

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF  
DE ROUEN**

N°1504118

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

**Mme Jayer  
Rapporteur**

**Le tribunal administratif de Rouen  
(4<sup>e</sup> Chambre)**

**Mme Jeanmougin  
Rapporteur public**

**Audience du 20 mars 2018  
Lecture du 10 avril 2018**

**60-02-01-01-02-01**

**C**

Vu la procédure suivante :

Par une requête et un mémoire, enregistrés le 17 décembre 2015 et le 1<sup>er</sup> juin 2016, Mme [REDACTED], M. [REDACTED], Mme [REDACTED] et Mme [REDACTED], représentés par la SCP Julia-Jegu-Bourdon, demandent au tribunal :

1°) de condamner le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen à régler aux ayants droits de M. [REDACTED] la somme totale de 26 180 euros, à Mme [REDACTED] la somme totale de 35 000 euros, à M. [REDACTED] la somme totale de 30 000 euros, à Mme [REDACTED] la somme totale de 30 000 euros, à Mme [REDACTED] la somme totale de 30 000 euros, en réparation des préjudices résultant de la prise en charge défailante de M. [REDACTED] dans cet établissement public de santé, lesdites sommes étant majorées des intérêts au taux légal et de leur capitalisation ;

2°) de mettre à la charge du CHU de Rouen le paiement de la somme de 1 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ainsi que les entiers dépens.

Les requérants soutiennent que :

- la prise en charge médicale de M. [REDACTED] au sein du CHU de Rouen a été défailante lors de l'angioplastie qu'il a subie, le guide du Rotablator ayant été retiré par inadvertance ; une telle faute technique engage la responsabilité de l'établissement public de santé sur le fondement des articles L. 1110-5 et L. 1142-1 du code de la santé publique, faute pour le chirurgien d'avoir correctement traité la dissection, avec pour conséquence que la

complication consécutive n'a pu être traitée, ce qui a entraîné pour le patient une perte de chance de l'ordre de 70 % d'éviter les conséquences induites de la dissection ;

- par ailleurs, la procédure légale d'arrêt des thérapeutiques et d'information claire et adaptée à la famille au sens des articles L. 1111-2, L. 1111-4 alinéa 5 et R. 4127-37 du code de la santé publique n'a pas été respectée, ce qui a empêché ses proches de se préparer à l'issue fatale et d'accompagner leur père et mari dans ses derniers instants ;

- le déficit fonctionnel temporaire total subi par [REDACTED] a été de neuf jours, doit être indemnisé à hauteur de 180 euros, les souffrances endurées à hauteur de 20 000 euros et le préjudice esthétique temporaire à hauteur de 6.000 euros ;

- le préjudice d'affection de Mme [REDACTED] doit être indemnisé par l'octroi d'une somme de 20 000 euros et celui de chacun des enfants de [REDACTED] par l'octroi d'une somme de 15 000 euros ;

- le préjudice consécutif au défaut d'information et de consultation s'élève à 15 000 euros pour chacun des requérants.

Par un mémoire en défense, enregistré le 6 avril 2016, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen, représenté par la SCP Emo, Hébert & associés, conclut au rejet de la requête.

Le CHU de Rouen soutient que :

- les experts missionnés par le juge des référés ont conclu que les soins dispensés ont été conformes aux règles de l'art, que le patient a été victime d'un aléa thérapeutique, que le retrait du guide est un risque courant, sans incidence, n'a pas empêché la mise en place du stent, de sorte qu'aucune faute technique ne peut être reprochée au praticien ; ils ont également considéré que l'évolution défavorable est liée à la sévérité de l'état antérieur de M. [REDACTED],

- contrairement à ce que soutiennent les requérants, les experts ont constaté que l'arrêt des soins n'avait pas eu lieu sans concertation médicale ni consultation de la famille, ce dont le dossier médical fait état.

Par un mémoire, enregistré le 7 décembre 2017, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), représenté par Me Saumon, conclut au rejet de la requête en ce qu'elle serait dirigée à son encontre, à sa mise hors de cause, et à ce que les dépens soient mis à la charge de la partie perdante.

Il soutient que :

- aucune demande n'étant formulée à son encontre, il devra être mis hors de cause ;

- les conditions légales d'indemnisation par la solidarité nationale ne sont pas remplies, le critère de l'anormalité du dommage n'étant pas caractérisé, dès lors qu'en l'absence d'intervention chirurgicale, le patient aurait souffert d'un nouvel infarctus du myocarde aboutissant à un choc cardiogénique, aucun geste de revascularisation chirurgicale n'étant possible eu égard à la gravité des lésions que présentait le patient ; il n'y avait pas d'autre alternative que l'intervention réalisée ;

- le critère de l'anormalité du dommage n'est pas caractérisé, la survenance de celui-ci présentant une très forte probabilité, ainsi que l'on relevé les experts et les requérants.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- l'ordonnance du 21 janvier 2015, par laquelle le président du tribunal a taxé les frais de l'expertise réalisée par les Docteurs Vaislic et Dalibon à la somme totale de 4 960 euros.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- 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 Mme Jayer,
- les conclusions de Mme Jeanmougin, rapporteur public,
- et les observations de Me Allo pour les Consorts [REDACTED] et Me Carluis, représentant le CHU de Rouen.

Considérant ce qui suit :

1. M. [REDACTED] alors âgé de 67 ans, qui souffrait de troubles cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie et de tabagisme, a été victime d'un infarctus courant 1999. Il a alors subi un double pontage des artères interventriculaires. En octobre 2012, la réalisation d'une coronographie a révélé qu'il souffrait d'une sténose très calcifiée et excentrée de l'artère circonflexe, ainsi que d'une occlusion de l'artère coronaire droite, ce qui a donné lieu à la réalisation d'une angioplastie, le 13 novembre suivant. Cette intervention chirurgicale, réalisée au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen s'est toutefois compliquée d'une dissection coronaire. En peropératoire, une dissection de l'artère circonflexe est en effet survenue à l'occasion de l'utilisation d'une fraise de Rotablator. M. [REDACTED] a été admis en service de réanimation en raison d'un œdème aigu des poumons et d'un infarctus. Il a été victime de chocs cardiogéniques lors de l'implantation d'une assistance ventriculaire gauche et d'un système de circulation extracorporelle artérioveineux. Lors de sa prise en charge au service de réanimation de chirurgie cardiaque, il a été diagnostiqué que le patient souffrait également d'une infection par citrobacter koseri puis d'une pneumopathie à Enterobacter. A neuf jours de l'angioplastie, les médecins ont constaté une évolution défavorable de son état de santé et ont décidé l'arrêt des thérapeutiques. C'est dans un tel contexte que M. [REDACTED] est décédé, le 22 novembre 2012, à 18 heures 02. A la demande de son épouse et de ses trois enfants, une expertise judiciaire a été ordonnée par le président du tribunal administratif, le 17 juillet 2014, a été confiée aux Docteurs Vaislic (chirurgien cardio-vasculaire) et Dalibon (anesthésiste réanimateur) dont le rapport a été déposé le 22 décembre 2014. Par leur requête, les ayants droit de M. [REDACTED] recherchent la responsabilité pour faute du CHU de Rouen.

#### **Sur la responsabilité :**

**S'agissant de la prise en charge médicale de M. [REDACTED] :**

2. Aux termes de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : « I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service

*ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute (...) II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail (...) ». En application de l'article L. 1142-22 du même code, l'indemnisation des victimes au titre de la solidarité nationale est assurée par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).*

En ce qui concerne une faute médicale lors de l'angiographie du 13 novembre 2013 :

3. Il résulte clairement de l'instruction, et notamment, du rapport d'expertise des Docteurs Vaislic et Dalibon, que la dissection coronaire survenue au cours de l'angioplastie pratiquée le 13 novembre 2013 n'est pas constitutive d'une maladresse consécutive à un geste inopportun ou inapproprié du chirurgien, de nature à engager la responsabilité de l'établissement hospitalier. Il s'agit en effet, selon les experts, d'une « lésion commune de l'angiographie », d'un échec de cet acte et ces derniers précisent que, s'il ressort du compte rendu de l'angioplastie que lors du retrait du rotablator « le guide (a été) retiré par inadvertance », ce qui pourrait suggérer une maladresse, un tel retrait n'a emporté aucune conséquence dommageable dès lors que cela n'a pas empêché la mise en place du stent dont la pose n'était pas urgente à court terme du fait de la perméabilité de l'artère circonflexe et de l'absence de compression, soit, en définitive, un fait opératoire qualifié de « non délétère » par les experts. Dans de telles conditions, les requérants ne sont pas fondés à rechercher la responsabilité du CHU de Rouen à raison de l'angioplastie du 13 novembre 2012.

En ce qui concerne la solidarité nationale :

4. Si elle estime que le dommage invoqué remplit les conditions pour être indemnisé en tout ou partie sur le fondement du II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, la juridiction du fond saisie de conclusions tendant à l'engagement de la responsabilité d'une personne mentionnée au I du même article est tenue d'appeler l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) en la cause, puis de mettre à sa charge la réparation qui lui incombe, même en l'absence de conclusions dirigées contre lui.

5. Il résulte de ces dispositions que l'ONIAM doit assurer, au titre de la solidarité nationale, la réparation des dommages résultant directement d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, à la double condition qu'ils présentent un caractère d'anormalité au regard de l'état de santé du patient comme de l'évolution prévisible de cet état et que leur gravité excède le seuil défini à l'article D. 1142-1 du code de la santé publique.

6. La condition d'anormalité du dommage prévue par ces dispositions doit toujours être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement. Lorsque les conséquences de l'acte médical ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, elles ne peuvent être regardées comme anormales sauf si, dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible. Ainsi, elles ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l'état du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage.

7. Ainsi qu'il a été rappelé au point 1, il résulte de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise, que M. ██████████ était atteint de pathologies graves avant la réalisation de l'acte litigieux, et notamment de troubles cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie. Il avait déjà été victime d'un infarctus à la suite duquel il avait fait l'objet d'un double pontage des artères interventriculaires à l'origine d'une insuffisance cardiaque sévère et d'une hypertension artérielle pulmonaire. En octobre 2012, une coronographie a révélé qu'il souffrait d'une sténose très calcifiée et excentrée de l'artère circonflexe, ainsi que d'une occlusion de l'artère coronaire droite, d'une lésion sur l'artère circonflexe entraînant un risque d'infarctus. Il présentait ainsi plusieurs facteurs majeurs de risques cardiovasculaires. Dans un tel contexte, dès lors que le pronostic vital était en jeu à court terme et que seule une angioplastie pouvait être réalisée, les conséquences de cette dernière ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l'absence de traitement. Par ailleurs, il résulte de l'expertise que la dissection coronaire survenue au cours de l'intervention est un risque connu et fréquent. Ainsi, quand bien même le taux de prévalence de l'accident qui s'est produit -un infarctus- serait-il faible, (0,05 % selon les experts), un tel accident résulte de la réalisation d'un risque -une dissection coronaire- qui ne présentait pas une faible probabilité. Il résulte ainsi de l'instruction, d'une part, qu'en l'absence de traitement le patient était exposé à des conséquences aussi graves que celles que l'intervention a entraînées et, d'autre part, que le dommage a résulté de la réalisation d'un risque élevé de dissection coronaire.

8. Il suit de là que la condition d'anormalité prévue au II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique précité ne peut être regardée comme remplie.

9. Enfin, il ne résulte pas de l'instruction que les infections à caractère nosocomial contractées par M. ██████████ lors de son hospitalisation aient eu un quelconque rôle dans la survenance de son décès.

10. Dans ces conditions, l'ONIAM doit être mis hors de cause, la réparation des dommages ne pouvant relever de la solidarité nationale.

S'agissant de l'arrêt des soins :

11. Aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la loi du 22 avril 2005 applicable au litige : « (...)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 (...) ». Le II de l'article R. 4127-37 dudit code précise que : « 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.(...) ». En adoptant les dispositions de la loi du 22 avril 2005, insérées au code de la santé publique, le législateur a déterminé le cadre dans lequel peut être prise, par un médecin, une décision de limiter ou d'arrêter un traitement dans le cas où sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable. Il résulte des dispositions précédemment citées que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination déraisonnable et peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que la personne malade soit ou non en fin de vie. Lorsque celle-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre en danger la vie du patient, être prise par le médecin que dans le respect de la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et des règles de consultation fixées par le code de la santé publique. Il appartient au médecin, s'il prend une telle décision, de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs. Hors les cas d'urgence, la réalisation d'une intervention ou l'arrêt d'un traitement auquel le patient n'a pas consenti ou, en cas d'impossibilité de consentir, 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, oblige l'établissement responsable à réparer tant le préjudice moral subi de ce fait par l'intéressé que, le cas échéant, toute autre conséquence dommageable de l'intervention. La preuve du recueil du consentement du patient incombe à l'établissement hospitalier.*

12. En l'espèce, le CHU de Rouen ne rapporte pas la preuve qui lui incombe que l'épouse et les enfants de M. [REDACTED] auraient été consultés avant la décision d'interrompre l'assistance dans un contexte où cette interruption des soins ne présentait pas un caractère d'urgence. Dans ces conditions, ce défaut de consultation et d'association, qui constitue une faute dans le fonctionnement du service, engage la responsabilité de l'établissement hospitalier.

13. La méconnaissance des textes et garanties précités en faveur des usagers du service public hospitalier et de leur famille a causé un préjudice moral d'impréparation aux derniers instants de leur mari et père qu'il convient de réparer par l'allocation d'une somme de 5 000 euros à Mme [REDACTED] et de 3 000 euros à chacun des enfants de M. [REDACTED].

#### **Sur les intérêts et la capitalisation :**

14. Lorsqu'il a été demandé, et quelle que soit la date de cette demande, l'intérêt moratoire dû en application de l'article 1231-6 du code civil court 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. En l'espèce, les Consorts [REDACTED] ont adressé une demande préalable indemnitaire au CHU de Rouen qui l'a reçue le 26 juin 2015. Dans ces conditions, les requérants ont droit aux intérêts légaux à compter de cette date.

15. Pour l'application de l'article 1343-2 du code civil, la capitalisation des intérêts peut, par ailleurs, être demandée à tout moment. Cette demande ne peut toutefois prendre effet que lorsque les intérêts sont dus au moins pour une année entière. 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. Cette demande prendra effet au 26 juin 2016, date à laquelle les sommes étaient dues par l'établissement public défendeur pour une année entière.

#### **Sur les dépens :**

16. Aux termes de l'article R. 761-1 du code de justice administrative : « *Les dépens comprennent les frais d'expertise, d'enquête et de toute autre mesure d'instruction dont les frais ne sont pas à la charge de l'Etat. / Sous réserve de dispositions particulières, ils sont mis à la charge de toute partie perdante sauf si les circonstances particulières de l'affaire justifient qu'ils soient mis à la charge d'une autre partie ou partagés entre les parties. (...)* ».

17. Les frais et honoraires des experts désignés en référé ont été taxés et liquidés à la somme de 4 960 euros par ordonnance du 21 janvier 2015 du président du tribunal. Il y a lieu, en application de l'article R. 761-1 du code de justice administrative, de les mettre à la charge du CHU de Rouen.

**Sur les frais exposés et non compris dans les dépens :**

18. 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* ».

19. Dans les circonstances de l'espèce, il y a lieu de mettre à la charge du CHU de Rouen une somme de 1 000 euros au titre des frais exposés par les consorts [REDACTED] et non compris dans les dépens.

**DECIDE :**

Article 1er : L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) est mis hors de cause.

Article 2 : Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen est condamné à verser à Mme [REDACTED] la somme de 5 000 euros avec intérêts au taux légal à compter du 26 juin 2015. Les intérêts échus à la date du 26 juin 2016, 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 centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen est condamné à verser à M. [REDACTED] la somme de 3 000 euros avec intérêts au taux légal à compter du 26 juin 2015. Les intérêts échus à la date du 26 juin 2016, puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 4 : Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen est condamné à verser à Mme [REDACTED] la somme de 3 000 euros avec intérêts au taux légal à compter du 26 juin 2015. Les intérêts échus à la date du 26 juin 2016, puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 5 : Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen est condamné à verser à Mme [REDACTED] la somme de 3 000 euros avec intérêts au taux légal à compter du 26 juin 2015. Les intérêts échus à la date du 26 juin 2016, puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 6 : Les frais d'expertise, taxés et liquidés à la somme de 4 960 euros, sont mis à la charge du CHU de Rouen.

Article 7 : Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen versera à Mme [REDACTED] M. [REDACTED] Mme [REDACTED] et Mme [REDACTED] une unique somme de 1 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 8 : le surplus des conclusions des requérants est rejeté.



Article 9 : Le présent jugement sera notifié à Mme [REDACTED], M. [REDACTED], Mme [REDACTED] et Mme [REDACTED], à la Mutualité Sociale Agricole, au centre hospitalier universitaire de Rouen et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Délibéré après l'audience du 20 mars 2018, à laquelle siégeaient :

Mme. Gaillard, président,  
Mme Mayer, premier conseiller,  
Mme Tocut, conseiller.

Lu en audience publique le 10 avril 2018.

Le rapporteur,

Le président,

Signé : MD. JAYER

Signé : A. GAILLARD

Le greffier,

Signé : D. QUIBEL

La République mande et ordonne à la préfète de la Seine-Maritime en ce qui la concerne et 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.