

[Afficher les raccourcis](#)

Base de jurisprudence

Ariane Web: Conseil d'État 517067, lecture du 20 juillet 2026,
ECLI:FR:CEORD:2026:517067.20260720

Décision n° 517067

20 juillet 2026

Conseil d'État

N° 517067

ECLI:FR:CEORD:2026:517067.20260720

Inédit au recueil Lebon

Juge des référés, formation collégiale

M. Nicolas Boulouis, président

M. Nicolas Boulouis, rapporteur

SCP FABIANI, PINATEL, avocats

Lecture du lundi 20 juillet 2026

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la procédure suivante :

Mme C... E..., Mme B... E... et M. D... E... ont demandé au juge des référés du tribunal administratif de Paris, statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, en premier lieu, de suspendre l'exécution de la décision du 2 juin 2026 prise par l'équipe médicale du service de réanimation de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de limiter la dispensation de thérapeutiques actives à M. A... E... jusqu'à ce qu'il soit statué sur la requête, en deuxième lieu,

d'enjoindre à l'équipe médicale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de maintenir les soins et traitements nécessaires à la survie de M. A... E... jusqu'à la décision du juge des référés après expertise médicale, en troisième lieu, de désigner un collège d'experts spécialistes en hépatologie et anesthésie-réanimation et d'ordonner une expertise qui évaluera l'état de santé de M. A... E..., déterminera si les soins actuels sont constitutifs ou non d'une obstination déraisonnable, se prononcera sur les possibilités d'une évolution favorable et sur les thérapies alternatives pouvant être mises en œuvre, l'expertise sollicitée devant avoir lieu dans un établissement tiers si le transfert du patient devait avoir lieu, en quatrième lieu, de mettre à la charge de l'AP-HP l'avance des frais relatifs à l'expertise médicale, en cinquième lieu, de surseoir à statuer jusqu'à ce que soit rendu le rapport d'expertise, en sixième lieu, d'enjoindre à l'AP-HP de leur communiquer sans délai l'intégralité du dossier médical de M. A... E... ainsi que le procès-verbal de la procédure collégiale. Par une ordonnance n° 2617540 du 11 juin 2026, le juge des référés du tribunal administratif de Paris, statuant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, a rejeté leur demande.

Par une requête, un nouveau mémoire, un mémoire en réplique et un nouveau mémoire, enregistrés les 25, 30 juin, 15 et 16 juillet 2026 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, Mme E... et autres demandent au juge des référés du Conseil d'Etat, statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

1°) d'annuler cette ordonnance ;

2°) de suspendre l'exécution de la décision médicale de limitation des thérapeutiques actives sur M. A... E... prise le 2 juin 2026 par le service de réanimation de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et d'enjoindre à l'hôpital de maintenir et poursuivre les soins et traitements nécessaires ;

3°) d'ordonner la communication du dossier médical pour transférer M. A... E... dans un établissement plus proche du domicile familial ;

4°) à titre subsidiaire, en premier lieu, de désigner un collège d'experts spécialistes en, hépatologie et anesthésie-réanimation, choisi hors de l'Ile-de-France, avec une mission classique afin d'évaluer l'état de santé actuel de M. A... E... et déterminer si son état relève ou non de l'obstination déraisonnable, de se prononcer sur les possibilités d'évolution favorable et de mise en place de thérapies alternatives, en deuxième lieu, de surseoir à statuer jusqu'à ce que soit rendu le rapport d'expertise et d'enjoindre à l'équipe médicale de l'AP-HP de maintenir les soins et traitements nécessaires à la survie de M. A... E... jusqu'à sa décision après l'expertise médicale et, en dernier lieu, de mettre à la charge de l'AP-HP l'avance des frais relatifs à l'expertise médicale ;

5°) de mettre à la charge de l'AP-HP la somme de 3 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Ils soutiennent que :

- la condition d'urgence est satisfaite dès lors que M. E... se trouve dans un état critique réversible et que l'exécution de la décision de limitation des traitements entraînera son décès ;
- il est porté une atteinte grave et manifestement illégale au droit à la vie de M. E... ;
- c'est à tort que le juge des référés du tribunal administratif de Paris a considéré que la décision contestée ne portait pas une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale alors que, en premier lieu, M. E... a expressément manifesté sa volonté d'être transféré au service de réanimation en cas d'aggravation de sa situation et ses directives anticipées expriment son choix de ne subir aucune limitation de soins quelle que soit sa situation clinique, en deuxième lieu, sa famille a fait part de manière répétée de sa volonté de le voir bénéficier de la continuité des soins actifs, en troisième lieu, d'une part, M. E... est actuellement conscient, éveillé, réagit, bouge les quatre membres et respire spontanément sans aucun support ventilatoire et, d'autre part, son état demeure stable sur le plan des paramètres vitaux et aucun élément clinique ne permet de conclure à une situation irréversible et, en dernier lieu, l'obstination déraisonnable n'est pas caractérisée.

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu :

- la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- le code de la santé publique ;
- le code de justice administrative ;

Après avoir convoqué à une audience publique, d'une part, Mme E... et autres, et d'autre part, l'AP-HP ;

Ont été entendus lors de l'audience publique du 16 juillet 2026, à 11 heures :

- Me Pinatel, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, avocat de E... et autres ;
- Mme C... E... ;
- Mme B... E... ;

- les représentants de Mme E... et autres ;

- les représentants de l'AP-HP ;

à l'issue de laquelle le juge des référés a clos l'instruction ;

Considérant ce qui suit :

1. Mme C... E..., Mme B... E... et M. D... E... relèvent appel de l'ordonnance du 11 juin 2026 par laquelle le juge des référés du tribunal administratif de Paris, statuant dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, a rejeté leur demande tendant notamment, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, à la suspension de l'exécution de la décision du 2 juin 2026 prise par l'équipe médicale du service de réanimation de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de limiter les thérapeutiques actives dispensées à M. A... E....

Sur l'office du juge des référés :

2. Aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative : « Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale (...) ». Ces dispositions législatives confèrent au juge des référés, qui statue, en vertu de l'article L. 511-1 du code de justice administrative, par des mesures qui présentent un caractère provisoire, le pouvoir de prendre, dans les délais les plus brefs et au regard de critères d'évidence, les mesures de sauvegarde nécessaires à la protection des libertés fondamentales.

3. Toutefois, 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 :

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

5. Aux termes de l'article L. 1110-5 du même code : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté (...) ». Aux termes de l'article L.1111-4 du même code : « 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./Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif./Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant l'accompagnement et les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10./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 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.(...) ».Aux termes de l'article L. 1110-5-1 du même code : « 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 (...) ». Aux termes de l'article L. 1111-4 du même code : « (...) 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 (...) ».

6. Par ailleurs, l'article L. 1111-11 de ce code dispose 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 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'Etat 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. (...) ».

7. Enfin, selon l'article R. 4127-37-1 du code de la santé publique : « 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 ». Et aux termes de l'article R. 4127-37-2 du même code : « 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. (...) / 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. (...) / 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 ».

8. Il résulte de l'ensemble de ces dispositions, ainsi que de l'interprétation que le Conseil constitutionnel en a donnée dans sa décision n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017, 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. Toutefois, d'une part, ces mêmes dispositions ni aucune autre ne consacrent, au profit du patient, un droit de choisir son traitement. D'autre, part, les actes en cause ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis par une obstination déraisonnable et 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. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision 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 ne peut être prise par le médecin 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. Pour l'application de ces dispositions, 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. Une attention particulière doit être accordée à la volonté que le patient peut avoir exprimée, par des directives anticipées ou sous une autre forme. A 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 et de ses proches ainsi que, le cas échéant, de son ou ses tuteurs.

Sur le litige en référé :

11. Il résulte de l'instruction que Monsieur A... E..., âgé de 60 ans, est atteint notamment d'une cirrhose compliquée d'épisodes d'encéphalopathie hépatique depuis 2005 et de séquelles neurologiques d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

12. Il a été hospitalisé en avril 2025 pour subir une dissection aortique des suites de laquelle il a fait un AVC. Admis au sein du service de médecine physique et de réadaptation (MPR) de l'hôpital Rothschild, il a été transféré le 2 juillet 2025 au sein du service de médecine intensive-réanimation (MIR) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière pour coma sur encéphalopathie hépatique. Réadmis ensuite au service de MPR de l'hôpital Rothschild, il est à nouveau transféré, fin septembre 2025, à l'unité de soins intensifs (USI) d'hépto-gastro-entérologie (HGE) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, en raison de l'aggravation de son encéphalopathie. Le 21 octobre 2025, M. E... retourne au service de MPR de l'hôpital Rothschild pour les suites de sa rééducation avec comme objectif un retour à terme au domicile, mais, le 27 octobre 2025, il est de nouveau transféré au service de MIR de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. L'amélioration de son état permet à la fin de l'année 2025 son hospitalisation à domicile puis, de janvier à avril 2026, à la clinique de l'Essonne au sein du service de rééducation puis en hospitalisation de jour, avec un séjour en réanimation à l'hôpital sud francilien pour un coma du 7 au 12 février 2026. Une nouvelle aggravation de son état conduit, le 15 avril 2026, à sa prise en charge au service des urgences de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à son transfert dans le service HGE du même hôpital pour prise en charge de son encéphalopathie

hépatique, puis le 21 avril 2026, en raison d'une détresse respiratoire sur choc septique pulmonaire, à son accueil en MIR à orientation neurologique à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière où il est intubé, ventilé et sédaté. Extubé le 15 mai 2026, M. E... retourne dans le service HGE de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Son état se dégradant à nouveau, il est, à la demande de sa famille, réadmis au sein du service de MIR de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière le 1er juin 2026.

13. Une première décision de limitation des thérapeutiques actives, excluant réanimation après arrêt cardio-respiratoire, dialyse et circulation extracorporelle, a été prise le 7 octobre 2025 par l'USI d'HGE de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Une décision de même nature a été prise le 30 avril 2026 par le service de MIR du même hôpital. Le 2 juin 2026 a été prise une nouvelle décision, pour une durée de trois mois, à réévaluer en fonction de l'état du patient, associant un projet de soins comprenant notamment l'antibiothérapie, la nutrition artificielle et l'hydratation, le traitement de l'encéphalopathie hépatique ainsi que des soins de confort mais excluant des thérapeutiques actives, notamment une réintubation si une extubation a été réalisée, en cas de nouvel état de choc, de syndrome de détresse respiratoire aigu, d'insuffisance rénale aiguë ou d'arrêt cardiaque.

14. Par la présente requête, les consorts E... demandent au juge des référés, saisi sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, de suspendre l'exécution de cette décision et d'enjoindre à l'équipe médicale de l'AP-HP au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de maintenir tous les soins et traitements en cours.

15. En premier lieu, il résulte de l'instruction et des débats à l'audience que M. E..., s'il a connu depuis son hospitalisation en avril 2025 des périodes, notamment au début de l'année 2026, au cours desquelles son état s'est amélioré, est atteint d'une cirrhose virale évoluée, compliquée d'épisodes itératifs d'encéphalopathie hépatique altérant son état de conscience. En raison de cette affection comme des suites et séquelles des AVC dont il a été victime, M. E... est dans l'incapacité d'assumer seul les actes de la vie courante. Si, postérieurement à la décision litigieuse, il a vu son état s'améliorer et a été extubé, il a dû être réintubé à la suite de complications de même nature que celles qu'il a connues au cours de ses séjours en réanimation. M. E... a perdu beaucoup de poids, souffre des soins invasifs de réanimation et s'est affaibli à la suite de ses nombreux et longs séjours dans des services de soins critiques. Une transplantation hépatique, qui a pu être envisagée et qui serait seule à même de mettre fin à l'encéphalopathie hépatique, est désormais incompatible avec son état selon des avis récents et convergents, émanant de spécialistes de l'hôpital Paul Brousse ou du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes.

16. En deuxième lieu, il résulte également de l'instruction que la décision de limitation des thérapeutiques actives a été prise, en considération notamment de l'« absence de tout projet curatif

» et de l'état physiologique du patient, à l'issue d'une réunion collégiale associant des membres de l'équipe en charge de M. E... au sein du service de MIR ainsi que des médecins hépatologues et un médecin du service de réanimation chirurgicale, en qualité de consultant extérieur au service, avec lequel, ainsi que l'exigent les dispositions citées au point 7, il n'existe aucun lien de nature hiérarchique. S'il est soutenu que M. E... a, tant dans des directives anticipées formalisées que lors d'entretiens avec des proches, exprimé clairement, à plusieurs reprises et en état de conscience, sa volonté que tous les soins de nature à permettre son maintien en vie lui soient dispensés, et si, ainsi qu'il a été dit au point 10, une attention particulière doit être accordée à la volonté ainsi exprimée, il résulte, en tout état de cause, des dispositions citées aux points 5 à 7 que de telles directives ne s'imposent pas au médecin lorsqu'elles « apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale » et que les traitements et soins ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis par une obstination déraisonnable et 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. Lors de la réunion du 2 juin 2026, les directives anticipées du patient, consistant en la poursuite des soins en réanimation quel que soit son état clinique, ont été examinées et estimées inappropriées eu égard au caractère inutile et disproportionné de tels soins dans la situation de M. E.... Le compte-rendu de la réunion collégiale retrace l'ensemble de ces échanges, y compris l'avis du médecin ayant la qualité de consultant extérieur, et la décision de refus d'appliquer les directives anticipées est motivée. Il résulte également de l'instruction que la nature et les motifs de la décision ont été exposés à la famille de M. E..., conformément aux dispositions des articles R. 4127-37-1 et R. 4127-37-2 du code de la santé publique.

17. Dans ces circonstances, caractérisées par l'absence de toute perspective thérapeutique et des conditions de vie irrémédiablement et particulièrement dégradées, et alors que les thérapies en cause exposeraient le patient à des risques d'infections et des douleurs inévitables et traduiraient ainsi une obstination déraisonnable au sens des dispositions de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique, l'appréciation de l'équipe médicale selon laquelle les directives anticipées de poursuite des soins formulées par M. E... devaient être regardées comme manifestement inappropriées à la réalité de sa situation médicale actuelle, et la décision en conséquence de ne pas entreprendre certains actes médicaux en cas d'aggravation de sa situation ne peuvent être regardées comme ayant porté une atteinte grave et manifestement illégale aux libertés fondamentales invoquées.

18. Il résulte de tout ce qui précède, sans qu'il soit besoin d'ordonner la communication du dossier médical de M. E... ni d'ordonner une expertise, que Mme C... E..., Mme B... E... et M. D... E... ne sont pas fondés à soutenir que c'est à tort que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif de Paris a rejeté leur demande. Leur requête d'appel doit donc être rejetée, y compris leurs conclusions présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

ORDONNE :

Article 1er : La requête de Mme E... et autres est rejetée.

Article 2 : La présente ordonnance sera notifiée à Mme C... E..., Mme B... E..., M. D... E... et à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Délibéré à l'issue de la séance du 16 juillet 2026 où siégeaient : M. Nicolas Boulouis, conseiller d'Etat, président ; Mme Rozen Noguellou et M. Julien Boucher, conseillers d'Etat, juges des référés.

Fait à Paris, le 20 juillet 2026

Signé : Nicolas Boulouis

La République mande et ordonne à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées en ce qui la concerne ou à tous commissaires de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

Pour expédition conforme,

La secrétaire,

Agnès Micalowa
