

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE ROUEN**

N°1401163

- Mme Renée [REDACTED], vve [REDACTED]
- M. Arnaud [REDACTED]

M. Julien Grandillon
Rapporteur

Mme Marie-Dominique Jayer
Rapporteur public

Audience du 21 avril 2016
Lecture du 12 mai 2016

Code PCJA : 60-02-01-01-01-01
Code publication : C +

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Le Tribunal administratif de Rouen

(3^e Chambre)

Vu la procédure suivante :

Par une requête enregistrée le 4 avril 2014, Mme Renée [REDACTED] veuve [REDACTED] et M. Arnaud [REDACTED], représentés par la SCP Julia-Jégu-Bourdon, demandent au tribunal :

1°) de condamner le centre hospitalier intercommunal (CHI) [REDACTED] à payer à Mme [REDACTED] la somme de 30 000 euros et à M. [REDACTED] la somme de 20 000 euros avec intérêts et capitalisation de ces intérêts, en réparation de leur préjudice moral respectif, résultant de la prise en charge médicale inadaptée de Michel [REDACTED], décédé dans cet établissement public de santé ;

2°) de mettre à la charge du CHI [REDACTED] les dépens et une somme de 2 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Mme [REDACTED] et M. [REDACTED] soutiennent que :

- la responsabilité du CHI [REDACTED] est engagée à raison de la décision de l'équipe médicale chargée de la prise en charge de Michel [REDACTED] de ne pas continuer à lui prodiguer des soins actifs si son état venait à se dégrader et de ne pas le placer en réanimation ;
- cette décision traduit l'existence d'un choix thérapeutique médico-légalement décidé et matérialisé, dans le dossier médical du patient, par la mention « pas de réa » ;

- le choix de recourir à ces mesures d'euthanasie passive n'a pas été pris conformément aux dispositions du code de la santé publique, en particulier de son article R. 4127-37, en ce qui concerne le respect de la nature collégiale d'une telle décision, la mention du nom du praticien qui l'a prise, l'information de la famille par le corps médical et l'avis de la personne de confiance ou de la famille ;

- l'avis de Mme [REDACTED] n'a jamais été écouté, celle-ci ayant pourtant demandé à ce que son époux soit attaché et réintubé pour ne pas qu'il souffre ou qu'il meurt ;

- Michel [REDACTED] n'a pas bénéficié d'antalgiques et d'antidouleurs en administration massive, contrairement aux dispositions du code de la santé publique et, en particulier, de celles de l'article R. 4127-37 ;

- la détresse de la famille de Michel [REDACTED] n'a pas été prise en charge ;

- la circonstance que l'état de santé de Michel [REDACTED] était déjà très dégradé avant son arrivée au CHI [REDACTED] est sans influence sur l'appréciation de la faute commise par cet établissement public de santé ;

- le préjudice moral de Mme [REDACTED], consécutif à l'accompagnement de son mari et à son décès, doit être évalué à la somme de 30 000 euros ;

- le préjudice moral de M. [REDACTED], consécutif à l'accompagnement de son grand-père et à son décès, doit être évalué à la somme de 20 000 euros.

Par un mémoire en défense, enregistré le 19 novembre 2014, le CHI [REDACTED], représenté par Me [REDACTED], conclut :

1°) au rejet de la requête ;

2°) à ce que soit mise à la charge de Mme [REDACTED] et de M. [REDACTED], *in solidum*, la somme de 1 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Le CHI [REDACTED] soutient que :

- sa responsabilité ne saurait être engagée dès lors qu'ainsi que l'a indiqué l'expert, le décès de Michel [REDACTED] était la conséquence de l'ultime évolution de l'insuffisance respiratoire chronique dont il souffrait et de son impact cardiovasculaire droit et gauche ;

- la décision médicale collective de ne pas utiliser de méthodes de réanimation au cas où cela aurait été nécessaire était bien justifiée sur le plan médical, eu égard à l'état de santé de Michel [REDACTED] ;

- l'information liée à cette décision médicale avait bien été donnée à Mme [REDACTED] qui ne l'avait cependant pas intégrée ;

- lors de son hospitalisation, Michel [REDACTED], qui ne s'exprimait plus, n'a pu indiquer qu'il souhaitait rentrer à son domicile.

Par un mémoire enregistré le 9 juillet 2015, Mme [REDACTED] et M. [REDACTED], concluent aux mêmes fins que dans leur requête, par les mêmes moyens.

Vu :

- les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code civil ;
- le code de justice administrative.

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

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. Grandillon, conseiller,
- les conclusions de Mme Jayer, rapporteur public,
- les observations de Me Jégu, représentant Mme [REDACTED] et M. [REDACTED],
- et les observations de Me [REDACTED], pour le CHI [REDACTED].

1. Considérant que Michel [REDACTED], né le 8 août 1936, a, au cours de l'année 2000, commencé un suivi médical pour des troubles pneumologiques qui se sont compliqués de problèmes cardiaques avant que ne lui soit diagnostiqué, début février 2010, une pneumopathie infiltrative fibrosante ; qu'il a été admis en état de choc au centre hospitalier (CH) de [REDACTED] du 11 au 12 octobre 2010 avant d'être transféré vers celui de [REDACTED] le même jour, à raison d'un choc septique et d'une défaillance multi-viscérale ; que, le 13 octobre 2010, alors qu'il présentait un abcès péri-sigmoïdien, il a subi une colectomie segmentaire gauche ; que, présentant des difficultés respiratoires notamment à l'extubation, il a été collégalement décidé, par l'équipe médicale de cet établissement public de santé, de pratiquer une trachéotomie le 2 décembre 2010 avant de le renvoyer au CH de [REDACTED], le 17 décembre 2010 ; que, le 23 décembre 2010, à la demande de son épouse, Michel [REDACTED] a été transféré au CHI [REDACTED] d'[REDACTED] ; qu'au cours de cette dernière hospitalisation, le patient a présenté une dénutrition majeure et un épuisement ; qu'il y est décédé le 4 janvier 2011 ; que, la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) de Haute-Normandie, saisie par Mme [REDACTED] et M. [REDACTED], épouse et petit-fils de Michel [REDACTED], a désigné, le 27 décembre 2011, le Pr [REDACTED] en qualité d'expert ; qu'au vu de son rapport déposé le 27 février 2012, la CRCI a, le 17 octobre 2012, donné un avis défavorable à l'indemnisation ; qu'après le rejet implicite de leur demande préalable indemnitaire du 3 septembre 2013, Mme [REDACTED] et M. [REDACTED] recherchent la responsabilité du CHI [REDACTED] ;

Sur la responsabilité :

2. Considérant qu'aux termes du cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction alors applicable : « *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical* » ; qu'aux termes de l'article R. 4127-37 du même code :

« I.-En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. / II.-Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L. 1111-4 et au premier alinéa de l'article L. 1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R. 1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale : / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur 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 demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. / Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation. / La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. / III.-Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L. 1110-5 et des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, dans les conditions prévues aux I et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article R. 4127-38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire » ;

3. Considérant que les dispositions précitées du code de la santé publique ont défini un cadre juridique réaffirmant le droit de toute personne de recevoir les soins les plus appropriés, le droit de voir respectée sa volonté de refuser tout traitement et le droit de ne pas subir un traitement médical qui traduirait une obstination déraisonnable ; que ces dispositions ne permettent à un médecin de prendre, à l'égard d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, une décision de limitation ou d'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger que sous la double et stricte condition que la poursuite de ce traitement traduise une obstination déraisonnable et que soient respectées les garanties tenant à la prise en compte des souhaits éventuellement exprimés par le patient, à la consultation d'au moins un autre médecin et de l'équipe soignante et à la consultation de la personne de confiance, de la famille ou d'un proche ;

4. Considérant qu'il résulte de l'instruction que Michel [REDACTED], une fois admis au CHI [REDACTED] présentait un état de dénutrition majeure et d'épuisement et ne communiquait plus ; qu'au cours de cette hospitalisation, il a notamment retiré, à plusieurs reprises, sa sonde nasogastrique et sa canule de trachéotomie, donnant l'impression à l'équipe médicale qu'il refusait les soins qui lui étaient prodigués ; que, toutefois, eu égard à son état de santé, il était dans l'incapacité d'exprimer une quelconque volonté concernant la poursuite ou l'arrêt des traitements médicaux ; que, dans ces conditions, le patient était hors d'état d'exprimer sa volonté au sens des dispositions précitées de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique ; que, le 4 janvier 2011, les médecins ont néanmoins décidé de ne pas remettre la canule de trachéotomie que l'intéressé avait, de nouveau, retirée ; que le décès est survenu dans les heures suivantes ;

5. Considérant que si le CHI [REDACTED] indique que l'épouse de Michel [REDACTED] avait été prévenue de la décision d'arrêt du traitement de son mari, il n'apporte aucun commencement de preuve accreditant l'accomplissement effectif d'une démarche d'information en ce sens ; que la seule circonstance que l'expertise médicale diligentée par la CRCI ait relevé l'existence d'une telle information est insuffisante pour l'établir ; que l'avis d'un consultant médical tiers n'a pas été recueilli ; que l'établissement public de santé n'établit pas avoir mis en place les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, ayant permis d'accompagner Michel [REDACTED] jusqu'au décès ; qu'enfin, la circonstance que cette décision ait été licite d'un point de vue médical est sans influence sur l'obligation qui s'imposait au CHI [REDACTED], de respecter la procédure collégiale prévue par le code de déontologie, laquelle a été édictée pour garantir la prise en compte des souhaits éventuellement exprimés par le patient ; que, dans ces conditions, en ayant décidé d'arrêter les traitements dont bénéficiait Michel [REDACTED] sans avoir préalablement respecté ces garanties prévues par les dispositions précitées des articles L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique, le CHI [REDACTED] a commis une faute de nature à engager sa responsabilité ;

Sur les préjudices :

6. Considérant qu'il résulte de l'instruction, en particulier du rapport d'expertise du Pr [REDACTED], que le décès de Michel [REDACTED] trouve sa cause exclusive dans l'évolution ultime de l'insuffisance respiratoire chronique dont il souffrait ; que le décès n'est donc pas directement imputable à la méconnaissance des dispositions précitées de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique et de celles de l'article R. 4127-37 du même code ;

7. Considérant, cependant, que la méconnaissance de ces textes et des garanties qu'ils prévoient en faveur des usagers du service public hospitalier et de leur famille a causé un préjudice moral aux requérants qu'il convient de réparer par l'allocation d'une somme de 5 000 euros pour Mme [REDACTED] et de 2 000 euros pour M. [REDACTED] ;

Sur les intérêts :

8. Considérant, d'une part, que lorsqu'ils ont été demandés, et quelle que soit la date de cette demande, les intérêts moratoires dus en application de l'article 1153 du code civil

courent à compter de la réception par la partie débitrice de la réclamation de la somme principale ou, le cas échéant, faute de demande préalable indemnitaire, de l'enregistrement de cette demande au tribunal ; qu'en l'espèce, Mme [REDACTED] et M. [REDACTED] ont formé une réclamation indemnitaire auprès du CHI [REDACTED] qui l'a reçue le 5 septembre 2013 ; que, dans ces conditions, les requérants ont droit aux intérêts légaux à compter de cette date ;

9. Considérant, d'autre part, que pour l'application de l'article 1154 du code civil, la capitalisation des intérêts peut être demandée à tout moment ; que cette demande ne peut toutefois prendre effet que lorsque les intérêts sont dus au moins pour une année entière ; que, le cas échéant, la capitalisation s'accomplit à nouveau à l'expiration de chaque échéance annuelle ultérieure sans qu'il soit besoin de formuler une nouvelle demande ; que Mme [REDACTED] et M. [REDACTED] ont demandé la capitalisation des intérêts par leur requête enregistrée au greffe du tribunal le 4 avril 2014 ; que cette demande prend effet à compter du 5 septembre 2014, date à laquelle les intérêts étaient dus pour une année entière ;

Sur les dépens :

10. Considérant que la présente instance n'ayant occasionné aucun dépens au sens de l'article R. 761-1 du code de justice administrative, l'expertise du Pr [REDACTED] ayant été diligentée par la CRCI de Haute-Normandie ; que, par suite, aucun frais ne peut être mis à la charge du CHI [REDACTED] ;

Sur les frais exposés et non compris dans les dépens :

11. Considérant qu'aux termes de l'article L. 761-1 du code de justice administrative : « *Dans toutes les instances, le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation* » ;

12. Considérant que les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge de Mme [REDACTED] et de M. [REDACTED] qui n'ont pas la qualité de parties perdantes dans la présente instance, la somme que demande le CHI [REDACTED] au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens ;

13. Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du CHI [REDACTED], partie perdante dans la présente instance, une unique somme de 1 000 euros au titre des frais exposés par Mme [REDACTED] et M. [REDACTED] et non compris dans les dépens ;

D E C I D E :

Article 1^{er} : le CHI [REDACTED] est condamné à verser à Mme [REDACTED] la somme de 5 000 euros avec intérêts au taux légal à compter du 5 septembre 2013. Les intérêts échus à la date du 5 septembre 2014, puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 2 : le CHI [REDACTED] est condamné à verser à M. [REDACTED] la somme de 2 000 euros avec intérêts au taux légal à compter du 5 septembre 2013. Les intérêts échus à la date du 5 septembre 2014, puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 3 : le CHI [REDACTED] versera à Mme [REDACTED] et à M. [REDACTED] une unique somme de 1 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : le surplus des conclusions des requérants est rejeté.

Article 5 : Les conclusions présentées par le CHI [REDACTED] au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 6 : Le présent jugement sera notifié à Mme Renée [REDACTED] veuve [REDACTED], à M. Arnaud [REDACTED], à la caisse primaire d'assurance maladie de l'[REDACTED] et au centre hospitalier intercommunal [REDACTED]

Délibéré après l'audience du 21 avril 2016, à laquelle siégeaient :

M. Minne, président,
M. Grandillon, conseiller,
Mme Lambrecq, conseiller.

Lu en audience publique le 12 mai 2016.

Le rapporteur,

signé

J. GRANDILLON

Le président,

signé

P. MINNE

Le greffier,

signé

D. QUIBEL

La République mande et ordonne au ministre des affaires sociales 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 EXPEDITION
CONFORME
Le Greffier

D. QUIBEL