

Cour administrative d'appel de Paris

N° 10PA02690

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inédit au recueil Lebon

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Mme VETTRAINO, président
Mme Mathilde RENAUDIN, rapporteur
Mme MERLOZ, rapporteur public

BERNUT, avocat

3^{ème} chambre

lecture du jeudi 20 septembre 2012

Vu l'arrêt avant dire droit en date du 28 avril 2011 par lequel la Cour de céans a, sur la requête de M. Jean-Michel A tendant à l'annulation du jugement n° 0900289-1 du 11 mars 2010 par lequel le Tribunal administratif de Nouvelle-Calédonie a rejeté sa demande tendant à la condamnation du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie à l'indemniser des préjudices résultant du décès de son épouse survenu le 9 juin 2007 dans cet hôpital, ordonné une expertise médicale en vue de déterminer notamment la cause déterminante du décès de Mme B et la qualité de sa prise en charge dans les services du centre hospitalier ;

.....

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 modifiée et la loi n° 99-210 du 19 mars 1999, relatives à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu le code de la santé publique dans sa version applicable en Nouvelle-Calédonie ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de justice administrative dans sa version applicable en Nouvelle-Calédonie ;

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

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 6 septembre 2012 :

- le rapport de Mme Renaudin, rapporteur,
- et les conclusions de Mme Merloz, rapporteur public ;

Considérant que par un arrêt avant dire droit en date du 28 avril 2011, la Cour de céans, sur la requête de M. Jean-Michel A tendant à l'annulation du jugement n°0900289-1 du 11 mars 2010 par lequel le Tribunal administratif de Nouvelle-Calédonie avait rejeté sa demande tendant à la condamnation du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie à indemniser les préjudices résultant du décès de son épouse survenu le 9 juin 2007 à la suite d'une septicémie dans cet hôpital où elle était traitée pour une leucémie lymphoïde chronique, a ordonné une expertise médicale en vue de déterminer notamment la cause déterminante du décès de Mme B et la qualité de sa prise en charge dans les services du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie ; que le Docteur C, expert désigné en application dudit arrêt a déposé son rapport le 28 mars 2012 ;

Sur la régularité du jugement attaqué :

Considérant qu'aux termes des cinq premiers alinéas de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale : " Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre. / Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après. / Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel. / Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée. / Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice ; (...) / L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt. " ;

Considérant qu'il appartient au juge administratif, qui dirige l'instruction, d'ordonner la mise en cause des parties intéressées au litige ; qu'en ayant omis de mettre en cause d'office la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT) en vue de l'exercice par celle-ci de l'action susmentionnée, laquelle revêt un caractère subrogatoire, le Tribunal administratif de Nouvelle-Calédonie a méconnu la portée des dispositions précitées ; qu'en égard au motif qui a conduit le législateur à édicter les prescriptions dont s'agit, leur violation constitue une irrégularité que la Cour, saisie des conclusions de l'appel de M. A contre le jugement en date du 11 mars 2010, doit soulever d'office ; qu'il y a lieu, dès lors, d'annuler ledit jugement et d'évoquer l'affaire pour y être statué immédiatement ;

Sur la régularité de l'expertise :

Considérant que M. A soutient que l'expert n'a pas rédigé de pré-rapport soumis à la contradiction avant de déposer son rapport au greffe de la Cour et qu'il n'a pas été interrogé par l'expert sur certains points qui lui semblaient importants ; que toutefois l'expert n'était pas tenu de rédiger un pré-rapport ; que quand bien même, comme le fait valoir M. A, le dossier médical transmis par le centre hospitalier à l'expert ne serait pas complet à défaut d'une tenue administrative rigoureuse, l'expertise du Docteur C s'appuie sur de nombreux comptes rendus de consultation très circonstanciés des médecins qui ont suivi Mme B, reproduits dans le rapport, qui apportent une connaissance suffisante des soins délivrés à la patiente tout au long de l'évolution de la maladie ; qu'en tout état de cause, alors même que la procédure serait entachée d'un défaut partiel de contradictoire sur certains éléments, le rapport produit par l'expert, qui constitue un élément du dossier dont les parties ont eu connaissance et qu'elles ont été mises à même de discuter devant la Cour, peut néanmoins être retenu à titre d'élément d'information, au même titre d'ailleurs que le rapport en date du 15 septembre 2007, complété le 8 octobre 2007, du Docteur D, membre de la commission de conciliation du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie, ces deux rapports étant en outre concordants dans leurs analyses ; qu'il n'y a donc pas lieu de faire droit aux conclusions de M. A tendant à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée ;

Sur les conclusions indemnitaires :

Considérant, en premier lieu, que si M. A, s'appuyant sur les observations du praticien hospitalier suivant son épouse reproduites dans le rapport d'expertise, invoque une faute des services du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie consistant en un surdosage médicamenteux en avril 2003, il ne résulte pas de ces observations, selon lesquelles la patiente a été orientée à l'hôpital par son médecin traitant et le praticien concluant que son état de santé résulte probablement d'une déshydratation et d'un surdosage médicamenteux, que ces incidents ont découlé des prescriptions faites par le service hospitalier et non d'une prise en charge antérieure à cette hospitalisation ;

Considérant, en deuxième lieu, que si M. A invoque une faute dans la prise en charge thérapeutique de la leucémie de son épouse, il résulte de l'instruction et notamment du rapport du Docteur C, que la chimiothérapie qui a été décidée par l'équipe du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie, en totale collaboration avec celle du " Royal Prince Alfred hospital " de Sydney en Australie, correspondait au protocole en vigueur ; que notamment, contrairement à ce qu'estime M. A, quand bien même la leucémie a été détectée au début de l'année 2003, il n'y a pas eu de retard dans l'administration du traitement, lequel a débuté en février 2006 dès que le seuil de 100 000 globules blancs a été atteint, l'expert expliquant que selon les recommandations médicales, l'abstention thérapeutique est la règle en deçà de ce seuil ; que, de même, l'administration de différentes molécules a été faite selon les recommandations médicales et en adaptation aux évolutions constantes de la maladie ; que, notamment, si M. A soutient que la Fludarabine est inefficace après cinq cures, il ne l'établit pas et n'apporte aucun élément au dossier de nature à contredire l'appréciation du praticien hospitalier en charge du suivi de Mme B, lequel a considéré que la dose maximale de Fludarabine avait été atteinte en février 2007 et qu'il fallait alors aborder la chimiothérapie de 3ème ligne, cette analyse de la situation n'ayant d'ailleurs pas été critiquée par l'expert ; que si le requérant soutient en outre que ce produit a pu avoir des effets indésirables sur le plan veineux, il résulte également de l'instruction que l'abord veineux de la patiente est devenu difficile en mars 2007, ce qui s'explique par l'ensemble des sollicitations liées à une année de chimiothérapie et aux transfusions plaquettaires administrées à la patiente, et non par la seule utilisation dudit produit ; que M. A fait valoir que le produit de 3ème génération de chimiothérapie qui devait être administré à son épouse n'a jamais été commandé par le centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie ; que cependant il résulte

de l'instruction, et notamment du rapport d'expertise, que ce produit conseillé par l'équipe de Sydney était en phase expérimentale et comportait une grande toxicité notamment sur le plan cardiaque, pouvant en outre provoquer des thrombopénies ; que si ce produit n'était pas disponible en Nouvelle-Calédonie et devait être commandé, il résulte de l'instruction que c'est essentiellement en raison des discussions qui étaient en cours au sein de l'équipe médicale sur l'opportunité de son utilisation que son administration à Mme B a été retardée ; qu'en témoigne notamment le courrier adressé au médecin traitant de la patiente par un praticien hospitalier du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie daté du 6 juin 2007, reproduit dans le rapport d'expertise, mentionnant qu'il avait été décidé après consultation de la patiente par ses confrères australiens de poursuivre une chimiothérapie intensive et soulignant que " nous sommes en pourparlers des protocoles à appliquer et nous reverrons la patiente en consultation afin de l'informer du choix collégial qui a été fait afin d'effectuer un traitement adapté. " ; qu'enfin si M. A fait valoir qu'aucune chimiothérapie n'a été effectuée après le mois de février 2007 alors que la maladie s'accélérait, il résulte du rapport d'expertise que la patiente a subi une chimiothérapie en mai 2007 associant trois molécules par voie intraveineuse ; qu'aucune faute dans les choix thérapeutiques du traitement de la leucémie de Mme B ne peut donc être reprochée au centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie ; que si le requérant fait valoir que l'administration du centre hospitalier a reconnu des défaillances dans la prise en charge de son épouse, il ressort des courriers de cette dernière produits au dossier et du rapport du Docteur D que cette reconnaissance porte uniquement sur la mauvaise tenue du dossier médical de la patiente, M. A n'étant pas fondé à invoquer un défaut de prise en charge générale de son épouse ;

Considérant, en troisième lieu, que s'agissant de l'implantation d'une chambre à cathéter pour administrer la chimiothérapie, il résulte de l'instruction et notamment, tant du rapport d'expertise du Docteur C, que du rapport du Docteur D, médecin-conciliateur, en date du 15 septembre 2007, complété le 8 octobre 2007 et qui peut être retenu à titre d'information par la Cour, que la première tentative réalisée le 5 août 2006 par un premier praticien a été un échec en raison de la survenue d'une infection qui a conduit à l'ablation de la chambre, tandis que la deuxième, tentée le 20 mars 2007 par un autre praticien, n'a pas été possible, la voie d'abord étant bloquée ; que le 3 avril 2007, ce praticien a renouvelé sa tentative et réussi à poser la chambre ; que cependant il a dû être procédé à l'ablation de celle-ci le 22 mai 2007 compte tenu de ce que l'intervention avait été compliquée d'une septicémie à staphylocoque épidermis ; que, dans ces conditions, le requérant ne peut utilement arguer que les services du centre hospitalier ont tardé à mettre en place une chimiothérapie par cathéter ; que les échecs des deux dernières tentatives d'implantation de la chambre à cathéter ne peuvent être attribués à une faute du praticien qui les a menées, mais sont liées aux difficultés présentées par l'état de Mme B et qui étaient déjà occurrentes lors de la première tentative ; qu'en outre le Docteur C relève qu'au regard du compte-rendu opératoire, la dernière intervention du 3 avril 2007 a été réalisée dans les règles de l'art ; que si le requérant fait valoir que le praticien qui a réalisé celle-ci n'avait pas la qualité de chirurgien, l'expert affirme qu'il était parfaitement habilité à réaliser ce geste chirurgical en qualité de médecin anesthésiste-réanimateur ; que la circonstance que ce praticien soit connu pour des fautes graves ayant conduit à son licenciement n'est pas de nature à démontrer qu'il ait commis en l'espèce un geste fautif ; que le choix d'implantation de la chambre du côté droit lors de l'intervention du 3 avril 2007, alors même que la tentative du 20 mars 2007 pratiquée au même endroit avait échoué, est justifié selon l'expert par les recommandations en vigueur, l'intervention du côté gauche n'étant pas décrite dans les protocoles et celle-ci étant dangereuse sur le plan anatomique et plus encore dans le cas de Mme B compte tenu d'antécédents de pontages coronariens ; qu'en outre cette analyse de l'expert est corroborée par le compte-rendu opératoire de la deuxième intervention pour l'implantation de la chambre le 20 mars 2007, qui fait état de ce que malgré l'échec de la précédente tentative du côté droit, le choix de cette voie jugulaire est à nouveau fait " compte tenu des recommandations actuelles de l'Agence française

de sécurité sanitaire des produits de santé et de ce qu'elle paraît la plus adaptée " ; que devant l'impossibilité de mener à bien le geste, le praticien note enfin qu'" il est décidé de cesser tout geste et de remettre à plus tard une ponction du côté gauche, qui exposerait la patiente à trop de risque. " ; qu'enfin si un morceau de cathéter coupé a été retrouvé au cours de l'ablation de la dernière chambre implantable, l'expert note qu'aucun élément dans le dossier médical de l'intéressée n'est à même d'expliquer cette circonstance ; que dans ces conditions M. A ne peut établir que sa présence résulterait d'une erreur commise dans le dernier geste opératoire ;

Considérant, en quatrième lieu, qu'aux termes de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique: " Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel (...) En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. " ;

Considérant que si le requérant évoque un défaut d'information, il résulte de l'instruction, et notamment des courriers du praticien hospitalier qui suivait Mme B, que les décisions thérapeutiques ont été soumises à son acceptation ; que s'agissant en particulier de l'ablation de la première chambre implantable, si le requérant soutient qu'elle a été réalisée sans qu'aucune explication ne soit donnée à son épouse, il résulte de l'observation médicale d'août 2006 reproduite dans le rapport d'expertise que Mme B présentait un sepsis qui n'était pas jugulé depuis une semaine avec une suspicion d'infection du site opératoire ; qu'ainsi si aucune pièce au dossier ne permet de s'assurer de la bonne information de la patiente, l'urgence de la situation infectieuse, qui n'est pas contestée, rendait cet acte indispensable ; que M. A n'établit pas que, comme il l'allègue, il lui a été indiqué que l'espérance de vie de son épouse était de 20 ans avec ce type de leucémie ; qu'en tout état de cause, cette circonstance, comme celle de l'ablation de la première chambre implantable n'ont eu aucune incidence sur le décès de Mme B dont la réparation est recherchée ;

Considérant, en cinquième lieu, que si le requérant réitère ses allégations relatives à la prescription inadéquate de Médiator, ce moyen a été écarté par l'arrêt avant dire droit en date du 28 avril 2011 de la Cour de céans ;

Considérant, en sixième lieu, qu'il résulte de l'instruction que Mme B est décédée le 9 juin 2007 d'une septicémie compliquant sa leucémie lymphoïde chronique ; que cette infection a provoqué le 1er juin 2007 une thrombopénie, qui selon les observations médicales de la patiente faites par les services du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie, a eu pour porte d'entrée la plaie du site implantable ; que le Docteur C relève que l'infection du site implantable survenue dans les suites de l'intervention du 3 avril 2007 avait un caractère nosocomial ; que toutefois, il explique que l'intervention avait un caractère indispensable, compte tenu de ce que la maladie avait atteint un stade avancé et que l'administration des produits de chimiothérapie de 3ème ligne ne pouvait se faire que par voie intraveineuse ; que l'expert note en outre qu'une abstention thérapeutique aurait à ce stade conduit Mme B à une mort rapide ; qu'enfin il conclut que Mme B n'a perdu aucune chance de survie du fait de l'intervention pour la pose d'une chambre implantable, ses complications ne pouvant en aucun cas être une contre-indication à sa réalisation ; qu'il résulte tant du rapport du Docteur D que de celui du Docteur C que Mme B a

connu de nombreux épisodes septiques, ces complications faisant partie de l'évolution de la maladie en raison de la réduction des défenses immunitaires de l'organisme ; que l'expert note également que Mme B présentait un terrain favorable aux infections compte tenu de différentes pathologies et notamment d'un diabète ; qu'ainsi l'état de santé de Mme B l'exposait particulièrement lors de ses hospitalisations au centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie aux complications infectieuses et aux surinfections, fréquentes chez les patients immunodéprimés ; que dans ces conditions, l'infection survenue à la suite de la dernière intervention pour la pose d'une chambre à cathéter, doit être imputée à la déficience immunitaire de Mme B sans que puissent être mises en cause les mesures prises par le centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie pour prévenir cette complication, la responsabilité de ce dernier ne pouvant donc être engagée ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que M. A n'est pas fondé à soutenir que la responsabilité du centre hospitalier territorial de Nouvelle-Calédonie est engagée dans le décès de son épouse survenu le 9 juin 2007 ; que ses conclusions indemnitaires doivent donc être rejetées, de même que celles présentées par la CAFAT ;

Sur les frais d'expertise :

Considérant qu'il y a lieu, en application de l'article R. 761-1 du code de justice administrative, de mettre les frais d'expertise, liquidés et taxés par ordonnance du président de la Cour en date du 30 avril 2012 à la somme de 500 euros, à la charge de M. A, partie perdante ;

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant qu'en vertu des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative, la Cour ne peut pas faire bénéficier la partie tenue aux dépens ou la partie perdante du paiement par l'autre partie des frais qu'elle a exposés à l'occasion du litige soumis au juge ; que les conclusions présentées à ce titre par M. A et la CAFAT doivent dès lors être rejetées ;

D E C I D E :

Article 1er : Le jugement du Tribunal administratif de Nouvelle-Calédonie du 11 mars 2010 est annulé.

Article 2 : La demande présentée par M. A devant le Tribunal administratif de Nouvelle-Calédonie et ses conclusions devant la Cour sont rejetées.

Article 3 : Les conclusions présentées par la CAFAT devant la Cour sont rejetées.

Article 4 : Les frais de l'expertise ordonnée le 29 juin 2011, liquidés et taxés par ordonnance du président de la Cour en date du 30 avril 2012 à la somme de 500 euros, sont mis à la charge de M. A.