

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE CERGY-PONTOISE**

DS

N° 2009541

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mme H... G...
M. A... G...

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Mme L... J...
M. I... B...
Mme F... D...
Juges des référés

Le juge des référés,
(formation collégiale)

Ordonnance du 30 septembre 2020

PCJA :
54-035-03-04
61-05
Code de publication : C

Vu la procédure suivante :

Par une requête, enregistrée le 24 septembre 2020, Mme H... G... et M. A... G..., représentés par Me Anav-Arlaud, demandent au juge des référés statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

1°) de suspendre l'exécution de la décision orale du 2 septembre 2020 d'arrêt des soins prodigués à Mme E... G... par l'Hôpital Beaujon AP-HP ainsi que celle du 22 septembre 2020 de limitation des traitements ;

2°) de prescrire une expertise médicale ;

3°) de mettre à la charge de l'Hôpital Beaujon AP-HP de Clichy la somme de 3 000 euros au titre des dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative et des entiers dépens ;

Ils soutiennent que :

- il ne sont pas d'accord avec les décisions d'arrêt ou de limitation des thérapeutiques actives prises par le collègue de médecin ;
- ils contestent avoir reçu une information préalable à l'engagement de la procédure collégiale notamment en ce qui concerne la décision du 2 septembre 2020 ;

- la condition de l'urgence est remplie, dès lors que la limitation des traitements et l'interruption de l'antibiothérapie qui devrait être effective le 25 septembre 2020 à 12 heures conduiront *in fine* au décès prématuré de leur mère ;

- il existe une atteinte grave et manifestement illégale au droit à la vie, reconnue liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, dès lors que la procédure suivie est irrégulière au regard du code de la santé, d'une part, rien n'atteste que la procédure collégiale obligatoire préalable à toute décision visant la limitation ou l'arrêt des soins a bien été respectée, d'autre part, et en tout état de cause, leur avis en tant que personnes de confiance en l'absence de directive anticipée n'a jamais été sollicité ;

- la décision de limitation des soins est médicalement injustifiée, leur mère ne souffrant plus à ce jour de septicémie et les conclusions sur l'évolution rapide de son cancer n'étant pas vérifiées.

Par un mémoire en défense enregistré le 25 septembre 2020, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris conclut au rejet de la requête.

L'AP-HP fait valoir que :

- la procédure prévue par les dispositions de l'article R. 4127-37-2 du code de santé publique n'a pas été méconnue ;

- il a été décidé notamment de ne pas pratiquer de gestes chirurgicaux ou invasifs, de transfusion sanguine, d'introduction d'une nouvelle antibiothérapie et de recourir à des explorations cliniques ou biologiques ;

- l'administration des thérapeutiques prévues par l'article L. 1110-5-1 du code de santé publique relèverait d'une obstination déraisonnable compte tenu de la défaillance de plusieurs organes et de la dégradation de l'état général de la patiente. L'atteinte grave et manifestement illégale au droit à la vie n'est pas établie.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de justice administrative.

La présidente 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 J..., M. B... et Mme D... vice-présidents, pour statuer sur cette demande de référé.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience du 25 septembre 2020 à 16 heures.

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

- le rapport de Mme D..., juge des référés ;
- les observations orales de Me Anav-Arlaud qui rappelle ses écritures et conclusions et insiste sur le non-respect de la procédure prévue par l'article R. 4127-37-2 du code de santé, d'une part s'agissant du droit à l'information et de l'association de la famille, personnes de confiance quant à l'engagement de la procédure collégiale prévue par l'article L. 1110-5-1 de ce

code et d'autre part, sur l'absence d'avis motivé du médecin, appelé comme consultant extérieur ; elle ajoute également que le dossier révèle l'existence d'incohérences médicales sur l'état de santé de Mme G..., cet état s'étant amélioré mi-août jusqu'à l'apparition d'une nouvelle infection le 31 août et les médecins ayant indiqué le 2 septembre 2020 qu'ils arrêteraient les traitements son diagnostic vital étant en jeu ; qu'il est impossible de connaître l'état de santé réel de Mme G... en l'absence de nouveaux examens depuis cette date ;

- les observations orales de M. C..., Docteur N... et Docteur O... pour l'AP-HP qui soutiennent que Mme G... est en service de réanimation depuis fin juin 2020 et qu'elle se trouve en phase avancée terminale de sa maladie laquelle est grave et incurable ; qu'elle est actuellement en état de sédation et sous respiration artificielle ; que la continuité des soins conduit à la maintenir artificiellement en vie ce qui constitue un cas d'obstination déraisonnable prévue par la loi ; médicalement, plusieurs de ses organes ne fonctionnent plus (poumons, rein notamment) et la patiente souffre d'infections à répétition nécessitant la mise en place d'antibiothérapie ; que l'introduction de nouveaux traitements n'empêche pas l'arrivée de nouvelles infections ; que l'hôpital Paul Brousse spécialisé dans le type de cancer dont souffre la patiente a refusé de la prendre en charge ; que l'avis de plusieurs médecins extérieurs à l'hôpital Beaujon ont été consultés ; pour les médecins compte tenu de l'état général de la patiente estiment qu'il est déraisonnable d'introduire de nouveaux traitements ou de nouveaux examens ; que les soins et l'antibiothérapie ont été réintroduits dans l'attente de la décision à intervenir.

La clôture de l'instruction a été différée au 28 septembre 2020, 17h00.

Vu les pièces produites le 28 septembre 2020 par l'hôpital Beaujon AP-HP et la note en délibéré (non communiquée) de M. et Mme G...

Considérant ce qui suit :

Sur l'office du juge des référés statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

1. Aux termes du troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative : *« Lorsque la nature de l'affaire le justifie, le président du tribunal administratif (...) peut décider qu'elle sera jugée, dans les conditions prévues au présent livre, par une formation composée de trois juges des référés, sans préjudice du renvoi de l'affaire à une autre formation de jugement dans les conditions de droit commun »*. L'article L. 521-2 du code de justice administrative dispose que : *« Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures »*.

2. En vertu de ce dernier article, le juge administratif des référés, saisi d'une demande en ce sens justifiée par une urgence particulière, peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une autorité administrative aurait porté une atteinte grave et manifestement illégale. Ces dispositions législatives confèrent au juge des référés, qui se prononce en principe seul et 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 ne pas mettre en œuvre, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, un traitement qui apparaît inutile ou disproportionné ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, dans la mesure où l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie. Il doit alors, le cas échéant en formation collégiale conformément à ce que prévoit le troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative, prendre les mesures de sauvegarde nécessaires pour faire obstacle à son exécution lorsque cette décision pourrait ne pas relever des hypothèses prévues par la loi, en procédant à la conciliation des libertés fondamentales en cause, que sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable. Le juge des référés peut, le cas échéant, avant de statuer sur la requête dont il est saisi, prescrire une expertise médicale et suspendre à titre conservatoire l'exécution de la mesure.

4. Le cadre juridique applicable au litige est défini par les dispositions législatives du code de la santé publique, modifiées en dernier lieu par la loi du 2 février 2016. Aux termes de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne.* » L'article L. 1110-2 de ce code dispose que : « *La personne malade a droit au respect de sa dignité* ». 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. 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. 1110-5-2 du même code : « *(...) 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 : « *(...) 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. (...)* ». Le III de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique précise enfin que : « *La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé*

d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation. 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. ».

5. Il résulte des dispositions législatives citées ci-dessus, 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. Dans 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.

6. Pour l'application de ces dispositions, le refus de ne pas recourir à la réanimation avec assistance respiratoire et de ne pas introduire de nouveaux traitements en cas de nouvelles défaillances ou « escalade » thérapeutique tels que l'utilisation de catécholamines, de transfusion sanguine, de chirurgie, de nouvelle antibiothérapie, de nouvelle intervention chirurgicale, de nouveaux examens complémentaires ou de bilan biologique, et la limitation des thérapeutiques en cours sont au nombre des traitements qui ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis 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.

7. Enfin, l'appréciation sur le point de savoir si la poursuite des traitements traduit une obstination déraisonnable doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, qui doivent couvrir une période suffisamment longue, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient, dont la situation doit être appréhendée dans sa singularité. Une importance toute particulière doit être donnée, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que celle-ci demeure inconnue faute de directives anticipées ou d'indications données de son vivant, aux avis émis par la famille qui doit alors être placée en situation de comprendre, au regard de ses propres perceptions et interprétations à cet égard, dans quel état se trouve réellement le patient et quelles sont les perspectives d'évolution de cet état.

Sur le litige :

8. Le 24 juin 2020, Mme E... G..., âgée de 76 ans, est admise au sein de l'hôpital Beaujon AP-HP pour une intervention relative à des lésions cancéreuses au niveau du foie. Elle présente également une insuffisance rénale aigüe, qui sera traitée. Le 11 juillet 2020, elle est transférée au sein de l'unité de réanimation en raison de l'aggravation de son état de santé et notamment à la suite de la rupture de l'artère du foie. Elle est mise sous ventilation mécanique mi-juillet 2020 et est traitée par antibiothérapie jusqu'au 7 août 2020. Fin juillet, une tentative de sevrage respiratoire est arrêtée suite à de nouvelles complications. Entre la mi et fin août son état semblait s'améliorer. Néanmoins, fin août après la pose d'un cathéter pour réaliser une dialyse, elle développe un nouvel épisode infectieux nécessitant une nouvelle antibiothérapie. Son état de santé s'étant aggravé, le 30 août 2020, après une détresse respiratoire soudaine due à une pneumonie bactériémique, elle est placée sous sédation et sous respiration artificielle. Le 2 septembre 2020, la procédure collégiale prévue par les dispositions de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique est mise en œuvre par le service de réanimation. En raison de la progression du cancer de la patiente qui a atteint les poumons, de l'impossibilité de reprendre une chimiothérapie, de la défaillance respiratoire due à une pneumonie persistante, du placement de l'intéressée sous sédation, de la nécrose du foie, d'une insuffisance rénale aiguë et chronique et d'un état de dénutrition, le collège de médecins décide de l'arrêt des traitements. Toutefois, la famille s'opposant à cette décision et n'ayant pas reçu une information préalable sur l'engagement de cette procédure, cette décision n'est pas mise en œuvre. L'état de santé de Mme G... ne s'améliorant pas, le 22 septembre 2020, après que la famille en ait été informée, une nouvelle procédure collégiale est engagée. Le collège de médecins décide alors de la limitation des thérapeutiques actives, au motif qu'en présence d'une septicémie incontrôlée, d'une évolution du cancer et de l'impossibilité de reprendre une chimiothérapie, la poursuite des traitements serait constitutive d'un acharnement thérapeutique et d'une obstination déraisonnable. Par la présente requête, M. et Mme G..., enfants de Mme E... G..., demande au juge des référés, sur le fondement des dispositions de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, la suspension des décisions des 2 et 22 septembre 2020 par lesquelles le centre hospitalier Beaujon AP-HP de Clichy 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 et de la limitation des thérapeutiques actives dont bénéficie leur mère. Ils demandent également qu'une expertise soit réalisée.

En ce qui concerne la décision orale du 2 septembre 2020 d'arrêt des thérapeutiques :

9. Il résulte de l'instruction que, si Mme G... n'a pas exprimé sa volonté par des directives anticipées, en revanche, elle a désigné ses enfants comme personnes de confiance. Ces derniers ont été informés quasi quotidiennement de l'état de santé de leur mère à partir de l'aggravation de son état de santé fin août. De plus, même si l'équipe soignante a décidé l'arrêt des traitements le 2 septembre 2020, elle n'a pas mis en œuvre cette décision en raison de l'opposition et du désarroi des enfants et un cathéter de dialyse a été placé et la dialyse reprise le 8 septembre 2020. L'équipe soignante a ensuite décidé d'engager une nouvelle procédure collégiale aboutissant à une nouvelle décision de limitation des thérapeutiques le 22 septembre 2020. Il s'ensuit que la décision du 2 septembre a été implicitement mais nécessairement retirée et est devenue sans objet. Il n'y a donc pas lieu, de statuer sur la demande des requérants tendant à la suspension de la décision d'arrêter les thérapeutiques actives au profit de Mme G... du 2 septembre 2020.

En ce qui concerne la décision orale du 22 septembre 2020 de limitation des thérapeutiques :

10. En premier lieu, il résulte de l'instruction que depuis le 31 juillet 2020, l'équipe soignante a eu des échanges constants avec les enfants de Mme G... avec lesquels elle s'est entretenue régulièrement, ce qui leur a permis d'être informés de l'évolution de l'état de santé de leur mère ainsi que des traitements mis en place ou envisagés. Ils sont en particulier informés le 2 septembre de l'évolution défavorable avec risque de décès à court terme de leur mère et le 4 septembre de l'impasse thérapeutique du cancer et de la bactériémie persistante malgré une antibiothérapie. A partir de ces dates, la famille est informée quasi quotidiennement de l'état de santé et des soins ou examens qui pourraient être prodigués. C'est également à partir du 2 septembre 2020 que l'équipe soignante exprime sa volonté de ne pas s'obstiner déraisonnablement et met en œuvre la procédure collégiale prévue par l'article L. 1111-4 du code de santé publique. Les docteurs N..., O... et P... rendent compte à la famille des réunions collégiales des 2 et 22 septembre 2020 et les informent notamment à l'issue de la seconde procédure qu'un processus de limitation thérapeutique devrait être mis en œuvre le 26 septembre 2020. Enfin, la famille ayant invoqué un défaut d'information et afin de l'améliorer, l'équipe soignante les informe de l'engagement d'une nouvelle réunion collégiale le 21 septembre 2020. Il s'ensuit que la famille a reçu l'information prévue par les dispositions précitées.

11. En deuxième lieu, l'équipe soignante en charge de la patiente ayant décidé de recourir une nouvelle fois à la procédure collégiale précitée au point 4, elle 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 Professeur Q.... Ce dernier a, à cette occasion formulé un avis motivé dans la fiche de décision en vue d'une limitation ou arrêt des traitements. Il s'ensuit que la procédure collégiale n'a pas méconnu les dispositions de l'article R. 4127-37-2 du code de santé publique.

12. En dernier lieu, il résulte de l'instruction que Mme G... est atteinte d'un cancer qui progresse, qu'il est impossible de reprendre une chimiothérapie, qu'elle souffre d'une défaillance respiratoire due à une pneumonie persistante, de lésions au foie, d'une insuffisance rénale aiguë et chronique, de dénutrition et est inconsciente ayant été placée sous sédation profonde. De plus, le docteur R... spécialiste de la réanimation hépatique de l'hôpital G... qui a été saisie par l'équipe soignante à la demande de la famille a indiqué qu'après une discussion collégiale dans son service, a refusé le 25 septembre 2020 du transfert de Mme G... dans cet hôpital ce dernier ayant indiqué que leur service n'a pas d'expertise supplémentaire à apporter. Enfin, il résulte de la fiche de décision en vue d'une limitation ou arrêt des traitements que le Professeur Q... est intervenu en qualité de consultant extérieur et a rendu un avis motivé dans lequel il indique que « la décision prise me paraît justifiée, cohérente et dans l'intérêt de la patiente pour limiter des souffrances inutiles devant une défaillance multi viscérale prolongée et irréversible ». Il résulte de ce qui précède que, le pronostic vital de Mme G... dont plusieurs organes ne fonctionnent plus, est extrêmement défavorable et qu'elle est exposée à de nouvelles infections. De plus, les soins dispensés jusqu'à ce jour dans un contexte de cancer avancé présentent un caractère particulièrement invasif et des conséquences, à certains égards, délétères lorsqu'ils sont administrés sur une longue période et sont susceptibles d'entraîner des souffrances. Il s'ensuit que les conditions prévues par la loi pour que puisse être prise, par le médecin en charge de la patiente, une décision de limitation des thérapeutiques actives 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 Mme G..., au vu de l'instruction contradictoire, et compte tenu de ce qui a été dit, comme réunies. Ainsi, la décision du 22 septembre 2020 ne peut, en conséquence, être tenue pour manifestation illégale. Par suite, et sans qu'il soit besoin d'ordonner une expertise, les conclusions présentées sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative par M. et Mme G... doivent

être rejetées, tout comme celles présentées sur le fondement des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

ORDONNE :

Article 1 : Il n'y a pas lieu de statuer sur les conclusions de suspension de la décision du 2 septembre 2020.

Article 2 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 3 : La présente ordonnance sera notifiée à Mme H... G..., M. A... G... et à l'hôpital Beaujon AP-HP.