

□ Texte intégral

o

Texte intégral

Satisfaction partielle
Recours : Excès de pouvoir

Vu la procédure suivante :

Par une requête et un mémoire, enregistrés les 30 juillet 2024 et 1er août 2024, M. A D, représenté par Me Nzaloussou, demande au juge des référés, statuant sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative :

1°) d'ordonner à l'hôpital Henri-Mondor de suspendre la décision de limiter ou de suspendre les soins prodigués à son frère, M. B D ;

2°) d'ordonner une expertise médicale et de désigner trois médecins aux fins de se prononcer sur l'état de santé actuel de son frère, sur l'existence d'un traitement ou protocole médical dont il pourrait bénéficier et sur le caractère irréversible de sa pathologie tenant à l'infection pulmonaire dont il est atteint, et d'évaluer les perspectives d'évolution de son état de santé ;

3°) de mettre à la charge de l'hôpital Henri-Mondor la somme de 3 500 euros sur le fondement de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Il soutient que :

- la condition d'urgence est satisfaite dès lors que le médecin lui a annoncé oralement son intention de procéder à l'extubation de son frère le 30 juillet 2024 à 10 heures ;
- la décision porte une atteinte grave et manifestement illégale au droit à la vie de son frère et à son droit de recevoir les traitements et soins les plus appropriés à son état de santé ;
- la procédure prévue à l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique n'a pas été respectée dès lors que l'ensemble de l'équipe médicale collégiale n'a pas été consultée et que son avis, en tant que tuteur du patient, n'a pas été pris en compte ;
- la décision d'arrêt des soins est illégale au regard des conditions fixées par l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique et de la jurisprudence du Conseil d'Etat, l'obstination déraisonnable n'étant pas caractérisée ;
- la situation justifie qu'une expertise médicale, réalisée par trois médecins, soit ordonnée.

Par un mémoire en défense, enregistré 31 juillet 2024, le directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris conclut au rejet de la requête.

Il soutient que la procédure collégiale suivie pour aboutir à la décision contestée est régulière et que toute autre décision que celle de limitation des soins caractériserait une obstination déraisonnable.

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 l'affaire, compte tenu de sa nature, serait jugée par une formation composée de trois juges des référés, dans les conditions prévues au 3ème alinéa de l'article L. 511-2 du code de justice administrative.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Au cours de l'audience du 1er août 2024 à 11 heures en présence de Mme Aubret, greffière d'audience, ont été entendus :

- le rapport de Mme E ;

- les observations de Me Nzaloussou, représentant M. D, qui rappelle que la décision en cause est une décision de limitation des thérapeutiques alors que le diagnostic de la maladie du patient n'est pas établi, que les médecins consultés par l'équipe médicale ne sont pas extérieurs à l'hôpital, que l'avis écrit de la gériatre de l'Institut Jérôme Lejeune est dépourvu d'authenticité et que son contenu contredit le compte-rendu qu'elle a elle-même rédigé le

31 mai 2024, que la décision repose sur la maladie neurodégénérative de type Alzheimer alors même qu'un tel diagnostic n'a jamais été formellement posé, qu'il est établi que le patient ne présente aucune pathologie cardiaque ou neurologique, que la trisomie 21 dont il est porteur ne peut justifier qu'une autre prise en charge thérapeutique ne soit pas essayée, telle que la trachéotomie, et qu'une expertise est nécessaire si les juges estiment que les éléments du dossier ne sont pas suffisants ;

- les observations de M. D, requérant, qui rappelle que son frère est conscient, qu'il interagit avec son entourage comme le montre une captation vidéo qu'il a réalisée quelques jours plus tôt, qu'aucun motif ne justifie qu'une trachéotomie ne soit pas réalisée, qu'il a contacté plusieurs établissements hospitaliers qui n'ont pas la même opposition quant à cet acte mais qui lui ont indiqué que le transfert devait être initié par l'hôpital

Henri-Mondor, qu'il n'est pas contre l'extubation mais qu'il refuse que l'équipe laisse partir son frère s'il se trouvait de nouveau en état de détresse respiratoire ;

- les observations de Mme C, représentant l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, qui rappelle que le patient se trouve en réanimation depuis quarante jours et qu'il est toujours intubé, ventilé et dans un état de grande fragilité, que ses troubles cognitifs rendent sa coopération impossible, qu'il est alimenté par poche intra-veineuse, que la procédure collégiale a été respectée et que le requérant, tuteur du patient

n'ayant pas pu laisser de directives anticipées du fait de son handicap, a été consulté, qu'il y a eu plusieurs réunions pour décider de la limitation des thérapeutiques après l'extubation, que quatre médecins extérieurs au service ont pu exprimer leur avis concernant la limitation des soins, que les médecins ont une obligation déontologique de ne pas imposer au patient un traitement inutile, disproportionné ou ayant pour effet de maintenir artificiellement la vie ;

- et les observations du professeur F, représentant l'hôpital Henri-Mondor, qui indique qu'il ne conteste pas l'absence de problèmes cardiaques du patient et d'épilepsie, que le patient ne souffre plus d'infection des poumons, que ses difficultés pulmonaires s'expliquent aujourd'hui par des défaillances au niveau de la commande cérébrale du système de respiration et des troubles de la déglutition, que le patient est sous contention afin qu'il n'arrache pas les dispositifs médicaux, que la gériatre de l'Institut Jérôme Lejeune, spécialisée dans la prise en charge des personnes porteurs de trisomie 21, a elle-même posé le diagnostic de maladie d'Alzheimer et qu'elle a exprimé son accord avec le projet de soin décidé par l'équipe médicale de l'hôpital, que la coopération aux soins est l'élément déterminant pour la rééducation en cas de trachéotomie, que cet acte médical est contre-indiqué au regard de son état cognitif, de ses difficultés à supporter les soins et du trouble neuro-dégénératif dont il est atteint, que les discussions avec la famille ont été nombreuses, que l'état actuel du patient permet d'envisager une extubation et qu'il existe des chances, réelles mais minimales, qu'il parvienne à respirer de manière autonome et que puisse être organisé son transfert dans le service de l'hôpital qui le prenait en charge avant son admission en réanimation.

La captation vidéo de M. B D réalisée par le requérant a été visionnée par les juges des référés, ainsi que par la représentante de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et par le professeur F. Elle montre le patient intubé, les yeux ouverts, conscient de son environnement et manifestant des expressions de joie au niveau du visage.

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

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 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 ". Ces dispositions législatives confèrent au juge des référés, qui statue, en vertu de l'article L. 511-1 du même code, 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.

2. 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 :

3. 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 ".

4. 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 du quatrième alinéa 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. 1110-5-2, 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. () ". Aux termes du sixième alinéa 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 () ".

5. 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 / Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou de la personne chargée de la mesure, 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 ".

6. Il résulte de l'ensemble des dispositions 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 chargé d'un patient, lorsque celui-ci est 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.

7. Pour l'application de ces mêmes 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.

8. Pour apprécier si les conditions d'un arrêt des traitements de suppléance des fonctions vitales sont réunies s'agissant d'un patient dont l'état physique et cognitif le met hors d'état d'exprimer sa volonté et dont le maintien en vie dépend d'une ventilation mécanique et de modes artificiels d'alimentation et d'hydratation, le médecin chargé du patient 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 collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique.

Sur les circonstances du litige :

9. Il résulte de l'instruction que M. B D, né le 25 mai 1971 et atteint de trisomie 21, a été admis le 14 juin 2024 à l'hôpital Henri-Mondor, relevant de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), en raison d'une récurrence de douleurs abdominales et y a subi, le 17 juin 2024, une opération de cholécystectomie.

Le 19 juin 2024, il a présenté des difficultés respiratoires en lien avec une infection pulmonaire qui ont conduit à sa prise en charge par le service de réanimation chirurgicale où il a été intubé et placé sous ventilation artificielle le 22 juin 2024. Entre le 25 juin 2024 et le 9 juillet 2024, il a été extubé à plusieurs reprises avant d'être rapidement réintubé en raison de signes de détresse respiratoire. Le 15 juillet 2024, il a été une nouvelle fois extubé et, après une autonomie de trois jours sans assistance respiratoire, a dû être réintubé pour les mêmes raisons le 18 juillet 2024, date à partir de laquelle il a par ailleurs été alimenté par des poches d'alimentation artificielle intra-veineuse. Au regard de l'ensemble de son état médical et en l'absence de progression thérapeutique, l'équipe médicale, considérant que la poursuite des thérapeutiques en cas d'aggravation de l'état de santé de M. D constituerait une obstination déraisonnable, a engagé le 22 juillet 2024 la procédure collégiale prévue à l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique, qui a conduit à la décision, le

22 juillet 2024 puis le 26 juillet 2024, d'une part, de procéder à une limitation des thérapeutiques, consistant à ne pas entreprendre de massage cardiaque en cas d'arrêt

cardio-respiratoire, à ne pas introduire de catécholamine, à ne pas pratiquer d'oxygénation par membrane extracorporelle, à ne pas entreprendre de décubitus ventral, à ne pas réintuber le patient en cas d'auto-extubation et à ne pas entreprendre de nouvelle chirurgie en urgence, et, d'autre part, à procéder à une extubation du patient en prévoyant, en cas de survenance d'une détresse respiratoire, une absence de réintubation et la mise en place de soins de confort. Par la présente requête, M. A D, en sa qualité de frère et tuteur de M. B D, demande aux juges des référés, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, de suspendre l'exécution de cette décision.

10. Ainsi qu'il a été dit au point 7 de la présente ordonnance, si 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, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état 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.

11. En l'espèce, s'il résulte de l'instruction que M. B D, âgé de 53 ans, présente, en raison de la trisomie 21 dont il est atteint, une déficience intellectuelle sévère et des troubles cognitifs importants ainsi que, selon notamment la pièce n° 6 produite par l'AP-HP, dont l'authenticité n'est pas sérieusement contestée, un début de maladie d'Alzheimer précoce, et si le projet de trachéotomie qui a été évoqué afin de traiter ses défaillances respiratoires, qui s'accompagnerait d'une nutrition par gastrostomie, peut être regardé, au vu de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, comme peu envisageable en raison notamment du comportement non coopérant aux soins de M. D et de son faible potentiel de rééducation, de telles circonstances ne permettent pas, alors notamment que l'intéressé, dont l'état de conscience n'est pas contesté, apparaît capable, même dans une mesure très limitée, d'interagir avec son entourage, et eu égard à la durée de sa prise en charge ainsi qu'à l'opposition de son frère qui revêt une importance particulière en sa qualité de tuteur légal du patient, de regarder les soins qui lui sont actuellement prodigués, en dépit des souffrances qu'ils sont susceptibles de lui causer, comme inutiles, disproportionnés ou sans autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

12. Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée ne relève pas des hypothèses prévues à l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique. M. D est, par suite, et sans qu'il soit besoin de procéder à une expertise avant dire droit, fondé à en demander la suspension d'exécution.

Sur l'injonction :

13. La présente ordonnance, dès lors qu'elle prononce la suspension de la décision en litige, a pour conséquence nécessaire que l'intégralité des soins continue d'être prodiguée à M. D, selon les besoins occasionnés par son état. Par suite, il y a lieu d'enjoindre à

l'AP-HP de poursuivre ces soins.

Sur les frais liés au litige :

14. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative et de mettre à la charge de l'AP-HP une somme de 1 500 euros au titre des frais exposés par M. D et non compris dans les dépens.

ORDONNENT :

Article 1er : L'exécution de la décision par laquelle l'équipe médicale de l'hôpital Henri-Mondor de Créteil a décidé, d'une part, de procéder à la limitation des soins prodigués à M. B D et, d'autre part, de ne pas procéder à sa réintubation en cas de détresse respiratoire consécutive à une décision d'extubation est suspendue.

Article 2 : Il est enjoint à l'AP-HP de poursuivre tous soins nécessaires à la protection de la vie de M. B D.

Article 3 : L'AP-HP versera à M. D une somme de 1 500 euros en application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : La présente ordonnance sera notifiée à M. A D et à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Fait à Melun, le 2 août 2024.

Le juge des référés,

Signé :

N. GLe juge des référés,

Signé :

J. HLa juge des référés,

Signé :

C. E

La greffière,

Signé :

S. Aubret

La République mande et ordonne à la ministre du travail, de la santé et des solidarités en ce qui la concerne et 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 ordonnance.

Pour expédition conforme,

La greffière,

Copyright 2024 - Dalloz - Tous droits réservés.