



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

CINQUIÈME SECTION

AFFAIRE MEDMOUNE c. FRANCE

(Requête n° 55026/22)

ARRÊT

Art 2 (matériel) • Obligations positives • Vie • Décision médicale d'arrêter les traitements qui maintenaient en vie un patient, qui avait rédigé des directives anticipées dans le sens contraire • Cadre législatif compatible avec les exigences de l'art 2, y compris en ce qui concerne la faculté de ne pas suivre les directives anticipées du patient • Processus décisionnel répondant aux exigences de l'art 2 • Accès à un recours juridictionnel respectant les exigences de l'art 2

Préparé par le Greffe. Ne lie pas la Cour.

STRASBOURG

5 février 2026

DÉFINITIF

05/05/2026

*Cet arrêt est devenu définitif en vertu de l'article 44 § 2 de la Convention.
Il peut subir des retouches de forme.*

En l'affaire Medmoune c. France,

La Cour européenne des droits de l'homme (cinquième section), siégeant en une chambre composée de :

Kateřina Šimáčková, *présidente*,

María Elósegui,

Mattias Guyomar,

Andreas Zünd,

Diana Sârcu,

Mykola Gnatovskyy,

Sébastien Biancheri, *juges*,

et de Victor Soloveytschik, *greffier de section*,

Vu :

la requête (n° 55026/22) dirigée contre la République française et dont deux ressortissantes de cet État, M^{mes} Rachida Medmoune et Saida Medmoune, et une ressortissante marocaine, M^{me} Zohra Medmoune (« les requérantes »), ont saisi la Cour en vertu de l'article 34 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (« la Convention ») le 30 novembre 2022,

la décision de porter à la connaissance du gouvernement français (« le Gouvernement ») le grief tiré de l'article 2 de la Convention,

les observations communiquées par le Gouvernement et celles communiquées en réplique par les requérants,

la décision de la présidente de la section de ne pas joindre au dossier les observations du centre européen pour le droit et la justice, qu'elle avait autorisé à se porter tiers intervenant,

Après en avoir délibéré en chambre du conseil le 13 janvier 2026,

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

INTRODUCTION

1. La requête concerne la décision médicale d'arrêter des traitements qui maintenaient en vie le frère des deux premières requérantes et l'époux de la troisième requérante, alors qu'il avait rédigé des directives anticipées dans lesquelles il indiquait « [vouloir] que l'on continue à [l]e maintenir en vie (même artificiellement) dans le cas où [il] aurai[t] perdu (définitivement) conscience et où [il] ne pourrai[t] plus communiquer avec [s]es proches ». Les requérantes invoquent en particulier l'article 2 de la Convention.

EN FAIT

2. Les requérantes sont nées respectivement en 1976, 1979 et 1986. Elles résident à Bruay sur l'Escault et sont représentées par M^e F. Molinié, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation.

3. Le Gouvernement est représenté par son agent, M. D. Colas, directeur des affaires juridiques au ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

4. Les faits de la présente cause peuvent se résumer comme suit.

5. Le 18 mai 2022, M. A.M., 44 ans, frère des deux premières requérantes et époux de la troisième, fut renversé par un véhicule utilitaire sur lequel il effectuait des réparations, avec pour conséquences un polytraumatisme grave compliqué par un arrêt cardio-respiratoire et une absence d'oxygénation du cerveau pendant sept minutes.

6. M. A.M. fut admis le même jour au service de réanimation du centre hospitalier de Valenciennes. Les examens qui y furent menés établirent l'absence de réflexes du tronc cérébral et d'activité cérébrale et des lésions anoxiques sévères.

I. LA DÉCISION D'ARRÊT DES TRAITEMENTS DU 1^{er} JUIN 2022

7. Le 31 mai 2022, l'équipe médicale engagea la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique (paragraphe 22 ci-dessous).

8. Le 1^{er} juin 2022, à l'issue de cette procédure, l'équipe médicale décida d'arrêter les traitements à partir du 9 juin 2022. Elle remit le document suivant aux proches de M. A.M. :

« (...) [M. A.M.] est pris en charge dans le service de réanimation depuis le 18 mai 2022, service au sein duquel il reçoit des soins diligents et adaptés à sa pathologie : polytraumatisme compliqué d'arrêt cardiocirculatoire d'origine hypoxique. Il a été mis sous ventilation mécanique depuis son entrée et mise en route des traitements nécessaires et adéquats à son état ; prise en charge d'une pneumopathie d'inhalation et drainage d'un pneumothorax gauche.

[M. A.M.] a donc été pris en charge de façon adaptée, conformément aux règles de l'art. Sa situation a été évoquée quotidiennement lors des staffs et plus particulièrement au staff éthique entre l'ensemble de l'équipe de réanimation et équipe mobile de soins palliatifs.

Nous avons informé M^{me} Medmoune Rachida, personne de référence, sa sœur aînée ainsi que l'ensemble des proches (épouse, frères et sœurs et cousins) au fur et à mesure de l'évolution de sa situation clinique.

(...) Son pronostic vital est désormais engagé ; coma, aucun signe de réveil depuis l'arrêt de la sédation avec des explorations dont les résultats sont en faveur d'un pronostic neurologique gravissime (électroencéphalogrammes, potentiels évoqués, NSE et IRM).

En tant que médecins, nous ne pouvons pas cautionner un acharnement thérapeutique. Comme l'indiquent les articles L. 1110-5-1 et R. 4127-37 du code de la santé publique, le médecin « doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ».

Un arrêt des soins est donc envisagé.

ARRÊT MEDMOUNE c. FRANCE

Il a été discuté en équipe pluridisciplinaire, le 31 mai, Staff neuro-radio et Staff éthique.

Le comité d'éthique a été saisi le 31 mai 2022 à 13 heures 30.

[M. A.M.] n'a pas rédigé de directives anticipées.

De ce fait, comme il est hors d'état d'exprimer sa volonté, nous nous sommes tournés vers la personne de référence (pas de personne de confiance désignée par le patient), Medmoune Rachida, et la famille/les proches, afin de bénéficier d'un témoignage sur la volonté qu'aurait pu exprimer le patient.

Des informations loyales, claires, appropriées, ont été données sur la situation médicale de [M. A.M.].

Nous avons discuté ensemble d'une décision de limitation et d'arrêt des traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable.

Nous avons bien compris que vous étiez réticents/opposés à cet arrêt des soins. Vous invoquez le besoin d'avoir plus de temps pour évaluer l'état neurologique de [M. A.M.].

Toutefois, compte tenu de l'état clinique du patient, nous ne pouvons pas continuer de telle thérapeutiques actives, notamment la ventilation mécanique, au vu du pronostic neurologique gravissime.

Il vous est possible de contester cette décision en saisissant le juge des référés du tribunal administratif de Lille, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative. Il sera amené à se prononcer dans un délai très rapide.

En l'absence de recours de votre part, l'arrêt des thérapeutiques actives sera réalisé le 9 juin 2022.

Notre équipe mettra tout en œuvre pour accompagner dignement la fin de vie de [M. A.M.] avec poursuite des soins de confort. Il vous sera possible de l'accompagner lors de l'arrêt des thérapeutiques actives et nous restons disponibles pour tous les proches. »

9. Le 7 juin 2022, les requérantes saisissent le juge des référés du tribunal administratif de Lille d'un référé-liberté sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative. Elles demandèrent la suspension de l'exécution de la décision du 1^{er} juin 2022 en invoquant l'absence de prise en compte de la volonté du patient, et produisirent des directives anticipées datées 5 juin 2020, rédigées à la main par M. A.M. en ces termes :

« C'est après avoir vécu la situation avec ma défunte mère il y a quelques mois et à votre conseil que je vous écris mes volontés dans le cas où je ne serai plus en mesure de m'exprimer, à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

Je veux que l'on continue à me maintenir en vie (même artificiellement) dans le cas où j'aurais perdu (définitivement) conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches : mon épouse, mes sœurs, mes frères et mon père.

Je demande que mes soins continuent pour mon bien-être et que l'équipe médicale continue à me préconiser les traitements nécessaires à mon maintien en vie. J'accepte les actes tels que la réanimation ou l'assistance respiratoire.

Je compte sur ma famille, à savoir ma femme, mes sœurs, mes frères et aussi mon père, pour respecter mes souhaits et prendre les décisions nécessaires pour me maintenir

en vie et de consulter mon dossier médical si je ne suis plus en mesure de le faire ou en mesure de l'exprimer ou même si je suis dans un état de coma prolongé jugé irréversible.

J'atteste que les directives anticipées formulées sur la présente sont bien l'expression de ma volonté libre et éclairée ».

10. Le 8 juin 2022, le juge des référés du tribunal administratif de Lille, siégeant en une formation composée de trois juges, suspendit l'exécution de la décision d'arrêt des traitements par une ordonnance ainsi motivée :

« (...) Il ressort des termes de la décision du 1^{er} juin 2022 que l'absence de directives anticipées du patient a été présumée par les médecins au cours de la procédure collégiale ayant conduit à envisager l'arrêt des thérapeutiques (...) et que, par ailleurs, ces derniers n'ont pas cherché à savoir si le patient avait exprimé des volontés particulières auprès de ses proches, de sorte qu'aucune discussion n'a été engagée sur la volonté de M. [A.M.] en matière de poursuite des soins. La circonstance que l'avis de la famille a été recueilli et envisagé lors de ces discussions n'est pas de nature à pallier l'absence de prise en compte des volontés du patient, lesquelles doivent, en toutes circonstances, être au centre des décisions prises le concernant. (...) En ne tenant aucun compte des volontés de M. [A.M.] lors de la mise en œuvre de la procédure collégiale (...), le centre hospitalier de Valenciennes a porté une atteinte grave et manifestement illégale aux libertés fondamentales que constituent le droit au consentement et le droit au respect de la vie (...) ».

11. La procédure collégiale reprit, et de nouveaux examens et consultations extérieures furent menés par l'équipe médicale afin d'évaluer l'état de santé de M. A.M. Les proches de ce dernier furent tenus régulièrement informés.

II. LA DÉCISION D'ARRÊT DES TRAITEMENTS DU 15 JUILLET 2022

12. Le 15 juillet 2022, le chef du service de réanimation du centre hospitalier de Valenciennes décida d'arrêter les traitements, sous sédation profonde et continue, le 22 juillet 2022. L'équipe médicale remit le jour même à la famille de M. A.M. un document détaillant sa situation médicale et précisant les motifs de cette décision, signé par dix médecins, dont deux médecins extérieurs à l'équipe de réanimation, deux infirmières et deux cadres infirmières. Ce document, dont il ressort en particulier que l'équipe médicale avait revu la situation à la lumière des directives anticipées de M. A.M. et que les discussions éthiques collégiales – qui s'étaient déroulées les 9 juin, 30 juin, 7 juillet et 11 juillet 2022 – avaient conclu unanimement à une situation d'obstination déraisonnable ne permettant pas leur application, est ainsi rédigé :

« (...) Pronostic du patient

(...) dans le cas de M. [M.A.], six critères sont présents sur les deux nécessaires au pronostic neurologique défavorable. Ainsi son pronostic vital reste engagé depuis son accident et son arrêt cardiorespiratoire extrahospitalier du 18 mai 2022.

Par ailleurs, nous notons la persistance de trois défaillances d'organes vitaux extra-neurologiques incompatible avec une sortie de soins intensifs : insuffisance rénale aiguë sans critère d'épuration extra-rénale ; insuffisance respiratoire avec impossibilité de sevrer la ventilation mécanique ; impossibilité de maintenir une nutrition entérale suffisante devant une intolérance digestive.

(...) la situation n'a pas évolué favorablement [depuis le 1^{er} juin 2022] et s'est au contraire dégradée. La nutrition entérale est particulièrement difficile à maintenir du fait de régurgitations itératives, M. [A.M.] présente une escarre sacrée très difficile à traiter (...).

[Le 12 juillet, le Dr G.B.], neurologue, a (...) constaté un patient en coma profond totalement aréactif (...). L'IRM encéphalique réalisé a mis en évidence des lésions extensives et diffuses de l'ensemble de la substance blanche (...).

La consultation des proches

Devant l'absence de personne de confiance nommée par le patient, nous vous avons régulièrement informées au fur et à mesure de l'évolution de sa situation clinique et de l'absence d'amélioration neurologique.

Des informations loyales, claires, appropriées, vous ont été aussi souvent que possibles données sur la situation médicale de M. [A.M.], notamment en entretiens familiaux dédiés en présence de membres de l'équipe médicale du service de réanimation polyvalente et tracés dans le dossier médical les dates suivantes : [20, 24, 25, 27 et 31 mai 2022, 15 et 28 juin, et 12 juillet 2022]. Nous avons discuté ensemble d'une décision de limitation puis d'arrêt des traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable. Nous avons bien acté de votre opposition à cet arrêt des soins ; nous pouvons humainement le comprendre, mais pas le cautionner d'un point de vue médical.

À l'issue de ces différentes réunions, le pronostic vital (...) étant particulièrement défavorable à court, moyen et long terme, ont été décidées, d'une part la limitation des traitements, d'autre part, d'engager une nouvelle procédure d'arrêt des soins.

A. Limitation des traitements (...)

B. Arrêt des traitements

(...) Le 15 juin, trois praticiens hospitaliers du CHU de Lille à l'unité d'accueil du déchocage médicale au sein du pôle de médecine intensive-réanimation (...) ont pris en compte les données du dossier médical du patient et ont conclu que la « décision collégiale et multidisciplinaire d'un arrêt des traitements actifs se justifie ».

Après un délai de réflexion et d'évaluation clinique quotidienne dans notre service, le 11 juillet, une nouvelle réunion collégiale s'est tenue, en présence notamment du Dr [G.T.] (médecin extérieur, spécialiste en neurologie) (...). Les professionnels de santé ont de nouveau longuement débattu de la situation clinique de M. [A.M.] et ont conclu collectivement à un arrêt thérapeutique sous sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (...). En effet, nous sommes maintenant dans une situation qui peut être qualifiée d'obstination déraisonnable et d'acharnement thérapeutique. Sont actuellement réalisés des actes ou des traitements [qui] apparaissent inutiles et même disproportionnés. Ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, sans aucune perspective raisonnable d'amélioration. Pour rappel, la loi interdit l'obstination déraisonnable et les professionnels de santé ont pour devoir de ne jamais faire preuve d'une obstination déraisonnable. En tant que médecins, nous considérons que la poursuite des soins constitue cette obstination déraisonnable, les soins étant entrepris depuis plus de quarante jours ; cela va à l'encontre de nos principes

déontologiques (...). Il est évoqué quotidiennement le sentiment de « maltraitance » des soignants envers M. [A.M.] et d'acharnement thérapeutique.

(...) M. [A.M.] reste donc dépendant de soins lourds et invasifs, avec altération cutanée avec escarres, impossibilité de sevrer la ventilation mécanique, impossibilité d'alimenter correctement le patient sur sonde naso-gastrique du fait de régurgitation.

(...) Le juge des référés ayant suspendu la décision [du 31 mai 2022], en particulier du fait de la nécessité de prise en compte des souhaits qui auraient été préalablement exprimés par le patient, nous avons revu la situation à la lumière [des directives anticipées] et de la situation clinique de M. [A.M.].

Les directives anticipées prises en compte mais inappropriées

Dans les directives anticipées (...) votre frère indique souhaiter être « maintenu en vie (même artificiellement) dans le cas où il aurait perdu (définitivement) conscience et où il ne pourrait plus communiquer ».

Lors des réunions pluridisciplinaires collégiales des [9 et 30 juin, et 7 et 11 juillet] 2022, qui se sont déroulées en présence des personnels médicaux et paramédicaux de l'équipe, et de personnes ressources, les directives anticipées ont été jugées manifestement inappropriées et non conformes à la situation médicale du patient.

Le 7 juillet 2022, un document circonstancié de limitation des traitements a été rédigé au terme d'une réunion pluridisciplinaire (...). Le 11 juillet 2022, une nouvelle concertation a eu lieu, en présence de l'équipe de soins de support (...), des représentants du comité éthique (...), du Dr G.B., neurologue. Les [vingt-et-une] personnes présentes [dont onze médecins] ont été unanimes sur le caractère inapproprié des directives anticipées et sur la situation clinique et le pronostic défavorable de M. [A.M.].

(...) Toutes les discussions éthiques collégiales ont conclu unanimement à une situation d'obstination déraisonnable, qui ne permet pas d'appliquer les directives anticipées (...) ».

13. Le 20 juillet 2022, les requérantes saisissent le juge des référés du tribunal administratif de Lille d'une requête en référé-liberté. Invoquant notamment l'article 2 de la Convention et le droit à la vie de M. A.M., elles demandaient principalement que la décision d'arrêt des soins soit suspendue et que le centre hospitalier soit enjoint à « prendre les mesures nécessaires pour soigner au mieux le patient, en effectuant tout acte d'imagerie nécessaire au besoin ».

A. L'ordonnance du juge des référés du tribunal administratif de Lille du 22 juillet 2022

14. Par une ordonnance du 22 juillet 2022, le juge des référés du tribunal administratif de Lille, siégeant en une formation composée de trois juges, rejeta la requête. Il releva que la décision de ne pas appliquer les directives anticipées de M. A.M. en raison de leur « caractère manifestement inapproprié au regard de la situation clinique et du pronostic défavorable de celui-ci » avait été prise à l'unanimité, après consultation de trois praticiens du centre hospitalier universitaire de Lille relevant de l'unité d'accueil et de déchocage médical, une réunion pluridisciplinaire du 7 juillet 2022, et la

consultation du référent éthique des Hauts-de-France, professeur de réanimation au centre hospitalier universitaire d'Amiens, et à l'issue d'une nouvelle réunion collégiale du 11 juillet 2022, rassemblant l'équipe de soins de support, des représentants du comité éthique de l'établissement et un médecin neurologue extérieur au service de réanimation. S'agissant de l'état de santé de M. A.M., l'ordonnance souligne ce qui suit :

« (...) 11. (...) M. [A.M.] se trouve, depuis le 18 mai 2022, dans un état de coma profond aréactif aux stimulations verbales et nociceptives, qui correspond à une abolition de la conscience et à l'absence d'interaction possible avec l'environnement. Sur le plan des réflexes du tronc cérébral il n'y a pas de réflexe naso palpébral, pas de cornéen, pas de réflexe oculocéphalogyres verticaux ou horizontaux, pas de photomoteur, seulement un réflexe oculocardiaque. Les électroencéphalogrammes réalisés permettant de mesurer et d'enregistrer l'activité électrique du cerveau sont plats et les ondes N20 traduisant l'activation du cortex somesthésique primaire controlatéral à la stimulation sont abolies. Cet état induit l'impossibilité pour le patient de respirer durablement sans l'aide d'une ventilation mécanique. Il ressort des explications fournies à l'audience que l'ensemble des examens réalisés depuis l'admission de M. [A.M.] dans le service de réanimation du centre hospitalier de Valenciennes n'a montré aucune amélioration même légère de cet état de coma profond, et partant des lésions cérébrales graves dont le patient est atteint. Il ressort également de ces explications que l'équipe médicale, qui s'est concertée en collégialité large le 11 juillet 2022 puis le 15 juillet 2022, et qui a demandé l'avis de médecins extérieurs au service de réanimation et au centre hospitalier de Valenciennes, est convaincue de ce que l'état du patient, qui n'a plus d'activité cérébrale, présente un caractère irréversible et de ce que la poursuite de la thérapeutique invasive sans laquelle M. [A.M.] ne peut continuer à vivre représente un traitement qui n'a pour seul effet que le maintien artificiel de la vie et qui, dans un avenir proche, va conduire à une dégradation de l'état corporel du patient qui se manifeste par une alimentation problématique du fait de vomissements et diarrhées profuses, par une escarre très difficile à traiter, par une insuffisance rénale aiguë et par des complications infectieuses.

12. Dans ces conditions, il n'apparaît pas que la décision prise par l'équipe médicale du service de réanimation du centre hospitalier de Valenciennes d'arrêter les traitements de suppléance des fonctions vitales de M. [A.M.], au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ne respecterait pas le cadre législatif posé par le code de la santé publique (...) ».

15. Le 25 juillet 2022, les requérantes saisirent le Conseil d'État en appel. Elles demandèrent dans ce cadre que la question prioritaire de constitutionnalité suivante soit transmise au Conseil constitutionnel :

« L'alinéa 3 de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, en ce qu'il autoriserait un médecin à arrêter les soins maintenant en vie une personne, contre la volonté de celle-ci exprimée dans une directive anticipée, est-il contraire aux droits et libertés garantis par la Constitution, et en particulier au droit au respect de la vie, ou à tout le moins à la sauvegarde de la dignité humaine résultant du Préambule de la Constitution de 1946, à la liberté de conscience garantie par l'article 10 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et à la liberté personnelle proclamée par les articles 1^{er}, 2 et 4 de ce même texte ? »

16. La formation collégiale de référé du Conseil d'État fit droit à cette demande par une ordonnance du 19 août 2022.

B. La décision n° 2022-1022 QPC du Conseil constitutionnel, du 10 novembre 2022

17. Le 10 novembre 2022, par une décision n° 2022-1022 QPC, le Conseil constitutionnel constata que la question prioritaire de constitutionnalité portait sur les mots « lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale » figurant au troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, et conclut qu'ils étaient conformes à la Constitution. La décision est motivée comme il suit :

« (...) 11. En premier lieu, en permettant au médecin d'écarter des directives anticipées, le législateur a estimé que ces dernières ne pouvaient s'imposer en toutes circonstances, dès lors qu'elles sont rédigées à un moment où la personne ne se trouve pas encore confrontée à la situation particulière de fin de vie dans laquelle elle ne sera plus en mesure d'exprimer sa volonté en raison de la gravité de son état. Ce faisant, il a entendu garantir le droit de toute personne à recevoir les soins les plus appropriés à son état et assurer la sauvegarde de la dignité des personnes en fin de vie.

12. Il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne dispose pas d'un pouvoir général d'appréciation et de décision de même nature que celui du Parlement, de substituer son appréciation à celle du législateur sur les conditions dans lesquelles un médecin peut écarter les directives anticipées d'un patient en fin de vie hors d'état d'exprimer sa volonté dès lors que ces conditions ne sont pas manifestement inappropriées à l'objectif poursuivi.

13. En deuxième lieu, les dispositions contestées ne permettent au médecin d'écarter les directives anticipées que si elles sont « manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale » du patient. Ces dispositions ne sont ni imprécises ni ambiguës.

14. En troisième lieu, la décision du médecin ne peut être prise qu'à l'issue d'une procédure collégiale destinée à l'éclairer. Elle est inscrite au dossier médical et portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches.

15. En dernier lieu, la décision du médecin est soumise, le cas échéant, au contrôle du juge. Dans le cas où est prise une décision de limiter ou d'arrêter un traitement de maintien en vie au titre du refus de l'obstination déraisonnable, cette décision est notifiée dans des conditions permettant à la personne de confiance ou, à défaut, à sa famille ou à ses proches, d'exercer un recours en temps utile. Ce recours est par ailleurs examiné dans les meilleurs délais par la juridiction compétente aux fins d'obtenir la suspension éventuelle de la décision contestée.

16. Il résulte de ce qui précède que le législateur n'a méconnu ni le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ni la liberté personnelle. Les griefs tirés de leur méconnaissance doivent donc être écartés.

17. Par conséquent, ces dispositions, qui ne méconnaissent pas non plus la liberté de conscience ni le principe d'égalité devant la loi, ni aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit, doivent être déclarées conformes à la Constitution (...).

C. L'ordonnance de la formation collégiale de référé du Conseil d'État du 29 novembre 2022

18. Le 29 novembre 2022, le juge des référés du Conseil d'État, siégeant en une formation composée de trois juges, rejeta la requête des requérantes par une ordonnance motivée comme il suit :

« (...) Sur l'office du juge des référés :

(...) 3. (...) il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière lorsqu'il est saisi, 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 à 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 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, qui 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 du litige

(...) 8. Il résulte [des articles L. 1110-1, L. 1110-2, L. 1110-5, L. 1110-5-1, L. 1111-4, L. 1111-11, R. 4127-37-1 et R. 4127-37-2 du code de la santé publique] ainsi que de l'interprétation que le Conseil constitutionnel en a donnée dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, qu'il appartient au médecin en charge d'un patient, lorsque celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, d'arrêter ou de ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, les traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. En pareille hypothèse, le médecin ne peut prendre une telle décision qu'à l'issue d'une procédure collégiale, destinée à l'éclairer sur le respect des conditions légales et médicales d'un arrêt du traitement.

9. La ventilation mécanique ainsi que l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable. Cependant, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la rendant tributaire d'un tel mode de suppléance des fonctions vitales ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable.

10. Pour apprécier si les conditions d'un arrêt des traitements de suppléance des fonctions vitales sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité.

11. Une attention particulière doit être accordée à la volonté que le patient peut avoir exprimée, par des directives anticipées ou sous une autre forme. Les directives anticipées que le patient a le cas échéant prises s'imposent en principe au médecin pour

toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement. Tel n'est cependant pas le cas face à une urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. Un refus d'appliquer les directives anticipées peut également être opposé à l'issue d'une procédure collégiale, par une décision inscrite au dossier médical et portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches, dans le cas où ces directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Ainsi que l'a jugé le Conseil constitutionnel par sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022, le législateur, en prévoyant cette dernière hypothèse, a estimé que les directives anticipées, notamment de poursuite des soins, ne pouvaient s'imposer en toutes circonstances, dès lors qu'elles sont rédigées à un moment où la personne ne se trouve pas encore confrontée à la situation particulière de fin de vie dans laquelle elle ne sera plus en mesure d'exprimer sa volonté en raison de la gravité de son état. Ce faisant, le législateur a entendu garantir le droit de toute personne à recevoir les soins les plus appropriés à son état et assurer la sauvegarde de la dignité des personnes en fin de vie.

12. À défaut de directives anticipées, le médecin doit prendre sa décision 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.

(...) Sur les circonstances du litige

(...) 15. (...) [la décision d'arrêt des soins du 15 juillet 2022] dont il n'est pas contesté qu'elle a respecté les règles de procédure (...) indique que le maintien des actes et traitements apparaît inutile et même disproportionné et comme n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie sans aucune perspective raisonnable d'amélioration. La décision mentionne que les directives anticipées de M. [A.M.] ont été prises en compte mais ont été unanimement écartées comme manifestement inappropriées et non conformes à la situation du patient.

Sur la requête en référé :

16. En premier lieu, ainsi que l'a jugé le Conseil constitutionnel dans la décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 statuant sur la question prioritaire de constitutionnalité soulevée par [les requérantes], les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, dont la portée est précisée au point 11, ne sont pas contraires à la Constitution. Elles ne sont pas davantage, compte tenu de la marge d'appréciation reconnue aux États parties à la Convention pour prévoir la possibilité de permettre ou non l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie et, si tel est le cas, de déterminer les modalités de sa mise en œuvre, contraires au droit à la vie, au droit au respect de la vie privée et aux libertés de pensée, de conscience et de religion garantis par les articles 2, 8 et 9 de cette Convention. Par suite, contrairement à ce qui est soutenu, la décision attaquée a pu légalement en faire application.

17. En deuxième lieu, il résulte de l'instruction qu'il s'est écoulé entre l'admission du patient au service de réanimation du centre hospitalier de Valenciennes le 18 mai 2022 et la décision du 15 juillet 2022 un délai de deux mois, pendant lequel n'a été constatée aucune amélioration de l'état de santé de M. [A.M.], plongé dans un coma profond. Durant cette période, plusieurs examens ont été réalisés, notamment des imageries par résonance magnétique et des électroencéphalogrammes, ayant mis en évidence des lésions anoxiques et un tracé plat montrant l'absence de toute réactivité, le pronostic neurologique étant considéré comme « péjoratif ». Des réunions pluridisciplinaires et collégiales se sont tenues les 9 juin, 30 juin, 7 juillet et 11 juillet 2022, une neurologue extérieure au service de réanimation ayant été consultée, conformément aux exigences du code de la santé publique. Dans ces conditions, il n'est pas établi, contrairement à ce qui est soutenu, que la décision litigieuse a été prise de

manière hâtive, sans que des réévaluations et examens complémentaires n'aient pu être réalisés ni que toutes les thérapeutiques n'aient pu être envisagées. Au surplus, depuis cette période, les soins prodigués ont été adaptés à l'état du patient, et un nouvel IRM qu'ils avaient nécessités, réalisé quelques jours avant l'audience, a à nouveau montré le caractère irrémédiable et stable des lésions constatées

18. En troisième il résulte de l'instruction, notamment du mémoire produit le 18 novembre 2022 par le centre hospitalier de Valenciennes informant des dernières évolutions du patient ainsi que des éléments recueillis lors de l'audience publique, que l'état de M. [A.M.] est caractérisé par une abolition de la conscience résultant des lésions anoxiques causées par son accident, sans réaction ni spontanée ni à la demande, et sans possibilité de relation avec l'extérieur. Il n'existe plus aucun réflexe du tronc cérébral, à l'exception du réflexe oculo-cardiaque, et aucune possibilité de respiration sans ventilation mécanique, la respiration spontanée étant inefficace. Par ailleurs, son état général, qui n'a connu aucune amélioration jusqu'à présent malgré les soins prodigués pendant six mois, se dégrade, l'escarre déjà existante s'aggravant par une escarre occipitale et omoplate, la perte musculaire étant majeure et la disparition de tout réflexe de clignement des yeux imposant une occlusion mécanique des paupières en continu. Cette situation ne peut que confirmer que toute poursuite des soins et traitements apparaît dès lors inutile et de nature à constituer, en l'espèce, une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

19. En dernier lieu, il résulte de l'instruction qu'il n'existe aucune perspective d'évolution de l'état du patient, dans un état irréversible d'abolition de toute conscience, et qu'il ne peut pas être maintenu en vie sans le soutien d'une ventilation artificielle. À cet égard, il résulte des explications données à l'audience, que loin de permettre un transport du patient dans un autre établissement qui assurerait son maintien en vie hors des capacités de réanimation de l'hôpital, la possibilité évoquée par le corps médical au cours des dernières semaines de réaliser une trachéotomie visait seulement à permettre d'éviter des complications et à apporter au patient un certain confort, et non de le sevrer de l'assistance de cette ventilation artificielle. Par conséquent, contrairement à ce qui est soutenu par les requérantes, il ne peut être ni accueilli dans un autre cadre qu'un service de réanimation ni traité sans des soins lourds et invasifs. Dans ces circonstances, caractérisées par l'absence de toute perspective thérapeutique et des conditions de vie irrémédiablement et particulièrement dégradées, l'appréciation de l'équipe médicale selon laquelle les directives anticipées de poursuite des soins formulées par M. [A.M.] devaient être regardées comme manifestement inappropriées à la réalité de sa situation médicale actuelle, et la décision en conséquence de cesser les soins qui lui sont dispensés, ne peuvent être regardées comme ayant porté une atteinte grave et manifestement illégale aux libertés fondamentales invoquées (...) ».

19. Le 30 novembre 2022, les requérantes saisirent la Cour sur le fondement de l'article 39 de son règlement d'une demande tendant, dans l'attente de sa décision sur leur requête, à la suspension de l'exécution de la décision du 15 juillet 2022 et au maintien des soins.

20. Le 1^{er} décembre 2022, le juge de permanence décida de ne pas indiquer au Gouvernement la mesure provisoire sollicitée.

21. L'arrêt des soins fut mis en œuvre le 26 décembre 2022. M. A.M. décéda à cette date.

LE CADRE JURIDIQUE ET LA PRATIQUE INTERNES PERTINENTS

22. Issues pour l'essentiel de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 « relative aux droits des malades et à la fin de vie » et de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie », les dispositions pertinentes du code de la santé publique, applicables à la date des faits litigieux, sont les suivantes :

Article L. 1110-2

« La personne malade a droit au respect de sa dignité. »

Article L. 1110-5

« 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. Ces dispositions s'appliquent sans préjudice ni de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produits de santé ni de l'application du titre II du présent livre.

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »

Article L. 1110-5-1

« 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. »

Article L. 1111-4

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

(...)

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. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical (...). »

Article L. 1111-6

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

(...) ».

Article L. 1111-11

« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

À tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, définit les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation des directives anticipées. Les directives anticipées sont notamment conservées sur un registre national faisant l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Lorsqu'elles sont conservées dans ce registre, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à leur auteur.

Le médecin traitant informe ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction de directives anticipées.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. La personne chargée de la mesure de protection ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion. »

Article L. 1111-12

« Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches. »

Article R. 4127-37

« En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »

Article R. 4127-37-1

« I. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimée par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans les cas prévus aux II et III du présent article.

II. En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale.

III. Si le médecin en charge du patient juge les directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le refus de les appliquer ne peut être décidé qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1111-11. Pour ce faire, le médecin recueille l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. Il peut recueillir auprès de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

IV. En cas de refus d'application des directives anticipées, la décision est motivée. Les témoignages et avis recueillis ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille ou l'un des proches du patient est informé de la décision de refus d'application des directives anticipées. »

Article R. 4127-37-2

« 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.

II. Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille

ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

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 une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou de la personne chargée de la mesure, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

IV. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

Article R. 4127-37-3

« (...) II. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'un arrêt de traitement de maintien en vie a été décidé au titre du refus de l'obstination déraisonnable, en application des articles L. 1110-5-1, L. 1110-5-2 et L. 1111-4 et dans les conditions prévues à l'article R. 4127-37-2, le médecin en charge du patient, même si la souffrance de celui-ci ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie, excepté si le patient s'y était opposé dans ses directives anticipées.

Le recours à une sédation profonde et continue, ainsi définie, doit, en l'absence de volonté contraire exprimée par le patient dans ses directives anticipées, être décidé dans le cadre de la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2.

En l'absence de directives anticipées, le médecin en charge du patient recueille 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.

Le recours à une sédation profonde et continue est motivé. La volonté du patient exprimée dans les directives anticipées ou, en l'absence de celles-ci, le témoignage de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé des motifs du recours à la sédation profonde et continue. »

La ventilation mécanique ainsi que l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable. Cependant, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience ou, à plus forte raison, de perte d'autonomie la

rendant tributaire d'un tel mode de suppléance des fonctions vitales ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable.

23. Les dispositions pertinentes du code de justice administrative sont les suivantes :

Article L. 511-2

« Sont juges des référés les présidents des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel ainsi que les magistrats qu'ils désignent à cet effet et qui, sauf absence ou empêchement, ont une ancienneté minimale de deux ans et ont atteint au moins le grade de premier conseiller.

Pour les litiges relevant de la compétence du Conseil d'État, sont juges des référés le président de la section du contentieux ainsi que les conseillers d'État qu'il désigne à cet effet.

Lorsque la nature de l'affaire le justifie, le président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel ou, au Conseil d'État, le président de la section du contentieux peut décider qu'elle sera jugée, dans les conditions prévues au présent livre, par une formation composée de trois juges des référés, sans préjudice du renvoi de l'affaire à une autre formation de jugement dans les conditions de droit commun.

(...). »

Article L. 521-2

« 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. »

Article L. 523-1

« Les décisions rendues en application de l'article L. 521-2 sont susceptibles d'appel devant le Conseil d'État dans les quinze jours de leur notification. En ce cas, le président de la section du contentieux du Conseil d'État ou un conseiller délégué à cet effet statue dans un délai de quarante-huit heures et exerce le cas échéant les pouvoirs prévus à l'article L. 521 4. »

24. Il résulte de la jurisprudence du Conseil d'État (décisions des 14 février 2014, n^{os} 375081, 375090 et 375091, 24 juin 2014, n^o 375081, et 24 avril 2019, n^o 428117) les principes généraux suivants.

En premier lieu, le Conseil d'État a jugé qu'eu égard à l'office particulier qui est celui du juge des référés lorsqu'il est saisi, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, d'une décision prise par un médecin en application du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie (paragraphe 25 ci-dessous), il lui appartenait, dans ce cadre, d'examiner un moyen tiré de

l'incompatibilité des dispositions législatives dont il a été fait application avec les stipulations de la Convention. Il a ainsi considéré que, prises dans leur ensemble, eu égard à leur objet et aux conditions dans lesquelles elles doivent être mises en œuvre, les dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique ne pouvaient être regardées comme incompatibles avec les stipulations de articles 2 et 8 de la Convention. Il a relevé à cet égard qu'elles « [définissaient] un cadre juridique réaffirmant le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés, le droit de voir respectée sa volonté de refuser tout traitement et le droit de ne pas subir un traitement médical qui traduirait une obstination déraisonnable[, et qu'elles] ne permett[ai]ent à un médecin de prendre, à l'égard d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, une décision de limitation ou d'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger que sous la double et stricte condition que la poursuite de ce traitement traduise une obstination déraisonnable et que soient respectées les garanties tenant à la prise en compte des souhaits éventuellement exprimés par le patient, à la consultation d'au moins un autre médecin et de l'équipe soignante et à la consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche[, et] qu'une telle décision du médecin [était] susceptible de faire l'objet d'un recours devant une juridiction pour s'assurer que les conditions fixées par la loi [avaient] été remplies ».

En deuxième lieu, le Conseil d'État a précisé ce qui suit :

« (...) il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière lorsqu'il est saisi, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, d'une décision prise par un médecin sur le fondement du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie. Il doit alors, le cas échéant en formation collégiale, 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 (...) ».

En troisième lieu, le Conseil d'État a jugé que « 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 (...) mode de suppléance des fonctions vitales [tel que la ventilation mécanique et l'alimentation et l'hydratation artificielles] ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable » ; « pour apprécier si les conditions d'un arrêt des traitements de suppléance des fonctions vitales sont réunies s'agissant d'un patient victime de lésions cérébrales graves, quelle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état végétatif ou dans un état de conscience minimale le mettant hors d'état

d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend de ce mode d'alimentation et d'hydratation, le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, le conduisant à appréhender chaque situation dans sa singularité ».

Enfin, le Conseil d'État a précisé qu'il lui revenait 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 contestée « 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 ».

TEXTES INTERNATIONAUX

25. Il est renvoyé aux textes internationaux mentionnés dans l'arrêt *Lambert et autres c. France* [GC] (n° 46043/14, §§ 59-71, CEDH 2015 (extraits)) et dans la décision *Gard et autres c. Royaume-Uni* (n° 39793/17, §§ 51-54, 27 juin 2017).

EN DROIT

I. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 2 DE LA CONVENTION

26. Les requérantes se plaignent d'une atteinte au droit à la vie de M. A.M. résultant de la décision médicale d'arrêter les traitements qui le maintenaient en vie, alors qu'il avait rédigé des directives anticipées dans lesquelles il indiquait « [vouloir] que l'on continue à [l]e maintenir en vie (même artificiellement) dans le cas où [il] aurai[t] perdu (définitivement) conscience et où [il] ne pourrai[t] plus communiquer avec [s]es proches ». Elles invoquent l'article 2 de la Convention, qui est ainsi libellé :

« 1. Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi (...) ».

A. Sur la recevabilité

27. Le Gouvernement ne met pas en cause la recevabilité de cette partie de la requête. Il déclare en particulier ne pas contester la qualité des requérantes à agir en leur propre nom, admettre leur qualité à agir pour le compte de M. A.M. à la date d'introduction de la requête et s'en remettre à la sagesse de la Cour s'agissant de leur qualité à poursuivre l'instance au nom de ce dernier après son décès.

28. La Cour, qui prend acte des déclarations du Gouvernement, constate que cette partie de la requête n'est ni manifestement mal fondées ni irrecevable pour un autre motif visé à l'article 35 de la Convention, et la déclare recevable.

B. Sur le fond

1. Thèses des parties

a) Les requérantes

29. Selon les requérantes, l'affaire pose la question inédite suivante : un médecin peut-il décider d'arrêter les traitements qui maintiennent un patient en vie contre la volonté de ce dernier, exprimée dans une directive anticipée écrite, et contre l'avis unanime des membres de sa famille ?

30. Soulignant l'importance que la jurisprudence de la Cour donne au respect de la volonté du patient et considérant que le droit de refuser un traitement a nécessairement pour corolaire celui de décider de le poursuivre, les requérantes soutiennent que les conditions dans lesquelles le droit interne prévoit la possibilité d'écarter les directives anticipées, d'une part, et les circonstances dans lesquelles elles ont été écartées en l'espèce, d'autre part, méconnaissent le droit à la vie.

31. Sur le premier point, les requérantes exposent que la loi prévoit des exceptions au principe du caractère contraignant des directives anticipées telles, qu'il se trouve privé de portée. D'après elles, en autorisant le médecin à écarter les directives anticipées qui « apparaissent manifestement inappropriées » et en omettant de fixer des critères objectifs, la loi confère au médecin une marge d'appréciation excessive, et génère un risque d'arbitraire, d'« appréciation purement subjective » et de « prise d'une décision médicale radicalement contraire à une volonté préalablement exprimée ». Elles notent que, dans son rapport n° 2017-161R relatif à l'évaluation de l'application de la loi « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » du 2 février 2016, l'inspection générale des affaires sociales a relevé que les exceptions « sont exprimées dans des termes assez vagues et imprécis » et qu'« une évaluation du droit pourrait consister à préciser d'avantage les notions de « directives manifestement inappropriées » ou « non conformes à la situation médicale » car certaines situations peuvent susciter des interrogations ».

32. Les requérantes estiment par ailleurs que la consultation collégiale prévue à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique ne constitue pas une garantie suffisante au regard de l'article 2 dès lors qu'elle ne lie pas le médecin, que l'avis des membres présents de l'équipe de soin n'est pas obligatoire, et que seul est requis l'avis – purement consultatif – d'un médecin « consultant », sans qu'aucune règle visant à prévenir un éventuel conflit

d'intérêts ne soit fixé – hormis la prohibition de lien de nature hiérarchique – ni aucune condition relative à l'hôpital de rattachement ne soit prescrite.

33. Sur le cas d'espèce, les requérantes relèvent que la décision du 15 juillet 2022 se borne à affirmer que les directives anticipées de M. A.M. étaient manifestement inappropriées, sans préciser en quoi leur teneur aurait été déconnectée de la réalité de sa situation, et estiment qu'elles ont en réalité été écartées parce qu'elles ont été jugées déraisonnables en elles-mêmes. Elles estiment par ailleurs que le Conseil d'État n'a pas pris en compte la volonté de M. A.M. mais uniquement la circonstance que son état de santé était jugé irréversible. Selon les requérantes, la volonté réfléchie et clairement exprimée de M. A.M. d'être maintenu en vie dans la situation dans laquelle il se trouvait a été niée.

34. Enfin, les requérantes indiquent qu'alors qu'elle savait qu'elle agissait contre la volonté de M. A.M., l'équipe médicale n'a tenté aucune démarche de conciliation, d'explication ou d'accompagnement de la famille, et a finalement fait le choix d'interrompre les traitements le lendemain de Noël.

b) Le Gouvernement

35. Le Gouvernement souligne que la loi française n'autorise ni l'euthanasie ni le suicide assisté, mais permet l'arrêt des traitements en cas de situation d'obstination déraisonnable, tout en tenant compte de la volonté du patient.

36. Renvoyant à la décision *Afiri et Biddarri c. France* [Comité] (n° 1828/18, 23 janvier 2018, § 31) et à l'arrêt *Lambert et autres* précité, le Gouvernement rappelle que la Cour a jugé que le cadre législatif français actuel, tel qu'il a été appliqué en l'espèce, était conforme à l'article 2. Il ajoute que la loi prévoit la prise en compte de la volonté du patient sous plusieurs formes (les directives anticipées, à défaut, le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches) et la mise en œuvre d'une procédure collégiale, et que depuis 2016, les directives anticipées s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsqu'à l'issue d'une procédure collégiale, elles « apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ». Il note que, si la loi ne définit pas précisément la notion de « caractère manifestement inapproprié », le Conseil constitutionnel a jugé dans sa décision n° 2022-1022 QPC du 10 novembre 2022 (paragraphe 17 ci-dessus) que les dispositions en question n'étaient ni imprécises ni ambiguës, et que la collégialité (qui est imposée non seulement lorsqu'il est envisagé d'arrêter les traitements, mais aussi lorsqu'il est décidé d'écarter des directives anticipées) et la possibilité pour la famille ou les proches d'engager un recours juridictionnel protégeaient contre l'arbitraire. Le Gouvernement ajoute que, lorsqu'il est saisi en vertu de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, le juge des référés peut ordonner la suspension de l'exécution

de la décision de refus d'application des directives anticipées et la reprise des traitements permettant le maintien en vie, le Conseil d'État ayant précisé dans une décision du 14 février 2014 qu'il lui faut « exercer ses pouvoirs de manière particulière » et, « le cas échéant en formation collégiale, 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 ».

37. Le Gouvernement expose ensuite qu'en l'espèce, le cadre législatif et réglementaire a été respecté, les souhaits exprimés par M. A.M. et ses proches ont été dûment pris en compte, et les requérantes ont pu former un recours juridictionnel. Il relève en particulier que la décision du 15 juillet 2022, prise à l'issue d'une procédure collégiale, retrace l'évolution de la situation clinique de M. A.M., fait état d'un « pronostic très défavorable » et de la dégradation de sa situation après la première décision d'arrêt des soins, indique que les requérantes ont été tenues informées de cette évolution au fur et à mesure, et détaille la prise en compte des directives anticipées et l'impossibilité de les appliquer parce que jugées manifestement inappropriées et non conformes à la situation médicale du patient au cours des quatre réunions pluridisciplinaires et collégiales qui se sont déroulées en présence de personnels médicaux et paramédicaux de l'équipe et de « personnes ressources ». Le Gouvernement souligne de plus que les requérantes ont pu engager des recours contre les décisions médicales, que la première a en conséquence été suspendue, et que le Conseil d'État a vérifié dans ce cadre que toutes les garanties permettant d'éviter une décision arbitraire avaient été mises en œuvre dans le respect du cadre législatif et réglementaire. Il note qu'à l'issue d'une analyse détaillée de la conformité de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique au droit constitutionnel et à la Convention et d'un contrôle du respect de la procédure prévue par ce code et de l'absence de caractère hâtif de la décision d'arrêt des soins, et compte-tenu de l'état de santé dans lequel se trouvait M. A.M., de l'absence de toute perspective thérapeutique et du fait que ses conditions de vie étaient irrémédiablement et particulièrement dégradées, le Conseil d'État a estimé que la décision d'arrêt des soins ne portait pas une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale.

2. *Appréciation de la Cour*

a) **Principes applicables**

38. Il convient d'examiner la question de l'arrêt des traitements qui maintiennent artificiellement en vie sous l'angle des obligations positives de l'État découlant de l'article 2 (voir notamment *Sahed c. France* (déc.), n° 9552/21, § 77, 24 janvier 2023, *Gard et autres*, décision précitée, § 79, et *Lambert et autres*, précité, § 124).

39. Les éléments à prendre en compte pour juger si, dans de telles circonstances, un État a respecté ses obligations positives découlant de l'article 2 sont les suivants (voir notamment, précités, *Sahed*, § 78, *Gard et autres*, § 80, et *Lambert et autres*, § 143) :

- l'existence dans le droit et la pratique internes d'un cadre législatif compatible avec les exigences de cette disposition ;
- la prise en compte, dans le cadre du processus décisionnel, des souhaits précédemment exprimés par le patient et par ses proches, ainsi que l'avis d'autres membres du personnel médical ;
- la possibilité d'un recours juridictionnel en cas de doute sur la meilleure décision à prendre dans l'intérêt du patient.

40. Les États disposent d'une marge d'appréciation non seulement quant à la possibilité de permettre ou non l'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie et ses modalités de mise en œuvre, mais aussi quant à la façon de ménager un équilibre entre la protection du droit à la vie du patient et celle du droit au respect de sa vie privée et de son autonomie personnelle (voir notamment, précités, *Sahed*, § 80, *Gard et autres*, § 84, et *Lambert et autres*, § 148) et, plus généralement, entre tous les droits et intérêts concurrents, qui incluent aussi la préservation de la dignité du patient et le soulagement de sa souffrance.

41. Cette marge d'appréciation n'est toutefois pas illimitée, la Cour se réservant de contrôler le respect par l'État de ses obligations découlant de l'article 2 (*ibidem*).

b) Applications des principes au cas d'espèce

i. Le cadre législatif

42. La Cour rappelle qu'elle a déjà dit à plusieurs reprises dans des affaires relatives à la fin de vie de personnes se trouvant dans l'impossibilité d'exprimer leur volonté que l'État défendeur avait mis en place un cadre législatif propre à assurer la protection de la vie des patients, tout dernièrement dans l'affaire *Sahed* précitée (§ 82).

43. Les requérantes critiquent plus particulièrement le droit interne en ce que l'article L. 1111-11 du code de la santé publique (paragraphe 22 ci-dessus) autorise les médecins à passer outre les directives anticipées du patient lorsqu'elles « apparaissent manifestement inappropriées », ce qui leur laisserait une marge d'appréciation excessive et générerait un risque d'arbitraire.

44. La particularité de l'espèce par rapport aux affaires que la Cour a examinées jusqu'à présent tient en effet à la circonstance que M. A.M. avait rédigé des directives anticipées, lesquelles visaient à la poursuite des traitements de maintien en vie.

45. La Cour note à cet égard que l'article L. 1111-11 du code de la santé publique prévoit que toute personne majeure peut rédiger des directives

anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne « les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux ». Elles « s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ». La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale, au cours de laquelle le médecin recueille l'avis des membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et celui d'« au moins un médecin, appelé en qualité de consultant, avec lequel il n'existe aucun lien de nature hiérarchique » (article R. 4127-37-1 du code de la santé publique). Elle doit être motivée, et portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches.

46. Il résulte de l'économie générale de ces dispositions que les directives anticipées occupent une place centrale sans pour autant que leur soit reconnu un caractère impératif.

47. Selon la Cour, le choix ainsi opéré par le législateur français s'inscrit dans la marge d'appréciation dont disposent les États parties en la matière (paragraphe 40 ci-dessus) pour décider non seulement des critères à prendre en compte mais aussi de la manière d'en assurer la pondération afin de ménager un juste équilibre entre les intérêts concurrents en jeu.

48. En outre, la Cour rappelle que lorsqu'il est question de l'arrêt de traitements qui maintiennent artificiellement la vie, il faut se référer, dans le cadre de l'examen d'une éventuelle violation de l'article 2, à l'article 8 de la Convention (*Lambert et autres*, précité, § 142). Or elle a jugé que, si l'article 8 garantit le droit à l'autonomie personnelle en tant qu'élément du droit au respect de la vie privée, il n'oblige pas les États membres à conférer un effet juridique contraignant aux directives anticipées (*Lindholm and the Estate after Leif Lindholm c. Danemark*, n° 25636/22, § 86, 5 novembre 2024), cette question relevant de leur marge d'appréciation (*Pindo Mulla c. Espagne* [GC], n° 15541/20, § 153, 17 septembre 2024). Par ailleurs, le guide du Conseil de l'Europe « sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie », qu'il convient de prendre en compte (voir *Lambert et autres*, précité, § 143), indique que « l'autonomie n'implique pas un droit pour le patient à recevoir tout traitement qu'il/elle pourrait demander, en particulier lorsque le traitement concerné est jugé inapproprié[, dès lors que] la décision en matière de soins de santé résulte de la rencontre de la volonté du patient et de l'appréciation de la situation par un professionnel soumis à ses obligations professionnelles et, en particulier,

celles découlant des principes de bienfaisance et de non-malfaisance, ainsi que de justice ».

49. Quant à l'imprécision du droit interne alléguée par les requérantes, la Cour note que le Conseil constitutionnel (paragraphe 17 ci-dessus) a considéré qu'en ce qu'elles visent des directives anticipées « manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale » du patient, les dispositions de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique ne sont ni imprécises ni ambiguës. La Cour est du même avis, étant observé que ces termes prennent tout leur sens dans le contexte médical dans lequel ils s'inscrivent compte tenu de l'obligation qui pèse sur les médecins d'assurer la sauvegarde de la dignité des personnes en fin de vie. Elle relève en outre que la collégialité du processus décisionnel ainsi que l'obligation de motiver la décision de refus d'application des directives anticipées et d'en informer la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, sa famille ou ses proches, prévues par l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, associées à la possibilité pour ceux-ci d'obtenir un contrôle judiciaire en référé, constituent des garanties de nature à prévenir le risque d'arbitraire.

50. Ceci étant, et constatant par ailleurs que le cadre législatif n'a pas été substantiellement modifié depuis l'affaire *Sahed* précitée, la Cour réaffirme son constat selon lequel il est compatible avec les exigences de l'article 2, y compris en ce qui concerne la faculté de ne pas suivre les directives anticipées du patient.

ii. Le processus décisionnel

51. En l'espèce, la Cour relève que la volonté exprimée par M. A.M. dans ses directives anticipées a été prise en compte dans le cadre du processus décisionnel.

52. En premier lieu, selon la Cour, il ne saurait être reproché aux autorités médicales d'avoir pris la décision initiale relative à l'arrêt des traitements, du 1^{er} juin 2022, sans considération des directives anticipées de M. A.M., dès lors qu'elles en ignoraient alors l'existence. En second lieu, le juge des référés du tribunal administratif de Lille, devant lequel les requérantes avaient produit ces directives anticipées, a cependant, le 8 juin 2022, ordonné la suspension de l'exécution de cette décision (paragraphe 9-10 ci-dessus). Cette première décision du juge interne a rendu possible un réexamen de la situation à la lumière de celles-ci dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi. Lors des réunions pluridisciplinaires et collégiales qui ont ainsi eu lieu les 9 et 30 juin et les 7 et 11 juillet 2022, les directives anticipées ont été dûment prises en compte avant d'être considérées comme manifestement inappropriées et non conformes à la situation médicale du patient. Ce n'est qu'après avoir relevé que toutes les discussions éthiques collégiales avaient conclu unanimement à une situation d'obstination déraisonnable, faisant obstacle à l'application des directives anticipées, que

l'équipe médicale a, le 15 juillet 2022, pris une nouvelle décision d'arrêt des traitements (paragraphe 12 ci-dessus).

53. Il apparaît, dans ces conditions, que la volonté de M. A.M., telle qu'exprimée dans ses directives anticipées, a bien été placée au centre du processus décisionnel.

54. La Cour constate ensuite que les membres de la famille de M. A.M. ont été associés au processus décisionnel et que leur avis a été pris en compte. Il ressort ainsi de la décision du 15 juillet 2022 (paragraphe 12 ci-dessus) que, M. A.M. n'ayant pas désigné de personne de confiance, l'équipe médicale a régulièrement informé la famille de l'évolution de son état et a discuté avec elle de la question de la limitation puis de l'arrêt des traitements au titre du refus d'une obstination déraisonnable. En particulier, huit entretiens avec la famille eurent lieu – les 20, 24, 25, 27 et 31 mai 2022, 15 et 28 juin, et 12 juillet 2022 – entre l'admission de M. A.M. au service de réanimation du centre hospitalier de Valenciennes, le 18 mai 2022, et la décision du 15 juillet 2022. Il ressort de plus de cette décision que l'équipe médicale a pris en compte l'opposition de la famille à l'arrêt des soins, mais estimé que, si elle pouvait la comprendre sur le plan humain, elle ne pouvait la cautionner d'un point de vue médical.

55. La Cour relève de plus que la décision d'arrêt des traitements du 15 juillet 2022 a été prise dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi. Le document relatif à cette décision qui a été remis le même jour à la famille de M. A.M., revêt ainsi la signature de dix médecins, dont deux médecins extérieurs à l'équipe de réanimation, de deux infirmières et de deux cadres infirmières.

56. Motivée avec soin, cette décision décrit la situation clinique de M. A.M. et son pronostic, explique les motifs médicaux de l'arrêt des traitements, et expose les raisons pour lesquelles ses directives anticipées ont été jugées manifestement inappropriées et non conformes à la situation médicale du patient.

57. Selon la Cour, rien ne permet de remettre en cause l'appréciation des juges internes selon laquelle l'intérêt du patient était constamment au cœur du processus décisionnel, et que la décision finale de ne pas suivre les directives anticipées de M. A.M. et d'arrêter les traitements qui le maintenaient en vie était motivée par la préservation de cet intérêt.

58. La Cour en déduit que le processus décisionnel suivi en l'espèce répond aux exigences de l'article 2 de la Convention.

3. Les recours juridictionnels

59. Ainsi qu'il a été relevé plus haut, la Cour souligne que les requérantes ont eu la possibilité de former des référés-libertés sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, tendant à la suspension des décisions relatives à l'arrêt des traitements.

60. Cette disposition permet au juge administratif des référés, qui est tenu de se prononcer dans les quarante-huit heures, d'ordonner, en cas d'urgence, « 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 ». Par ailleurs, comme l'a rappelé le Conseil d'État en l'espèce (paragraphe 18 et 24 ci-dessus ; voir aussi *Lambert et autres*, précité, §§ 32 et 171), il résulte de sa jurisprudence, que, lorsqu'il est saisi d'une telle décision sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, il lui appartient « d'exercer ses pouvoirs de manière particulière (...) dans la mesure où l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie [;] il doit alors 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, qui 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 ».

61. Le juge des référés exerce ainsi, au soutien de son pouvoir de suspendre l'exécution de la décision du médecin, un contrôle de légalité entier de cette décision, si nécessaire en formation collégiale, et au besoin après avoir ordonné une expertise médicale et demandé des avis au titre d'*amicus curiae*. Il doit examiner, outre les moyens tirés de la non-conformité de la décision à la loi, les moyens tirés de l'incompatibilité avec la Convention des dispositions législatives dont il a été fait application (voir *Lambert et autres*, précité, §§ 171-172).

62. La Cour rappelle qu'elle a jugé dans les affaires *Sahed* et *Lambert et autres* (précitées), dans lesquelles ils avaient usé du référé-liberté de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, que les requérants avaient bénéficié d'un recours juridictionnel conforme aux exigences de l'article 2 de la Convention.

63. En l'espèce, le juge des référés du tribunal administratif de Lille a accueilli la demande des requérantes en ordonnant le 8 juin 2022 la suspension de l'exécution de la décision initiale relative à l'arrêt des traitements, du 1^{er} juin 2022, au motif que les médecins avaient présumé que M. A.M. n'avait pas donné de directives anticipées et n'avaient pas cherché à savoir s'il avait exprimé des volontés particulières auprès de ses proches (paragraphe 10 ci-dessus).

64. Tout comme la décision du 8 juin 2022, la décision d'arrêt des traitements du 15 juillet 2022 a, par exception (paragraphe 23 ci-dessus), été examinée en formation collégiale, tant devant le juge des référés du tribunal administratif de Lille, que devant le juge des référés du Conseil d'État.

65. Par ailleurs, le juge des référés du tribunal administratif de Lille a statué avec la célérité nécessaire à l'effectivité du contrôle judiciaire des

décisions relatives à l'arrêt des traitements de maintien en vie : saisi le 20 juillet 2022 de la décision du 15 juillet 2022 qui fixait la date de l'arrêt des traitements au 22 juillet 2022, il a rendu son ordonnance à cette dernière date, et la décision du 20 juillet 2022 n'a été exécutée qu'après l'ordonnance de rejet prise en appel par le juge des référés du Conseil d'État (et après la décision relative à la demande que les requérantes avaient introduite devant la Cour sur le fondement de l'article 39 de son règlement ; paragraphes 19-21 ci-dessus).

66. Enfin, la Cour relève que les juges des référés du tribunal administratif de Lille et du Conseil d'État ont statué dans le respect du contradictoire, par des décisions dûment motivées, prenant en compte les divers aspects de l'affaire, y compris les directives anticipées de M. A.M.

67. S'agissant en particulier du juge des référés du Conseil d'État, la Cour constate qu'après avoir pris soin d'explicitier l'office du juge des référés, d'énoncer le cadre juridique du litige – soulignant à cet égard qu'une attention particulière devait être accordée à la volonté du patient – et de décrire les circonstances de l'affaire, il a précisé les motifs pour lesquels il concluait au rejet de la requête. Il a en premier lieu indiqué que les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, relatives aux directives anticipées, n'étaient contraires ni à la Constitution – renvoyant sur ce point à la décision du Conseil constitutionnel du 10 novembre 2022 saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité qu'il lui avait transmise (paragraphe 17 ci-dessus) – ni, notamment, à l'article 2 de la Convention, étant donné la marge d'appréciation dont disposent les États parties en la matière, comme cela résulte effectivement de la jurisprudence de la Cour (paragraphes 40 et 46-47 ci-dessus). En deuxième lieu, il a écarté la thèse des requérantes selon laquelle la décision du 15 juillet 2022 avait été prise hâtivement, sans procéder à des réévaluations et à des examens complémentaires ni envisager toutes les thérapeutiques, en spécifiant les éléments de fait sur lesquels il se basait à cet égard. En troisième lieu, il a vérifié le constat de l'équipe médicale selon lequel la poursuite des traitements était de nature à constituer une obstination déraisonnable, en précisant les données médicales l'y conduisant. En quatrième lieu, il a expliqué pourquoi, contrairement à ce que soutenaient les requérantes, M. A.M. ne pouvait être accueilli dans un autre cadre qu'un service de réanimation ni traité sans des soins lourds et invasifs.

68. Il résulte de ce qui précède que les requérantes ont bénéficié d'un recours juridictionnel respectant les exigences de l'article 2 de la Convention.

4. Conclusion

69. Au regard de l'ensemble des considérations qui précèdent, la Cour conclut que les autorités internes se sont conformées à leurs obligations positives découlant de l'article 2 de la Convention. Il n'y a donc pas eu violation de cette disposition.

II. SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DES ARTICLES 8 ET 9 DE LA CONVENTION

70. Les requérantes estiment que le refus d'appliquer les directives anticipées de M. A.M. emporte également violation de son droit au respect de la vie privée et de sa liberté de pensée, de conscience et de religion, garantis respectivement par les articles 8 et 9 de la Convention.

71. La Cour considère que ces griefs sont absorbés par le grief tiré de l'article 2 de la Convention (comparer avec l'arrêt *Lambert et autres* et la décision *Sahed*, précités, § 184 et § 76 respectivement). Il n'y a donc pas lieu de se prononcer séparément sur ceux-ci.

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

1. *Déclare* le grief concernant l'article 2 de la Convention recevable ;
2. *Dit* qu'il n'y a pas eu violation de l'article 2 de la Convention ;
3. *Dit* qu'il n'y a pas lieu de se prononcer séparément sur les griefs formulés sur le terrain des articles 8 et 9 de la Convention.

Fait en français, puis communiqué par écrit le 5 février 2026, en application de l'article 77 §§ 2 et 3 du règlement.

Victor Soloveytchik
Greffier

Kateřina Šimáčková
Présidente