

CONSEIL D'ETAT
statuant
au contentieux

Nos 375081, 375090, 375091

Mme F...I...et autres

Mme Sophie-Caroline de Margerie
Rapporteur

M. Rémi Keller
Rapporteur public

Séance du 20 juin 2014
Lecture du 24 juin 2014

REPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux

Sur le rapport de la 2ème sous-section
de la section du contentieux

Vu la décision, en date du 14 février 2014, par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, avant de statuer sur les requêtes de Mme F... I..., enregistrée sous le n° 375081, de M. L... I..., enregistrée sous le n° 375090, et du centre hospitalier universitaire de Reims, enregistrée sous le n° 375091, tendant à l'annulation du jugement n° 1400029 du 16 janvier 2014 par lequel le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Q... I...et au rejet de la demande présentée, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, devant le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne par M. E... I..., Mme K... I..., M. C... N... et Mme A... G..., a, d'une part, ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M. I... et, d'autre part, invité, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. B... M...à présenter des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont dans un état pauci-relationnel ;

Vu l'intervention, enregistrée le 9 avril 2014, présentée pour Mme O...I..., demeurant... ; Mme I...conclut aux mêmes fins que la requête de M. L... I... avec les mêmes moyens ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 22 avril 2014, présentées par le Conseil national de l'Ordre des médecins, en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 29 avril 2014, présentées par M. B... M..., en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 2 mai 2014, présentées par l'Académie nationale de médecine, en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu les observations d'ordre général, destinées à éclairer le Conseil d'Etat, enregistrées le 5 mai 2014, présentées par le Comité consultatif national d'éthique, en application des dispositions de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Vu le rapport d'expertise, déposé le 26 mai 2014 ;

Vu le mémoire, enregistré sous les trois numéros le 10 juin 2014, présenté pour l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés ; elle fait valoir qu'au regard de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, l'appréciation du caractère déraisonnable d'un traitement ne peut se faire de la même façon selon que le patient est ou non en fin de vie ; que le fait de maintenir la vie d'un patient par alimentation et hydratation artificielles constitue des soins de base qui ne peuvent relever d'une obstination déraisonnable que lorsque le pronostic vital du patient est engagé ; que l'alimentation et l'hydratation artificielles de M. Q... I...ne sauraient être regardées comme un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie ; que seule la personne concernée est à même de se prononcer sur le caractère artificiel de son maintien en vie ; que décider de l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles pour autrui revient à se prononcer sur l'utilité de cette vie ; que la vie d'un patient ne peut être considérée comme maintenue artificiellement, au seul motif qu'il ne dispose plus d'un pouvoir relationnel suffisant, en ce que cela conduirait à opérer une distinction entre les patients en état pauci-relationnel et ceux qui sont en état végétatif chronique et reviendrait à considérer que tous les patients en état végétatif chronique sont maintenus artificiellement en vie ; que le critère de l'irréversibilité des lésions et de l'absence de perspective d'amélioration de l'état clinique n'est pas davantage pertinent pour apprécier la notion de maintien artificiel de la vie du fait de la portée qu'aurait le recours à un tel critère qui pourrait s'appliquer à toutes les personnes en état végétatif chronique et à toutes les personnes poly-handicapées ; que l'appréciation du caractère du maintien artificiel de la vie se fait en fonction des volontés du patient exprimées sans ambiguïté et de son éventuelle souffrance ; que M. Q... I...n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté actuelle ; qu'à supposer qu'il ait exprimé oralement, en présence de certains membres de sa famille, son souhait de ne pas être maintenu en vie dans un état de grande dépendance, cette expression informelle émanait d'une personne valide qui n'était pas confrontée aux conséquences immédiates de la situation envisagée ; qu'il ne pourrait être tenu compte de cette expression informelle que si la famille était unanime pour prêter de tels souhaits à M. I... ; que la décision d'arrêt ne relève pas du pouvoir exclusif et discrétionnaire du médecin ; qu'elle entérine un consensus familial et médical que la procédure collégiale a pour objet de faire émerger, avec l'aide, le cas échéant, d'un tiers, voire d'un médiateur ; qu'en l'absence d'un tel consensus familial, la décision ne peut être prise ; qu'en l'espèce, la possibilité de déterminer avec certitude la volonté de M. Q...

I...faisant défaut et en présence de l'opposition de certains membres de la famille, la décision de cessation de traitement ne pouvait être prise sans méconnaître l'esprit de la loi du 22 avril 2005 ;

Vu le mémoire, enregistré sous les trois numéros le 10 juin 2014, présenté pour le centre hospitalier universitaire de Reims, qui reprend les conclusions de sa requête et les mêmes moyens ; il fait valoir qu'il prend acte des examens réalisés au cours des opérations d'expertise et du diagnostic médical posé à l'issue de celles-ci ; il relève que les experts ont estimé avoir eu accès à tous les moyens humains et matériels propres à leur permettre de mener à bien leur mission ;

Vu le mémoire, enregistré sous les trois numéros le 10 juin 2014, présenté pour M. L... I... et Mme O... I..., qui reprennent les conclusions de la requête présentée pour M. L... I... et les mêmes moyens ; ils font valoir que la décision d'arrêt de traitement respecte le droit de M. I... à ne pas subir, contre sa volonté exprimée, peu de temps avant l'accident, un traitement le maintenant en vie ; que la procédure collégiale, nécessaire selon l'avis de l'Académie nationale de médecine, a été parfaitement suivie ; que le centre hospitalier universitaire de Reims a, à bon droit, pris en compte la volonté exprimée en connaissance de cause par M. Q... I... de ne pas être maintenu en état de grande dépendance ; que ces propos n'ont pas été contestés ; que la circonstance qu'une partie de la famille se soit opposée à la décision médicale prise par le Dr H... est inopérante ; que l'état clinique de M. Q... I... s'est détérioré, dès lors qu'il est dorénavant dans un état végétatif chronique, que les lésions cérébrales sont irréversibles et le pronostic clinique mauvais ; que la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles constitue une obstination déraisonnable, au sens de la loi du 22 avril 2005, en ce qu'elle est inutile et disproportionnée car elle n'apporte aucun bénéfice au malade et qu'elle ne tend qu'au maintien artificiel de la vie de M. Q... I... ;

Vu le mémoire en défense, enregistré sous les trois numéros le 11 juin 2014, présenté pour M. E... I..., Mme K... I..., M. C... N...et Mme A... I..., épouse G..., qui reprennent les conclusions de leurs précédents mémoires et les mêmes moyens ; ils font valoir, en outre, que les mesures d'instruction ordonnées par le Conseil d'Etat dans sa décision du 14 février 2014 démontrent que la décision médicale du Dr. H... du 11 janvier 2014 procède d'une expertise insuffisante et qu'elle est entachée d'une illégalité manifeste ; qu'alimenter et hydrater artificiellement un patient en état pauci-relationnel ou en état végétatif chronique qui n'est pas en fin de vie, n'a exprimé aucun avis personnel et n'est pas en état de souffrance chronique manifeste ne saurait être regardé comme relevant d'une obstination déraisonnable au sens de l'article L.1110-5 du code de la santé publique ; que l'appréciation du caractère déraisonnable d'un traitement ne peut se faire de la même façon selon que le patient est ou non en fin de vie ; que M. I...ne reçoit plus de soins de stimulation et de kinésithérapie depuis octobre 2012 ; que la décision d'arrêter l'alimentation et l'hydratation d'un patient en état pauci-relationnel ou végétatif est contraire à la loi du 22 avril 2005 ainsi qu'aux stipulations des articles 2 et 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; que M. I...a partiellement retrouvé le réflexe de déglutition ; que mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de patients dans une situation similaire à celle de M. Q... I... serait incompatible avec les exigences résultant du principe de dignité ; que les critères de l'obstination déraisonnable ne sont pas remplis ; que M. I...est en mesure de digérer et d'assimiler les aliments ; qu'au surplus, la finalité de l'alimentation qui est de nourrir, est remplie ; qu'elle n'entraîne aucune souffrance ; que l'appréciation du caractère artificiel du maintien de la vie se fonde sur un critère méconnaissant le principe d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, les articles 2 et 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et le principe de dignité ; que la vie d'un patient ne peut être considérée comme maintenue artificiellement au seul motif qu'il ne dispose plus d'un pouvoir relationnel suffisant,

en ce que cela conduirait à opérer une distinction entre les patients en état pauci-relationnel et ceux qui sont en état végétatif chronique ; que cela méconnaîtrait l'exigence de consentement et de discernement posé par la Cour européenne des droits de l'homme ; que la détérioration d'une situation de santé peut résulter des conditions dans lesquelles le patient a été traité ; que le critère de l'irréversibilité des lésions et de l'absence de perspective d'amélioration de l'état clinique n'est pas davantage pertinent pour apprécier la notion de maintien artificiel de la vie du fait de la portée qu'aurait le recours à un tel critère qui pourrait s'appliquer à toutes les personnes en état végétatif chronique et à toutes les personnes poly-handicapées ; que l'obstination déraisonnable ne pourrait être retenue à propos de l'alimentation et de l'hydratation artificielles que dans le cas d'un état de souffrance chronique manifeste ou en présence d'une volonté qu'aurait exprimée antérieurement le patient, ce qui n'est pas le cas en l'espèce ; que les souhaits que M. Q... I... aurait exprimés ne constituent pas des directives anticipées au sens de la loi du 22 avril 2005 ; que, si le Dr. H... s'est fondé sur les affirmations de l'épouse de M. Q... I... et de son frère P..., les autres frères et sœurs se sont contentés de suppositions ; que Mme F...I...a varié dans ses déclarations et a fait part tardivement des prétendus souhaits de son mari ; que ces souhaits sont contestés ; qu'aucune preuve n'est donnée quant aux conditions dans lesquelles les propos de M. Q... I... auraient été tenus, ni quant à leurs termes ; qu'à supposer que M. I... les ait tenus, ils remontent à de lointaines années ; que c'est à tort que le Dr. H... a pu faire état d'une certitude quant à la volonté passée du patient ; qu'il n'y a pas eu de concertation collégiale, alors que la prise de décision doit relever d'un accord de la famille et de l'équipe soignante ; que l'article R. 4127-37 du code de la santé publique est contraire aux articles 2 et 6 combinés de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; que M. Q... I... doit être transféré dans une unité de soins spécialisée et adossée à une unité de vie ;

Vu le mémoire, enregistré sous les trois numéros le 16 juin 2014, présenté pour Mme F...I..., qui reprend les conclusions de sa requête et les mêmes moyens ; elle fait valoir qu'elle entend faire siennes les observations développées dans le mémoire présenté pour M. L...I...et MmeO... I... ; qu'elle prend acte des examens réalisés au cours des opérations d'expertise et du diagnostic médical posé à l'issue de celles-ci ; que le traitement de M. Q... I...constitue une obstination déraisonnable, en ce que l'alimentation et l'hydratation artificielles apportées à M. Q... I...a pour objet de le maintenir artificiellement en vie, dès lors qu'aucune amélioration de son état n'est sérieusement envisageable ; que la loi du 22 avril 2005 n'a pas imposé la condition d'un consensus familial ; qu'il ne saurait être reproché à Mme F...I...de n'avoir attesté par écrit des propos de son mari que dans le cadre de la procédure alors que seule cette procédure a exigé cette production ; que les souhaits antérieurement exprimés par M. Q... I...doivent être pris en compte au regard du principe de dignité ; que les défenseurs ne donnent aucune raison pour laquelle les propos rapportés par l'épouse et le frère de M. I...n'auraient pu avoir été tenus par lui ; que la loi ne méconnaît pas la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu le mémoire, enregistré sous les trois numéros le 18 juin 2014, présenté pour M. L... I... et Mme O... I..., qui reprennent les conclusions de la requête présentée pour M. L... I... et les mêmes moyens ; ils font valoir, en outre, que l'expertise ordonnée par le Conseil d'Etat a eu pour seul but d'actualiser les pièces du dossier médical de M. Q... I... ; que la question de l'interprétation à donner aux manifestations comportementales de M. Q... I...n'a plus d'objet du fait de la dégradation de son état de santé ; que l'application de la loi du 22 avril 2005 n'a pas pour but d'opérer une distinction entre les personnes en fonction de leur état de santé ; que l'éventuelle récupération de la fonction de déglutition de M. Q... I... n'indique pas que son état se soit amélioré ; que l'alimentation et l'hydratation artificielles constituent un traitement inutile dès lors qu'il a pour seul but, en l'espèce, de maintenir artificiellement la vie ; que les bénéfices attendus de la poursuite du traitement de M. Q... I... sont inexistantes puisque les lésions sont

irréversibles et que l'état de santé de M. I...s'est détérioré, de telle sorte que cette poursuite est disproportionnée ; que le critère du seul maintien artificiel de la vie n'introduit pas d'atteinte au principe d'égalité, dès lors que tous les patients sont soumis aux mêmes critères constitutifs de l'obstination déraisonnable ; que la référence à l'existence d'une « vie biologique » pour définir le critère du seul maintien artificiel de la vie entre dans les prévisions de la loi et correspond aux avis de M.M..., de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'Ordre des médecins ; que la suggestion du Comité consultatif national d'éthique selon laquelle l'alimentation et l'hydratation ne pourraient être arrêtées qu'en cas de souffrance chronique manifeste ou de volonté antérieurement exprimée par le patient consiste en une proposition d'amendement de la loi du 22 avril 2005 ; que toute douleur du patient ne peut être exclue avec certitude ; que les conjoints I...n'établissent pas que M. Q... I...leur aurait fait part de sa volonté de continuer à vivre dans une situation similaire à sa situation actuelle ; que sept de ses proches ont considéré que M. Q... I... ne l'aurait pas voulu ; que la loi du 22 avril 2005 est conforme aux articles 2 et 4 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu le nouveau mémoire, enregistré sous les trois numéros le 19 juin 2014, présenté pour M. E... I..., Mme K... I..., M. C... N...et Mme A... I..., épouseG..., qui reprennent les conclusions de leurs précédents mémoires et les mêmes moyens ; ils font valoir que la question de l'alimentation et de l'hydratation artificielles n'a pas été tranchée définitivement par la décision du Conseil d'Etat du 14 février 2014 ; que si l'alimentation parentérale vise « à assurer de façon artificielle les fonctions vitales du patient », ce n'est pas le cas de l'alimentation entérale qui ne vise pas à pallier la fonction vitale de digestion et d'assimilation par le corps des nutriments ; que les sociétés savantes soulignent la difficulté à distinguer l'état végétatif de l'état de conscience minimale ; que ces états sont traités de la même manière ; que la vie de M. Q... I...ne se résume pas à une vie biologique ; qu'il suit ses proches du regard et communique avec son entourage ; que la dégradation de son état est due à une carence dans les soins qui lui sont prodigués ; qu'il peut être rééduqué à l'alimentation naturelle ; que l'alimentation et l'hydratation artificielles de M. Q... I...sont utiles et proportionnées ; que la loi du 22 avril 2005 ne fait pas de l'état de conscience un critère du maintien artificiel de la vie, ainsi que l'ont souligné les trois experts, l'Académie de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et les sociétés de soins spécialisées ; qu'en l'absence de directives anticipées, seule la volonté du patient justifie l'engagement d'une procédure collégiale ; que les affirmations de Mme F...I...et de M. P... I...quant aux prétendus souhaits de M. Q... I...sont contradictoires et incohérentes ; que, si aux termes de la loi du 22 avril 2005, seules les directives anticipées écrites depuis moins de trois ans sont prises en compte avec une valeur relative, des directives orales rapportées ne sauraient l'être ; que lors de la procédure collégiale le Dr H... a fait preuve de partialité et a refusé de prendre en compte les oppositions à l'arrêt des soins émis par une partie de la famille de M. Q... I...; que la loi du 22 avril 2005 n'est pas claire et précise, d'une part, et n'est pas compatible avec les articles 2 et 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, d'autre part ; que l'éthique est au cœur de l'appréciation de l'obstination déraisonnable, ainsi que l'ont relevé les trois experts ;

Vu les autres pièces des dossiers ;

Vu la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu le code de la santé publique, modifié notamment par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 ;

Vu le code de justice administrative ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de Mme Sophie-Caroline de Margerie, conseiller d'Etat,
- les conclusions de M. Rémi Keller, rapporteur public ;

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Odent, Poulet, avocat de Mme F...I..., à Me Foussard, avocat du centre hospitalier universitaire de Reims, à la SCP Coutard, Munier-Apaire, avocat de M. L...I..., à la SCP Le Bret-Desaché, avocat de Mme K...I..., de M. E...I..., de Mme A... G...et de M. C...N..., et à la SCP Piwnica, Molinié, avocat de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés (UNAFTC) ;

1. Considérant que Mme F...I..., M. L... I...et le centre hospitalier universitaire de Reims ont relevé appel du jugement du 16 janvier 2014 par lequel le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, statuant en référé sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, a suspendu l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du médecin, chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims, de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Q... I..., hospitalisé dans ce service ;

2. Considérant que, par une décision du 14 février 2014, le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, après avoir joint les trois requêtes et admis l'intervention de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, a, avant de se prononcer sur les requêtes, d'une part, ordonné qu'il soit procédé, par un collège de trois médecins, disposant de compétences reconnues en neurosciences, désignés par le président de la section du contentieux du Conseil d'Etat sur la proposition, respectivement, du président de l'Académie nationale de médecine, du président du Comité consultatif national d'éthique et du président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à une expertise en vue de déterminer la situation médicale de M.I..., d'autre part, invité, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique et le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que M. B... M...à lui présenter des observations écrites de caractère général de nature à l'éclairer utilement sur l'application des

notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, en particulier à l'égard des personnes qui sont dans un état paucirelationnel ;

3. Considérant que le collège des experts, désigné ainsi qu'il vient d'être dit, après avoir procédé aux opérations d'expertise et adressé aux parties, le 5 mai 2014, un pré-rapport en vue de recueillir leurs observations, a déposé devant le Conseil d'Etat le rapport d'expertise définitif le 26 mai 2014 ; qu'en réponse à l'invitation faite par la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. B... M...ont, pour leur part, déposé des observations de caractère général en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative ;

Sur l'intervention :

4. Considérant que Mme O...I...justifie d'un intérêt de nature à la rendre recevable à intervenir devant le Conseil d'Etat ; que son intervention doit, par suite, être admise ;

Sur les dispositions applicables au litige :

5. Considérant qu'en vertu 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 ; que l'article L. 1110-2 énonce que la personne malade a droit au respect de sa dignité ; que l'article L. 1110-9 garantit à toute personne dont l'état le requiert le droit d'accéder à des soins palliatifs qui sont, selon l'article L. 1110-10, des soins actifs et continus visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ;

6. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1110-5 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la 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 les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. / Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. / (...) Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. / Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort (...)* » ;

7. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 22 avril 2005 : « *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. / Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. (...) / Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune*

intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. / Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. (...) » ;

8. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1111-6 du même code, tel que modifié par la loi du 22 avril 2005 : « *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. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment (...)* » ; que l'article L. 1111-11 du même code 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, lesquelles indiquent ses souhaits relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement et dont le médecin doit tenir compte pour toute décision de traitement à condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience ;

9. Considérant que l'article R. 4127-37 du code de la santé publique énonce, au titre des devoirs envers les patients, qui incombent aux médecins en vertu du code de déontologie médicale : « *I.- 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 dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. / II.- Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur 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 demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. (...) / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. / III.- Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110-5 et des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les*

traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire » ;

10. Considérant qu'en adoptant les dispositions de la loi du 22 avril 2005, insérées au code de la santé publique, le législateur a déterminé le cadre dans lequel peut être prise, par un médecin, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ; qu'il résulte des dispositions précédemment citées, commentées et éclairées par les observations présentées, en application de la décision du Conseil d'Etat, statuant au contentieux du 14 février 2014, par l'Académie nationale de médecine, le Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des médecins et M. B...M..., que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ; que ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et qu'ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que le patient soit ou non en fin de vie ; que, lorsque ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre sa vie en danger, être prise par le médecin que dans le respect des conditions posées par la loi, qui résultent de l'ensemble des dispositions précédemment citées et notamment de celles qui organisent la procédure collégiale et prévoient des consultations de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ; que si le médecin décide de prendre une telle décision en fonction de son appréciation de la situation, il lui appartient de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs ;

Sur la compatibilité des dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique avec les stipulations de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales :

11. Considérant qu'il est soutenu que les dispositions des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique méconnaissent le droit à la vie tel que protégé par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'article 8 de la même convention ainsi que le droit à un procès équitable et l'exigence de prévisibilité de la loi résultant des articles 6 et 7 de la même convention ;

12. Considérant 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, il lui appartient, 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 européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

13. Considérant, d'une part, que les dispositions contestées du code de la santé publique ont défini 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 ; que ces dispositions ne permettent 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 ; qu'une telle décision du médecin est susceptible de faire l'objet d'un recours devant une juridiction pour s'assurer que les conditions fixées par la loi ont été remplies ;

14. Considérant ainsi que, prises dans leur ensemble, eu égard à leur objet et aux conditions dans lesquelles elles doivent être mises en œuvre, les dispositions contestées du code de la santé publique ne peuvent être regardées comme incompatibles avec les stipulations de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, aux termes desquelles « *le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement (...)* » ainsi qu'avec celles de son article 8 garantissant le droit au respect de la vie privée et familiale ;

15. Considérant, d'autre part, que le rôle confié au médecin par les dispositions en cause n'est, en tout état de cause, pas incompatible avec l'obligation d'impartialité qui résulte de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; que les stipulations de l'article 7 de la même convention, qui s'appliquent aux condamnations pénales, ne peuvent être utilement invoquées dans le présent litige ;

Sur l'application des dispositions du code de la santé publique :

16. Considérant que si 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 ;

17. Considérant que, pour apprécier si les conditions d'un arrêt d'alimentation et d'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 ; qu'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 ; qu'à 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 ; que 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, des membres de sa famille ou, à défaut, de l'un de ses proches, en s'efforçant de dégager une position consensuelle ; qu'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 ;

Sur la conformité aux dispositions du code de la santé publique de la décision de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Q... I... :

18. Considérant qu'il résulte de l'instruction, ainsi qu'il a été dit dans les motifs de la décision du 14 février 2014 du Conseil d'Etat, statuant au contentieux, que M. Q... I..., né en 1976, infirmier en psychiatrie, a été victime, le 29 septembre 2008, d'un accident de la circulation qui lui a causé un grave traumatisme crânien ; qu'après cet accident, il a été hospitalisé pendant trois mois dans le service de réanimation du centre hospitalier de Châlons-en-Champagne ; qu'il a été ensuite 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 ; qu'après ce séjour, il a été hospitalisé au 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 ;

19. Considérant que M. I... a été admis en juillet 2011 au Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège pour un bilan diagnostique et thérapeutique ; qu'après avoir pratiqué des examens approfondis, ce centre a conclu que M. I... était dans un « état de conscience minimale plus », avec une perception de la douleur et des émotions préservées, notant que l'essai de contrôle volontaire de la respiration mettait en évidence une réponse à la commande et recommandant d'envisager la mise en place d'un code de communication avec le patient ; qu'après le retour de M. I... au centre hospitalier universitaire de Reims, quatre-vingt-sept séances d'orthophonie ont été pratiquées pendant cinq mois, du 6 avril au 3 septembre 2012, pour tenter d'établir un code de communication ; que ces séances ne sont pas parvenues à mettre en place un code de communication du fait de la non-reproductibilité des réponses ;

20. Considérant que, au cours de l'année 2012, des membres du personnel soignant ont constaté des manifestations comportementales chez M. I... dont ils ont pensé qu'elles pouvaient être interprétées comme une opposition aux soins de toilette traduisant un refus de vie ; qu'à 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. H..., chef du pôle Autonomie et santé du centre hospitalier universitaire de Reims et responsable du service de médecine palliative et soins de support – soins de suite et de réadaptation spécialisé « Gériatrique » 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. I... était constitutive d'une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5 du même code ; que, le 10 avril 2013, ce médecin a décidé d'arrêter l'alimentation artificielle et de diminuer l'hydratation de M. I... ; que, saisi par les parents de M. I..., l'un de ses demi-frères et l'une de ses sœurs, le juge des référés du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, par une ordonnance du 11 mai 2013, a enjoint de rétablir l'alimentation et l'hydratation artificielles au motif que la procédure prévue par l'article R. 4127-37 du code de la santé publique avait été méconnue, dès lors que seule l'épouse de M. I..., lequel n'avait pas rédigé de directives anticipées ni désigné de personne de confiance, avait été informée de la mise en œuvre de la procédure, associée à son déroulement et informée de la décision d'arrêt de traitement prise par le médecin ;

21. Considérant que le Dr. H...a engagé une nouvelle procédure en septembre 2013 ; qu'il a consulté l'épouse de M. I..., ses parents et ses huit frères et sœurs lors de deux réunions tenues les 27 septembre et 16 novembre 2013 ; que, le 9 décembre 2013, il a tenu une

réunion à laquelle ont participé deux autres médecins du centre hospitalier universitaire de Reims qui s'occupent de M. I...et presque toute l'équipe soignante en charge du patient ; qu'ont été associés à cette réunion quatre médecins consultants extérieurs au service, dont l'un a été désigné par les parents de M.I... ; que les médecins du centre hospitalier universitaire de Reims, l'équipe soignante, trois sur quatre des médecins consultants, l'épouse de M. I...et plusieurs des frères et sœurs de ce dernier se sont déclarés favorables à l'arrêt de traitement envisagé ; qu'au terme de cette procédure, le Dr. H...a décidé, le 11 janvier 2014, de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient à compter du lundi 13 janvier 2014 à 19 heures, l'exécution de cette décision devant toutefois être différée en cas de saisine du tribunal administratif ;

22. Considérant que, pour estimer que la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation artificiellement administrées à M. I..., n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie du patient, traduisait une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, le Dr. H...s'est fondé, d'une part, sur l'état de santé de M. I..., qu'il a caractérisé par la nature irréversible des lésions cérébrales dont il est atteint, l'absence de progrès depuis l'accident et la consolidation du pronostic fonctionnel, d'autre part, sur la certitude que « Q... I...ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions » ; qu'il a également fait état de ce que la procédure collégiale avait été engagée à partir des constatations faites au cours de l'année 2012 par des membres du personnel soignant sur les manifestations comportementales de M. I... ;

23. Considérant qu'il revient au 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, en particulier du rapport de l'expertise médicale qu'il a ordonnée, que la décision prise le 11 janvier 2014 par le Dr. H... 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 ;

24. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction que la procédure collégiale menée par le Dr. H..., chef du service prenant en charge M. I..., préalablement à l'intervention de la décision du 11 janvier 2014, s'est déroulée conformément aux prescriptions de l'article R. 4127-37 du code de la santé publique et a comporté, alors que les dispositions de cet article exigent que soit pris l'avis d'un médecin et, le cas échéant, d'un second, la consultation de six médecins ; que le Dr. H...n'était pas légalement tenu de faire participer à la réunion du 9 décembre 2013 un second médecin désigné par les parents de M. I..., lesquels en avaient déjà désigné un premier ; qu'il ne résulte pas de l'instruction que certains membres du personnel soignant auraient été délibérément écartés de cette réunion ; que le Dr. H...était en droit de s'entretenir avec M. L... I..., neveu du patient ; que les circonstances que le Dr. H...se soit opposé à une demande de récusation et au transfert de M. I... dans un autre établissement et qu'il se soit publiquement exprimé ne traduisent pas, eu égard à l'ensemble des circonstances de l'espèce, de manquement aux obligations qu'implique le principe d'impartialité, auxquelles il a satisfait ; qu'ainsi, contrairement à ce qui était soutenu devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, la procédure préalable à l'adoption de la décision du 11 janvier 2014 n'a été entachée d'aucune irrégularité ;

25. Considérant, en deuxième lieu, qu'il ressort, d'une part, des conclusions des experts que « l'état clinique actuel de M. I... correspond à un état végétatif », avec « des troubles de la déglutition, une atteinte motrice sévère des quatre membres, quelques signes de dysfonctionnement du tronc cérébral » et « une autonomie respiratoire préservée » ; que les résultats des explorations cérébrales structurales et fonctionnelles effectuées du 7 au 11 avril 2014 au centre hospitalier universitaire de la Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique-Hôpitaux

de Paris sont compatibles avec un tel état végétatif et que l'évolution clinique, marquée par la disparition des fluctuations de l'état de conscience de M. I... qui avaient été constatées lors du bilan effectué en juillet 2011 au Coma Science Group du centre hospitalier universitaire de Liège, ainsi que par l'échec des tentatives thérapeutiques actives préconisées lors de ce bilan, suggère « une dégradation de l'état de conscience depuis cette date » ;

26. Considérant qu'il ressort, d'autre part, des conclusions du rapport des experts que les explorations cérébrales auxquelles il a été procédé ont mis en évidence des lésions cérébrales graves et étendues, se traduisant notamment par une « atteinte sévère de la structure et du métabolisme de régions sous-corticales cruciales pour le fonctionnement cognitif » et par une « désorganisation structurelle majeure des voies de communication entre les régions cérébrales impliquées dans la conscience » ; que la sévérité de l'atrophie cérébrale et des lésions observées conduisent, avec le délai de cinq ans et demi écoulé depuis l'accident initial, à estimer les lésions cérébrales irréversibles ;

27. Considérant, en outre, que les experts ont conclu que « la longue durée d'évolution, la dégradation clinique depuis 2011, l'état végétatif actuel, la nature destructrice et l'étendue des lésions cérébrales, les résultats des tests fonctionnels ainsi que la sévérité de l'atteinte motrice des quatre membres » constituaient des éléments indicateurs d'un « mauvais pronostic clinique » ;

28. Considérant, enfin, que si les experts ont relevé que M. I... peut réagir aux soins qui lui sont prodigués et à certaines stimulations, ils ont indiqué que les caractéristiques de ces réactions suggèrent qu'il s'agit de réponses non conscientes et n'ont pas estimé possible d'interpréter ces réactions comportementales comme témoignant d'un « vécu conscient de souffrance » ou manifestant une intention ou un souhait concernant l'arrêt ou la poursuite du traitement qui le maintient en vie ;

29. Considérant que ces conclusions, auxquelles les experts ont abouti de façon unanime, au terme d'une analyse qu'ils ont menée de manière collégiale et qui a comporté l'examen du patient à neuf reprises, des investigations cérébrales approfondies, des rencontres avec l'équipe médicale et le personnel soignant en charge de ce dernier ainsi que l'étude de l'ensemble de son dossier, confirment celles qu'a faites le Dr. H... quant au caractère irréversible des lésions et au pronostic clinique de M. I... ; que les échanges qui ont eu lieu dans le cadre de l'instruction contradictoire devant le Conseil d'Etat postérieurement au dépôt du rapport d'expertise ne sont pas de nature à infirmer les conclusions des experts ; que, s'il ressort du rapport d'expertise, ainsi qu'il vient d'être dit, que les réactions de M. I... aux soins ne peuvent pas être interprétées, et ne peuvent ainsi être regardées comme manifestant un souhait concernant l'arrêt du traitement, le Dr. H... avait indiqué dans la décision contestée que ces comportements donnaient lieu à des interprétations variées qui devaient toutes être considérées avec une grande réserve et n'en a pas fait l'un des motifs de sa décision ;

30. Considérant, en troisième lieu, qu'il résulte des dispositions du code de la santé publique qu'il peut être tenu compte des souhaits d'un patient exprimés sous une autre forme que celle des directives anticipées ; qu'il résulte de l'instruction, en particulier du témoignage de Mme F...I..., qu'elle-même et son mari, tous deux infirmiers, avaient souvent évoqué, leurs expériences professionnelles respectives auprès de patients en réanimation ou de personnes polyhandicapées et qu'à ces occasions, M. I... avait clairement et à plusieurs reprises exprimé le souhait de ne pas être maintenu artificiellement en vie dans l'hypothèse où il se trouverait dans un état de grande dépendance ; que la teneur de ces propos, datés et rapportés de façon précise par Mme F...I..., a été confirmée par l'un des frères de M. I... ; que si ces propos

n'ont pas été tenus en présence des parents de M. I..., ces derniers n'allèguent pas que leur fils n'aurait pu les tenir ou aurait fait part de souhaits contraires ; que plusieurs des frères et sœurs de M. I...ont indiqué que ces propos correspondaient à la personnalité, à l'histoire et aux opinions personnelles de leur frère ; qu'ainsi, le Dr. H..., en indiquant, dans les motifs de la décision contestée, sa certitude que M. I... ne voulait pas avant son accident vivre dans de telles conditions, ne peut être regardé comme ayant procédé à une interprétation inexacte des souhaits manifestés par le patient avant son accident ;

31. Considérant, en quatrième lieu, que le médecin en charge est tenu, en vertu des dispositions du code de la santé publique, de recueillir l'avis de la famille du patient avant toute décision d'arrêt de traitement ; que le Dr. H...a satisfait à cette obligation en consultant l'épouse de M. I..., ses parents et ses frères et sœurs lors des deux réunions mentionnées précédemment ; que si les parents de M. I... ainsi que certains de ses frères et sœurs ont exprimé un avis opposé à l'interruption du traitement, l'épouse de M. I...et ses autres frères et sœurs se sont déclarés favorables à l'arrêt de traitement envisagé ; que le Dr. H... a pris en considération ces différents avis ; que, dans les circonstances de l'affaire, il a pu estimer que le fait que les membres de la famille n'aient pas eu une opinion unanime quant au sens de la décision n'était pas de nature à faire obstacle à sa décision ;

32. Considérant qu'il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que les différentes conditions mises 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. Q... I...et au vu de l'instruction contradictoire menée par le Conseil d'Etat, comme réunies ; que la décision du 11 janvier 2014 du Dr. H... de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Q... I...ne peut, en conséquence, être tenue pour illégale ;

33. Considérant que si, en l'état des informations médicales dont il disposait lorsqu'il a statué à très bref délai sur la demande dont il avait été saisi, le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne était fondé à suspendre à titre provisoire l'exécution de la décision du 11 janvier 2014 du Dr. H... en raison du caractère irréversible qu'aurait eu l'exécution de cette décision, les conclusions présentées au juge administratif des référés sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, tendant à ce qu'il soit enjoint de ne pas exécuter cette décision du 11 janvier 2014, ne peuvent désormais, au terme de la procédure conduite devant le Conseil d'Etat, plus être accueillies ; qu'ainsi Mme F...I..., M. L... I...et le centre hospitalier universitaire de Reims sont fondés à demander la réformation du jugement du 16 janvier 2014 du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne et à ce que soient rejetées par le Conseil d'Etat les conclusions présentées sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative par M. E...I..., Mme K...I..., M. C... N...et Mme A...G... ;

Sur les frais d'expertise :

34. Considérant que, dans les circonstances particulières de l'espèce, il y a lieu de mettre les frais de l'expertise ordonnée par le Conseil d'Etat à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims ;

DECIDE :

Article 1^{er} : L'intervention de Mme O...I...est admise.

Article 2 : Les conclusions présentées par M. E...I..., Mme K...I..., M. C... N...et Mme A...G...sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, devant le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne et devant le Conseil d'Etat, sont rejetées.

Article 3 : Le jugement du 16 janvier 2014 du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne est réformé en ce qu'il a de contraire à la présente décision.

Article 4 : Les frais d'expertise sont mis à la charge du centre hospitalier universitaire de Reims.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à Mme F...I..., à M. L... I..., au centre hospitalier universitaire de Reims, à M. E... et à Mme K...I..., à M. C... N..., à Mme A... I...épouseG..., à l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et de cérébro-lésés, à Mme O...I..., au président de l'Académie nationale de médecine, au président du Comité consultatif national d'éthique, au président du Conseil national de l'Ordre des médecins, à M. B... M...et à la ministre des affaires sociales et de la santé.