

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE LYON**

N° 2002869

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mme Y et M. N F

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Mme G. Verley-Cheynel,
M. V. Picard,
Mme C. Schmerber,
Juges des référés

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

Audience du 30 avril 2020
Ordonnance du 30 avril 2020

C

Vu la procédure suivante :

Par une requête enregistrée le 27 avril 2020, Mme Y et M. N F, agissant en leur nom propre et en qualité de représentants légaux de leur fille V, représentés par Me Augoyard, demandent au juge des référés :

1°) d'enjoindre, à titre principal, aux Hospices Civils de Lyon (HCL), sur le fondement des dispositions de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, de suspendre la décision orale, notifiée le 23 avril 2020, de mettre un terme aux thérapeutiques actives, emportant le sevrage de la ventilation et sédation de V, et à l'équipe médicale de reprendre les soins appropriés à cette enfant ;

2°) subsidiairement, d'enjoindre à titre conservatoire la suspension de la décision orale ci-dessus et la reprise de soins appropriés, et ordonner une expertise médicale avec pour mission de décrire l'état clinique actuel de V et son évolution depuis son hospitalisation initiale à la suite de sa naissance avant terme à l'hôpital de la Croix- Rousse le 19 février 2020, de rechercher si tous les soins possibles ont été prodigués, et se prononcer sur le caractère irréversible des lésions dont elle est atteinte, sur le pronostic clinique et sur l'intérêt ou non de continuer ou de mettre en œuvre des thérapeutiques actives ;

3°) de mettre à la charge des HCL une somme de 1500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Ils soutiennent que :

- il y a urgence ; la décision sera irréversible si elle devait être mise en œuvre ;

- il y a une atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale ; la décision porte manifestement atteinte au droit à la vie garanti par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; ce droit est protégé par l'article 6 du pacte international relatif aux droits civils et politiques ; la déclaration universelle des droits de l'homme consacre également le droit à la vie à son article 3 ; l'article 2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne consacre ce droit ; il s'agit d'une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du code de justice administrative ;

- la décision d'arrêter les soins de V a été prise au terme d'une procédure irrégulière ; il résulte des articles L. 1110-5-1 et R. 4127-37-2 du code de la santé publique que la décision d'arrêt de traitement doit être prise par le médecin en charge du patient à l'issue d'une procédure collégiale, comprenant au moins un avis motivé d'un médecin appelé en qualité de consultant ; ils n'ont jamais eu connaissance de cet ou ces avis, de telle sorte qu'il est impossible de s'assurer que la procédure a été suivie ;

- la décision d'arrêter les soins de V a été prise sans sérieusement prendre en compte l'avis de la famille ; il résulte pourtant des articles L. 1110-5-1 et R. 4127-37-2 du code de la santé publique que la décision médicale doit être prise, en présence d'une personne incapable d'exprimer son consentement en raison, notamment de son âge, après avis des parents ; leur avis n'a pas sérieusement été pris en compte par le médecin qui a décidé de l'arrêt du traitement ; ils ont clairement indiqué que tout n'avait pas encore été tenté avant que ne puisse être prise une telle décision irréparable ; l'équipe médicale n'a pas pris le soin de les associer suffisamment à une décision irréversible, d'autant plus qu'il n'est pas établi que les soins apportés constitueraient une obstination déraisonnable ;

- la poursuite des soins ne constituerait pas une obstination déraisonnable au sens de l'article L.1110-5-1 du code de la santé publique ; l'état de santé de V ne permet pas, aujourd'hui, de considérer que toute évolution positive serait impossible ; seuls les poumons de V ont besoin d'un traitement ; les autres organes vitaux, tels que le cerveau, le système digestif, le coeur... se sont développés normalement ; il n'est pas établi que toutes les solutions permettant de soigner l'immatunité pulmonaire dont souffre V aient été explorées et que le bilan bénéfice/risque soit défavorable à un maintien de la ventilation mécanique et d'un traitement de soin ; une première tentative de soin aux corticoïdes s'est révélée infructueuse, une seconde tentative était prévue ; mais, au lieu de la mettre en œuvre, il a été décidé de mettre un terme aux soins ;

- l'arrêt de l'assistance respiratoire constituerait en fait une euthanasie active ; un tel acte est prohibé en droit français.

Par un mémoire enregistré le 29 avril 2020, les Hospices Civils de Lyon, représentés par Me Lantero, demandent que le huis clos soit décidé en application de l'article L. 731-1 du code de justice administrative et concluent au rejet de la requête.

Ils soutiennent que :

- on ne peut parler « d'euthanasie active » ; ces termes sont inappropriés en l'espèce ;
- les choix thérapeutiques ne sauraient être discutés ; ils relèvent de la prise en charge thérapeutique ; l'indication d'une nouvelle corticothérapie ne résiste pas au bilan des bénéfices escomptés et des risques encourus ;
- l'urgence est évidemment constituée, même si la limitation de la ventilation ne sera pas mise en œuvre avant que le juge statue ;
- il n'est pas contesté que le droit à la vie est une liberté fondamentale ; le droit de ne pas subir une obstination déraisonnable en est une autre ;
- la procédure collégiale a été respectée ;
- l'avis des parents a été recueilli ; il n'est pas décisif ;
- l'impasse curative est établie ; le pronostic est très sombre ; la continuité de la ventilation et des soins actifs est contraire à l'intérêt de l'enfant ; les effets des médicaments administrés s'épuisent avec le temps et l'inconfort de Victoria pourrait très vite devenir de la souffrance.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ;
- la convention européenne pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine signée à Oviedo le 4 avril 1997 ;
- le pacte international relatif aux droits civils et politiques ;
- la déclaration universelle des droits de l'homme ;
- le code civil ;
- la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 ;
- l'ordonnance n° 2020-305 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles applicables devant les juridictions de l'ordre administratif ;
- le code de la santé publique ;
- le code de justice administrative.

Le président du tribunal a désigné M. Picard et Mme Schmerber, vice-présidents, pour statuer sur les demandes de référé.

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Ont été entendus au cours de l'audience du 30 avril 2020, qui s'est tenue à huis clos :

- le rapport de M. Picard ;
- les observations de Me Augoyard, pour M. et Mme F. et de ces derniers, qui ont renoncé aux moyens tirés du caractère irrégulier de la procédure suivie et de ce que l'acte en cause caractérise une situation d'euthanasie active, et qui ont fait valoir, en particulier, qu'il s'agissait de sauver la vie de V., coûte que coûte, leur souhait profond étant qu'elle puisse vivre en famille auprès d'eux et de sa sœur jumelle quel que soit son état, que tous les traitements possibles n'avaient pas été envisagés, que seuls étaient réellement affectés les poumons de l'enfant, que la vie doit être privilégiée et qu'elle ne peut en être privée, que l'espoir existe de thérapies adaptées à sa situation et notamment de la possibilité d'une greffe ;
- les observations de Me Lantero, pour les Hospices Civils de Lyon et du professeur Picaud, qui ont indiqué que M. et Mme F. avaient été tenus informés constamment, que la décision contestée a été repoussée le plus longtemps possible, que la petite V. est née à la limite de la viabilité, que les lésions aux poumons sont irréversibles, que cette enfant est totalement dépendante des apports d'oxygène, qu'elle risque d'avoir de très importantes séquelles, notamment neurologiques, que la sédation prolongée a des effets délétères pour le développement du cerveau, et que la décision incombe à l'équipe médicale et non aux parents,

Les parties ont pour le reste repris et maintenu l'ensemble des moyens, arguments ou conclusions exposés dans leurs écritures.

Après avoir prononcé, à l'issue de l'audience, la clôture de l'instruction ;

Considérant ce qui suit :

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 ou de la cour administrative d'appel ou, au Conseil d'Etat, le président de la section du contentieux 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 ». 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. ».

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 consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (...)* ». 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. 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.

7. Quand le patient hors d'état d'exprimer sa volonté est un mineur, il incombe au médecin, non seulement de rechercher, en consultant sa famille et ses proches et en tenant compte de l'âge du patient, si sa volonté a pu trouver à s'exprimer antérieurement, mais également, ainsi que le rappelle l'article R. 4127-42 du code de la santé publique, de s'efforcer, en y attachant une attention particulière, de parvenir à un accord sur la décision à prendre avec ses parents ou son représentant légal, titulaires, en vertu de l'article 371-1 du code civil, de l'autorité parentale et d'agir dans le souci de la plus grande bienfaisance à l'égard de l'enfant et de faire de son intérêt supérieur une considération primordiale. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas parvenu à un tel accord, il lui appartient, s'il estime que la poursuite du traitement traduirait une obstination déraisonnable, après avoir mis en œuvre la procédure collégiale, de prendre la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

8. V. est née le 15 mars 2020 à l'hôpital de la Croix-Rousse, au sixième mois (25 semaines d'aménorrhée- SA) d'une grossesse gémellaire dont le terme était prévu le 15 juin 2020 (41 semaines d'aménorrhée). Elle a été transférée le jour même au service de néonatalogie et de réanimation néo natale de cet hôpital. Après une phase initiale où l'enfant a pu bénéficier d'une ventilation non invasive (J1 à J7), elle a dû être placée sous ventilation artificielle intensive avec nécessité de ventilation par oscillations à haute fréquence (900/minute) dès le 8ème jour de vie. L'enfant est depuis lors dépendante d'une ventilation assistée maximale (100 % d'oxygène, monoxyde d'azote). Elle a présenté depuis le 1^{er} mars 2020 (J11) des phases prolongées d'hypoxémie se manifestant par une saturation périphérique en oxygène basse. Une pneumopathie (mycoplasme) a été identifiée puis traitée à partir de J17 et pour trois semaines. Un traitement par corticoïdes a été réalisé à partir de J21, mais sans efficacité. Les saturations périphériques en oxygène sont restées très insuffisantes (70-75 % pour un objectif de 85 à 92 %). V., dont l'état respiratoire est précaire, présente un trouble du développement broncho-pulmonaire sévère (pathologie liée à des remaniements tissulaires pulmonaires et à une inflammation pulmonaire), dans un contexte d'extrême prématurité, étant dépendante d'une ventilation assistée lourde associée à une alimentation parentérale exclusive sur cathéter veineux central.

9. Avec son équipe médicale, le professeur Picaud, chef du service de néonatalogie et de réanimation néo natale de l'hôpital de la Croix-Rousse a engagé la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique. Le 27 mars 2020, (J 38), il a sollicité l'avis du professeur Pierre-Henri Jarreau, chef du service de néonatalogie à l'hôpital Port-Royal à Paris, sans lien hiérarchique avec lui, M. et Mme F. ayant été informés de la teneur de cet avis lors d'un entretien avec l'équipe soignante le 27 mars 2020, en soirée. Le professeur Picaud a également recueilli l'avis du comité d'éthique des HCL le 14 avril 2020 dont il résulte, notamment, que « l'intérêt de l'enfant doit primer dans les décisions thérapeutiques et que celui-ci ne va pas dans le sens d'une prolongation des soins particulièrement invasifs et pouvant entraîner des souffrances évitables » et que « la sœur jumelle, qui est hospitalisée dans le service, ne doit pas être négligée au motif que son état est moins inquiétant ». A l'issue de réunions collégiales qui se sont tenues les 20 et 22 avril 2020, l'équipe du service de néonatalogie de l'hôpital de la Croix-Rousse a confirmé l'aspect déraisonnable de la poursuite des soins et l'engagement dans un projet de soins palliatifs formalisé, à brève échéance. Cette décision a été notifiée aux parents lors d'un entretien le 23 avril 2020.

10. En premier lieu, depuis le 24 février 2020, l'équipe soignante a eu des échanges constants avec M. et Mme F. avec lesquels elle s'est à de nombreuses reprises entretenu, qui leur ont permis de se tenir informés de l'évolution de l'état de santé de V., ainsi que des traitements mis en place ou envisagés, de poser des questions et de s'exprimer sur l'ensemble de la situation. L'impasse thérapeutique dans laquelle se trouve leur enfant a été discutée dès le 16 mars et l'absence de nouveau traitement envisageable a été abordée le 21 mars. La volonté de l'équipe soignante de ne pas s'obstiner déraisonnablement a également été évoquée le 31 mars. Le professeur Picaud leur a aussi rendu compte des réunions collégiales des 20 et 22 avril 2020 et a annoncé qu'un processus de limitation thérapeutique serait mis en œuvre à compter du mercredi 29 avril 2020. La directrice des relations avec les usagers du groupement hospitalier nord (GHN) les a également rencontrés. Des compte rendus de ces réunions, qui figurent au dossier, résulte la volonté manifestée par l'équipe soignante de prendre, avec les parents, de la manière la plus consensuelle possible, après discussion avec eux et sans précipitation, mais sans que soit exigé leur accord, une

décision mûrement réfléchi. Dès lors, aucune méconnaissance des dispositions précitées n'est ici avérée.

11. En second lieu, il apparaît que le pronostic vital de V. [redacted] qui, étant atteinte de lésions irréversibles aux poumons, présente une hypoxie chronique sévère, est extrêmement défavorable. En l'absence de toute « réserve respiratoire », le risque que l'enfant fasse un malaise aigu et décède à tout moment, est très élevé. Tout en indiquant, en particulier, que l'appareil OHF pourrait être remplacé par un Sensor Medic ou un SLE, plus puissants, ou qu'un essai court de curarisation pourrait être tenté, mais sans que le résultat à attendre soit spectaculaire, le professeur Jarreau, dans son avis, comme l'équipe du professeur Picaud précédemment, a indiqué que l'état de santé de V. [redacted] : lui semblait « être malheureusement, au-delà de toute ressource » thérapeutique. A cet égard, à propos d'une reprise éventuelle de corticoïdes, suggérée par les parents de V. [redacted], mais qui relève des choix médicaux effectués par les seuls médecins, il a noté que, compte tenu du degré de fragilité de l'enfant, accru par sa grande prématurité, elle ne serait probablement pas plus utile que la première tentative de mise en œuvre de ce traitement, demeurée inefficace. Et si, sur le plan neurologique, l'échographie cérébrale n'a pas montré de lésion, V. [redacted] en plus de sa très grande prématurité, présente plusieurs facteurs de risques majeurs de séquelles neurologiques et cognitives à moyen et long terme, tenant à une rupture prématurée précoce (23 SA) de la poche des eaux, à l'exposition à des phénomènes inflammatoires prolongés ainsi que, sur plusieurs semaines, à des phases étendues d'hypoxémie et à l'administration, en continu, de produits sédatifs et morphiniques à doses élevées. Les parents de V. [redacted] ont pu, jusqu'à ce jour, s'entretenir régulièrement avec l'équipe soignante, à de nombreuses reprises, et librement, de la situation de leur petite fille et de la gravité de son état, dont ils ont admis avoir pleinement conscience. M. et Mme F. [redacted] ont constamment renouvelé leur volonté de maintenir à tout prix leur petite fille en vie. Il résulte de l'instruction que les soins dispensés jusqu'à ce jour à V. [redacted], présentent un caractère particulièrement invasif et des conséquences, à certains égards, délétères lorsqu'ils sont administrés sur une longue période. L'enfant, particulièrement fragile, est exposée à un risque très élevé d'apparition de nouvelles lésions et de détérioration supplémentaire de son état, susceptibles d'entraîner des souffrances. Au regard de l'intérêt de l'enfant, la poursuite de ces soins, qui ne peuvent améliorer ses perspectives d'évolution, s'analyse comme une obstination déraisonnable au sens de l'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique.

12. Eu égard à ce qui précède, sans qu'il soit besoin de se prononcer sur l'urgence de l'affaire, ni même d'ordonner une expertise, les conclusions de M. et Mme F. [redacted] y compris celles formées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative doivent, dans leur ensemble, être rejetées.

ORDONNE :

Article 1^{er} : La requête de M. et Mme F. [redacted] est rejetée.

Article 2 : La présente ordonnance sera notifiée à Me Agoyard, pour M. et Mme F. [redacted], et à Me Lantero, pour les Hospices civils de Lyon.

Copie en sera transmise à M. et Mme F. [redacted] aux Hospices Civils de Lyon et au ministre des solidarités et de la santé.

Fait à Lyon le 30 avril 2020.

Le juge des référés,
Président.

Le juge des référés
Président du tribunal.

Le juge des référés,
Président.

C. Schmerber.

G. Verley-Cheynel

V.-M. Picard

La République mande et ordonne au ministre des solidarités et de la santé en ce qui le concerne ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

Pour expédition,
Un greffier

