



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

DEUXIÈME SECTION

**AFFAIRE ENHORN c. SUÈDE**

*(Requête n° 56529/00)*

ARRÊT

STRASBOURG

25 janvier 2005



**En l'affaire Enhorn c. Suède,**

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

MM. J.-P. COSTA, *président*,

A.B. BAKA,

I. CABRAL BARRETO,

R. TÜRMEŒ,

M. UGREKHELIDZE,

M<sup>mes</sup> E. FURA-SANDSTRÖM,

D. JOCIENE, *juges*,

et de M<sup>me</sup> S. DOLLE, *greffière de section*,

Après en avoir délibéré en chambre du conseil les 10 décembre 2002 et 4 janvier 2005,

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

**PROCÉDURE**

1. A l'origine de l'affaire se trouve une requête (n° 56529/00) dirigée contre le Royaume de Suède et dont un ressortissant de cet Etat, M. Eie Enhorn (« le requérant »), a saisi la Cour le 3 avril 2000 en vertu de l'article 34 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales (« la Convention »).

2. Le requérant, qui a été admis au bénéfice de l'assistance judiciaire, est représenté par M<sup>me</sup> E. Hagstrom, avocate à Stockholm. Le gouvernement suédois (« le Gouvernement ») est représenté par son agente, M<sup>me</sup> E. Jagander, du ministère des Affaires étrangères.

3. Le requérant alléguait avoir été privé de sa liberté en violation de l'article 5 de la Convention.

4. La requête a initialement été attribuée à la quatrième section de la Cour (article 52 § 1 du règlement).

5. Par une décision du 10 décembre 2002, la chambre a déclaré la requête recevable.

6. Seul le Gouvernement a déposé des observations écrites sur le fond de l'affaire (article 59 § 1 du règlement).

7. Le 1<sup>er</sup> novembre 2004, la Cour a modifié la composition de ses sections (article 25 § 1 du règlement). La présente requête est ainsi échue à la deuxième section telle que remaniée (article 52 § 1 du règlement). Au sein de celle-ci a alors été constituée, conformément à l'article 26 § 1 du règlement, la chambre chargée d'examiner l'affaire (article 27 § 1 de la Convention).

## EN FAIT

### I. LES CIRCONSTANCES DE L'ESPÈCE

8. Le requérant est né en 1947. Il est homosexuel. En 1994, on découvre qu'il était porteur du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et qu'il avait contaminé un jeune homme de dix-neuf ans avec lequel il avait eu des relations sexuelles pour la première fois en 1990.

9. Dans ce contexte, un médecin de comté (*smittskyddsläkaren*) donna le 1<sup>er</sup> septembre 1994 les instructions suivantes au requérant, en application de la loi de 1988 sur les maladies contagieuses (*smittskyddslagen*, ci-après « la loi de 1988 ») :

« [Le requérant] ne peut avoir de relations sexuelles sans informer préalablement son partenaire qu'il est séropositif. Il doit utiliser un préservatif. Il doit s'abstenir de consommer de l'alcool au point d'obscurcir son jugement et de faire courir à des tiers le risque d'être contaminés par le VIH. Si l'intéressé a à subir un examen, une opération, un vaccin ou une analyse de sang ou s'il vient à saigner pour quelque raison que ce soit, il doit informer le personnel médical de son état. Il doit également en informer son dentiste. En outre, il est interdit [au requérant] de donner son sang, un organe ou son sperme. Enfin, l'intéressé devra consulter à nouveau son médecin traitant et respecter les rendez-vous fixés par le médecin de comté. »

Les parties ne sont apparemment pas d'accord sur le point de savoir si ces instructions ont été reportées au dossier médical du requérant, comme l'exige l'article 16 de la loi de 1988. Il n'est en revanche pas contesté que le requérant ait été informé, tant oralement que par écrit, des instructions émises le 1<sup>er</sup> septembre 1994.

10. Le requérant se rendit à trois consultations du médecin de comté en septembre 1994 et à une consultation en novembre 1994. Le même médecin fit deux visites au domicile de M. Enhorn. Par cinq fois en octobre et novembre 1994, le requérant ne se présenta pas aux rendez-vous fixés.

11. Le 2 février 1995, le médecin de comté demanda au tribunal administratif de comté (*länsrätten*) de rendre une décision permettant de placer le requérant en isolement forcé dans un hôpital pendant une période maximum de trois mois, en vertu de l'article 38 de la loi de 1988.

D'après la transcription du tribunal, le requérant déclara entre autres ceci :

« Ayant appris qu'il était séropositif, l'intéressé n'a quasiment plus eu de relations sexuelles. Il a l'intention de ne plus en avoir qu'avec d'autres personnes atteintes du virus. Il ne veut pas rencontrer le médecin de comté ou le psychiatre, mais estime satisfaisant son dialogue avec son médecin traitant, qu'il envisage donc de consulter tous les mois. »

Pour sa part, le médecin de comté déclara notamment :

« Il est possible que [le requérant] n'ait pas de relations sexuelles actuellement, mais on a déjà constaté que lorsque l'occasion se présente il est susceptible d'en avoir, de préférence avec des hommes plus jeunes, sans penser aux conséquences de ses actes. [Le requérant] ne veut pas voir la réalité en face, il refuse de modifier son comportement et déforme les faits de manière qu'on ne puisse jamais lui reprocher quoi que ce soit. Afin que son comportement évolue, l'intéressé doit consulter un psychiatre. Comme il [refuse de le faire], il risque manifestement de propager la maladie. »

12. Un médecin-chef adjoint spécialisé en psychiatrie, S.A., qui avait rencontré le requérant deux fois à l'unité psychiatrique d'une clinique soignant les maladies contagieuses, remit au tribunal administratif de comté une déclaration datée du 16 février 1995. Il y disait notamment ce qui suit :

« Ayant appris qu'il était séropositif, le requérant a éprouvé une vive angoisse qu'il a tenté de juguler en buvant. Il affirme qu'il boit trois bières fortes le soir afin de pouvoir dormir. Depuis qu'il a connaissance de son état, mais aussi depuis qu'il a perdu son travail, il consomme par moments des quantités excessives d'alcool. Le fait que M. Enhorn n'ait pas de vie sociale et se sente exclu, auquel peut venir s'ajouter une consommation excessive d'alcool, pourrait accroître le risque que l'intéressé ne se livre à des relations sexuelles destructrices. »

13. Dans un jugement du 16 février 1995, le tribunal administratif de comté estima que le requérant ne s'était pas conformé aux mesures que le médecin de comté lui avait prescrites dans le but de l'empêcher de propager le virus et, se fondant sur l'article 38 de la loi de 1988, demanda son placement en isolement pendant une période maximum de trois mois.

Cette décision prit effet immédiatement mais le requérant ne se présenta pas à l'hôpital. C'est donc la police qui l'y emmena, le 16 mars 1995.

14. Il ressort du dossier que cette décision, ainsi que d'autres rendues ensuite par le tribunal administratif de comté, fut confirmée en appel par la cour administrative d'appel (*kammarrätten*), de sorte que l'isolement du requérant fut à plusieurs reprises prolongé de six mois.

15. Pendant la période d'isolement, le requérant pouvait sortir chaque jour accompagné de membres du personnel de l'hôpital, mais pas seul. Il avait également la possibilité de se joindre au personnel pour des activités ayant lieu en dehors des locaux de l'hôpital.

Le requérant s'enfuit à plusieurs reprises de l'hôpital. Sa première évasion eut lieu le 25 avril 1995. La police, que M. Enhorn alerta lui-même, le ramena à l'hôpital le 11 juin 1995. Le 27 septembre 1995, l'intéressé s'enfuit à nouveau et demeura en liberté jusqu'au 28 mai 1996, jour où la police le retrouva. Il s'enfuit une troisième fois le 6 novembre 1996 mais se présenta de lui-même à l'hôpital le 16 novembre 1996. Il s'échappa une quatrième fois le 26 février 1997 et ne fut pas ramené à l'hôpital avant le 26 février 1999.

Du 26 février au 2 mars 1999, il fut confiné dans sa chambre.

16. Le 14 avril 1999, le médecin de comté s'adressa au tribunal administratif de comté dans le but d'obtenir une prolongation de l'isolement du requérant. D'après le compte rendu d'une audience tenue à huis clos le 20 avril 1999, le requérant donna alors des renseignements résumés comme suit :

« (...) avant 1994, il avait entre dix et douze relations sexuelles par an. Ses partenaires étaient soit d'anciennes soit de nouvelles connaissances, qu'il rencontrait entre autres dans des parcs. Le garçon, âgé de quinze ans lorsqu'ils firent connaissance, avait pris l'initiative de leur relation, sur le plan tant sentimental que sexuel. [Le requérant] se rend compte aujourd'hui qu'il a contaminé le garçon, et le regrette vivement. Une personne de sa famille, atteinte de troubles psychiatriques, avec laquelle [le requérant] avait entretenu une relation sexuelle plus durable, avait elle aussi été à l'origine de la relation. Entre le [26 février] 1997 et le [26 février] 1999, époque à laquelle il était en fuite, l'intéressé n'a pas eu de relations sexuelles. Il a pris des précautions afin de ne pas propager la maladie. Il est allé consulter un médecin deux fois au cours de cette période et à chaque occasion a informé le praticien de sa séropositivité. Pour l'essentiel, il est resté seul. D'octobre 1997 à juin 1998, et d'août 1998 à février 1999, il a vécu dans un foyer rural et, dans l'intervalle, celui-ci étant complet, il a campé. Il a passé son temps à faire des courses, cuisiner, regarder la télévision, dépenser de l'argent au jeu et boire de la bière. Il buvait en général six bières fortes par semaine et n'a jamais été ivre. Il rêve d'avoir son propre appartement et de subvenir à ses besoins grâce à l'indemnité de maladie. Il a perdu toute appétence sexuelle et à l'avenir il refusera toute relation de ce type. Dans le cas où il ne serait pas contraint à l'isolement, il se plierait aux instructions du médecin de comté. »

17. Le propriétaire du foyer rural témoigna à décharge. Il déclara notamment ceci :

« Le [requérant] a séjourné, sous un faux nom, dans son foyer rural d'octobre 1997 à juin 1998 et d'août 1998 à janvier 1999. [Le propriétaire] a parlé à l'intéressé un bref moment quasiment chaque jour. M. Enhorn n'a dérangé personne et n'a pas noué de relations personnelles. Généralement, il allait faire des courses une fois par jour, le plus souvent pour chercher de la bière. [Le témoin] estime que l'intéressé buvait de quatre à six canettes de bière par jour (...) M. Enhorn s'est rendu à Stockholm ou à Norrköping à plusieurs reprises afin de régler des problèmes d'argent (...) En fait, il allait à Norrköping essentiellement pour acheter de l'alcool (...) Selon [le témoin], il est peu probable que l'intéressé ait eu des relations sexuelles pendant son séjour au foyer (...) »

18. Toujours à la décharge du requérant, le médecin-chef P.H. remit un avis du 16 avril 1999 relatif à la consommation d'alcool de l'intéressé. Le médecin, après avoir examiné plusieurs analyses que l'on avait effectuées depuis le 31 juillet 1995 dans le but de surveiller l'état du foie du requérant, conclut qu'il n'y avait pas eu d'évolution. Au vu de la dernière analyse, du 18 mars 1999, le foie de M. Enhorn était sain.

Il était indiqué que le requérant avait à son retour consulté un médecin-chef spécialisé en psychiatrie mais sans lien avec l'hôpital, C.G.

19. La déclaration d'un médecin-chef psychiatre, P.N., attaché à l'unité de soins spécialisés dans laquelle le requérant avait été admis, fut déposée

devant le tribunal. Après le retour forcé du requérant, P.N. avait tenté de communiquer avec lui à trois occasions, mais en vain. Il affirma que la dernière fois, en mars 1999, le requérant s'était jeté sur lui. Selon le médecin, l'état du requérant ne s'était pas amélioré depuis le 10 octobre 1996, c'est-à-dire depuis le dernier avis officiel que P.N. avait donné à ce sujet en ces termes :

« M. Enhorn souffre de psychopathie paranoïde et se livre à une consommation excessive d'alcool. On estime qu'il n'a en rien conscience d'être malade et est coupé de la réalité. Le fait qu'il soit attiré par des hommes plus jeunes et qu'il soit atteint d'une détérioration neuropsychologique pouvant être liée à l'alcool, associé à une psychopathie paranoïde occasionnelle, proche de la psychose, ainsi qu'au comportement à risque en ce qui concerne la propagation de la maladie qui a déjà été constaté, pose problème. Aussi le médecin estime-t-il que l'isolement prolongé, conforme à la loi, reste, tout bien considéré, une solution à envisager pour limiter ou éliminer le risque de propagation de la maladie. »

20. Fut également produite une déclaration du 8 avril 1999 émanant d'un psychologue, B.S., de l'unité de soins spécialisés de l'hôpital. B.S. avait rencontré le requérant une fois et trouvait que celui-ci montrait des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne, semblait immature, fragile, soupçonneux et méfiant.

21. D'après la transcription du tribunal, devant lequel il déposa, le médecin de comté déclara notamment ceci :

« Au cours des deux dernières années qu'il passa en fuite, [le requérant] consulta deux fois un médecin. Il est établi qu'il précisa à chacune de ces occasions qu'il était porteur du VIH [ce qui n'avait pas été le cas lorsqu'il avait disparu de l'hôpital, de septembre 1995 à mai 1996 : il s'était alors abstenu à trois reprises d'informer le personnel médical de son état]. Par ailleurs, [le requérant] a [enfin] admis qu'il avait contaminé le jeune homme avec lequel il avait eu une longue relation au début des années 90 ; il reconnaît donc que ce n'est pas le contraire qui s'est passé. De plus, il a accepté de signer un protocole de traitement et de consulter deux praticiens de son choix (...) Tout cela semble indiquer une amélioration de l'attitude [du requérant] à l'égard du traitement. Néanmoins, il n'est pas établi que [le requérant] ait concrètement modifié son comportement en ce qui concerne le risque de propagation de la maladie. Il se montre toujours incapable d'accepter l'aide et les mesures de soutien auxquelles il a droit ; il a refusé de consulter le psychiatre P.N. et le psychologue B.S. En outre, le médecin de comté considère, après discussion avec les praticiens que [le requérant] a [récemment] consulté de sa propre initiative [P.H. et C.G.], que ce qui avait poussé l'intéressé à se rendre à ces consultations était, d'une part, l'argent [il fallait au requérant des certificats médicaux pour continuer à toucher l'indemnité de maladie], d'autre part, le souhait d'être déclaré sain mentalement, mais non la volonté de commencer un traitement. Au cours des entretiens entre [le requérant] et les deux médecins, il ne fut pas du tout question du risque de propagation de la maladie. L'intéressé ne signa pas de protocole de traitement officiel. En bref, le médecin de comté est d'avis que [, s'il est libéré, le requérant] ne se pliera pas de plein gré aux instructions données et ne cherchera pas à limiter la propagation de la maladie. »

En ce qui concerne les analyses pratiquées sur le foie du requérant, le médecin de comté les jugea peu fiables, étant donné qu'elles avaient été

exécutées dans le cadre de l'isolement forcé du requérant à l'hôpital, mais jamais dans un moment d'ébriété du sujet.

22. Le 23 avril 1999, le tribunal administratif de comté rendit son jugement. Il débouta le requérant et s'exprima en ces termes :

« [M. Enhorn] est séropositif pour le VIH ; il est donc porteur d'une infection par le VIH. Il est soumis à un régime d'isolement depuis février 1995 mais s'est enfui de l'hôpital à plusieurs reprises. La dernière fois, il a disparu pendant plus de deux ans, au cours desquels il n'a rencontré ni le médecin de comté ni son médecin traitant. Il a par moments utilisé un faux nom, a vécu coupé du monde, certainement parce qu'il craignait d'être découvert. Si elle vit seule, une personne atteinte de l'infection doit faire face à de grandes difficultés. Au cours de la période qui a précédé son placement en isolement, [le requérant] n'a pas été en mesure de respecter les instructions pratiques qui lui avaient été données. Par la suite, il a constamment refusé l'aide proposée par son médecin traitant et le psychiatre de l'unité de soins spécialisés de l'hôpital ; il a au contraire montré de l'aversion et de la défiance, et s'est enfui. [Le tribunal] constate que l'intéressé a du mal à admettre qu'il est séropositif et qu'il a besoin d'aide pour faire face à cette situation critique. Il ressort des éléments de preuve que [le requérant] se refuse toujours au traitement proposé et que les médecins considèrent comme probable qu'il s'enfuira à nouveau. [Le tribunal] n'est pas convaincu que l'intéressé ne se livre pas à un usage impropre de l'alcool et juge que, spécialement à cause de cela, il risque de ne pas maîtriser son comportement sexuel. Dès lors, [le tribunal] estime qu'il existe de bonnes raisons de supposer que, si l'intéressé demeurait en liberté, il ne se plierait pas aux instructions pratiques données et que cela entraînerait un risque de propagation de la maladie. »

23. Le 12 juin 1999, le requérant s'échappa à nouveau sans indiquer où il se rendait. Il avait entre-temps interjeté appel du jugement ci-dessus auprès de la cour administrative d'appel, devant laquelle il avait tiré argument d'un avis du 14 mai 1999 émanant du médecin-chef spécialisé en psychiatrie (susmentionné), C.G., selon lequel, notamment :

« Les avis [des autres psychiatres et d'un psychologue] émis à la suite des examens pratiqués précédemment sont quasiment unanimes : le demandeur souffre de psychopathie paranoïde et fait un usage impropre de l'alcool. L'« usage impropre », en termes psychiatriques, se définit comme l'utilisation inadaptée de substances (...) Ce diagnostic se distingue de la dépendance à l'alcool, qui désigne une consommation compulsive accompagnée de complications en cas d'abstinence ainsi que de problèmes relationnels, et est plus difficile à maîtriser. Le diagnostic de « psychopathie paranoïde » se définit comme un état constant de suspicion et un manque de confiance à l'égard d'autrui, dont les motivations sont toujours perçues comme malveillantes. Il ressort de la définition même de ce trouble qu'il se manifeste dans la personnalité du patient à partir du moment où celui-ci devient adulte. Puisque l'intéressé perçoit ce trouble comme une partie de soi, il est généralement peu enclin à modifier son comportement. Il ne s'agit pas d'absence de conscience de la maladie, puisque l'on considère que ce n'est pas une maladie qui est en cause mais plutôt une modification de la personnalité, même si cette modification est tout à fait susceptible de provoquer des complications relationnelles et sociales. Quand de telles complications surviennent, un individu sujet à des troubles de la personnalité peut présenter différents symptômes (dépression, anxiété, etc.). Lors de [mon] entretien avec l'appelant, ce dernier s'est montré plutôt ouvert et communicatif. Lorsqu'il a parlé de sa vie scolaire, il a manifesté des émotions variées. Il a également montré de l'empathie à l'égard des personnes qu'il avait connues à l'époque. Il était aussi capable



d'endosser, pour partie, la responsabilité de ses propres erreurs sans accuser autrui. Toutefois, il se montrait rigide dans son interprétation de ce qui s'était passé dans sa vie adulte, en particulier s'agissant des événements récents, après qu'il eut appris, en septembre 1994, qu'il était porteur du VIH. Son attitude envers le médecin de comté et le personnel de l'unité des maladies contagieuses – qui, selon lui, n'avaient cessé de le harceler injustement – tenait de la haine. L'appelant avait le sentiment d'avoir été persécuté durant la période 1994-1995. Cela pourrait s'interpréter comme une manifestation délirante. A partir de 1996, M. Enhorn n'avait plus éprouvé de sentiment de persécution, en partie parce qu'il s'était enfui. S'agissant des relations sexuelles, l'appelant a déclaré qu'il privilégiait les rapports avec de jeunes hommes âgés de dix-sept ans environ. Il ne s'intéressait pas aux garçons prépubères. Il n'avait pas eu de vie sexuelle depuis 1996 et n'avait plus de désir ou fantasme sexuel particulier. Il était pleinement conscient d'être porteur du VIH et prenait bien soin de souligner qu'il n'avait pas peur de mourir. Il voyait d'un mauvais œil les traitements administrés contre le virus. Cela s'explique par le fait que les médicaments peuvent avoir des effets secondaires mais peut-être surtout par cela que, l'obligeant à se soumettre à différents contrôles, ils limiteraient la liberté de l'intéressé. L'appelant a spontanément déclaré qu'il voudrait discuter de sa maladie de sa propre initiative. Lorsqu'on lui a demandé si les entretiens pourraient être intégrés dans un protocole de traitement auquel le médecin de comté et le personnel de l'unité des maladies infectieuses seraient associés, l'appelant a répondu que non, en expliquant qu'il aurait honte de lui-même s'il devait abandonner ce combat. »

En conclusion, C.G. estima que le requérant souffrait bien de psychopathie paranoïde et que, au vu de renseignements antérieurs, il se livrait à un usage impropre de l'alcool mais ne souffrait pas de dépendance à l'alcool. Selon C.G., on aurait pu dire, en termes ordinaires, que le requérant était une personne étrange, mais non pas que c'était un malade mental. En ce qui concerne le risque de transmission du VIH de M. Enhorn à autrui, on en était réduit à faire des suppositions. Cela étant, les indices les plus patents concernant ce risque se trouvaient dans le comportement du requérant au cours des années qu'il avait passées en liberté.

24. Dans un jugement du 18 juin 1999, la cour administrative d'appel débouta le requérant. Le 5 octobre 1999, la Cour suprême administrative (*Regeringsrätten*) refusa à celui-ci l'autorisation de former un pourvoi.

25. Ultérieurement, le médecin de comté demanda et obtint à plusieurs reprises la prolongation de l'isolement forcé, qui fut ainsi maintenu jusqu'au 12 décembre 2001. A cette date, le tribunal administratif de comté refusa une nouvelle prorogation au motif que l'on ne savait pas où se trouvait le requérant et que, par conséquent, on ne disposait pas d'informations concernant son comportement, son état de santé, etc.

26. Apparemment, on sait depuis 2002 où se trouve le requérant mais le médecin de comté compétent estime que rien ne justifie plus de le placer en isolement.

## II. LE DROIT ET LA PRATIQUE INTERNES PERTINENTS

27. La loi de 1988 sur les maladies contagieuses (« la loi de 1988 ») établit une distinction entre les maladies dangereuses pour la société et les autres maladies contagieuses. L'une des maladies qualifiées de dangereuses pour la société est l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les articles pertinents de la loi sont ainsi libellés :

### Article 5

« Le conseil de comté [*landsting*] veille dans sa juridiction à la prise des mesures nécessaires à la prévention des maladies contagieuses (...) »

### Article 6

« Un médecin de comté est affecté au conseil de comté (...) »

### Article 13

« Toute personne qui craint d'avoir contracté une maladie dangereuse pour la société a l'obligation de consulter un médecin sans retard et de l'autoriser à pratiquer des examens et à prélever les échantillons nécessaires pour établir si elle a effectivement été contaminée. Elle a également pour obligation de se conformer aux instructions pratiques du médecin. Il en va de même lorsqu'une personne, contaminée par une maladie dangereuse pour la société, déclare avoir été en contact avec une autre personne d'une manière telle que l'infection aurait pu être transmise. »

### Article 14

« Toute personne atteinte d'une maladie dangereuse pour la société doit donner à son médecin traitant des informations concernant la ou les personnes susceptibles d'être à l'origine de la contamination, et celle ou celles à qui la maladie aurait pu être transmise. Elle doit également donner tous les renseignements en sa possession concernant la source possible de la contamination et la propagation éventuelle de la maladie. »

### Article 16

« Le médecin traitant donne à un patient atteint d'une maladie dangereuse pour la société toutes les instructions pratiques destinées à en prévenir la propagation. Ces instructions concernent les consultations médicales, l'hygiène, l'isolement à domicile, l'emploi et la fréquentation d'établissements d'enseignement, ainsi que le mode de vie de l'intéressé de manière générale. Les instructions sont reportées au dossier médical de la personne contaminée. Le médecin doit veiller dans toute la mesure possible au respect des instructions. »

**Article 17**

« Le médecin de comté peut, de sa propre initiative ou à la demande de l'individu concerné, modifier les instructions de la façon qui lui semble la plus appropriée. »

**Article 25**

« Un médecin traitant qui soupçonne qu'un patient contaminé ou susceptible d'être contaminé par une maladie dangereuse pour la société ne se conformera pas ou ne se conforme pas aux instructions pratiques qu'il a reçues, doit promptement en informer le médecin de comté. Cela vaut également lorsque le patient interrompt le traitement en cours sans le consentement de son médecin traitant. »

**Article 28**

« (...) Dans la mesure où ceci ne risque pas d'entraîner une propagation de la maladie, le médecin de comté doit, avant de décider d'une mesure coercitive, chercher à obtenir de l'intéressé qu'il se conforme à ses instructions de son plein gré. »

**Article 30**

« Le médecin de comté informé par un médecin traitant qu'un patient porteur du VIH ne se conforme pas ou est soupçonné de ne pas se conformer aux instructions pratiques qui lui ont été données, en avise les services sociaux, la police et l'agent principal de probation. Ce faisant, il indique l'identité de la personne à laquelle les instructions s'appliquent et la teneur de celles-ci. S'il estime que ces informations ne sont pas nécessaires pour garantir le respect des instructions pratiques, ou qu'elles sont sans intérêt pour la prévention de la maladie contagieuse, il ne les communique pas. »

**Article 38**

« Si le médecin de comté lui en fait la demande, le tribunal administratif de comté ordonne l'isolement forcé d'une personne contaminée par une maladie dangereuse pour la société si cette personne ne se conforme pas d'elle-même aux mesures nécessaires pour prévenir la propagation de la maladie. Le tribunal rend une décision identique lorsqu'il y a de bonnes raisons de supposer que la personne contaminée ne se conforme pas aux instructions pratiques émises et que cela entraîne un risque manifeste de propagation de la maladie. L'isolement forcé a lieu dans un hôpital géré par le conseil de comté. »

**Article 39**

« Si une personne doit être placée d'urgence en isolement et que l'on ne peut attendre l'ordonnance du tribunal administratif de comté, le médecin de comté prend lui-même la décision visée à l'article 38. Cette décision est soumise immédiatement à l'approbation du tribunal administratif de comté. »

**Article 40**

« L'isolement ne peut excéder une période de trois mois à compter du jour où la personne contaminée est entrée à l'hôpital en application de l'ordonnance d'isolement. »

**Article 41**

« Le tribunal administratif de comté peut, à la demande du médecin de comté, ordonner la prolongation de l'isolement au-delà de la période maximale visée à l'article 40. En aucun cas la prolongation ne peut être ordonnée pour une période excédant six mois à la fois. »

**Article 42**

« Lorsqu'il n'y a plus lieu de maintenir l'isolement, le médecin de comté en ordonne la levée immédiate (...) »

**Article 43**

« Une personne placée en isolement forcé reçoit des soins adéquats. Le soutien et l'aide nécessaires doivent lui être apportés ; on l'encourage à changer de comportement et de mode de vie afin que l'isolement puisse prendre fin. Sous réserve des dispositions de la présente loi, une personne placée en isolement ne peut subir aucune autre restriction à sa liberté. Une personne qui fait l'objet de soins imposés se voit offrir un emploi et un entraînement physique adaptés à son âge et à son état de santé. Sauf circonstances exceptionnelles, l'intéressé doit avoir la possibilité de prendre l'air au moins une heure par jour. »

**Article 44**

« Une personne placée en isolement forcé peut se voir interdire de quitter les locaux de l'hôpital ou l'unité dans laquelle elle se trouve ; des restrictions peuvent frapper sa liberté de mouvement si la nécessité de garantir l'isolement l'impose ou encore si la protection de sa propre sécurité ou de celle d'autrui l'exige. »

**Article 52**

« Les décisions qu'un médecin de comté prend en application de la loi de 1988 peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de comté si elles concernent :

1. les instructions pratiques visées à l'article 17 ;
2. une détention temporaire sur la base de l'article 37 ;
3. le rejet d'une demande visant à la levée de l'isolement ;

(...) »

28. La loi ne prévoit aucune sanction pénale contre les personnes qui transmettraient une maladie dangereuse. En revanche, certains comportements sont considérés comme délictuels et tombent par conséquent sous le coup du code pénal.

En mars 1999, une commission parlementaire qui avait été chargée de revoir la législation en matière de maladies contagieuses remit son rapport (SOU 1999:51). Elle y formulait l'avis que l'isolement forcé ne devait être décidé que dans des circonstances très particulières et exceptionnelles. Elle proposait, eu égard notamment à l'article 5 de la Convention, que l'isolement forcé prît automatiquement fin passé un délai maximum de trois mois. Le gouvernement n'a à ce jour pas soumis de projet de loi au Parlement.

### III. LE DROIT ET LA PRATIQUE INTERNATIONAUX PERTINENTS

29. De nombreuses chartes et déclarations ayant pour objet la reconnaissance, en termes généraux ou spécifiques, des droits de l'homme des individus atteints du VIH/SIDA ont été adoptées dans le cadre de conférences nationales et internationales. Quelques-unes d'entre elles sont mentionnées ci-après.

En 1998, le Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH) et le Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ont publié des « Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme ». Elaborées à partir d'avis d'experts, ces directives avaient pour finalité de traduire les principes et normes internationaux des droits de l'homme dans les mesures destinées à lutter contre l'épidémie de VIH/SIDA. Au titre « I. Obligations internationales en matière de droits de l'homme et VIH/SIDA », sous-titre « C. Exercice de droits de l'homme spécifiques dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA » sont donnés plusieurs exemples de l'exercice de droits de l'homme spécifiques dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA. Ainsi, à la section 9, « Droit à la liberté et à la sécurité de la personne », on lit :

« L'article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques dispose ce qui suit : « Tout individu a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nul ne peut faire l'objet d'une arrestation ou d'une détention arbitraires. Nul ne peut être privé de sa liberté, si ce n'est pour des motifs et conformément à la procédure prévus par la loi. »

Il ne devrait donc jamais y avoir d'immixtion arbitraire dans le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, sous forme de mesures telles que quarantaine, détention dans des lieux spéciaux ou isolement au simple motif de l'infection à VIH. Aucun motif de santé publique ne justifie cette privation de liberté. De fait, il a été démontré que le meilleur moyen de servir la santé publique consistait à intégrer les personnes touchées par le VIH/SIDA dans les communautés et à tirer profit de leur participation à la vie publique et économique.

Il peut être nécessaire d'apporter des restrictions à la liberté dans des cas exceptionnels qui auraient fait l'objet de jugements objectifs portant sur un comportement dangereux et délibéré. Les dispositions courantes en matière de santé publique ou la législation pénale devraient alors s'appliquer dans le respect de la légalité.

Un dépistage obligatoire du VIH peut constituer une privation de liberté et une violation du droit à la sécurité de la personne. Cette mesure de caractère coercitif vise fréquemment les groupes qui ont le plus de difficultés à se protéger parce qu'ils relèvent soit de l'autorité d'institutions gouvernementales soit de la loi pénale, comme les membres des forces armées, les détenus, les prostitué(e)s, les toxicomanes par voie intraveineuse et les hommes ayant des partenaires de sexe masculin. La santé publique ne justifie en rien un dépistage obligatoire du VIH. Pour que le droit à l'intégrité physique soit respecté, il faut que le dépistage ait un caractère facultatif et se fonde sur le consentement éclairé des intéressés. »

A la suite de la Troisième consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme, tenue à Genève les 25 et 26 juillet 2002, la Directive 6 concernant l'« Accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien » a été révisée afin que soient prises en compte les nouvelles normes du traitement de l'infection par le VIH en droit international de la santé.

Dans sa Recommandation sur les incidences éthiques de l'infection VIH dans le cadre sanitaire et social, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe recommande ce qui suit, au sujet des contrôles sanitaires (annexe à la Recommandation n° R (89) 14, I. Politique de santé publique, C. contrôles sanitaires) :

« Il est recommandé aux autorités de santé publique de :

- s'abstenir d'introduire des restrictions à la liberté de déplacement au moyen de procédures aux frontières, inefficaces et coûteuses, et ce pour toutes les catégories de voyageurs, y compris les travailleurs migrants ;
- ne pas avoir recours à des mesures coercitives, tels la quarantaine et l'isolement pour les individus infectés par le VIH ou les patients atteints du sida. »

Lors de l'adoption de cette recommandation, le 24 octobre 1989, la déléguée de la Suède, se référant à l'article 10.2.d du règlement intérieur des réunions des Délégués des Ministres, a fait enregistrer son abstention et, dans une déclaration explicative, a indiqué que son gouvernement ne se considérait pas comme lié par la recommandation.

## EN DROIT

### I. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 5 DE LA CONVENTION

30. Le requérant allègue que les ordonnances décidant son placement en isolement et son hospitalisation forcée du 16 mars au 25 avril 1995, du 11 juin au 27 septembre 1995, du 28 mai au 6 novembre 1996, du 16 novembre 1996 au 26 février 1997, et du 26 février au 12 juin 1999 ont emporté violation de l'article 5 § 1 de la Convention, qui, en sa partie pertinente, se lit comme suit :

« 1. Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales :

(...)

b) s'il a fait l'objet d'une arrestation ou d'une détention régulières pour insoumission à une ordonnance rendue, conformément à la loi, par un tribunal ou en vue de garantir l'exécution d'une obligation prescrite par la loi ;

(...)

e) s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond ;

(...) »

#### A. Les arguments des parties

##### 1. Le requérant

31. Le requérant soutient que l'ordre de le priver de sa liberté était « irrégulier ».

Premièrement, cet ordre n'avait selon lui aucune base légale. L'article 38 de la loi de 1988 n'aurait été ni précis ni prévisible. En particulier, les notions de « bonnes raisons » et de « risque manifeste de propagation de la maladie » auraient été trop vagues et les travaux préparatoires n'auraient fourni aucune indication quant à leur sens. De plus, les conditions énoncées dans l'article n'auraient à aucun moment été remplies, car, pour que la privation de liberté fût justifiée, il fallait non seulement que l'intéressé se fût soustrait aux instructions pratiques émises, mais également que ce non-respect entraînât un risque manifeste de propagation du virus. Par ailleurs, les instructions données par le médecin de comté n'auraient pas été reportées

au dossier médical du requérant, comme le voulait l'article 16 de la loi de 1988.

Ainsi, même si, effectivement, le requérant ne s'était pas présenté à certains des rendez-vous fixés avec le médecin de comté et s'était échappé, négligeant de la sorte les instructions pratiques du médecin, on ne saurait dire que cela avait entraîné un risque manifeste de propagation du virus. A cet égard, l'intéressé soutient que, au cours des deux dernières années qu'il avait passées en fuite, il avait dû consulter deux fois et qu'à chacune de ces occasions il avait précisé qu'il était porteur du VIH. En outre, il tire argument de son comportement actuel, y compris sexuel, attesté par le propriétaire du foyer rural dans lequel il séjourna, de février 1997 à février 1999, alors qu'il était en fuite. Il ajoute, en se référant au système avancé de suivi de la propagation de la maladie appliqué en Suède, que rien ne montre qu'il ait contaminé qui que ce soit pendant les périodes qu'il a passées en liberté – soit plus de quatre ans et demi au total. Enfin, il attire l'attention sur la déclaration du psychiatre, C.G.

Deuxièmement, faisant observer que, le 1<sup>er</sup> septembre 1994, le médecin de comté ne lui avait pas donné pour instruction de suivre des entretiens psychiatriques, le requérant arguë que les décisions du tribunal ordonnant son placement en isolement dans le but de l'empêcher de propager le VIH étaient contraires au principe de proportionnalité découlant de l'article 5 § 1 e) de la Convention. Même s'il n'a effectivement été interné « que » pendant un an et demi, il relève que la commission parlementaire chargée de réviser la législation en matière de maladies contagieuses propose dans son rapport que, eu égard à l'article 5, l'isolement forcé ne dépasse en aucun cas trois mois.

## *2. Le Gouvernement*

32. Le Gouvernement soutient que l'hospitalisation forcée du requérant était conforme tant aux conditions posées par l'alinéa b) de l'article 5 § 1 de la Convention qu'à celles posées par l'alinéa e) du même article. La détention était selon lui régulière et dépourvue d'arbitraire, et la loi de 1988 était à la fois précise et prévisible dans ses effets.

En ce qui concerne l'article 5 § 1 b), le Gouvernement observe que, en vertu de l'article 13 de la loi de 1988, une personne contaminée par une maladie grave doit se conformer aux instructions que lui donnent les médecins. Le médecin de comté avait donné des instructions au requérant le 1<sup>er</sup> septembre 1994. Celui-ci ne respecta toutefois pas certaines obligations concrètes et spécifiques qui en découlaient. En outre, on pourrait déduire de la loi de 1988 que l'hospitalisation forcée était envisagée en dernier ressort, lorsque les mesures que l'intéressé devait appliquer de lui-même avaient échoué ou qu'elles étaient jugées insuffisantes pour protéger la société. Ainsi, la détention du requérant n'aurait pas eu pour objet de le punir de ne



pas s'être conformé aux instructions émises mais aurait été décidée dans l'espoir que son comportement changerait.

Pour ce qui est de l'article 5 § 1 e), le Gouvernement note l'absence de jurisprudence de la Cour en matière de détention de personnes susceptibles de propager une maladie contagieuse. Il invoque les « conditions *Winterwerp* », relatives à la détention des aliénés, qui, selon lui, pourraient raisonnablement s'appliquer en l'espèce.

S'agissant de savoir si les mesures retenues étaient proportionnées au but poursuivi, le Gouvernement rappelle que l'objet de la mesure litigieuse n'était pas de soigner le requérant. Il précise qu'aucun traitement ne serait administré à une personne porteuse du VIH au moyen de mesures coercitives. L'isolement aurait en fait pour but de soutenir et d'assister le porteur de la maladie dangereuse ainsi que de l'encourager à changer de comportement et de mode de vie de façon que son isolement puisse prendre fin dès que possible.

Le Gouvernement soutient qu'un certain nombre de mesures conçues pour empêcher le requérant de contribuer par son comportement à la propagation de l'infection par le VIH et que l'intéressé aurait pu exécuter de son plein gré ont été vainement tentées entre septembre 1994 et février 1995. Il appelle aussi l'attention sur les circonstances particulières de l'affaire, à savoir : la personnalité et le comportement du requérant, tels que décrits par plusieurs généralistes et psychiatres ; son attirance pour les adolescents de sexe masculin ; le fait qu'il ait transmis le VIH à un jeune homme ; et le fait qu'il se soit échappé plusieurs fois de l'hôpital et ait refusé de coopérer avec le personnel de celui-ci. Le Gouvernement estime que, dans ces conditions, l'hospitalisation forcée du requérant a constitué une mesure proportionnée à son objet, qui était d'empêcher l'intéressé de propager la maladie.

Quant à la durée de la détention, le Gouvernement considère que, même si l'ordre de placer le requérant en isolement est resté en vigueur plusieurs années, la privation de liberté au sens de l'article 5 de la Convention que l'intéressé a subie a duré en réalité un an et demi environ. Il arguë en outre que si le requérant ne s'était pas soustrait à l'isolement aussi souvent, le personnel de l'hôpital aurait peut-être pu l'assister et le soutenir d'une manière telle que son comportement aurait pu changer plus tôt, ce qui aurait permis d'abrégé l'isolement.

## **B. Appréciation de la Cour**

### *1. Sur le point de savoir si le requérant a été « privé de sa liberté »*

33. Les parties s'accordent pour dire que les décisions de placer le requérant en isolement et l'hospitalisation forcée de l'intéressé s'analysent en

une « privation de liberté » au sens de l'article 5 § 1 de la Convention. La Cour aboutit au même constat.

2. *Sur le point de savoir si la privation de liberté se justifiait au regard de l'un ou l'autre des alinéas a) à f) de l'article 5 § 1*

34. L'article 5 § 1 de la Convention renferme une liste exhaustive des motifs autorisant la privation de liberté. Le fait qu'un motif soit applicable n'empêche toutefois pas nécessairement qu'un autre le soit aussi ; une détention peut, selon les circonstances, se justifier sous l'angle de plus d'un alinéa (voir, par exemple, les arrêts *Eriksen c. Norvège*, 27 mai 1997, *Recueil des arrêts et décisions* 1997-III, p. 861, § 76, et *Brand c. Pays-Bas*, n° 49902/99, § 58, 11 mai 2004).

35. Les deux parties considèrent que la détention du requérant peut s'examiner au regard de l'article 5 § 1 e) en cela qu'elle avait pour but d'empêcher l'intéressé de propager le VIH. La Cour note que l'isolement du requérant a été décidé sur la base de l'article 38 de la loi de 1988 (paragraphe 27 ci-dessus). Elle conclut donc à l'applicabilité de l'article 5 § 1 e). Aussi estime-t-elle qu'il n'est pas nécessaire d'examiner l'argument du Gouvernement selon lequel l'alinéa b) s'applique également, ni de rechercher si les autres alinéas de l'article 5 § 1 de la Convention s'appliquent.

3. *La détention litigieuse était-elle « régulière » et dépourvue d'arbitraire ?*

36. Les termes « régulièrement » et « selon les voies légales » qui figurent à l'article 5 § 1 renvoient pour l'essentiel à la législation nationale et consacrent l'obligation d'en observer les normes de fond comme de procédure. Lorsqu'il s'agit d'une privation de liberté, il est particulièrement important de satisfaire au principe général de la sécurité juridique. Par conséquent, il est primordial que les conditions de la privation de liberté en droit interne soient clairement définies et que la loi elle-même soit prévisible dans son application, de façon à remplir le critère de « légalité » fixé par la Convention, qui exige que toute loi soit suffisamment précise pour permettre au citoyen – en s'entourant au besoin de conseils éclairés – de prévoir, à un degré raisonnable dans les circonstances de la cause, les conséquences de nature à dériver d'un acte déterminé (voir, par exemple, les arrêts *Varbanov c. Bulgarie*, n° 31365/96, § 51, CEDH 2000-X, *Amann c. Suisse* [GC], n° 27798/95, § 50, CEDH 2000-II, *Steel et autres c. Royaume-Uni*, 23 septembre 1998, *Recueil* 1998-VII, p. 2735, § 54, *Amuur c. France*, 25 juin 1996, *Recueil* 1996-III, pp. 850-851, § 50, et *Hilda Hafsteinsdóttir c. Islande*, n° 40905/98, § 51, 8 juin 2004).

En outre, un des éléments nécessaires à la « régularité » de la détention au sens de l'article 5 § 1 e) est l'absence d'arbitraire (voir, entre autres, les

arrêts *Chahal c. Royaume-Uni*, 15 novembre 1996, *Recueil* 1996-V, p. 1864, § 118, et *Witold Litwa c. Pologne*, n° 26629/95, § 78, CEDH 2000-III). La privation de liberté est une mesure si grave qu'elle ne se justifie que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public exigeant la détention. Il ne suffit donc pas que la privation de liberté soit conforme au droit national, encore faut-il qu'elle soit nécessaire dans les circonstances de l'espèce (voir, par exemple, *Witold Litwa*, précité, § 78) et conforme au principe de proportionnalité (*Vasileva c. Danemark*, n° 52792/99, § 41, 25 septembre 2003).

37. En ce qui concerne le droit national pertinent, le requérant soutient que les notions de « bonnes raisons » et de « risque manifeste de propagation de la maladie », à l'article 38 de la loi de 1988, sont trop vagues, que les travaux préparatoires à la loi n'apportent aucune précision à cet égard, et que les exigences de clarté et de prévisibilité n'ont par conséquent pas été respectées.

38. La Cour rappelle qu'il incombe au premier chef aux autorités nationales, et notamment aux cours et tribunaux, d'interpréter et d'appliquer le droit interne (voir, parmi d'autres, *Bouamar c. Belgique*, arrêt du 29 février 1988, série A n° 129, p. 21, § 49). En l'espèce, l'article 16 de la loi de 1988 conférait au médecin traitant une grande liberté d'appréciation quant aux instructions pratiques à donner afin de prévenir la propagation de la maladie. Ces instructions pouvaient porter sur « les consultations médicales, l'hygiène, l'isolement à domicile, l'emploi et la fréquentation d'établissements d'enseignement, ainsi que le mode de vie (...) de manière générale (...) ». En vertu de l'article 17 de la loi, le médecin de comté pouvait modifier les instructions de la façon qui lui semblait la plus appropriée.

Le 1<sup>er</sup> septembre 1994, le médecin de comté indiqua au requérant qu'il ne devait pas avoir de relations sexuelles sans informer préalablement son partenaire qu'il était séropositif, qu'il devait utiliser un préservatif et s'abstenir de consommer de l'alcool au point d'obscurcir son jugement et de faire courir à des tiers le risque d'être contaminés par le VIH ; que si l'intéressé avait à subir un examen, une opération, un vaccin ou une analyse de sang ou s'il venait à saigner pour quelque raison que ce fût, il devait informer le personnel médical de son état ; qu'il devait également en informer son dentiste ; qu'il lui était en outre interdit de donner son sang, un organe ou son sperme ; enfin, qu'il devait consulter à nouveau son médecin traitant et observer les rendez-vous fixés par le médecin de comté.

Tout au long de la procédure interne, le comportement du requérant – y compris son comportement sexuel – et son respect des instructions que lui avait données le médecin de comté furent soigneusement examinés. Par ailleurs, même si le 1<sup>er</sup> septembre 1994 le médecin de comté ne prescrivit ni des soins psychiatriques ni un traitement contre l'abus d'alcool, ces

questions furent sérieusement envisagées dans le cas du requérant. Ces examens amenèrent le tribunal administratif de comté à conclure, dans son jugement du 16 février 1995 et dans les ordonnances de prolongation de l'isolement qu'il rendit par la suite, que les règles posées par l'article 38 de la loi de 1988 avaient été respectées. Le tribunal aboutit au même constat dans son jugement du 23 avril 1999, que la cour administrative d'appel confirma par un arrêt du 18 juin 1999. Dès lors, les juridictions nationales considérèrent que le requérant ne s'était pas conformé de lui-même aux mesures nécessaires pour prévenir la propagation du virus, qu'il était raisonnable de supposer que, s'il était libéré, il ne respecterait pas les instructions pratiques du médecin de comté, et que cela risquerait d'entraîner une propagation de la maladie.

39. Au vu de ce qui précède, la Cour est convaincue que la détention du requérant avait un fondement en droit suédois.

40. Elle doit donc examiner à présent si la privation de liberté de l'intéressé constituait la « détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse », au sens de l'article 5 § 1 e) de la Convention.

41. La Cour n'a eu à connaître que de très peu de cas dans lesquels une personne avait été détenue en vue de la prévention de la propagation d'une maladie contagieuse. Elle doit par conséquent établir selon quels critères déterminer si une telle détention est conforme au principe de proportionnalité et à la règle selon laquelle toute détention doit être dépourvue d'arbitraire.

42. A titre de comparaison, aux fins de l'article 5 § 1 e), un individu ne peut passer pour « aliéné » et subir une privation de liberté que si les trois conditions suivantes au moins se trouvent réunies : premièrement, son aliénation doit avoir été établie de manière probante ; deuxièmement, le trouble doit revêtir un caractère ou une ampleur légitimant l'internement ; troisièmement, l'internement ne peut se prolonger valablement sans la persistance de pareil trouble (arrêts *Winterwerp c. Pays-Bas*, 24 octobre 1979, série A n° 33, pp. 17-18, § 39, *Johnson c. Royaume-Uni*, 24 octobre 1997, *Recueil* 1997-VII, p. 2409, § 60, et, plus récemment, *Varbanov* précité, § 45). De plus, il doit exister un certain lien entre, d'une part, le motif invoqué pour la privation de liberté autorisée et, d'autre part, le lieu et le régime de détention. En principe, la « détention » d'une personne comme malade mental ne sera « régulière » au regard de l'alinéa e) du paragraphe 1 que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié (*Ashingdane c. Royaume-Uni*, arrêt du 28 mai 1985, série A n° 93, p. 21, § 44).

Toujours à titre de comparaison, aux fins de l'article 5 § 1 e), un individu ne saurait être privé de sa liberté parce qu'il est « alcoolique » (au sens autonome de la Convention, comme il est défini dans l'arrêt *Witold Litwa*, précité, §§ 57-63) que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été

considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public exigeant la détention. Il ne suffit donc pas que la privation de liberté soit conforme au droit national, encore faut-il qu'elle soit nécessaire dans les circonstances de l'espèce (voir, par exemple, *Witold Litwa*, précité, § 78, et *Hilda Hafsteinsdóttir*, précité, § 51).

43. En outre, l'article 5 § 1 e) de la Convention renvoie à plusieurs catégories d'individus, à savoir les personnes susceptibles de propager une maladie contagieuse, les aliénés, les alcooliques, les toxicomanes et les vagabonds. Il existe un lien entre ces catégories de personnes, en ce qu'elles peuvent être privées de leur liberté pour être soumises à un traitement médical ou en raison de considérations dictées par la politique sociale, ou à la fois pour des motifs médicaux et sociaux. Il est donc légitime de déduire de ce contexte que si la Convention permet d'abord de priver de leur liberté les personnes visées au paragraphe 1 e) de l'article 5, ce n'est pas pour le seul motif qu'il faut les considérer comme dangereuses pour la sécurité publique, mais aussi parce que leur propre intérêt peut nécessiter leur internement (*Guzzardi c. Italie*, 6 novembre 1980, série A n° 39, pp. 36-37, § 98 *in fine*, et *Witold Litwa*, précité, § 60).

44. Compte tenu des principes ci-dessus, la Cour estime que les critères essentiels à la lumière desquels doit s'apprécier la « régularité » de la détention d'une personne « susceptible de propager une maladie contagieuse » consistent à savoir, d'une part, si la propagation de la maladie est dangereuse pour la santé ou la sécurité publiques, et, d'autre part, si la détention de la personne contaminée constitue le moyen de dernier recours d'empêcher la propagation de la maladie, d'autres mesures, moins sévères, ayant déjà été envisagées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt public. Lorsque ces critères ne sont plus remplis, la privation de liberté perd sa justification.

45. S'agissant de l'espèce, le premier critère était incontestablement rempli, le VIH ayant été et étant toujours dangereux pour la santé et la sécurité publiques.

46. Reste donc à examiner si la détention du requérant pouvait être considérée comme la dernière mesure disponible pour empêcher la propagation du virus parce que d'autres solutions, moins sévères, avaient été envisagées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt public.

47. Par un jugement du 16 février 1995, le tribunal administratif de comté ordonna, sur la base de l'article 38 de la loi de 1988, le placement du requérant pour une période pouvant aller jusqu'à trois mois. Par la suite, il ordonna la prolongation de l'hospitalisation tous les six mois, jusqu'au 12 décembre 2001, date à laquelle il rejeta la demande du médecin de comté de maintenir l'isolement. Par conséquent, l'ordre de priver le requérant de sa liberté fut en vigueur pendant près de sept ans.

Certes, M. Enhorn s'étant enfui de l'hôpital à plusieurs reprises, il n'a, dans les faits, été privé de sa liberté que du 16 mars au 25 avril 1995, du

11 juin au 27 septembre 1995, du 28 mai au 6 novembre 1996, du 16 novembre 1996 au 26 février 1997, et du 26 février au 12 juin 1999 – soit environ un an et demi au total.

48. Le Gouvernement soutient qu'un certain nombre de mesures auxquelles le requérant aurait pu souscrire de son plein gré avaient été prises en vain entre septembre 1994 et février 1995 dans le but de garantir que par son comportement le requérant ne contribuât pas à la propagation de l'infection par le VIH. Il met également l'accent sur les circonstances de l'espèce, notamment la personnalité et le comportement de M. Enhorn, tels que plusieurs médecins et psychiatres les ont décrits : sa préférence pour les adolescents, le fait qu'il ait transmis le VIH à un jeune homme, et le fait qu'il se soit enfui de l'hôpital plusieurs fois et ait refusé de coopérer avec le personnel. Le Gouvernement considère donc que l'hospitalisation du requérant était proportionnée à l'objet de la mesure, qui était d'empêcher l'intéressé de propager la maladie contagieuse.

49. La Cour note que le Gouvernement n'a donné aucun exemple de mesures moins sévères qui auraient été envisagées entre le 16 février 1995 et le 12 décembre 2001 mais qui auraient été jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt public.

50. Il n'est pas contesté que le requérant a négligé de se conformer aux instructions que le médecin de comté lui avait données le 1<sup>er</sup> septembre 1994 – consulter à nouveau son médecin traitant et respecter les rendez-vous fixés par le médecin de comté. S'il s'est rendu à trois consultations du médecin de comté en septembre 1994 et à une consultation en novembre de la même année, et a reçu deux visites à domicile de ce médecin, le requérant ne s'est pas présenté à cinq des visites fixées en octobre et novembre 1994.

51. Selon l'une des autres instructions pratiques données par le médecin de comté le 1<sup>er</sup> septembre 1994, le requérant, s'il avait à subir un examen, une opération, un vaccin, une analyse de sang ou s'il venait à saigner pour quelque raison que ce fût, devait informer le personnel médical qu'il était porteur du VIH. Il devait aussi signaler son état à son dentiste. En avril 1999, le médecin de comté déclara devant le tribunal administratif de comté qu'au cours des deux dernières années, qu'il avait passées en fuite, le requérant était allé voir un médecin deux fois et qu'à chaque occasion il avait signalé sa séropositivité, alors qu'au cours de la période de septembre 1995 à mai 1996, où il s'était également tenu éloigné de l'hôpital, il avait par trois fois omis d'informer le personnel médical de son état.

52. Selon une autre encore des instructions pratiques du 1<sup>er</sup> septembre 1994, le requérant devait s'abstenir de consommer de l'alcool au point d'obscurcir son jugement et d'exposer des tiers au risque d'être contaminés par le VIH. Toutefois, le médecin n'avait pas demandé à l'intéressé de ne plus consommer d'alcool du tout ou de suivre une cure de désintoxication. Les juridictions internes n'ont pas non plus justifié la privation de liberté du

requérant par le fait qu'il aurait été « alcoolique » au sens de l'article 5 § 1 e) et selon les conditions énoncées par cette disposition.

53. En outre, bien que le médecin de comté eût déclaré en février 1995 devant le tribunal administratif de comté que, selon lui, le requérant devait consulter un psychiatre afin de changer de comportement, il n'avait pas, le 1<sup>er</sup> septembre 1994, donné pour instruction à M. Enhorn de suivre un traitement psychiatrique. Au cours de la procédure, les juridictions nationales n'ont pas non plus justifié, selon les conditions énoncées par l'article 5 § 1 e), la privation de liberté du requérant par cela qu'il aurait été « aliéné » au sens de cette disposition.

54. Les instructions du 1<sup>er</sup> septembre 1994 interdisaient au requérant d'avoir des rapports sexuels sans informer au préalable son partenaire qu'il était porteur du VIH. Il devait également utiliser un préservatif. La Cour relève à cet égard que, bien que l'intéressé ait été le plus souvent en liberté entre le 16 février 1995 et le 12 décembre 2001, rien ne laisse penser ni ne démontre qu'au cours de cette période il ait transmis le virus à qui que ce soit, ou qu'il ait eu un rapport sexuel sans informer d'abord son partenaire de son état, ou qu'il n'ait pas utilisé de préservatif, ou, d'ailleurs, qu'il ait eu quelques relations sexuelles que ce soit. Il est vrai que le requérant avait contaminé le jeune homme de dix-neuf ans avec lequel il avait eu une relation sexuelle pour la première fois en 1990. Cela fut découvert en 1994 lorsqu'il apprit qu'il était porteur du VIH. Toutefois, rien ne montre que le requérant ait transmis le virus au jeune homme intentionnellement ou à la suite d'une grave négligence, ce qui, dans de nombreux Etats contractants, dont la Suède, aurait constitué une infraction pénale.

55. Dès lors, la Cour estime que le placement du requérant en isolement ne constituait pas la mesure de dernier recours pouvant empêcher l'intéressé de propager le VIH étant donné que d'autres mesures, moins sévères, n'avaient pas été envisagées auparavant et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt public. Elle considère en outre qu'en prolongeant pendant près de sept ans l'ordre d'isolement, de sorte que le requérant demeura contre son gré dans un hôpital pendant quasiment un an et demi au total, les autorités n'ont pas ménagé un juste équilibre entre la nécessité de lutter contre la propagation du VIH et le droit du requérant à la liberté.

56. Il y a donc eu violation de l'article 5 § 1 de la Convention.

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

57. 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

58. Le requérant demande la somme de 400 000 couronnes suédoises (SEK), soit 44 305 euros (EUR)<sup>1</sup>, en réparation du dommage moral que lui a causé la violation alléguée de l'article 5 de la Convention. Il tire argument non seulement de la privation de liberté qu'il a endurée pendant un an et demi au total mais également du fait qu'il a été contraint de vivre caché pendant plusieurs années.

59. Le Gouvernement est d'avis que la somme à allouer au titre du dommage moral ne devrait pas dépasser 100 000 SEK, soit 11 076 EUR.

60. La Cour, statuant en équité, considère que dans les circonstances de l'espèce il y a lieu d'allouer au requérant la somme de 12 000 EUR (voir, par exemple, les arrêts *Witold Litwa*, précité, § 85, *Magalhães Pereira c. Portugal*, n° 44872/98, § 66, CEDH 2002-I, et *Morsink c. Pays-Bas*, n° 48865/99, § 74, 11 mai 2004).

### B. Frais et dépens

61. Le requérant réclame la somme de 18 809 SEK, soit 2 083 EUR, pour les frais et dépens engagés devant la Cour.

62. Le Gouvernement juge cette somme raisonnable.

63. Considérant qu'il y a un lien de causalité entre la somme réclamée au titre des frais et dépens exposés par le requérant devant la Cour et la violation constatée par elle, la Cour alloue la somme de 2 083 EUR à ce titre.

### C. Intérêts moratoires

64. 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.

---

1. Au 10 février 2003, date à laquelle les demandes ont été formulées.



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

1. *Dit* qu'il y a eu violation de l'article 5 § 1 de la Convention ;
2. *Dit*
  - a) que l'Etat défendeur doit verser au requérant, dans les trois mois à compter du jour où l'arrêt sera devenu définitif conformément à l'article 44 § 2 de la Convention, les sommes suivantes :
    - i. 12 000 EUR (douze mille euros) pour dommage moral,
    - ii. 2 083 EUR (deux mille quatre-vingt-trois euros) pour frais et dépens,
    - iii. tout montant pouvant être dû au titre de l'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.

Fait en anglais, puis communiqué par écrit le 25 janvier 2005, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

S. DOLLE  
Greffière

J.-P. COSTA  
Président

Au présent arrêt se trouve joint, conformément aux articles 45 § 2 de la Convention et 74 § 2 du règlement, l'exposé des opinions concordantes de M. Costa et de M. Cabral Barreto.

J.-P.C.  
S.D.

## OPINION CONCORDANTE DE M. LE JUGE COSTA

1. Comme tous mes collègues, j'ai considéré que l'hospitalisation forcée du requérant avait violé son droit à la liberté, tel qu'il est garanti par l'article 5 de la Convention.

2. J'ai cependant hésité, moins sur le dispositif de l'arrêt que sur le raisonnement qui doit en être le support nécessaire.

3. Qu'en l'espèce le placement de M. Enhorn ait violé l'article 5 ne paraît guère douteux, mais pourquoi y a-t-il eu une telle violation ? Voilà qui, à mes yeux, est moins évident.

4. Certes, d'une façon générale, la liberté est la règle, et les privations de liberté sont l'exception. C'est pourquoi la Cour a toujours considéré que les dérogations énumérées à l'article 5 § 1, alinéas a) à f), étaient limitatives et non indicatives, et que les conditions rendant licites ces exceptions au principe devaient être entendues de façon restrictive.

5. L'alinéa e) du paragraphe 1 de l'article 5, c'est-à-dire la possibilité de priver une personne de sa liberté (« selon les voies légales », en anglais « *in accordance with a procedure prescribed by law* »), « s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond » n'a pas donné lieu à une jurisprudence très abondante, en dépit de certains arrêts bien connus comme *Winterwerp c. Pays-Bas* (24 octobre 1979, série A n° 33), qui concerne les aliénés. Cette jurisprudence est quasi inexistante pour « les personnes susceptibles de propager une maladie contagieuse », et cela contribue à l'intérêt de l'affaire, mais aussi à sa difficulté.

6. Le requérant, atteint du virus de l'immunodéficience humaine, est incontestablement « susceptible de propager » cette maladie sexuellement transmissible, et nul n'a contesté que l'article 5 § 1 e) lui est applicable. Le sida était inconnu quand la Convention est entrée en vigueur, mais celle-ci est un instrument vivant à interpréter à la lumière des conditions de vie (et hélas ! de mort) actuelles.

7. Le dossier et l'arrêt (paragraphe 8 de l'arrêt) révèlent que le requérant a d'ailleurs propagé la maladie, une fois en tout cas, en 1994, comme résultat de relations sexuelles avec une personne. Mais il est à noter que c'est à cette occasion qu'il prit conscience qu'il était porteur du virus et qu'il l'avait ainsi transmis (sans le vouloir).

8. C'est la découverte de ce fait qui a invité les autorités médicales et judiciaires à prendre à l'encontre du requérant des mesures, sous la forme d'abord de recommandations prophylactiques puis, quelques mois plus tard, d'isolement forcé en milieu hospitalier.

9. Ces mesures ont une base légale en droit interne, la loi de 1988 sur les maladies contagieuses et notamment son article 38, toujours en vigueur même si une commission parlementaire a préconisé de donner un caractère

exceptionnel à l'isolement forcé (paragraphe 28 de l'arrêt). Il me semble clair que les mesures critiquées ont été prises « selon les voies légales » au sens de l'article 5 de la Convention.

10. Pour que la détention soit « régulière » il faut cependant, en outre, qu'elle soit, comme toute privation de liberté, conforme au but de l'article 5 : protéger l'individu contre l'arbitraire (voir par exemple l'arrêt *K.-F. c. Allemagne* du 27 novembre 1997, *Recueil des arrêts et décisions* 1997-VII, p. 2674, § 63).

11. C'est là que l'appréciation devient délicate. D'une part, il est très grave, pour la santé publique et surtout pour le droit à la santé des particuliers, de permettre à une personne d'infecter des individus sains, les exposant à une maladie grave et le plus souvent mortelle. Il y a quelques jours, en France, un accusé a été condamné à six ans d'emprisonnement pour avoir volontairement transmis le sida à des partenaires qui n'étaient pas contaminés. D'autre part, il faut rappeler à nouveau que la liberté (qui fonde la responsabilité) est et doit être la règle. Interner systématiquement les personnes susceptibles de propager une maladie contagieuse, ce serait en faire des parias ; ce serait une régression inacceptable des droits de l'homme, qui postulent la liberté et la responsabilité de l'être humain. Ce n'est admissible que pour des périodes de temps limitées (« la quarantaine »), et dans des cas où la maladie est curable, comme la tuberculose (je ne pense pas que le placement dans un sanatorium soit par principe contraire à l'article 5), et où la contagion est involontaire, ce qui ne se produit normalement pas avec les maladies sexuellement transmissibles : quoi de plus volontaire que l'acte sexuel accompli, sans précaution, par un malade qui se sait contagieux (ce qui n'a pas été le cas du requérant en 1994 – voir le paragraphe 7, ci-dessus, de la présente opinion) ?

12. Le paragraphe 54 de l'arrêt s'efforce de donner la clé. Le requérant a fait l'objet de mesures d'isolement répétées, qui ont couvert une période de sept années au total. Et ces mesures sont les plus radicales, alors que d'autres, moins sévères, auraient pu être prises. Globalement, elles n'ont donc pas été équilibrées ou proportionnées, d'où la violation.

13. Je suis à la fois en accord et en désaccord avec ce raisonnement. Sur un plan général, il est conforme à la jurisprudence, dès lors du moins que des mesures « moins sévères » existent (voir par exemple l'arrêt *Witold Litwa c. Pologne*, n° 26629/95, §§ 26 et 79, CEDH 2000-III). Ici, l'arrêt ne les identifie pas. Il aurait pu et dû, me semble-t-il, le faire, en rappelant les instructions données au requérant (paragraphe 9 de l'arrêt) avant qu'on ne recoure au placement forcé.

14. Mais je trouve surtout que l'arrêt aurait dû souligner deux faiblesses, d'ailleurs contradictoires, de l'attitude des autorités suédoises dans cette affaire. D'une part, pendant plus des trois quarts de sa longue période de placement, le requérant s'est évanoui dans la nature à plusieurs reprises, apparemment sans qu'on déploie de grands efforts pour le rechercher. Or s'il

était dangereux au point que l'on dût prolonger son hospitalisation, pourquoi le laisser libre *de facto*, au risque qu'il transmette le sida ? D'autre part, il semble résulter du dossier que M. Enhorn, en réalité, n'a plus contaminé personne, ni même eu de relations sexuelles, après 1994 (voir par exemple, au paragraphe 23, le rapport établi en 1999 par un psychiatre qualifié). Or, *a fortiori*, si l'absence de risque de propagation du sida par le requérant était avérée, pourquoi avoir encore réitéré, pendant deux ans et demi, l'ordre de le maintenir en isolement ?

14. Au total, cette affaire montre à la fois la difficulté de la conciliation entre la liberté (qui doit en définitive prévaloir) et la « défense sociale », et peut-être une hésitation de la jurisprudence sur l'article 5 entre les critères de la *protection contre l'arbitraire*, de la *nécessité*, et de la *proportionnalité*. Je peux intellectuellement admettre qu'une privation de liberté disproportionnée n'est pas nécessaire et que, si elle n'est pas nécessaire, elle confine à l'arbitraire. Mais une clarification serait cependant souhaitable, dans un souci de sécurité juridique notamment. Ce serait d'autant plus utile que les évolutions épidémiologiques peuvent malheureusement rendre plus nombreuses les requêtes du type de celle de M. Enhorn.

## OPINION CONCORDANTE DE M. LE JUGE CABRAL BARRETO

J'ai souscrit à la conclusion selon laquelle il n'y avait pas eu, en l'espèce, violation de l'article 5 § 1 de la Convention. Toutefois, vu l'importance des intérêts en jeu, je tiens à préciser ce qui suit quant aux motifs qui m'ont conduit à partager cette conclusion.

Les faits de la cause se rapportent à un cas de privation de liberté qui s'inscrit dans le contexte des mesures que les Etats sont appelés à adopter à des fins de défense sociale : protéger la collectivité des actes pouvant être accomplis par des individus ayant contracté une maladie contagieuse, tel le virus du sida. A l'évidence, le but de pareilles mesures est d'éviter la propagation d'une maladie dont les conséquences sont d'une gravité exceptionnelle. Le problème est que ces mesures, lorsqu'elles se traduisent en une privation de liberté au sens de l'article 5 § 1 de la Convention, doivent cadrer avec la jurisprudence constante de la Cour, à juste titre rigoureuse. Je rappellerai à cet égard qu'en pareille matière, « qui relève de l'ordre public au sein du Conseil de l'Europe, un contrôle scrupuleux, de la part des organes de la Convention, de toute mesure pouvant porter atteinte aux droits et libertés garantis, est commandé dans tous les cas » (*De Wilde, Ooms, et Versyp c. Belgique*, arrêt du 18 juin 1971, série A n° 12, p. 36, § 65). Or l'article 5 qui vise la liberté individuelle « a pour but d'assurer que nul [ne] soit dépouillé [de celle-ci] de manière arbitraire » (*Guzzardi c. Italie*, arrêt du 6 novembre 1980, série A n° 39, p. 33, § 92). De plus, la liste des exceptions au droit à la liberté qui figure dans le texte de l'article 5 revêt un caractère exhaustif, ce qui veut dire que « seule une interprétation étroite cadre avec le but et l'objet de cette disposition » (*Quinn c. France*, arrêt du 22 mars 1995, série A n° 311, pp. 17-18, § 42).

L'abondante jurisprudence en matière de détention d'aliénés (qui est une des hypothèses indiquées au paragraphe 1, alinéa e), de la disposition en cause) montre que la Cour a toujours été particulièrement attentive à vérifier la nécessité d'une privation de liberté à ce titre sous l'angle du contrôle de sa « régularité » au regard de la Convention. En effet, pareille régularité « suppose d'abord la conformité au droit interne mais aussi, l'article 18 le confirme, au but des restrictions autorisées par l'article 5 § 1 e) ; elle doit marquer tant l'adoption que l'exécution de la mesure privative de liberté » ; la privation de liberté ne peut se prolonger valablement sans la persistance du trouble (*Winterwerp c. Pays-Bas*, arrêt du 24 octobre 1979, série A n° 33, pp. 17-18, § 39).

On trouve une confirmation de cette façon d'interpréter les garanties de l'article 5 dans un arrêt concernant la détention d'un requérant qui, ayant provoqué des troubles dans un lieu public alors qu'il était en état d'ébriété, avait fait l'objet d'une détention dans une unité de dégrisement. Dans cette affaire, la Cour a estimé que « la privation de liberté est une mesure si grave

qu'elle ne se justifie que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public exigeant la détention » et qu'« il ne suffit donc pas que la privation de liberté soit conforme au droit national, encore faut-il qu'elle soit nécessaire dans les circonstances de l'espèce. » (*Witold Litwa c. Pologne*, n° 26629/95, § 78, CEDH 2000-III). Or la Cour a estimé que tel n'avait pas été le cas étant donné que les autorités n'avaient pas démontré que d'autres mesures, moins sévères que la privation de liberté, eussent été considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public exigeant la détention.

En conclusion, je partage le raisonnement figurant dans la première partie du paragraphe 54 de l'arrêt quant au caractère « non pertinent et suffisant » des mesures adoptées vis-à-vis du requérant.

Par contre, je tiens à me distancier du motif, figurant d'ailleurs par surabondance du droit, tiré d'un contrôle de proportionnalité de la mesure au regard du juste équilibre à respecter entre droit individuel et nécessité pour la collectivité. En effet, à mon avis, il se déduit et de la lettre de la jurisprudence constante de la Cour en matière de privation de liberté et, surtout, de l'esprit qui l'a inspirée et qui l'inspire toujours, qu'un contrôle de la proportionnalité d'une mesure de privation de liberté qui ferait appel à une marge d'appréciation que l'État se verrait reconnaître en la matière, ne serait aucunement conforme à une jurisprudence qui, depuis l'affaire *Lawless*, a tenu à souligner l'importance des garanties de l'article 5 même dans un contexte où le recours à l'article 17 de la Convention pourrait s'imposer par ailleurs (*Lawless c. Irlande* (fond), arrêt du 1<sup>er</sup> juillet 1961, série A n° 3, pp. 45-46, § 7).