

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF  
DE LYON**

**N° 1607855**

---

Mme J. et autres

---

Audience du 4 novembre 2016  
Ordonnance du 9 novembre 2016

---

54-035-03-01-01 et 61-05  
C -ACP

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Les juges des référés, statuant dans les conditions  
prévues au troisième alinéa de l'article L. 511-2  
du code de justice administrative

Vu la procédure suivante :

Par une requête et un mémoire complémentaire enregistrés les 28 octobre et 3 novembre 2016, Mmes J. et autres demandent au juge des référés sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, d'enjoindre aux Hospices civils de Lyon de suspendre la décision médicale du 27 octobre 2016 d'arrêter les soins prodigués à M. J., d'ordonner une expertise sur l'état médical du patient et qu'une copie de l'ensemble du dossier médical soit remise à la famille.

La famille de M. J. soutient que :

- la décision attaquée méconnaît le droit au respect de la vie, qui est une liberté fondamentale protégée par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme ;
- l'avis de la famille, exprimant les volontés du patient, n'a pas été sérieusement pris en compte ;
- les conditions médicales de mort cérébrale, fonction cardiaque défaillante et absence d'autonomie respiratoire sur lesquelles repose la décision attaquée ne sont pas réunies ;
- le Conseil de l'Europe par sa résolution n° 1859 du 25 janvier 2012 interdit l'euthanasie ;
- l'article R. 4127-38 du code de la santé publique interdit aux médecins de provoquer la mort délibérément ;
- la loi n° 2005-3710 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est méconnue dès lors que l'équipe médicale reconnaît des signes positifs de réveil ;
- les conditions cumulatives prévues par les dispositions du décret n° 2016-1066 du 3 août 2016, soit la procédure collégiale et le respect de la volonté du patient que sa famille et ses proches font respecter ne sont pas réunies.

Par des mémoires en défense, enregistrés le 30 octobre 2016 et le 3 novembre 2016, les Hospices civils de Lyon, représentés par Me G..., concluent :

- avant dire droit à une expertise médicale et à ce que l'avis de l'instance ordinale soit sollicité ;
- à défaut, au rejet de la requête.

Ils font valoir que :

- les garanties légales et réglementaires ont été respectées ;
- la poursuite des soins prodigués au patient relève d'une obstination déraisonnable.

Par un mémoire en intervention, enregistré le 31 octobre 2016, le professeur Q..., chef du service réanimation de l'hôpital de V... représenté par Me G..., conclut au rejet de la requête et reprend les faits et moyens exposés dans le mémoire en défense des Hospices civils de Lyon.

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu :

- la résolution du conseil de l'Europe n° 1859 du 25 janvier 2012 ;
- 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.

Le président du tribunal a désigné M. Mulsant, premier vice-président, Mme Wolf et M. Delespierre, vice-présidents, pour statuer sur les demandes de référé.

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience, tenue le 31 octobre 2016 à 9 heures.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport du juge des référés : le président Delespierre;
- les observations de Me C..., représentant la famille qui a repris les faits moyens et conclusions exposés dans la requête, y ajoutant que :

- s'il n'existe pas de directive formalisée de la part du patient et si ce dernier n'a pas désigné une personne de confiance, la famille n'a pas été suffisamment entendue durant la procédure collégiale et notamment, malgré ses insistances, sur les convictions religieuses du patient lesquelles excluent une mort autre que naturelle ;

- si la famille accepte la limitation des soins à ceux qui sont actuellement prodigués au patient, elle refuse la décision de mettre fin aux soins de survie ; compte tenu de l'état de M. J..., la poursuite de ces soins ne relève pas d'une obstination déraisonnable ; qu'en effet, il dispose d'une autonomie cardiaque et respiratoire limitée mais suffisante et son coma, qui ne correspond pas à une mort cérébrale, laisse ouverte une chance de réveil ;

- pour apprécier la disproportion des soins actuels, il convient de procéder à une expertise ;

- la famille a conscience des lourdes séquelles qui subsisteront en cas de réveil et qu'elle accepte d'accueillir le patient quelque soit son état ;

- les observations de Me G..., représentant les Hospices civils de Lyon qui a fait valoir que :

- contrairement à ce qui est soutenu par la famille du patient, les convictions religieuses du patient et de sa famille n'ont pas été évoquées par cette dernière lors des entretiens avec l'équipe médicale ; qu'en tout état de cause, un représentant des différents cultes est à la disposition des patients et de leur famille au sein des Hospices civils de Lyon; que la procédure collégiale a été suivie régulièrement ;

- le maintien des soins de survie du patient relève bien d'un cas d'obstination déraisonnable tel que prévu par la loi ;

- les observations du professeur Q... qui indique que :

- l'équipe médicale a consacré plusieurs heures à s'entretenir avec la famille sur l'état de leur parent, et le pronostic ;

- si le patient n'est pas en état de mort cérébrale, son maintien en vie en raison de son coma profond nécessite une assistance respiratoire, une hydratation et une sonde gastrique comportant des soins douloureux liés à la pose de sondes et de cathéters et à la nécessité de procéder plusieurs fois par jour à l'aspiration par sonde des sécrétions respiratoires ; ces soins donnent lieu à des manifestations de douleur ; qu'en cas de maintien des soins de survie, des escarres et autres complications infectieuses sont inévitables et susceptibles de gagner d'autres fonctions vitales ;

- en cas de réveil le patient restera atteint de profondes séquelles dont l'étendue ne peut être déterminée par avance mais qui, selon toute probabilité, compte tenu des lésions corticales irréversibles, se traduiront par une quadriplégie, l'impossibilité de parler et de s'alimenter.

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

1. Considérant qu'aux termes de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique : *«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 (...) Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.»* ; qu'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. / La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article (...) » ; qu'aux termes de l'article L. 1111-4 de ce 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 (...) 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. 111-6 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 (...) » ;

2. Considérant qu'aux termes de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique : « 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 et en l'absence de directives anticipées, 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 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. » ;

3. Considérant qu'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. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures. » ;

4. Considérant que M. J., né le 31 décembre 1936, ayant dans ses antécédents une maladie diabétique et une cardiopathie ischémique, a présenté, alors qu'il séjournait au Maroc depuis quelques semaines, un épisode d'hypoglycémie suivi d'un mal épileptique convulsif ; que, d'abord soigné par un infirmier, puis hospitalisé à la clinique internationale de Marrakech le 1<sup>er</sup> octobre 2016, pour crise convulsive et coma post-hypoglycémie sévère, il n'est plus sorti du coma depuis la nuit du 3 au 4 octobre 2016 ; que sa famille a décidé de le transférer en France où il a été hospitalisé le 7 octobre 2016 au service de réanimation médicale de l'Hôpital de V... ; qu'en l'absence d'évolution favorable de l'état de santé du patient, l'équipe médicale a d'abord pris une décision, admise par la famille, consistant en une limitation des soins, signifiant que si d'autres pathologies se manifestaient, elles ne seraient, en principe pas prises en charge ; que, le 27 octobre 2016, la famille du patient a été informée que la décision d'arrêter les soins était envisagée ;

5. Considérant que, par la présente requête, la famille J. demande au juge des référés d'enjoindre aux Hospices civils de Lyon de suspendre l'exécution de la décision médicale du 28 octobre 2016 prononçant l'arrêt des soins, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative;

Sur l'intervention du Professeur Q. :

6. Considérant que, dans les circonstances particulières de l'espèce, eu égard à la nature et à l'objet du litige, l'intervention du Professeur Q., en sa qualité de chef du service de réanimation, est recevable ;

Sur les conclusions tendant à la suspension de l'exécution de la décision du 27 octobre 2016, en application des dispositions de l'article L 521-2 du code de justice administrative :

7. Considérant qu'en vertu de cet 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 ; que ces dispositions législatives confèrent au juge des référés, qui peut en vertu du troisième alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative statuer en formation collégiale, 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 ; que, 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 telle décision, prise par un médecin sur le fondement du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable, et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie ; qu'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 que sont le droit au respect de la vie et le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable ;

En ce qui concerne la procédure :

8. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'instruction que M. J., âgé de 79 ans, a été admis au service des urgences de l'hôpital de V... le 7 octobre 2016, alors qu'il était dans le coma et donc hors d'état d'exprimer la moindre volonté ; que la famille, interrogée, a précisé que M. J. n'avait désigné aucune personne de confiance et n'avait rédigé aucune directive anticipée, mais que son rapatriement en France, envisagé avant qu'il ne tombe dans le coma, caractérisait sa volonté d'être soigné ; qu'elle fait valoir que les convictions religieuses de M. J., lesquelles étaient connues de l'équipe soignante, témoignent de ce que ce dernier voulait que sa mort intervienne de manière naturelle, mais sans intervention humaine ayant pour effet de la provoquer ;

9. Considérant que, toutefois, ni le souhait du patient d'être transféré dans un hôpital en France, ni ses convictions religieuses ne sauraient être interprétés comme une directive anticipée, au sens des dispositions précitées de l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, d'être maintenu artificiellement en vie ; que, par suite, la famille n'est pas fondée à soutenir que la volonté de M. J... serait que les soins qui lui sont délivrés depuis son admission en service de réanimation soient poursuivis ; que dès lors, en l'absence de directive anticipée, le professeur Q..., chef de service, en charge du patient, pouvait engager la procédure collégiale de limiter les soins ;

10. Considérant en deuxième lieu, qu'une réunion collégiale ayant associé les médecins et personnels de soins du service, en présence du professeur Q., chef du service, a été organisée le 27 octobre 2016, au terme de laquelle la décision d'arrêter les soins en cours a été envisagée ; que l'équipe médicale a, ensuite, expliqué cette décision à la famille du patient, qui a manifesté son désaccord ; que deux médecins spécialistes, appelés comme consultants, le Dr K. et le Dr O., respectivement anesthésiste-réanimateur et neurologue, qui n'ont aucun lien hiérarchique avec le professeur Q. et son équipe médicale, ont émis le 28 octobre 2016 un avis conforme ; qu'une nouvelle réunion avec la famille de M. J. s'est tenue le 28 octobre 2016, au cours de laquelle cette dernière a, à nouveau, exprimé son désaccord sur l'arrêt des soins ; que, toutefois, l'équipe médicale, qui n'était pas tenue de se conformer à cet avis, a alors pris la décision attaquée, à l'issue d'une procédure régulière ;

En ce qui concerne le bien-fondé de la décision en litige :

11. Considérant qu'il résulte de l'instruction qu'un examen par IRM, réalisé au Maroc avait déjà mis en évidence chez M. J. des lésions du cortex frontal évocatrices d'une nécrose laminaire ; que les examens réalisés à l'hôpital de V. ont confirmé l'importance des lésions atteignant les noyaux gris centraux et le cortex ; que, depuis son admission à l'hôpital de V., l'équipe médicale a constaté que M. J. demeure dans un état pauci-relationnel, sans possibilité de communiquer avec son environnement ; qu'il ouvre les yeux spontanément, ne répond à aucun ordre simple, présente une réactivité non orientée à la douleur et n'a pas de motricité spontanée ; que, malgré le traitement anticomitial, il persiste des épisodes convulsifs ; qu'il a une ouverture des yeux spontanée, une réaction à la douleur non orientée, ne répond pas à des ordres simples et n'a pas de motricité spontanée ; que les soins de réanimation prodigués à M. J., et dont l'arrêt a été décidé par l'équipe médicale, comportent une intubation et une ventilation artificielle avec cathéters veineux et artériels, une alimentation par sonde gastrique et des aspirations trachéales, outre des soins lourds ;

12. Considérant que si, en présence d'un score de coma de Glasgow compris entre 4 et 6 sur une échelle de 15 qui correspond à un coma profond, le réveil du patient ne peut être exclu,

ce réveil éventuel est susceptible d'intervenir dans un délai indéterminé avec une probabilité très élevée de séquelles neurologiques lourdes, d'autant que des antécédents vasculaires et coronariens constituent des facteurs de risque en cas de prolongation de la réanimation ; que le dossier médical mentionne aussi que les soins dont l'arrêt est envisagé sont douloureux ; qu'à l'audience le professeur Q. a précisé que tel était notamment le cas des aspirations trachéales, cinq à six fois par jour et des cathéters ; qu'il résulte également des pièces du dossier et a été confirmé à l'audience que le séjour en réanimation expose le patient à des risques de complication, notamment à des infections respiratoires et à des escarres qui peuvent elles-mêmes provoquer des douleurs et des infections ;

13. Considérant qu'il résulte donc de ces éléments médicaux que la poursuite de soins actifs et douloureux a pour seul effet de maintenir artificiellement le patient en vie, alors qu'en cas de retour, non exclu, mais très hypothétique, à un état de conscience, la vie de celui-ci serait extrêmement affectée par des lésions majeures au caractère irréversible ; que la poursuite de ces soins doit donc être regardée comme constitutive d'une obstination déraisonnable ;

14. Considérant que, contrairement à ce que soutient la famille de M. J., la décision d'arrêter les soins ne constitue pas un acte d'euthanasie proscrit par la résolution n° 1859 du 25 janvier 2012 du Conseil de l'Europe et par l'article R. 4127-38 du code de la santé publique ; que, pour les mêmes motifs, elle ne méconnaît pas non plus les stipulations de l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

15. Considérant qu'il n'appartient pas, en l'espèce, au juge du référé liberté d'ordonner la transmission du dossier médical de M. J. aux membres de sa famille ;

16. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède, sans qu'il soit besoin d'ordonner l'expertise sollicitée, qu'en prenant la décision du 27 octobre 2016 d'arrêter les soins actifs dispensés à M. Abdallah J., l'équipe médicale du professeur Q. n'a pas porté une atteinte manifestement illégale à une liberté fondamentale, au sens des dispositions précitées de l'article L. 521-2 du code de justice administrative ; que, par suite, la requête présentée par la famille J. doit être rejetée ;

#### ORDONNE :

Article 1<sup>er</sup> : L'intervention du Professeur Q. est admise.

Article 2 : La requête de la famille de M. J. est rejetée.

Article 3 : La présente ordonnance sera notifiée à Mmes J. et autres, au ministre des affaires sociales et de la santé et au Professeur Q.

Copie en sera transmise aux Hospices civils de Lyon.