

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF  
DE CERGY-PONTOISE**

N° 2001274

---

M. S

---

Mme...

M...

Mme...

Juge des référés

---

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Le juge des référés,  
(formation collégiale)

Ordonnance du 18 février 2020

---

PCJA : 54-035-03-04

61-05

*Code de publication : C*

Vu la procédure suivante :

Par une ordonnance du 4 février 2020, les juges des référés, saisis par M. S d'une requête tendant, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, à la suspension de l'exécution de la décision du 30 janvier 2020 par laquelle le médecin du centre hospitalier René Dubos Pontoise, en charge de son père, M. T, a décidé de l'arrêt des thérapeutiques actives dont ce dernier bénéficie, ont jugé que la condition d'urgence prévue par ce texte était remplie et ordonné qu'il soit procédé à une expertise, confiée à un expert, en vue de décrire l'état clinique actuel de M. T et son évolution depuis son hospitalisation, de se prononcer sur le caractère irréversible des lésions neurologiques du patient, sur le pronostic clinique et sur la nécessité ou non du maintien de l'assistance respiratoire par voie mécanique à titre définitif et, si la poursuite de cette assistance s'avère définitivement nécessaire, de préciser si des interventions complémentaires doivent être mises en œuvre et, dans l'affirmative, d'indiquer lesquelles, de donner au juge des référés toutes indications utiles, en l'état de la science, sur les perspectives d'évolution que le patient pourrait connaître et enfin, de fournir, au juge des référés toutes informations qui seraient utiles à la solution du litige.

L'expert, désigné par ordonnance du 5 février 2020 du président du tribunal administratif, a remis son rapport le 10 février 2020.

Par un mémoire, enregistré le 14 février 2020, M. S maintient ses conclusions.

Il soutient qu'il souhaite que M. T reste sous aide respiratoire jusqu'à ce qu'il décède « de manière naturelle ».

Par un mémoire, enregistré le 14 février 2020, le centre hospitalier René Dubos de Pontoise indique qu'il est d'accord avec la proposition de l'expert désigné par le tribunal de proposer un essai de sevrage de l'aide respiratoire intermittente, de façon à se placer dans des conditions physiologiques, normales et naturelles, avec maintien d'une alimentation-hydratation par voie parentérale et traitement antalgique.

Il soutient que la procédure collégiale de décision d'arrêt de soins a été réalisée conformément à la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 ; qu'il a compris que la famille avait besoin de temps et qu'il est en conséquence prêt à réexaminer la situation sur la base de la proposition de l'expert, étant précisé qu'il n'y aura pas de remise sous ventilation assistée ni d'autres traitements invasifs en cas d'aggravation, mais qu'il sera mis en place un traitement de confort adapté.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;

Vu :

- le code de la santé publique ;  
- la décision du Conseil constitutionnel n° 2017-632 QPC du 2 juin 2017 ;  
- la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 ;  
- le code de justice administrative.

Le président du tribunal a décidé que la nature de l'affaire justifiait qu'elle soit jugée, en application du dernier alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, par une formation composée de trois juges des référés et a désigné Mme..., M..., vice-présidents et Mme..., première conseillère, pour statuer sur cette demande de référé.

Les parties ont été régulièrement convoquées à l'audience publique du 18 février 2020 à 10h15.

Après avoir entendu au cours de l'audience publique, tenue en présence de Mme..., greffière d'audience :

- le rapport de M..., vice-président ;  
- les observations orales de M. S en présence d'une autre membre de la famille de M. T, tendant aux mêmes fins que la requête et par les mêmes moyens et fait valoir qu'il souhaite que son père décède d'une mort « naturelle » et que M. T n'a jamais évoqué avec les membres de sa famille 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'actes médicaux ;

- les observations orales du docteur F qui fait valoir que la décision d'arrêt des soins a été prise à l'issue d'une procédure collégiale ; que ce sont les soins de réanimation qui empêchent une mort « naturelle » souhaitée par la famille ; qu'il faut distinguer les soins actifs de réanimation, en l'espèce la ventilation mécanique, des autres soins ; que les soins actifs de réanimation sont invasifs, intrusifs et provoquent une souffrance et qu'en l'espèce, ces soins relèvent, pour l'équipe médicale, de l'acharnement thérapeutique ; qu'en l'absence de perspective d'amélioration de l'état neurologique de M. T, les autres soins que sont l'alimentation et l'hydratation sont inutiles car ils ne permettent pas une amélioration, mais que, la position de compromis de l'expert peut être acceptée ; qu'en cas d'extubation deux situations sont envisageables : soit M. T est autonome sur le plan respiratoire et alors il y aura maintien des autres soins sans incrémentation, soit M. T n'est pas autonome et dans ce cas

seuls des soins de confort seront dispensés pour un accompagnement de fin de vie à court terme.

La clôture de l'instruction a été prononcée à l'issue de l'audience.

Considérant ce qui suit :

1. M. S, fils de M. T, a demandé au juge des référés, sur le fondement des dispositions de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, la suspension de la décision du 30 janvier 2020 par laquelle le médecin du centre hospitalier René Dubos de Pontoise a décidé, à la suite de la procédure collégiale prévue par les dispositions de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique, de l'arrêt des thérapeutiques actives dont bénéficie, M. T.

2. Par une ordonnance du 5 février 2020, les juges des référés ont, avant de se prononcer sur la requête, ordonné qu'il soit procédé une expertise confiée à un médecin spécialiste en neurologie, désigné par le président du tribunal, avec pour mission dans un délai d'un mois à compter de sa désignation, de décrire l'état clinique actuel de M. T et son évolution depuis son hospitalisation, de se prononcer sur le caractère irréversible des lésions neurologiques du patient, sur le pronostic clinique et sur la nécessité ou non du maintien de l'assistance respiratoire par voie mécanique à titre définitif et si la poursuite de cette assistance s'avère définitivement nécessaire, de préciser si des interventions complémentaires doivent être mises en œuvre et, dans l'affirmative, d'indiquer lesquelles, de donner au juge des référés toutes indications utiles, en l'état de la science, sur les perspectives d'évolution que le patient pourrait connaître et enfin, de fournir, au juge des référés toutes informations qui seraient utiles à la solution du litige.

3. L'expert, le Dr P, désigné ainsi qu'il vient d'être dit, après avoir procédé aux opérations d'expertise a déposé devant le tribunal le rapport définitif d'expertise le 10 février 2020. Les parties ont été invitées par le tribunal à présenter des observations sur ce rapport d'expertise. Le 14 février 2020, le centre hospitalier René Dubos de Pontoise et M. S ont présenté des observations.

Sur les dispositions applicables au litige :

4. L'article L. 1110-1 du code la santé publique prévoit que : « *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 en outre que : « *La personne malade a droit au respect de sa dignité* ».

5. Aux termes de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : « *Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement*

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

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

7. 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. 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 (...) / 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 ces dispositions 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. Ces actes ne doivent toutefois pas être 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. Le législateur a ainsi déterminé le cadre dans lequel peut être prise par un médecin, 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 après consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable. 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.

9. Pour l'application de ces dispositions, la ventilation mécanique, 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, qu'elle qu'en soit l'origine, qui se trouve dans un état de coma le mettant hors d'état

d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend d'un mode artificiel de ventilation, 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. Les éléments médicaux doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégalement 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. Une attention particulière doit être accordée à la volonté que le patient peut avoir exprimée, par des directives anticipées ou sous une autre forme.

#### Sur le litige :

11. Il résulte de l'instruction que M. T, né le 1<sup>er</sup> janvier 1946, a été hospitalisé le 17 janvier 2020 en réanimation au centre hospitalier de Pontoise pour « coma sur accident vasculaire cérébral hémorragique » et qu'il est, depuis cette date, hospitalisé au sein du service de réanimation, tout en étant intubé, sous aide respiratoire simple, l'aide à la ventilation ne se déclenchant qu'en fonction de ses besoins. Le médecin en charge du patient a engagé la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique en y associant la famille de ce dernier. Ainsi, dès le 23 janvier 2020, une rencontre avec certains membres de la famille a eu lieu au cours de laquelle des informations leur ont été données sur l'état clinique du patient et sur la possibilité d'une décision d'arrêt des traitements. Le 29 janvier 2020 s'est déroulé un entretien avec les membres de la famille au cours duquel ils ont été informés de l'évolution défavorable du patient, il a été répondu à leurs questions et au cours de cet entretien, ils ont été avisés de la réunion en concertation pluridisciplinaire devant se tenir le lendemain avec l'équipe de soins palliatifs. Le dossier quotidien du patient indique, sans que cela ne soit contesté par le requérant, que le climat de la réunion était bon, que la question du caractère suffisant du délai ou non a été évoquée par la fille du patient, qu'il y a été répondu et qu'à la fin de la réunion l'ensemble de la famille a accepté la stratégie de l'équipe de réanimation. Le 30 janvier 2020, la famille a été informée de la décision du médecin en charge du patient d'arrêter les traitements. L'expert désigné par le tribunal indique d'ailleurs dans son rapport que l'information qui a été délivrée à la famille a toujours été adaptée. Par suite, la décision d'arrêt des soins et ses motifs ont bien été portés à la connaissance des membres de la famille de M. T qui ont été consultés et associés à cette décision.

12. Par ailleurs, le médecin en charge du patient a, conformément aux dispositions précitées de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, recueilli l'avis des membres de l'équipe de soins et d'un médecin appelé en qualité de consultant, le chef de service des soins palliatifs du centre hospitalier René Dubos Pontoise.

13. Il résulte de la décision du 30 janvier 2020 que l'équipe médicale a décidé l'arrêt des thérapeutiques actives selon les modalités suivantes : au titre de la limitation des thérapeutiques, « pas de réanimation de l'ACR » et « pas de traitement de nouvelles défaillances ou escalade thérapeutique » et au titre de l'arrêt des thérapeutiques « extubation », « arrêt de la nutrition » et « arrêt de l'hydratation ». Cette décision mentionne également, ainsi que l'a d'ailleurs rappelé lors de l'audience le médecin en charge du patient, que dans l'hypothèse d'une extubation bien tolérée l'hydratation et l'alimentation artificielle seraient maintenues. En revanche, en dehors de cette hypothèse, elle prévoit un arrêt complet

de l'hydratation et de l'alimentation artificielle. Il résulte des observations produites par le centre hospitalier après le dépôt du rapport d'expertise et des propos tenus lors de l'audience par le médecin en charge du patient, que l'équipe médicale est d'accord avec la proposition formulée dans le rapport d'expertise de procéder à un sevrage de l'aide respiratoire intermittente, de façon à se placer dans des conditions physiologiques normales et naturelles, tout en maintenant une alimentation-hydratation, quelle que soit la réaction à l'extubation. Pour autant, le centre hospitalier n'établit ni même n'allègue que le médecin en charge du patient aurait rapporté sa décision du 30 janvier 2020, qui prévoit des modalités d'arrêt des traitements différentes de celles préconisées par l'expert dans le cas où l'extubation ne serait pas tolérée ni qu'une nouvelle décision aurait été prise. Une telle décision ne pourrait en tout état de cause intervenir qu'après une nouvelle mise en œuvre de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique. Ainsi, il appartient aux juges des référés de statuer au regard de la décision du 30 janvier 2020 et des modalités d'arrêts des thérapeutiques qui y sont mentionnées.

14. En l'espèce, il est constant que M. T n'a pas exprimé sa volonté par des directives anticipées et n'a pas désigné une personne de confiance. Il résulte de l'instruction que les membres de la famille de M. T s'opposent à l'arrêt des traitements et souhaitent une mort qu'ils qualifient de « naturelle ».

15. Il résulte de l'instruction et, en particulier du rapport de l'expert désigné par le tribunal, qui a examiné M. T le 7 février 2020, que l'état neurologique de M. T est stable, sans amélioration ni reprise de la conscience et qu'il est intubé sous aide respiratoire simple, l'aide à la ventilation ne se déclenchant qu'en fonction de ses besoins. L'expert indique que le patient, après plus de quinze jours de coma profond, ne présente aucun signe d'éveil objectif ni signe de relation possible. A ce titre, les stimulations sonores n'entraînent pas de réaction adaptée, aucune réponse aux ordres simples ni aux stimuli verbaux. L'ouverture des yeux est spontanée, intermittente et n'obéit pas à la commande. Si les stimuli douloureux entraînent une réaction de retrait au niveau du membre inférieur droit, aucune réponse adaptée n'est obtenue au niveau des membres supérieurs et du membre inférieur gauche. S'agissant du plan clinique, l'expert indique que les éléments du pronostic sont tous défavorables quant à l'évolution (mortalité de 70 à 90% selon le score INH), que les chances d'amélioration de l'état neurologique sont « quasi nulles », mais relève toutefois que M. T se trouve dans un coma « profond » et non dans un coma dit « dépassé » correspondant à un état de mort cérébrale clinique. L'expert précise que le pronostic vital et fonctionnel est extrêmement défavorable, mais qu'il n'est pas exclu qu'en l'absence de l'assistance respiratoire intermittente actuellement réalisée, une ventilation spontanée soit suffisante, entraînant néanmoins un risque d'aggravation rapide par encombrement et pneumopathie. En ce cas, le recours à une nouvelle assistance respiratoire et continue pourrait être considéré, selon lui, comme disproportionné quant au devenir fonctionnel à attendre chez le patient.

16. La seule circonstance qu'un patient, âgé, soit dans un état de coma « profond » sans espoir d'amélioration ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite du traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable. L'expert désigné par le tribunal indique d'ailleurs qu'un arrêt des soins « complet », de l'alimentation et de l'hydratation est « difficile à envisager » compte tenu de l'état du patient qui n'est pas en coma « dépassé ». Il ressort au demeurant des observations du centre hospitalier à la suite du rapport d'expertise et des propos tenus lors de l'audience par le médecin en charge du patient que l'équipe médicale est en accord avec la proposition de l'expert de sevrage de l'aide respiratoire intermittente, de façon à se placer dans des

conditions physiologiques normales et naturelles, répondant ainsi au souhait de la famille de M. T d'une mort « naturelle », avec maintien d'une alimentation-hydratation et traitement antalgique. En conséquence, compte tenu de l'ensemble de ces éléments et en particulier au regard de l'état clinique du patient et des modalités d'arrêt des traitements telles qu'elles sont prévues dans la décision du 30 janvier 2020 et ont été rappelées au point 13, les conditions prévues 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 ne peuvent être regardées, dans le cas de M. T, comme réunies. Par suite, il y a lieu d'enjoindre au centre hospitalier René Dubos de Pontoise de ne pas mettre en œuvre la décision du 30 janvier 2020 d'arrêt des thérapeutiques selon les modalités qu'elle prévoit. La présente injonction ne fait toutefois pas obstacle à ce qu'une nouvelle décision soit prise, dans le respect de la procédure prévue par les dispositions de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique, par le médecin en charge du patient sur la base de la proposition formulée dans le rapport d'expertise consistant en une extubation et un maintien de l'hydratation et de l'alimentation, quelle que soit la réaction de M. T à cette extubation.

Sur les dépens :

17. Aux termes de l'article R. 761-1 du code de justice administrative : « *Les dépens comprennent les frais d'expertise, d'enquête et de toute autre mesure d'instruction dont les frais ne sont pas à la charge de l'Etat. / Sous réserve de dispositions particulières, ils sont mis à la charge de toute partie perdante sauf si les circonstances particulières de l'affaire justifient qu'ils soient mis à la charge d'une autre partie ou partagés entre les parties. / L'Etat peut être condamné aux dépens.* ».

18. En application de ces dispositions, il y a lieu de mettre à la charge du centre hospitalier de Pontoise les frais d'expertise. Compte tenu de l'urgence de la procédure instituée par l'article L. 521-2 du code de justice administrative, ces frais seront liquidés et taxés par une ordonnance ultérieure du président du tribunal administratif.



**ORDONNE :**

Article 1<sup>er</sup> : Il est enjoint au centre hospitalier René Dubos de Pontoise de ne pas mettre en œuvre la décision du 30 janvier 2020 d'arrêt des thérapeutiques actives selon les modalités qu'elle prévoit concernant M. T.

Article 2 : Les frais d'expertise tels qu'ils seront liquidés et taxés par une ordonnance ultérieure du président du tribunal administratif sont mis à la charge du centre hospitalier René Dubos de Pontoise.

Article 3 : La présente ordonnance sera notifiée à M. S et au centre hospitalier René Dubos de Pontoise.

Copie en sera adressée pour information à l'expert.