. 34 ; RSC 2010. 217, obs. B. de Lamy.

(28) Décision n° 2010-71 QPC, 26 nov. 2010, Melle Danièle S. (Hospitalisation sans consentement), cons. 29, Rec., p. 343 ; AJDA 2011. 174, note X. Bioy ; ibid. 2010. 2284 ; D. 2011. 1713, obs. V. Bernaud et L. Gay ; ibid. 2565, obs. A. Laude ; RFDA 2011. 951, étude A. Pena ; RDSS 2011. 304, note O. Renaudie ; Constitutions 2011. 108, obs. X. Bioy ; RTD civ. 2011. 101, obs. J. Hauser.

(29) Décision n° 2012-647 DC du 28 févr. 2012, Rec., p. 139 ; AJDA 2012. 411 ; ibid. 1406, note Ariana Macaya et M. Verpeaux ; D. 2012. 987, note J. Roux ; ibid. 601, édito. F. Rome ; RFDA 2012. 507, note W. Mastor et J.-G. Sorbara ; Constitutions 2012. 389, étude X. Philippe ; ibid. 393, obs. B. Mathieu, A.-M. Le Pourhiet, F. Mélin-Soucramanien, A. Levade, X. Philippe et D. Rousseau ; RSC 2012. 179, obs. J. Francillon ; ibid. 343, étude F. Brunet ; ibid. 2013. 436, obs. B. de Lamy ; RTD civ. 2012. 78, obs. P. Puig.

(30) Décision n° 89-269 DC, 22 janv. 1990, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé, Rec., p. 33 : « 26. Considérant qu'il incombe au législateur comme à l'autorité réglementaire, selon leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par le onzième alinéa du Préambule, leurs modalités concrètes d'application ; qu'il leur appartient en particulier de fixer des règles appropriées tendant à la réalisation de l'objectif défini par le Préambule ; qu'à cet égard, le recours à une convention pour régir les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins vise à diminuer la part des honoraires médicaux qui restera, en définitive, à la charge des assurés sociaux et, en conséquence, à permettre l'application effective du principe posé par les dispositions précitées du Préambule ».

(31) Décision n° 90-283 DC du 8 janv. 1991, cons. 8, Rec., p. 11 ; AJDA 1991. 382, note P. Wachsmann ; Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 204, étude J.-S. Cayla.

(32) Décision n° 2012-659 DC, 13 déc. 2012, cons. 55, Rec., p. 680 ; AJDA 2012. 2410 ; RFDA 2013. 1, étude B. Genevois ; Constitutions 2013. 85, obs. A. Barilari.

(33) « 11. Mais considérant que ces dispositions trouvent leur fondement dans le principe constitutionnel de protection de la santé publique ; qu'au demeurant, la loi réserve la possibilité de faire de la publicité à l'intérieur des débits de tabac ; que l'interdiction édictée par l'article 3 de

la loi déferée ne produira tous ses effets qu'à compter du 1er janvier 1993 ; 12. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la limitation apportée par l'article 3 à certaines modalités d'exercice du droit de propriété n'est pas contraire à la Constitution ».

(34) Décision n° 90-283 DC, 8 janv. 1991, Rec., p. 11 ; AJDA 1991. 382, note P. Wachsmann ; Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 204, étude J.-S. Cayla.

(35) Décision n° 2012-290/291 QPC, 25 janv. 2013, Société Distrivit et autres [Droit de consommation du tabac dans les DOM], D. 2013. 254 ; JCP G 2013, 8, p. 374-376, note J.-Ph. Feldman.

(36) Décision n° 90-287 DC, 16 janv. 1991, cons. 24, Rec., p. 24 : La modification du régime d'homologation des tarifs conventionnels des établissements privés de soins n'a pas pour effet de priver de garanties légales le principe de protection de la santé publique ; Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 246, note X. Prétot.

(37) Décision n° 89-269 DC, 22 janv. 1990, cons. 20, Rec., p. 33 ; décision n° 91-296 DC, 29 juill. 1991, cons. 25 à 27, Rec., p. 102 : le tarif applicable aux frais d'analyses et d'examens de laboratoire est fixé par voie de convention sous le contrôle de l'autorité administrative. En déterminant le contenu, tant obligatoire que facultatif, de l'annexe à la convention nationale définissant les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, le législateur n'est nullement resté en deçà de sa compétence ; AJDA 1992. 15, chron. J.-F. Flauss ; Dr. soc. 1991. 807, note X. Prétot.

(38) Décision n° 2007-546 DC, 25 janv. 2007, Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique, Rec., p. 55 ; D. 2008. 2025, obs. V. Bernaud et L. Gay.

(39) Décision n° 2009-584 DC, 16 juill. 2009, cons. 9, Rec., p. 140 ; AJDA 2009. 1399 ; D. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ; RFDA 2009. 1269, chron. T. Rambaud et A. Roblot-Troizier ; Constitutions 2010. 131, obs. X. Bioy.

(40) Décision n° 2009-584 DC, 16 juill. 2009, cons. 19, Rec., p. 140.

(41) Décision n° 90-287 DC, 16 janv. 1991, cons. 11 et 12, Rec., p. 24.

(42) Décision n° 2011-119 QPC, 1er avr. 2011, cons. 4, Rec., p. 180 ; AJDA 2011. 709 ; AJCT 2011. 237 ; RDSS 2011. 524, note D. Boulmier ; Constitutions 2011. 370, obs. C. Radé.

(43) Décision n° 2004-494 DC, 29 avr. 2004, cons. 16 à 18, Rec., p. 91 ; D. 2004. 3029, obs. X. Prétot et D. Chelle ; ibid. 2005. 1125, obs. V. Ogier-Bernaud et C. Severino ; RFDA 2005. 409, note L. Dardalhon ; RTD civ. 2005. 93, obs. P. Deumier.

(44) Décision n° 2005-523 DC, 29 juill. 2005, cons. 5 à 7, Rec., p. 137 ; par exemple pour les navigants (décision n° 2005-514 DC, 28 avr. 2005, cons. 24, 25, 27 et 28, Rec., p. 78 ; AJDA 2005. 975 ; RTD civ. 2005. 556, obs. R. Encinas de Munagorri).

(45) Le législateur peut apporter au droit de grève les limitations nécessaires en vue d'assurer « la protection de la santé et de la sécurité des personnes et des biens, protection qui, tout comme

le droit de grève, a le caractère d'un principe de valeur constitutionnelle » (décision n° 80-117 DC, 22 juill. 1980, cons. 4, Rec., p. 42).

(46) Décision n° 80-117 DC, 22 juill. 1980, cons. 4, Rec., p. 42.

(47) Décision n° DC, 8 janv. 1991, cons. 37, Rec., p. 11.

(48) Décision n° 2001-446 DC, 27 juin 2001, cons. 15, Rec., p. 74 ; D. 2001. 2533, note B. Mathieu ; ibid. 2002. 1948, obs. G. Nicolas ; RSC 2002. 672, obs. V. Bück.

(49) Décision n° 74-54 DC, 15 janv. 1975, cons. 9 et 10, Rec., p. 19.

(50) Décision n° 99-416 DC, 23 juill. 1999, cons. 46 et 47, Rec., p. 100 ; AJDA 1999. 738 ; ibid. 700, note J.-E. Schoettl ; D. 2000. 422, obs. L. Gay ; ibid. 265, obs. L. Marino ; ibid. 423, obs. M. Fatin-Rouge ; RTD civ. 1999. 724, obs. N. Molfessis.

(51) Décision n° 2004-504 DC, 12 août 2004, cons. 4, 5 et 8, Rec., p. 153.

(52) Décision n° 2011-631 DC, 9 juin 2011, cons. 34 à 36, Rec., p. 252 ; AJDA 2011. 1174 ; ibid. 1936, étude O. Lecucq ; Constitutions 2011. 581, chron. V. Tchen ; ibid. 2012. 63, obs. A. Levade.

(53) Décision 2010-71 QPC, 26 nov. 2010, cons. 32, Rec., p. 343 ; AJDA 2011. 174, note X. Bioy ; ibid. 2010. 2284 ; D. 2011. 1713, obs. V. Bernaud et L. Gay ; ibid. 2565, obs. A. Laude ; RFDA 2011. 951, étude A. Pena ; RDSS 2011. 304, note O. Renaudie ; Constitutions 2011. 108, obs. X. Bioy ; RTD civ. 2011. 101, obs. J. Hauser.

(54) Décision n° 2010-71 QPC du 26 nov. 2010 ; AJDA 2011. 174, note X. Bioy ; ibid. 2010. 2284 ; D. 2011. 1713, obs. V. Bernaud et L. Gay ; ibid. 2565, obs. A. Laude ; RFDA 2011. 951, étude A. Pena ; RDSS 2011. 304, note O. Renaudie ; Constitutions 2011. 108, obs. X. Bioy ; RTD civ. 2011. 101, obs. J. Hauser.

(55) Décision n° 2010-605 DC, 12 mai 2010, cons. 34, Rec., p. 78 ; AJDA 2010. 1048 ; D. 2010. 1321, note A. Levade ; ibid. 1229, chron. P. Fombeur ; ibid. 1234, chron. P. Cassia et E. Saulnier-Cassia ; ibid. 1495, chron. V. Lasserre-Kiesow et P. Le More ; RFDA 2010. 458, note P. Gaïa ; Constitutions 2010. 363, obs. A.-M. Le Pourhie ; ibid. 387, obs. A. Levade ; Rev. crit. DIP 2011. 1, étude D. Simon ; RTD civ. 2010. 499, obs. P. Deumier.

(56) Décision n° 93-325 DC, 13 août 1993, cons. 69 et 70, Rec., p. 224 ; D. 1994. 111, obs. D. Maillard Desgrées du Loû ; Dr. soc. 1994. 69, étude J.-J. Dupeyroux et X. Prétot ; RFDA 1993. 871, note B. Genevois ; Rev. crit. DIP 1993. 597 ; ibid. 1994. 1, étude D. Turpin.

(57) Décision n° 2012-235 QPC, 20 avr. 2012, cons. 6 à 8, Rec., p. 202 ; AJDA 2012. 855.

(58) Décision n° 2012-253 QPC du 8 juin 2012, M. Mickaël D. (Ivresse publique), P. Jan, V. Tellier-Cayrol, J. Bourdoiseau, J.-E. Gicquel, P. Blacher, Chronique QPC (mai-août 2012) (Suite et fin), LPA, 26 mars 2013, 61, p. 5 et s. et AJDA 2012. 1136 ; Constitutions 2012. 479, chron. X. Bioy.

(59) Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Mlle Danielle S. (Hospitalisation sans consentement), Rec., p. 343 ; AJDA 2011. 174, note X. Bioy ; ibid. 2010. 2284 ; D. 2011. 1713, obs. V. Bernaud et L. Gay ; ibid. 2565, obs. A. Laude ; RFDA 2011. 951, étude A. Pena ; RDSS

2011. 304, note O. Renaudie ; Constitutions 2011. 108, obs. X. Bioy ; RTD civ. 2011. 101, obs. J. Hauser.

(60) Décision n° 2011-135/140 QPC, 9 juin 2011, Rec., p. 272, cons. 7 ; AJDA 2011. 1177 ; D. 2011. 2565, obs. A. Laude ; RFDA 2011. 951, étude A. Pena ; Constitutions 2011. 400, obs. X. Bioy ; RTD civ. 2011. 514, obs. J. Hauser.

(61) Décision n° 2012-235 QPC, 20 avr. 2012, Rec., p. 202, cons. 6 à 8.

(62) Décision n° 2012-249 QPC, 16 mai 2012, Société Cryo-Save France (Prélèvement des cellules du sang de cordon ou placentaire ou des cellules du cordon ou du placenta), Rec., p. 274 ; D. 2013. 663, obs. J.-C. Galloux et H. Gaumont-Prat ; RDSS 2012. 851, note Philippine Lohéac-Derboulle ; Constitutions 2012. 474, chron. X. Bioy et E. Rial-Sebbag.

(63) Décision n° 2011-174 QPC, 6 oct. 2011, cons. 5, Rec., p. 484 ; AJDA 2011. 1927 ; Constitutions 2012. 140, obs. D. Fallon ; RTD civ. 2012. 92, obs. J. Hauser ; décision n° 2011-202 QPC, 2 déc. 2011, Rec., p. 567, cons. 9 ; Constitutions 2012. 140, obs. D. Fallon.

(64) La décision n° 2011-174 QPC s'en approche, mais sur un autre fondement, elle porte sur l'article L 3213-2 du code de la santé publique qui ouvrirait une alternative à l'autorité administrative pour ordonner le placement en hospitalisation à titre provisoire : l'aliénation pouvait être attestée soit par un avis médical, soit par la simple notoriété publique. En l'espèce, le Conseil est venu censurer une seule branche de l'alternative, laissant ainsi subsister celle apportant selon lui les garanties suffisantes.

(65) Décision n° 2011-135/140 QPC, 9 juin 2011 (cons. 16) et 2012-235 QPC, 20 avr. 2012 (cons. 30 et 31).

(66) Inversement, dans le cas de dispositions de la loi Esquirol, dans la mesure où ces dispositions ont déjà été remplacées par la nouvelle loi, la déclaration d'inconstitutionnalité des articles relatifs à l'hospitalisation sans consentement prend effet à compter de la publication de la décision. Elle est applicable à toutes les instances non jugées définitivement à cette date (décision n° 2011-202 QPC, 2 déc. 2011, cons. 15 et 16).

(67) Décision 94-343/344 DC, 27 juill. 1994, cons. 11, Rec., p. 100 ; D. 1995. 237, note B. Mathieu ; ibid. 205, chron. B. Edelman ; ibid. 299, obs. L. Favoreu ; RFDA 1994. 1019, note B. Mathieu ; RTD civ. 1994. 831, obs. J. Hauser ; ibid. 840, obs. J. Hauser.

(68) Décision 2012-248 QPC, 16 mai 2012, Rec., p. 270, cons. 6 et 8 ; AJDA 2012. 1036 ; D. 2013. 1235, obs. REGINE ; ibid. 1436, obs. F. Granet-Lambrechts ; AJ fam. 2012. 406, obs. F. Chénéde ; RDSS 2012. 750, note D. Roman ; RTD civ. 2012. 520, obs. J. Hauser.

(69) G. Xynopoulos, Le contrôle de proportionnalité dans le contentieux de la constitutionnalité et de la légalité en France, Allemagne et Angleterre, Paris, LGDJ, 1996, p. 252 ; V. Goesel-Le Bihan, Le contrôle de proportionnalité exercé par le Conseil constitutionnel, technique de protection des libertés publiques ?, Colloque Le Conseil constitutionnel : gardien des libertés ?, mai 2011, <http://www.institutvilley.com/Colloque-Le-Conseil>.

(70) Décision n° 2010-71 QPC, 26 nov. 2010, cons. 32, Rec., p. 343.

(71) Décision n° 2012-253 QPC, 8 juin 2012, cons. 4, Rec., p. 289 ; AJDA 2012. 1136 ; Constitutions 2012. 479, chron. X. Bioy.

(72) Décision n° 2010-71 QPC, 26 nov. 2010, cons. 24 à 26, Rec., p. 343.

(73) Décision n° 2009-584 DC, 16 juill. 2009, cons. 19, Rec., p. 140 ; AJDA 2009. 1399 ; D. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ; RFDA 2009. 1269, chron. T. Rambaud et A. Roblot-Troizier ; Constitutions 2010. 131, obs. X. Bioy.

(74) Décision n° 2004-504 DC, 12 août 2004, cons. 4, 5 et 8, Rec., p. 153.

(75) Décision n° 2012-248 QPC, 16 mai 2012, Rec., p. 270 ; AJDA 2012. 1036 ; D. 2013. 1235, obs. REGINE ; ibid. 1436, obs. F. Granet-Lambrechts ; AJ fam. 2012. 406, obs. F. Chénéde ; RDSS 2012. 750, note D. Roman ; RTD civ. 2012. 520, obs. J. Hauser.

(76) Décision n° 77-92 DC, 18 janv. 1978, cons. 4, Rec., p. 21.

(77) Décision n° 99-422 DC, 21 déc. 1999, cons. 64 et 65, Rec., p. 143 ; AJDA 2000. 48, note J.-E. Schoettl ; D. 2000. 426, obs. D. Ribes ; RFDA 2000. 289, note B. Mathieu.

(78) Décision n° 2010-2 QPC, 11 juin 2010, Rec., p. 105 ; AJDA 2010. 1178 ; D. 2010. 1976, obs. I. Gallmeister, note D. Vigneau ; ibid. 1980, note V. Bernaud et L. Gay ; ibid. 2011. 2565, obs. A. Laude ; ibid. 2012. 297, chron. N. Maziau ; RFDA 2010. 696, C. de Salins ; RDSS 2010. 127, obs. R. Pellet ; Constitutions 2010. 391, obs. A. Levade ; ibid. 403, obs. P. De Baecke ibid. 427, obs. X. Bioy ; RTD civ. 2010. 517, obs. P. Puig.

(79) Art. L. 1161-4 CSP.

(80) Décision n° 2012-659 DC, 13 déc. 2012, cons. 57 et 58, Rec., p. 680 ; AJDA 2012. 2410 ; RFDA 2013. 1, étude B. Genevois ; Constitutions 2013. 85, obs. A. Barilari.

(81) Décision n° 2001-453 DC, 18 déc. 2001, cons. 51 et 52, Rec., p. 164 ; D. 2002. 1953, obs. D. Ribes ; Dr. soc. 2002. 191, note X. Prétot.

(82) Décision n° 2012-249 QPC, 16 mai 2012, cons. 9, Rec., p. 274 ; D. 2013. 663, obs. J.-C. Galloux et H. Gaumont-Prat ; RDSS 2012. 851, note P. Lohéac-Derboulle ; Constitutions 2012. 474, chron. X. Bioy et E. Rial-Sebbag.

(83) Décision n° 2011-644 DC, 28 déc. 2011, cons. 8 à 14, Rec., p. 605 ; AJDA 2012. 14 ; Constitutions 2012. 119, obs. A. Barilari.

(84) Décision n° 99-422 DC, 21 déc. 1999, cons. 47, Rec., p. 143 ; AJDA 2000. 48, note J.-E. Schoettl ; D. 2000. 426, obs. D. Ribes ; RFDA 2000. 289, note B. Mathieu.

(85) Décision n° 2010-68 QPC, 19 nov. 2010, cons. 4, Rec., p. 330 ; D. 2011. 1713, obs. V. Bernaud et L. Gay ; Constitutions 2011. 107, obs. X. Bioy.

(86) Décision n° 89-269 DC, 22 janv. 1990, cons. 26, Rec., p. 33 ; AJDA 1990. 471, note F. Benoît-Rohmer ; Dr. soc. 1990. 352, note X. Prétot ; ibid. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RFDA 1990. 406, note B. Genevois ; RDSS 1990. 360, obs. P. Ligneau ; ibid. 362, obs. P. Ligneau ; ibid. 422,

obs. P. Chenillet et F. Kessler ; ibid. 423, obs. P. Chenillet et F. Kessler ; ibid. 437, note X. Prétot ; ibid. 637, note L. Dubouis ; ibid. 778, obs. M. J. Levy ; Rev. crit. DIP 1990. 497, note M. Simon-Depitre.

(87) Décision n° 90-287 DC, 16 janvier 1991, cons. 23, Rec., p. 24 ; Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 246, note X. Prétot.

(88) Décision n° 2012-254 QPC, 18 juin 2012, cons. 4 à 6, Rec., p. 292.