



24 avril 2019

## Conseil d'État, ordonnance du 24 avril 2019, Interruption des traitements de V. Lambert

N° 428117

> *Lire le communiqué*

Vu la procédure suivante :

M. G...L..., Mme O...L..., M. C...S...et Mme A... I... ont demandé au juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

1°) à titre principal, d'une part, de suspendre la décision du 9 avril 2018 par laquelle le Dr M... a décidé d'arrêter la nutrition et l'hydratation artificielles de M. L...et d'assortir l'arrêt de ce traitement d'une sédation profonde et continue et, d'autre part, d'ordonner le transfert de M. L...dans un autre établissement de soins ou, à défaut, dans un autre service du centre hospitalier universitaire de Reims ;

2°) à titre subsidiaire, d'ordonner qu'il soit procédé à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M. L..., après sa prise en charge, pendant une durée suffisante, par une unité spécialisée dans les soins aux personnes cérébro-lésées.

Par une ordonnance n°1800820 du 20 avril 2018, le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, a rejeté les conclusions de la requête tendant au transfert de M. L...et, après avoir ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M. L..., a sursis à statuer sur le surplus de ses conclusions. Par une ordonnance du 2 juillet 2018, le juge des référés du tribunal, statuant dans les mêmes conditions, a amendé les termes de la mission initialement confiée au collège d'experts. Par une ordonnance du 31 janvier 2019, le juge des référés du tribunal, statuant dans les mêmes conditions, a rejeté la requête et mis les frais d'expertise à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims.

Par une requête et un mémoire en réplique, enregistrés les 18 février et 18 mars 2019 au secrétariat du contentieux du Conseil d'État, M. G...L..., Mme O...L..., M. C...S...et Mme A... I... demandent au juge des référés du Conseil d'Etat, statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

1°) d'annuler l'ordonnance du 20 avril 2018 du juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, l'ordonnance du 3 juillet 2018 du président du tribunal de Châlons-en-Champagne désignant un nouveau collège d'experts et l'ordonnance du 31 janvier 2019 du juge des référés du même tribunal en tant qu'elle rejette leur requête ;

2°) à titre principal, de renvoyer l'affaire devant le juge des référés d'un autre tribunal administratif ou, à défaut, de suspendre la décision du 9 avril 2018 et d'ordonner le transfert de M. L...dans un autre établissement de soins dans un délai de trente jours ;

3°) à titre subsidiaire, d'ordonner qu'il soit procédé à une « contre-expertise » de la situation médicale de M. L....

Les requérants soutiennent que leur requête d'appel est recevable, y compris en ce qu'elle est dirigée contre l'ordonnance avant-dire droit du 20 avril 2018, compte tenu des règles fixées à l'article R. 811-6 du code de justice administrative pour interjeter appel d'un jugement avant-dire droit.

En ce qui concerne la régularité de l'ordonnance du 31 janvier 2019, les requérants soutiennent que :

- elle a été rendue en méconnaissance de leur droit à un procès équitable et à un recours effectif garantis par les articles 6 et 13 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le Conseil d'Etat n'ayant pas, à cette date, statué sur leur pourvoi dirigé contre l'arrêt de la cour administrative d'appel de Nancy rejetant leur requête aux fins de renvoi, pour cause de suspicion légitime, de leur requête n° 1800820 devant un autre tribunal administratif ;

- l'expertise est irrégulière, tant au regard des exigences posées par le code de justice administrative que de celles découlant de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, d'une part, les experts désignés n'étant pas compétents dans la prise en charge des patients en état végétatif chronique ou état pauci-relationnel et n'ayant pas procédé conformément aux bonnes pratiques d'évaluation de ces patients et, d'autre part, le caractère contradictoire des opérations d'expertise n'ayant pas été assuré à tous les stades ;

- elle est insuffisamment motivée.

En ce qui concerne le bien-fondé des ordonnances du 20 avril 2018 et du 31 janvier 2019, les requérants soutiennent que :

- la décision du 9 avril 2018 ne pouvait être prise par le Dr M..., qui n'est pas le « médecin en charge » de M. L...au sens des dispositions du code de la santé publique ;

- la procédure collégiale a été entachée d'irrégularité, la décision du Dr M... étant d'ores et déjà acquise lorsque la procédure a été engagée et l'avis du subrogé tuteur de M. L..., en l'espèce, l'Union des associations familiales (UDAF) de la Marne n'ayant pas été recueilli, alors que celui de Mme H...L..., en qualité de tutrice, ne pouvait régulièrement l'être ;

- le juge des tutelles, en charge de M. L..., aurait dû être saisi pour autoriser l'arrêt des traitements dont il bénéficie ;

- le Dr M...ne s'est pas efforcé de parvenir à une position consensuelle de la famille ;

- la situation médicale de M. L...a été inexactement appréciée par le Dr M... et par le collège d'experts, en particulier s'agissant de l'évaluation de son état de conscience, de sa capacité de déglutition et de l'interprétation de ses vocalisations ;

- la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. L...ne saurait caractériser une situation d'obstination déraisonnable, ainsi que tant le Dr M...que le collège d'experts l'ont, d'ailleurs, reconnu, sauf à méconnaître les stipulations des articles 5, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 22 et 25 de la convention relative aux droits des personnes handicapées et des articles 2 et 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ainsi que les dispositions des articles L. 1110-5-1 et suivants et R. 4127-37-2 du code de la santé publique ;

- aucun des trois critères médicaux d'une situation d'obstination déraisonnable mentionnés à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique n'est actuellement rempli, M. L... n'étant pas en état de mort cérébrale, respirant et digérant seul et ne souffrant pas ;

- pour les patients en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel, seule une situation de comorbidité peut caractériser une éventuelle obstination déraisonnable ;

- la caractérisation d'une situation d'obstination déraisonnable ne saurait résulter exclusivement d'éléments non médicaux et, notamment, de la seule « reconstitution » de la volonté du patient ;

- les dispositions de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique telles qu'issues, en dernier lieu, du décret du 6 avril 2017, imposent, en l'absence de directives anticipées, de déterminer, sur la base d'éléments probants, l'expression de la volonté du patient ;

- ni les déclarations de Mme H...L..., qui ont varié, ni celles de M. E... L..., qui est désormais favorable au transfert de M. L...dans un autre établissement, ni celles, dont les auteurs ne peuvent être identifiés, recueillies par le Dr M...et irrégulièrement reprises dans sa décision motivée, ne permettent d'établir ce qu'était la volonté de M. L..., ni ce qu'elle serait aujourd'hui ;

- depuis son accident, M. L...a, d'ailleurs, manifesté, à plusieurs reprises, sa volonté de vivre ;

- ses réactions comportementales aux soins ne sauraient être interprétées comme un refus des soins, ainsi que le collège d'experts l'avait relevé en 2014 ;

- en tout état de cause, il n'est pas exclu que la volonté exprimée par un patient avant un accident ne corresponde plus à l'état de sa volonté après celui-ci ;

- l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. L...constitue, malgré la sédation profonde et l'analgésie qui sont simultanément prévues par le Dr M..., un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de l'article 4 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, de l'article 5 de la déclaration universelle des droits de l'homme, de l'article 15 de la convention relative aux droits des personnes handicapées et de l'article 7 du pacte international relatif aux droits civils et politiques ;

- M. L...doit être transféré dans un établissement spécialisé dans la prise en charge des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel, de façon à améliorer sa qualité de vie et à lui permettre de quitter la chambre d'hôpital où il est enfermé, en méconnaissance des articles 5, 12, 14, 15 et 25 de la convention relative aux droits des personnes handicapées.

Par un mémoire en défense, enregistré le 6 mars 2019, Mme H...L..., agissant en qualité de tutrice de M. L..., de représentante légale de leur fille mineure et à titre personnel, conclut au rejet de la requête. Elle soutient que les moyens de la requête ne sont pas fondés.

Par un mémoire en défense, enregistré le 6 mars 2019, M. P...L...conclut au rejet de la requête. Il soutient que les moyens de la requête sont, pour partie, inopérants et pour le surplus, non fondés.

Par un mémoire en défense, enregistré le 6 mars 2019, le centre hospitalier universitaire de Reims conclut au rejet de la requête. Il soutient que les moyens de la requête sont, pour partie, inopérants et pour le surplus, non fondés.

Par un mémoire en intervention, enregistré le 27 février 2019, l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC) conclut à ce qu'il soit fait droit aux conclusions de la requête n° 428117. Elle se réfère aux moyens exposés dans la requête.

La requête a été communiquée à l'UDAF de la Marne qui n'a pas produit de mémoire en défense.

La requête a été communiquée à la ministre des solidarités et de la santé qui n'a pas produit d'observations.

En application des dispositions de l'article R. 611-7 du code de justice administrative, les parties ont été informées de ce que la décision du juge des référés du Conseil d'Etat était susceptible d'être fondée sur le moyen, relevé d'office, tiré de ce que les conclusions de la requête dirigées contre l'ordonnance n° 1800820 du 20 avril 2018 sont irrecevables, faute d'avoir été présentées dans le délai prévu par le second alinéa de l'article L. 523-1 du code de justice administrative, l'article R. 811-6 du même code ne s'appliquant pas en matière de référé.

Par un mémoire, enregistré le 26 mars 2019, M. G...L...et les autres requérants persistent dans l'intégralité de leurs précédentes conclusions, lesquelles sont recevables.

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu :

- la Constitution ;
- la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- le pacte international relatif aux droits civils et politiques ;
- la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ;
- la convention des Nations Unies du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées ;
- le code civil ;
- le code de la santé publique ;
- la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 ;
- la décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 du Conseil constitutionnel ;
- le code de justice administrative ;

Après avoir convoqué à une audience publique, d'une part, M. G...L...et les autres requérants ainsi que l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés et, d'autre part, le centre hospitalier universitaire de Reims, Mme H...L..., M. P...L..., l'Union départementale des associations familiales de la Marne et la ministre des solidarités et de la santé ;

Vu le procès-verbal de l'audience publique du 29 mars 2019 à 9 heures 30 au cours de laquelle ont été entendus :

- Me Le Bret-Desaché, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, avocat de M. G...L...et des autres requérants ;
  - Mme O...L...et Mme A...I...;
  - les représentants de M. G...L...et des autres requérants ;
  - Me Molinié, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, avocat de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés ;
  - le représentant de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés ;
  - Me Poulet, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, avocat de Mme H... L...;
  - Me Munier-Apaire, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, avocat de M. P...L...;
  - M. P...L... ;
  - Me Froger, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, avocat du centre hospitalier universitaire de Reims ;
  - le Dr M... ;
  - le représentant du centre hospitalier universitaire de Reims ;
- et à l'issue de laquelle l'instruction a été close ;

Considérant ce qui suit :

#### Sur les procédures antérieures :

1. Il résulte de l'instruction que M. L..., né en 1976, a été victime, le 29 septembre 2008, d'un accident de la circulation, au cours duquel il a subi un grave traumatisme crânien. Cet accident lui a causé de sévères lésions cérébrales et l'a rendu tétraplégique. Au cours de l'année 2012, des membres du personnel soignant du centre hospitalier universitaire de Reims, dans lequel M. L... est hospitalisé, ont constaté chez lui des manifestations comportementales dont ils ont pensé qu'elles pouvaient être interprétées comme traduisant une opposition aux soins pratiqués. A la suite de ces constats et se fondant sur l'analyse qu'il faisait de l'absence d'évolution neurologique favorable du patient, le Dr K..., alors chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire et, à ce titre, responsable du service prenant en charge le patient, a engagé la procédure collégiale prévue par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique afin d'apprécier si la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. L... était le résultat d'une obstination déraisonnable, au sens de l'article L. 1110-5 du même code. Le 11 janvier 2014, ce médecin a décidé d'arrêter l'alimentation artificielle et de diminuer l'hydratation de M. L.... Saisi en référé sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative par les parents de M. L..., M. G...L...et Mme O...L..., l'un de ses demi-frères, M. C...S..., et l'une de ses sœurs, Mme A...I..., le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, par un jugement du 16 janvier 2014, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014. Saisi en appel par l'épouse de M. L..., un de ses neveux, M. P...L..., et le centre hospitalier universitaire de Reims, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, par une décision du 24 juin 2014 n°s 375081 375090 et 375091, après avoir notamment ordonné avant-dire-droit une expertise

médicale, a jugé que la décision du 11 janvier 2014 du Dr K...de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. L...ne pouvait être tenue pour illégale, a rejeté les conclusions présentées devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative et a réformé, en conséquence, le jugement du tribunal administratif. Saisie par M. G...L...et autres, la Cour européenne des droits de l'homme a, par un arrêt du 5 juin 2015, dit qu'il n'y aurait pas violation de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales en cas de mise en œuvre de la décision du Conseil d'Etat du 24 juin 2014.

2. Après l'intervention de cet arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme, M. P...L...a demandé, en juin 2015, au centre hospitalier universitaire de Reims de mettre en œuvre la décision qui avait été prise par le Dr K...le 11 janvier 2014. Par un courrier du 7 juillet 2015, le Dr D..., alors chef de service au sein de l'unité pour patients en état pauci-relationnel du centre hospitalier universitaire et médecin en charge de M. L..., a informé M. P...L..., ainsi que les autres membres de la famille, de sa décision d'engager une nouvelle procédure collégiale, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique. Le Dr D...a reçu M. P...L...et sa mère le 15 juillet 2015 et une réunion avec les membres de la famille s'est tenue le 20 juillet 2015. Par un communiqué de presse du 23 juillet 2015, le centre hospitalier universitaire a toutefois annoncé la décision du Dr D...de suspendre la procédure collégiale en indiquant que « les conditions de sérénité et de sécurité nécessaires à la poursuite de cette procédure tant pour M. L...que pour l'équipe soignante ne sont pas réunies ». Par un jugement du 9 octobre 2015, le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a rejeté la demande que lui avait soumise M. P... L...tendant, d'une part, à l'annulation de la décision du 7 juillet 2015 d'engager une nouvelle procédure collégiale et de la décision révélée par le communiqué de presse du 23 juillet 2015 de suspendre cette procédure et, d'autre part, à ce qu'il soit enjoint au centre hospitalier universitaire de Reims de mettre en œuvre la décision du 11 janvier 2014 du Dr K...d'arrêter l'alimentation et l'hydratation artificielles de M. L.... Par un arrêt du 16 juin 2016, la cour administrative d'appel de Nancy, sur appel de M. P...L..., a annulé ce jugement en tant qu'il avait statué sur les conclusions dirigées contre la décision de suspension de la procédure collégiale révélée par le communiqué de presse du 23 juillet 2015, a annulé cette décision, a enjoint au centre hospitalier universitaire de Reims de mettre le Dr D..., ou tout autre praticien susceptible de lui succéder, en mesure de répondre aux obligations lui incombant vis-à-vis de M. L...en vertu du code de la santé publique et a rejeté le surplus de la demande de M. P...L.... Les pourvois contre cet arrêt ont été rejetés par la décision du 19 juillet 2017 du Conseil d'Etat statuant au contentieux.

#### Sur la présente procédure :

3. Il résulte de l'instruction que, par un courrier en date du 22 septembre 2017, le Dr M..., médecin, chef de service, responsable du service de soins palliatifs au centre hospitalier universitaire de Reims et, à ce titre, en charge, de l'unité « cérébrolésés » au sein de laquelle M. L...est actuellement hospitalisé, a informé son épouse, ses parents, ses frères et sœurs ainsi que son neveu, de sa décision d'engager une nouvelle procédure collégiale, dans les conditions désormais prévues par les dispositions de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique. Au terme de celle-ci, ce médecin a, le 9 avril 2018, pris la décision d'arrêter les traitements de nutrition et d'hydratation artificielles de M. L..., cet arrêt devant être précédé de la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à tous les traitements de support requis. Le 17 avril 2018, M. G...L..., Mme O...L..., M. C...S...et Mme A... I...ont saisi le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne afin qu'il suspende cette décision et qu'il ordonne le transfert de M. L...dans un autre établissement ou, à défaut, dans un autre service du centre hospitalier universitaire de Reims. Par une ordonnance du 20 avril 2018, le juge des référés du tribunal administratif, statuant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, a rejeté les conclusions de la requête tendant au transfert de M. L...et, après avoir ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M. L..., a sursis à statuer sur le surplus de ses conclusions. Par une ordonnance du 2 juillet 2018, le juge des référés du tribunal de Châlons-en-Champagne, statuant dans les mêmes conditions, a amendé les termes de la mission confiée au collège d'experts. Enfin, par une ordonnance du 31 janvier 2019, il a rejeté la requête et mis les frais d'expertise à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims. Le 18 février 2019, M. G...L..., Mme O...L..., M. C...S...et Mme A... I...ont formé appel des ordonnances du 20 avril 2018 et du 31 janvier 2019. Si leur requête d'appel mentionne qu'ils sollicitent également l'annulation de l'ordonnance, en date du 3 juillet 2018, du président du tribunal de Châlons-en-Champagne désignant un nouveau collège d'experts, ils doivent, en réalité, être regardés, eu égard aux moyens qu'ils invoquent, comme ne demandant que l'annulation des ordonnances du 20 avril 2018 et du 31 janvier 2019 et comme formulant, à ce titre, notamment un moyen tiré de ce que le collège d'experts résultant de l'ordonnance du 3 juillet 2018 n'était pas qualifié pour une telle expertise.

#### Sur l'office du juge des référés :

4. Aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative : « *Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures* ».

5. Il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière, lorsqu'il est saisi, comme en l'espèce, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, d'une décision, prise par un médecin, dans le cadre défini par le code de la santé publique, et conduisant à arrêter ou ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, un traitement qui apparaît inutile ou disproportionné ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, dans la mesure où l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie. Il doit alors, le cas échéant en formation collégiale conformément à ce que prévoit le troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, prendre les mesures de sauvegarde nécessaires pour faire obstacle à son exécution lorsque cette décision pourrait ne pas relever des hypothèses prévues par la loi, en procédant à la conciliation des libertés fondamentales en cause, que sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable.

Sur le cadre juridique applicable au présent litige :

6. Aux termes de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». L'article L. 1110-2 de ce code dispose que : « *La personne malade a droit au respect de sa dignité* ».

7. Aux termes de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté (...)* ». Aux termes de l'article L. 1110-5-1 du même code, dans sa rédaction issue de la même loi : « *Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. /La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article. /Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10* ». Aux termes de l'article L. 1110-5-2 du même code, dans sa rédaction issue de la même loi : « *(...) Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. / La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies (...)* ». Aux termes de l'article L. 1111-4 du même code, dans sa rédaction issue de la même loi : « *(...) Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés (...)* ».

8. Il résulte des dispositions législatives qui viennent d'être citées, ainsi que de l'interprétation que le Conseil constitutionnel en a donnée dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, qu'il appartient au médecin en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté d'arrêter ou de ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, les traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. En pareille hypothèse, le médecin ne peut prendre une telle décision qu'à l'issue d'une procédure collégiale, destinée à l'éclairer sur le respect des conditions légales et médicales d'un arrêt du traitement, et, sauf dans les cas mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, dans le respect des directives anticipées du patient, ou, à défaut de telles directives, après consultation de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches, ainsi que, le cas échéant, de son ou ses tuteurs. En outre, la décision du médecin d'arrêter ou de ne pas mettre en œuvre un traitement traduisant une obstination déraisonnable, conduisant au décès d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, doit être notifiée à la personne de confiance désignée par celui-ci ou, à défaut, à sa famille ou ses proches, ainsi que, le cas échéant, à son ou ses tuteurs, dans des conditions leur permettant d'exercer un recours en temps utile, ce qui implique en particulier que le médecin ne peut mettre en œuvre cette décision avant que les personnes concernées, qui pourraient vouloir saisir la juridiction compétente d'un recours, n'aient pu le faire ou obtenir une décision de sa part.

Sur l'appel de M. G...L...et des autres requérants :

En ce qui concerne l'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés :

9. L'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés justifie, eu égard à son objet statutaire et aux questions soulevées par le litige, d'un intérêt de nature à la rendre recevable à intervenir au soutien de la requête dans la présente instance devant le Conseil d'Etat. Par suite, son intervention doit être admise.

En ce qui concerne la régularité de la procédure suivie en première instance :

10. En premier lieu, les requérants font valoir que le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne était tenu de surseoir à statuer sur leur demande de référé, dans l'attente que le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, se prononce sur le pourvoi qu'ils avaient formé contre l'arrêt de la cour administrative d'appel de Nancy rejetant leur demande de renvoi, pour cause de suspicion légitime, de cette demande à un autre tribunal administratif. Il est constant que l'ordonnance du juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, en date du 31 janvier 2019, est intervenue avant que le Conseil d'Etat ne statue sur ce pourvoi le 25 mars 2019. Toutefois, une demande de renvoi pour cause de suspicion légitime n'ayant pas, par elle-même, de caractère suspensif, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que, pour ce motif, l'ordonnance du 31 janvier 2019 serait irrégulière, ni à se prévaloir, à ce titre, d'une méconnaissance de leur droit d'accès à un tribunal et à un recours effectif garantis par la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. D'ailleurs, il leur était loisible de critiquer dans la présente instance la régularité de la composition de la formation de jugement ayant statué en première instance.

11. En deuxième lieu, si les requérants invoquent l'irrégularité, à plusieurs titres, des opérations d'expertise conduites en première instance, ils ne sauraient utilement critiquer le choix des experts qui relève du pouvoir d'appréciation du juge qui les a désignés et échappe au contrôle du juge d'appel, ni davantage, dans le cadre de la contestation de la

régularité de la procédure, le bien-fondé de la méthode suivie par les experts. S'ils font aussi valoir qu'en méconnaissance des exigences générales posées par le code de justice administrative et par l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, le caractère contradictoire des opérations d'expertise n'a pas été assuré à tous les stades, il ne résulte pas de l'instruction que tel aurait été le cas. En particulier, contrairement à ce qui est soutenu, les médecins-conseils des requérants ont pu accéder au dossier médical de M. L...et, ainsi que le rapport du collègue d'experts l'atteste, le débat contradictoire devant les experts a été nourri.

12. En dernier lieu, l'ordonnance du 31 janvier 2019 est, contrairement à ce que soutiennent les requérants, suffisamment motivée.

En ce qui concerne la conformité aux dispositions du code de la santé publique de la décision du 9 avril 2018 :

13. Il résulte de l'instruction qu'après son accident, M. L...a été hospitalisé pendant trois mois dans le service de réanimation du centre hospitalier de Châlons-en-Champagne, puis transféré dans le service de neurologie de ce centre, avant d'être accueilli pendant trois mois, du 17 mars au 23 juin 2009, au centre de rééducation de Berck-sur-Mer dans le département des blessés crâniens. Après ce séjour, il a été à nouveau hospitalisé au centre hospitalier universitaire de Reims, à l'exception, d'une part, d'un séjour en juillet 2011 au Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège pour un bilan diagnostique et thérapeutique et d'autre part, d'un séjour, en avril 2014, au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris dans le cadre de l'expertise ordonnée par le Conseil d'Etat, statuant au contentieux. M. L...est aujourd'hui hospitalisé au sein de l'unité « cérébrolésés » du service de soins palliatifs du centre hospitalier universitaire de Reims, où, en raison de son état de tétraplégie et de complète dépendance, il est pris en charge pour tous les actes de la vie quotidienne et est alimenté et hydraté de façon artificielle par voie entérale.

14. Pour estimer que la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificiellement administrées à M. L..., n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie du patient, traduit une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique, le Dr M..., après avoir indiqué au point 3.7 de sa décision motivée, qu'« une caractérisation d'obstination déraisonnable dans le cas d'un patient qui n'est pas en fin de vie à court terme ne peut (ne doit) se déduire (...) du seul fait qu'une nutrition et hydratation artificielles soient nécessaires au maintien en vie », s'est fondé sur l'absence d'« autonomie physique ou relationnelle » de M. L..., sur « une involution corporelle et fonctionnelle progressive et continue depuis son accident », un « état que l'on peut considérer maintenant comme irréversible et potentiellement sujet à de multiples complications évolutives », une « dépendance incontestable à la technique médicale pour survivre », « des complications conjoncturelles itératives sources de désagréments, de douleurs, d'intrusions corporelles » et « cette sensation forte, récurrente, de « corps souffrant non paisible » ». Le Dr M... a, en outre, mentionné avoir recueilli, à propos de M. L..., des témoignages « dessinant une personnalité libre, indépendante, qui n'aurait pu se résoudre à l'idée d'une perte d'autonomie » ainsi que « des témoignages concordants retraçant sa probable volonté de ne pas être maintenu en vie en situation de grande dépendance physique ».

15. Il revient au juge des référés du Conseil d'Etat de s'assurer, au vu de l'ensemble des circonstances de l'affaire et de l'ensemble des éléments versés dans le cadre de l'instruction contradictoire menée devant lui ainsi que des déclarations des parties lors de l'audience, que la décision prise le 9 avril 2018 par le Dr M...a respecté les conditions mises par la loi pour que puisse être prise une décision mettant fin à un traitement dont la poursuite traduit une obstination déraisonnable.

16. A ce titre, pour apprécier si les conditions d'un arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité. Outre les éléments médicaux, qui doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique, le médecin doit accorder une importance toute particulière à la volonté que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, quels qu'en soient la forme et le sens. A cet égard, dans l'hypothèse où cette volonté demeurerait inconnue, elle ne peut être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie dans les conditions présentes. Le médecin doit également prendre en compte les avis de la personne de confiance, dans le cas où elle a été désignée par le patient, ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches, ainsi que, le cas échéant, de son ou ses tuteurs, en s'efforçant de dégager une position consensuelle. Il doit, dans l'examen de la situation propre de son patient, être avant tout guidé par le souci de la plus grande bienfaisance à son égard.

17. Si, aux termes mêmes de la loi, l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode d'alimentation et d'hydratation ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable.

S'agissant de la procédure collégiale :

18. Aux termes de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue, d'une part, du décret du 3 août 2016 pris pour l'application de la loi du 2 février 2016 et, d'autre part, du décret du 6 avril 2017 : « I. - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et dans le respect des directives anticipées et, en leur absence, après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient. / (...) III- La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en

*charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation (...).* ».

19. Il résulte de l'instruction que dans le cadre de la procédure collégiale engagée, à compter du mois de septembre 2017, par le Dr M..., jusqu'à l'intervention de sa décision du 9 avril 2018, l'état médical de M. L...a fait l'objet d'une nouvelle évaluation clinique, d'une part, par le professeur N., médecin spécialiste qualifié en neurologie, qui l'avait examiné en 2014, dans le cadre de l'expertise ordonnée par le Conseil d'Etat, statuant au contentieux et, d'autre part, par Mme R..., orthophoniste, qui avait analysé en 2012 et 2015 sa capacité de déglutition. En outre, le Dr M...a proposé des entretiens bilatéraux à Mme H...L..., aux parents de M. L..., à ses frères et sœurs et à son neveu, de façon à recueillir leur avis sur un éventuel arrêt de traitement ainsi que les éléments dont ils auraient connaissance permettant de reconstituer la volonté de M. L...quant à une telle décision. De plus, en janvier 2018, le Dr M...a tenu une réunion en présence de l'ensemble de l'équipe de soins chargée de M. L..., des autres professionnels para-médicaux contribuant à sa prise en charge, d'un médecin consultant extérieur au service, le Professeur M., et du médecin-conseil désigné par les parents de M. L..., Mme H...L...n'ayant, quant à elle, pas souhaité en désigner un.

20. En premier lieu, le Dr M..., qui, comme il a été dit au point 3, est chef de service, responsable du service de soins palliatifs au centre hospitalier universitaire de Reims et, à ce titre, en charge, de l'unité « cérébrólésés » au sein de laquelle M. L...est actuellement hospitalisé, et a, par suite, la qualité de médecin en charge de M. L..., était compétent pour engager, sous sa responsabilité, la procédure collégiale qui vient d'être exposée. Contrairement à ce qui est soutenu, il ne résulte pas de l'instruction qu'il aurait décidé d'arrêter les traitements de M. L...avant même l'engagement de cette procédure.

21. En deuxième lieu, par un jugement du 10 mars 2016, le juge des tutelles du tribunal d'instance de Châlons-en-Champagne a placé M. L...sous tutelle pour une durée de cent vingt mois et désigné Mme H...L...en qualité de tutrice et l'Union départementale des associations familiales de la Marne en qualité de subrogé tuteur. Les requérants font valoir que les positions prises par Mme H...L...en faveur de l'arrêt du traitement caractérisent un conflit d'intérêts, de sorte que, selon eux, le Dr M...aurait dû, dans le cadre de la procédure collégiale qu'il a conduite, solliciter l'avis, non pas de la tutrice, mais du subrogé tuteur. Ils soutiennent, en outre, que le Dr M...aurait dû recueillir l'autorisation du juge des tutelles.

22. Toutefois, d'une part, aux termes de l'article 454 du code civil : « *Le juge peut, s'il l'estime nécessaire et sous réserve des pouvoirs du conseil de famille s'il a été constitué, désigner un subrogé curateur ou un subrogé tuteur. / (...) Le subrogé curateur ou le subrogé tuteur assiste ou représente, selon le cas, la personne protégée lorsque les intérêts de celle-ci sont en opposition avec ceux du curateur ou du tuteur ou lorsque l'un ou l'autre ne peut lui apporter son assistance ou agir pour son compte en raison des limitations de sa mission (...)* ». Aux termes de l'article 458 du même code : « *Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée* ». Aux termes de l'article 459 du code civil : « *Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. / Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. (...). / Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne protégée (...)* ». Aux termes de l'article 459-1 du même code, l'application des dispositions du code civil régissant les effets de la curatelle et de la tutelle quant à la protection de la personne « *ne peut avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique (...) prévoyant l'intervention d'un représentant légal (...)* ».

23. D'autre part, il résulte des dispositions législatives du code de la santé publique citées au point 7, ainsi que des dispositions réglementaires prises pour leur application, citées au point 18, que lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'il n'a pas rédigé de directives anticipées, la procédure collégiale vise à recueillir l'avis de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches, ainsi que, le cas échéant, de son ou ses tuteurs, préalablement à la décision éventuelle d'arrêt de traitement qui n'est prise que par le médecin.

24. Il résulte de la combinaison des dispositions citées aux points 22 et 23 ci-dessus que les requérants ne sont pas fondés à soutenir que, dans le cadre de la procédure collégiale, où il s'agit de recueillir l'avis des personnes les plus proches du patient et non de le représenter, le médecin en charge de M. L...aurait méconnu les dispositions des articles 454 et 459 du code civil, en recueillant l'avis de Mme H...L..., en sa qualité de tutrice, et non celui de l'Union départementale des associations familiales de la Marne, subrogé tuteur et en s'abstenant de solliciter l'autorisation du juge des tutelles.

25. En dernier lieu, il résulte de l'instruction que, comme il a été dit au point 19, le Dr M...a recueilli l'avis, outre de Mme H...L..., des parents de M. L..., de ses frères et sœurs et de son neveu avant de prendre la décision d'arrêt de traitement et a pris en considération ces différents avis. Dans les circonstances de l'espèce, il a pu estimer que le fait que les membres de la famille n'aient pas eu une opinion unanime n'était pas de nature à faire obstacle à sa décision.

26. Ainsi, la procédure collégiale préalable à l'adoption de la décision en litige n'est entachée d'aucune irrégularité.

S'agissant des autres éléments fondant la décision du Dr M...:

Quant aux éléments médicaux :

27. En premier lieu, comme il a été dit au point 17, si, aux termes mêmes de la loi, l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode d'alimentation et d'hydratation ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable. Par suite, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que la loi, en ce qu'elle comporte ces dispositions, serait incompatible avec les stipulations des articles 2 et 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de l'article 7 du pacte international relatif aux droits civils et politiques, ni davantage, en tout état de cause, des articles 5, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 22 et 25 de la convention relative aux droits des personnes handicapées, de l'article 4 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et de l'article 5 de la déclaration universelle des droits de l'homme.

28. En deuxième lieu, contrairement à ce que soutiennent les requérants, il résulte de ce qui a été dit au point 16 sur l'obligation, pour le médecin en charge du patient, de se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, qu'il ne saurait être recouru à un critère médical exclusif tel que celui la comorbidité - c'est-à-dire l'association d'une ou de plusieurs affections à une affection principale - pour caractériser l'obstination déraisonnable visée par les dispositions du code de la santé publique. Par suite, M. G...L...et autres ne sont pas fondés à soutenir que la décision en litige serait illégale, faute de se fonder sur un tel critère.

29. En troisième lieu, par la décision du 24 juin 2014, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, a jugé, au vu d'une expertise confiée à un collège d'experts et de l'instruction contradictoire conduite devant lui, qu'à cette date, l'état clinique de M. L... correspondait à un état végétatif, que les lésions cérébrales, graves et étendues qui avaient été constatées étaient irréversibles et que ces éléments, outre la longue durée d'évolution, la dégradation clinique depuis 2011 et la sévérité de l'atteinte motrice des quatre membres constituaient des éléments indicateurs d'un pronostic clinique négatif.

30. Depuis lors, il résulte de l'instruction que le professeur A., médecin qualifié spécialiste en neurologie et en médecine physique et de réadaptation, et le professeur N., médecin qualifié spécialiste en neurologie, qui était l'un des membres du collège d'experts missionné en 2014, ont procédé chacun, le premier en 2015, le second en 2017, à une réévaluation de l'état clinique de M. L...qui les a conduits à confirmer qu'il présente un état végétatif chronique de profondeur stable depuis 2014.

31. Dans le cadre de l'instruction conduite devant le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne a été, en outre, ordonnée une nouvelle expertise, confiée à un collège d'experts, composé des professeurs C., S. et W., médecins qualifiés spécialistes en respectivement neurochirurgie et neurologie, neurochirurgie et oto-rhino-laryngologie, aux fins de prendre connaissance du dossier médical de M. L..., de l'examiner, de décrire, au vu de ces constatations, l'évolution de son état de santé depuis 2014, en portant une attention particulière à sa capacité de déglutition et de dire si cet état de santé est susceptible d'aggravation ou d'amélioration.

32. Si les requérants contestent la méthodologie suivie par ce collège d'experts et lui reprochent, notamment, de n'avoir procédé qu'à deux examens cliniques du patient, en outre, rapprochés et de ne pas avoir sollicité de nouvel examen neurologique par *imagerie par résonance magnétique*, il ne résulte pas de l'instruction que les opérations d'expertise, qui venaient en complément des investigations déjà menées à de nombreuses reprises par d'autres praticiens, aient été, en l'espèce, inadéquates.

33. Le rapport remis par ce collège d'experts relève que M. L...est dans un état végétatif chronique comparable cliniquement à celui qui avait été constaté en 2014, à l'exception d'« éléments minimes d'aggravation ». S'agissant de sa capacité de déglutition, il est noté qu'il n'est pas possible que « les résidus réflexes et/ou automatiques de fonctionnement puissent aboutir à restaurer une capacité de déglutition efficace en terme de nutrition, même après reprise d'une rééducation ». Enfin, s'agissant des possibilités d'évolution de l'état de M. L..., les experts indiquent qu'« aucune amélioration de la situation neurologique incluant la capacité de déglutition n'est scientifiquement envisageable ce jour », que « l'espérance de vie moyenne des patients en état végétatif chronique est rapportée réduite » et que son « état général est susceptible de se dégrader à la faveur de complications liées au décubitus obligatoire, à la présence d'une sonde urinaire (...) et à la stagnation veineuse ».

34. En outre, si les requérants ont fait valoir, notamment devant les experts, que M. L...réagissait à certaines situations, sous forme de clignements des yeux, de légers mouvements ou de vocalisations, en produisant à l'appui de leurs dires des enregistrements vidéo de M. L..., le rapport d'expertise, comme, d'ailleurs, celui de 2014, indique que ces réactions ne peuvent pas être interprétées comme traduisant une possibilité d'interaction volontaire du patient avec son environnement, ni comme une manifestation d'une « forme résiduelle de conscience ». A cet égard, si le Dr M...relève, dans sa décision du 9 avril 2018, une « sensation forte, récurrente, de « corps souffrant non paisible » », une telle constatation n'est pas contradictoire avec ce qui vient d'être dit.

35. Enfin, sans qu'il y ait lieu de prescrire une nouvelle expertise, les échanges qui ont eu lieu dans le cadre de l'instruction contradictoire tant en première instance qu'en appel, notamment lors de l'audience de référé qui s'est tenue le 29 mars 2019, ne sont pas de nature à infirmer les conclusions des experts telles qu'elles viennent d'être analysées.

#### Quant aux autres éléments :

36. Par sa décision du 24 juin 2014, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, a jugé qu'il résultait de l'instruction contradictoire conduite devant lui que Mme H...L...et son mari, tous deux infirmiers, avaient souvent évoqué leurs expériences respectives auprès de patients en réanimation ou de personnes polyhandicapées et qu'à ces occasions, M. L...avait clairement et de manière répétée exprimé le souhait de ne pas être maintenu artificiellement en vie dans l'hypothèse où il se trouverait dans un état de grande dépendance. Il a, en outre, constaté que si ces propos n'avaient pas été tenus en présence des parents de M. L..., ces derniers n'alléguaient pas que leur fils n'aurait pu les tenir ou aurait fait part de souhaits contraires. Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, a également relevé que plusieurs des



frères et sœurs de M. L...avaient indiqué que ces propos correspondaient à la personnalité, à l'histoire et aux opinions personnelles de leur frère. Dès lors, il a jugé qu'en indiquant, dans sa décision motivée, sa certitude que M. L...ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions, le médecin alors en charge de M. L...n'avait pas inexactement interprété les souhaits manifestés par le patient avant son accident. Si les requérants soutiennent aujourd'hui que les témoignages dont avait été tirée cette certitude auraient varié, il ne résulte pas de l'instruction que le sens de ces témoignages, notamment celui de Mme H...L..., en ait été modifié, ni que les propos de M. L...dont elle témoignait ne correspondent pas à sa personnalité.

37. Si les requérants font, en outre, valoir, que, en tout état de cause, cette reconstitution des intentions de M. L..., à la supposer avérée, ne saurait établir ce qu'est aujourd'hui sa volonté, il résulte des dispositions précitées du code de la santé publique et de ce qui est dit au point 16 que lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, il appartient au médecin qui en a la charge, dans le cadre de la procédure collégiale, d'attacher une importance toute particulière à la volonté qu'il avait pu, le cas échéant, exprimer antérieurement. Ainsi le Dr M... en indiquant dans sa décision motivée avoir recueilli « des témoignages concordants retraçant [l]a probable volonté [de M. L...] de ne pas être [artificiellement] maintenu en vie » dans une « situation de grande dépendance physique », lesquels, s'ils sont pour partie présentés sans indication nominative des sources, sont corroborés par les autres pièces du dossier produites par les parties en défense, n'a ni commis d'erreur de droit au regard des dispositions du code de la santé publique en cause, ni inexactement interprété la volonté manifestée par M. L... avant son accident.

38. Enfin, contrairement à ce qui est soutenu, la décision du Dr M...n'a pas caractérisé l'obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique en se fondant exclusivement sur des éléments non médicaux.

#### En ce qui concerne la demande de transfert :

39. Si les requérants demandent que M. L...soit transféré dans un établissement spécialisé dans la prise en charge des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel, de façon à améliorer sa qualité de vie et à lui permettre de quitter la chambre d'hôpital où il se trouve aujourd'hui jour et nuit, il résulte de l'instruction qu'ainsi que l'a relevé le rapport d'expertise ordonné en première instance, « *les soins et l'attention des soignants le maintiennent dans un état général optimal eu égard à l'extrême gravité de son état* ». Par suite, les moyens tirés de ce que les conditions actuelles d'hospitalisation de M. L... seraient contraires aux articles 5, 12, 14, 15 et 25 de la convention relative aux droits des personnes handicapées ne peuvent, en tout état de cause, qu'être écartés.

40. Il résulte de tout ce qui précède que les différentes conditions exigées par la loi pour que puisse être prise, par le médecin en charge du patient, une décision mettant fin à un traitement n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie et dont la poursuite traduirait ainsi une obstination déraisonnable peuvent être regardées, dans le cas de M. L...et au vu de l'instruction contradictoire conduite dans le cadre de la présente instance, comme réunies. La décision du Dr M...du 9 avril 2018 d'arrêter l'alimentation et l'hydratation artificielles de M. L...et d'assortir l'arrêt de ce traitement d'une sédation profonde et continue, ne peut, en conséquence, être tenue pour illégale. Dès lors, sans qu'il soit besoin de statuer sur leur recevabilité, les conclusions de la requête de M. G...L...et des autres requérants ne peuvent être accueillies.

#### ORDONNE :

-----

Article 1<sup>er</sup> : L'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés est admise.

Article 2 : La requête de M. G... L...et autres est rejetée.

Article 3 : La présente ordonnance sera notifiée à M. G...L..., Mme O...L..., M. C... S..., Mme A...I..., à l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, au centre hospitalier universitaires de Reims, à Mme H... F...épouse L..., à M. P...L...et à l'Union départementale des associations familiales de la Marne.