



DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES

# Responsabilité médicale

Bilan de l'année **2014**



**V**ous trouverez ici le troisième bilan de la responsabilité médicale édité par la Direction des affaires juridiques en sa qualité d'assureur du risque médical de l'AP-HP. La DAJ gère en effet, au service des groupes hospitaliers, l'ensemble des réclamations indemnitaires, en lien avec son réseau de médecins-conseils.

L'augmentation de la technicité des dossiers nous conduit à constamment renforcer notre cellule de médecins-conseils. C'est ainsi qu'en 2014, le Professeur Daniel VITTECOQ, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Bicêtre et le Docteur Caroline TELION, praticien attaché au département d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Necker, nous ont rejoints. Nous les en remercions.

En 2014, l'AP-HP a versé, dans le cadre amiable et contentieux, **13,2 millions** d'euros au titre de son activité d'assureur du dommage médical, cette somme incluant les indemnités versées aux patients, mais aussi le remboursement des frais exposés par les organismes sociaux.

Ce montant est sensiblement comparable aux années antérieures (à l'exception de l'année 2012 où 17 millions d'euros avaient été versés). Cette stabilité se traduit également en 2014 dans le nombre des réclamations nouvelles, comparable à celui des années antérieures (voir page 3).

Enfin, le logiciel informatique, ReMed, destiné à gérer les réclamations indemnitaires de l'AP-HP est en production depuis le début de l'année, permettant ainsi un meilleur suivi tant médico-légal que financier des dossiers.

Il rendra possible en 2015 des études plus précises, tant par spécialité médicale que par type de motif de responsabilité.

**Laure Bédier**  
Directrice des affaires juridiques de l'AP-HP

# Réclamations 2014

En 2014, l'AP-HP a été saisie de **558** nouvelles réclamations indemnitaires.

En 2014, la DAJ a instruit **953** dossiers, toutes procédures confondues, dont **558** concernent des réclamations nouvelles.

## LES 5 SPÉCIALITÉS LES PLUS FRÉQUEMMENT MISES EN CAUSE

- 1 **Orthopédie** (134 dossiers)
- 2 **Chirurgie digestive** (47 dossiers)
- 3 **Urgences** (47 dossiers)
- 4 **Réanimation** (35 dossiers)
- 5 **Gynécologie obstétrique** (29 dossiers)

## LES 5 DOMMAGES LES PLUS INVOQUÉS

- 1 **Séquelles de l'appareil locomoteur** (115 dossiers)
- 2 **Décès** (84 dossiers)
- 3 **Séquelles douloureuses** (66 dossiers)
- 4 **Séquelles neurologiques** (64 dossiers)
- 5 **Séquelles stomatologiques** (43 dossiers)

## LES 5 PROFESSIONNELS LES PLUS CONCERNÉS

- 1 **Personnel médical titulaire** (506 dossiers)
- 2 **Personnel paramédical titulaire** (35 dossiers)
- 3 **Personnel médical en formation** (17 dossiers)
- 4 **Personnel paramédical en formation** (6 dossiers)
- 5 **Sage-femme** (4 dossiers)

À souligner, que si l'orthopédie et la chirurgie digestive sont toujours les spécialités les plus exposées, on observe que la neurochirurgie disparaît du classement par rapport à l'année précédente ; en revanche la réanimation apparaît en quatrième place.

Sur ces **558** nouvelles réclamations, **19** ont été closes dans l'année

**16** dossiers ont fait l'objet d'une décision de rejet définitif, c'est-à-dire non contestée par le patient devant le juge

**3** dossiers ont fait l'objet d'une reconnaissance de responsabilité et d'une transaction.

# ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS



Vous trouverez ci-après une sélection de quatre dossiers terminés en 2014 réglés à l'amiable ou bien à l'issue d'un avis de la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) ou encore d'une décision de justice.

Le patient (ou ses ayants droit) a toujours la possibilité de saisir le juge administratif s'il n'est pas satisfait de la réponse apportée par la DAJ à sa réclamation, étant rappelé que les juristes de la DAJ assurent en principe la défense de l'AP-HP devant le tribunal administratif et que le recours à un avocat n'intervient qu'en appel.

## ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS

### Chirurgie digestive / Chirurgie de l'obésité / Fautes techniques nombreuses

**Une patiente était porteuse d'un anneau gastrique** qui a rapidement dysfonctionné (présence d'une sténose ainsi que d'une poche gastrique dilatée en amont de l'anneau). Il a alors été proposé à la patiente de procéder dans un premier temps au retrait de l'anneau et d'envisager dans un second temps une sleeve gastrectomie.

Lors de l'intervention, un agrafage de la zone de calibrage s'est produit. Le chirurgien effectue alors une conversion afin de rouvrir la zone agrafée sur la sonde et de la refermer par de nouvelles agrafes.

Cette nouvelle suture va toutefois se solder par une sténose de la jonction œsogastrique qui va nécessiter une nouvelle réfection manuelle de la jonction.

À J2 de l'intervention, la zone ainsi refermée manuellement va présenter une fistule, entraînant une péritonite localisée. Elle est de nouveau refermée manuellement.

À J6, une nouvelle fistulisation complète de la suture œsogastrique va survenir, imposant de réaliser une œsophagostomie sur sonde de Pezzer, une gastrotomie sur l'estomac restant et une jéjunostomie d'alimentation.

Les suites sont marquées par une pleurésie purulente bilatérale,

nécessitant une marsupialisation pleurale bilatérale, puis par la constitution d'une ulcération en milieu septique, de l'aorte descendante, au contact de la sonde de Pezzer, obligeant à la mise en place d'une endo-prothèse aortique en urgence afin de ponter la zone aortique ulcérée.

La patiente va également être victime d'un faux anévrisme septique aorto-œsophagien qui va nécessiter d'exclure la zone fistulisée sur l'aorte thoracique, de reconstituer une aorte ventrale

entre l'aorte descendante et l'iliaque primitive droite, de réaliser un stripping œsophagien de l'œsophage thoracique et, ultérieurement, d'effectuer un rétablissement de la continuité digestive à l'aide d'un lambeau jéjunal raccordé à l'œsophage cervical en haut et au jéjunum en bas.

L'évolution est, de plus, émaillée de phlébites et d'ostéomes des deux hanches, de l'épaule gauche et du genou droit.



## ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS

### Chirurgie digestive / Chirurgie de l'obésité /

Fautes techniques nombreuses (suite)

Selon les experts nommés par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI), le dommage en cause est lié à « un agrafage de la sonde de calibrage au cours d'une intervention de sleeve gastrectomie. Il s'agit d'un défaut de réalisation technique de la procédure chirurgicale (maladresse). Ce défaut a été favorisé par la non-conversion suffisamment précoce de la cœlioscopie en laparotomie. La conversion s'imposait en effet dès que la gastrolyse s'était avérée être très difficile au niveau du fundus et du hiatus car il existe des adhérences fibreuses ».

Les experts soulignent en outre que le délai entre l'ablation de l'anneau gastrique, qu'ils estiment trop court, et les conditions très inflammatoires retrouvées localement lors de l'intervention augmentaient considérablement le risque de fistule des anastomoses digestives et des sutures et imposaient donc une prudence accrue comportant la nécessité d'une conversion « au moindre doute, à la moindre difficulté accrue et/ou technique ».

Par ailleurs, lors de la suture itérative de la zone désunie, réalisée à J2, les experts notent que celle-ci a été effectuée en milieu septique, « dans le pus », présentant de ce fait un risque quasiment inévitable de réouverture, risque qui s'est réalisé à J6.

Enfin lors de la seconde reprise à J6, les experts estiment que « la réalisation d'une phrénotomie pour drainer la plèvre n'est pas conforme aux règles de l'art » car elle présentait toutes les conditions pour la survenue d'une fistule pleuro-abdominale transdiaphragmatique et que l'intubation de l'œsophage pour une sonde de Pezzer « aurait pu avantageusement être remplacée par une suture de l'œsophage avec sonde d'aspiration salivaire ».

C'est dans ces conditions que la CCI a estimé que « la prise en charge par l'équipe médico-chirurgicale n'a absolument pas été conforme aux règles de l'art et aux données acquises de la science ».

Les préjudices de la patiente sont très lourds et elle ne peut notamment plus exercer son activité professionnelle.

La DAJ a suivi le sens de l'avis de la CCI qui concluait à la responsabilité de l'AP-HP et a proposé une indemnisation à la patiente.

Son organisme social (CPAM) a également été remboursé par l'AP-HP des prestations versées.

## ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS

### Infection nosocomiale / L'état de santé antérieur ne constitue pas une cause étrangère exonératoire de responsabilité

Une patiente de 35 ans souffrant d'un psoriasis associé à un rhumatisme inflammatoire s'est vue diagnostiquer une hépatite auto-immune ainsi qu'un lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD). Sur le plan cutané, l'existence de lésions annulaires fait douter les médecins du seul diagnostic de LEAD et une biopsie cutanée au niveau de la face interne de la cuisse droite est prescrite. Deux jours après cet examen, des douleurs aiguës et un gonflement de la face interne la cuisse droite sont constatés. L'observation note des « placards érythémateux violacés du membre inférieur droit et poulx poplités non perçus ». Le diagnostic de fasciite nécrosante est alors porté.

L'apparition d'une hypotension artérielle motive le transfert de la patiente dans le service de réanimation médicale. Le prélèvement d'une phlyctène permet d'isoler un staphylocoque à coagulase négative résistant à la méticilline et *Acinetobacter spp.* Une antibiothérapie est instituée et la patiente subira de nombreuses interventions pour sa fasciite nécrosante. L'évolution sera marquée de plusieurs infections : pneumonie à CMV, sepsis avec bactériémie à *Klebsiella pneumoniae*. Ultérieurement, une chirurgie plastique de reconstruction du membre inférieur droit sera entreprise.

La fasciite nécrosante a provoqué une atrophie importante du membre avec de nombreuses cicatrices inesthétiques, entraînant une difficulté à la marche avec un pied droit en équin.

La patiente a alors saisi la CCI Ile de France qui, en 2009, a rendu un avis aux termes duquel elle a considéré que la réparation de ses préjudices au titre d'une infection nosocomiale

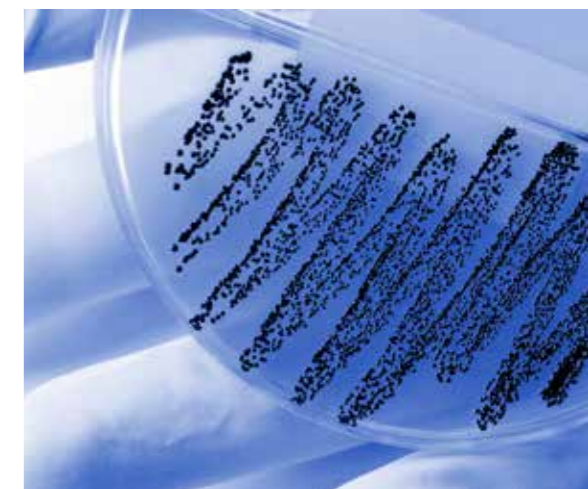
devait être indemnisée par l'AP-HP (NB : la date du fait générateur du dommage ayant eu lieu avant la publication de la loi du 31 décembre 2002 prévoyant l'indemnisation par l'ONIAM des infections nosocomiales graves, celle-ci devant alors être assumée par l'établissement de santé).

La DAJ n'a pas souhaité suivre le sens de cet avis dans la mesure où les experts avaient constaté que l'immunodépression induite par le traitement corticoïde nécessitée par la maladie lupique rendait l'infection inévitable et constituait ainsi une cause étrangère exonératoire de responsabilité.

La patiente a alors saisi le Tribunal administratif puis la Cour administrative d'appel qui ont rejeté sa demande aux motifs que « la fasciite nécrosante survenue à la suite d'une infection par un staphylocoque à coagulase négative dont [la patiente] a été victime trouve sa cause dans son état de santé antérieur et est la résultante de sa seule déficience humaine ».

La patiente s'est alors pourvue en cassation et le Conseil d'État dans une décision en date du 29 décembre 2014 a cassé l'arrêt de la Cour administrative d'appel.

Pour le Conseil d'État, la Cour administrative d'appel n'a pas pu « en l'état du dossier, constater que le germe infectieux aurait été présent ou en incubation au début de la prise en charge de Madame X par l'hôpital Y »,



seule condition pour considérer que l'infection ne présentait pas de caractère nosocomial.

Le Conseil d'État relève par ailleurs que l'infection s'est déclenchée « moins de quarante-huit heures après la réalisation d'une biopsie, acte invasif qui ne pouvait être regardé comme une circonstance extérieure à l'activité hospitalière ».

Le Conseil d'État juge donc que la Cour a commis une erreur de droit et son arrêt doit en conséquence être annulé « quand bien même les complications survenues au lendemain de cet acte invasif auraient été favorisées par l'état initial de la patiente ».

## ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS

# Anesthésie / choix entre intubation et sédation – pneumopathie d'inhalation – absence de faute

**Patiente âgée de 67 ans** qui a subi une coloscopie sous anesthésie. Au cours de l'intervention, pratiquée en ventilation spontanée avec masque, la patiente a présenté une pneumopathie d'inhalation évoluant vers une défaillance multi-viscérale et associant un syndrome de détresse respiratoire aigu, un état de choc septique et une insuffisance rénale aiguë. Hospitalisée en réanimation, la patiente a présenté des difficultés de ventilation qui ont nécessité une trachéotomie, une nécrose tubulaire imposant une épuration extrarénale, une neuromyopathie de réanimation à l'arrêt de la sédation et une infection pulmonaire traitée par antibiothérapie. La patiente a par la suite séjourné plusieurs mois en service de soins de suites et réadaptation avant de pouvoir regagner son domicile.

Elle demeure atteinte de séquelles motrices et des douleurs aux membres inférieurs.

La patiente a saisi la CCI Ile de France qui a diligenté une première expertise dont le rapport concluait à une complication exceptionnelle non fautive. L'inhalation du contenu gastrique survenue au cours de la coloscopie a résulté soit du mode d'anesthésie retenu, soit d'un reflux œsophagien et de la gastrectomie présentés par la patiente. L'expert considère que le choix de procéder à une anesthésie de brève durée par simple sédation avec ventilation au masque était justifié d'autant qu'il n'a pas été reconnu lors de la consultation préanesthésique de facteur de risque d'inhalation gastrique, quand bien même le médecin-anesthésiste avait évalué l'intubation comme difficile.

S'estimant insuffisamment éclairée, la CCI a ordonné une contre-expertise. Pour le second expert, il apparaît que la

littérature médicale décrit les patients à risque d'inhalation du contenu gastrique comme ceux chez lesquels la vidange gastrique est altérée en raison d'antécédents de pathologie digestive occlusive, d'une chirurgie œsophagienne et gastrique et d'une neuropathie dysautonomique notamment liée au diabète. Il est noté que la patiente faisait partie des patients à risque en raison d'une gastrectomie des deux tiers, de la persistance d'un reflux gastro-œsophagien et hépatobiliaire, d'un diabète insulino-dépendant et d'une surcharge pondérale. Le second expert estime que chez les patients à risques, plus de la moitié des inhalations peuvent être évitées par l'application d'une séquence induction-intubation rapide. Dès lors, l'expert a considéré que le choix de l'anesthésie par sédation n'a pas permis d'assurer l'étanchéité des voies aériennes et que les séquelles motrices liées à la neuromyopathie apparue au décours de l'hospitalisation de la patiente sont entièrement imputables à la pneumopathie d'inhalation. Il considère que le choix du médecin-anesthésiste a entraîné pour la patiente une perte de chance de 50 % d'éviter le dommage.

La CCI Ile de France a fait sienne l'analyse du second expert et a considéré qu'une faute avait été commise en raison d'un mauvais choix anesthésique, lequel a entraîné une perte de chance de 50 % pour la patiente d'éviter le dommage ainsi advenu.

L'AP-HP a contesté sa responsabilité et a refusé de suivre l'avis rendu par la Commission. La DAJ, en lien avec son médecin-conseil, faisait notamment valoir que les risques d'inhalation sont moins importants lors d'une anesthésie par sédation que lors d'une intubation difficile. Le choix de la technique par sédation était le résultat d'un bilan bénéfice-risque effectué par l'anesthésiste qui s'expliquait notamment par la difficulté d'une intubation orotrachéale relevée lors de la consultation préanesthésique, qui indiquait que la patiente présentait une classe III de Mallampati.

À la suite du refus de la DAJ de suivre l'avis rendu par la Commission, la patiente a saisi l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) lequel l'a indemnisée aux lieu et place de l'AP-HP.

L'ONIAM a par la suite intenté une action contre l'AP-HP devant le Tribunal administratif de Paris aux fins de remboursement des sommes versées.

Le Tribunal a accueilli favorablement les demandes de l'ONIAM et, à l'instar de la CCI, a considéré que le choix de la technique d'anesthésie était fautif en l'espèce. L'AP-HP a été condamnée à rembourser l'Office, ainsi qu'à une pénalité de 15 % pour avoir décidé, à tort, de ne pas suivre l'avis rendu par la CCI.

La DAJ a interjeté appel de cette décision.

Par un arrêt en date du 25 septembre 2014, la Cour administrative d'appel de Paris a fait droit à la requête de l'AP-HP et a annulé le jugement du Tribunal.

Si la Cour prend acte que la patiente faisait partie des patients présentant un risque d'inhalation gastrique en cours d'intervention, elle observe que l'intubation systématique des sujets à risque réduit, selon le second expert, de moitié la fréquence des accidents ; la DAJ soutenait quant à elle que le risque résiduel d'inhalation, même avec une intubation, aurait été en l'espèce de 5 % et qu'en optant pour une anesthésie générale sans intubation, les équipes médicales ont exposé la patiente à un risque d'inhalation de 10 %. La Cour en a déduit « qu'un tel choix, qui constitue une augmentation non négligeable, mais limitée du risque, et qui est justifié par les

*difficultés techniques de l'intubation liées à la particularité anatomique de la cavité orale de la patiente et par les risques associés à un tel geste nonobstant l'expérience des équipes de l'AP-HP avancée par l'expert, ne constitue pas, en l'espèce, une faute de nature à engager la responsabilité du service public hospitalier ».*

L'AP-HP a donc été fondée à recouvrer les sommes versées tant auprès de l'ONIAM qu'auprès de la CPAM pour un montant de 160 000 euros au total.



## ZOOM SUR QUELQUES DÉCISIONS

# Retard de diagnostic fautif d'une maladie génétique affectant successivement deux enfants

**Une patiente, mère d'un premier enfant** exempt de toute maladie, a été suivie pour sa deuxième grossesse dans un établissement ne relevant pas de l'AP-HP où trois anomalies (retard de croissance, rein unique et augmentation du liquide amniotique) décelées par échographies ont entraîné la transmission de son dossier dans un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDP) de l'AP-HP. La patiente a accouché d'un enfant présentant une atrésie de l'œsophage qui a nécessité une intervention chirurgicale. Le bilan complémentaire effectué au cours de cette hospitalisation a confirmé l'existence d'autres malformations appelant des prises en charge néphrologiques, gastroentérologiques, pneumologiques et orthopédiques. Aucun syndrome poly-malformatif global référencé n'a été évoqué par l'équipe hospitalière, qui n'a pas non plus prescrit de consultation génétique.

Quelques années plus tard, la patiente présente une troisième grossesse pour laquelle, en raison de ses antécédents, ont été réalisés des bilans morphologiques qui ont mis en évidence six anomalies fœtales, dont trois déjà présentes chez le précédent enfant de la patiente, évoquant un syndrome poly-malformatif global dit de « VACTERL » dont l'éventualité a été discutée avec un médecin fœto-pathologiste du CPDP, compétent en génétique. Divers diagnostics graves ont été envisagés, dont celui de la maladie de Fanconi, sans qu'une enquête génétique ait cependant été prescrite.

La question d'une interruption médicale de grossesse a été abordée avec la patiente, alors enceinte de six mois, laquelle a souhaité écarter cette perspective. L'enfant est née avec une atrésie de l'œsophage d'une sévérité supérieure à celle de sa sœur et avec de nombreuses malformations appelant une prise en charge plus lourde. Des

tests génétiques ont permis par la suite de diagnostiquer chez les deux enfants une maladie génétique de Fanconi.

Les parents des enfants ont formulé une réclamation indemnitaire dans la mesure où ils considèrent qu'il avait existé un retard à poser le diagnostic de la maladie de Fanconi chez le second enfant puis chez le fœtus, ce retard les ayant privés de la possibilité soit de renoncer à une troisième grossesse, soit de mettre fin à celle-ci.

La DAJ a diligenter une enquête médicale auprès de son médecin-conseil et a rejeté la demande indemnitaire au motif que la prise en charge de la seconde grossesse de la patiente avait été conforme aux règles de l'art et que, s'agissant de la troisième grossesse, le diagnostic de la maladie de Fanconi était difficile à poser, compte tenu notamment de l'absence de manifestation hématologique.

Les parents ont alors saisi le Tribunal administratif de Paris qui a ordonné une expertise médicale auprès d'un pédiatre réanimateur et d'un obstétricien spécialiste du diagnostic prénatal.

Selon les experts judiciaires, le diagnostic de la maladie de Fanconi, maladie génétique rare, de constitution progressive et de diagnostic difficile, ne peut être regardé comme tardif compte tenu, d'une part, de l'absence d'élément évocateur permettant d'orienter l'équipe médicale du CPDP vers ce diagnostic, notamment le caractère très discret de l'anomalie des pouces du deuxième enfant et les résultats normaux des analyses hématologiques pratiquées sur elle, et d'autre part, du fait que l'association atrésie de l'œsophage / maladie de Fanconi n'était pas scientifiquement étayée au moment des faits.

Dans ces conditions, le Tribunal administratif a rejeté la requête indemnitaire des parents.

Les demandeurs ont interjeté appel de ce jugement et ont produit devant la Cour administrative d'appel une expertise privée qu'ils ont fait diligenter auprès d'un hémato-pédiatre, selon lequel les anomalies diverses constatées chez le deuxième enfant, et notamment l'association de polymalformations, devaient être interprétées comme un syndrome malformatif global de type « VACTERL » ou « Fanconi » et conduire l'équipe hospitalière, même en l'absence d'antécédent familial, à prescrire une consultation génétique afin de déceler la maladie de Fanconi et d'informer les parents sur les risques s'attachant à une troisième grossesse.

La Cour a alors ordonné une contre-expertise au contradictoire de l'AP-HP.

Aux termes du rapport d'expertise judiciaire, il apparaît que le syndrome de « Vacterl », connu des généticiens et des pédiatres spécialistes de la prise en charge des patients ayant une atrésie de l'œsophage, est un syndrome poly-malformatif associant des malformations vertébrales (V), anales (A), cardiaques (C), trachéo-œsophagienne (TE), rénales (R) et des membres (L pour « limb »).

L'expert estime que ce diagnostic doit être retenu dès lors que l'enfant présente trois ou plus de ces signes et doit conduire les médecins à s'assurer qu'il ne recouvre pas un diagnostic sous-jacent de la maladie de Fanconi. Il précise que cette dernière, dénommée aussi « anémie de Fanconi », est porteuse d'un tableau clinique particulièrement sévère tant en raison de l'aplasie médullaire qu'elle recouvre, nécessitant de difficiles et douloureuses greffes de moelle, que des atteintes cérébrales et des risques aggravés de leucémie et d'autres cancers qu'elle comporte.

Selon l'expert désigné par la Cour, les diverses malformations constatées



chez le deuxième enfant de la patiente à sa naissance et soignées pendant plusieurs mois avant la conception du troisième, auraient dû, à la lecture du dossier médical et de l'examen clinique et radiologique, conduire les médecins du CPDP à émettre l'hypothèse d'un syndrome de type VACTERL et à en tirer les conséquences en prescrivant une consultation génétique en vue d'obtenir une confirmation de ce diagnostic et rechercher une éventuelle maladie rare sous-jacente, dont celle de Fanconi, le lien entre ces deux maladies étant déjà connu au moment des faits. Il résulte également du rapport d'expertise qu'au vu des graves poly-malformations décelées sur le fœtus durant le premier trimestre la grossesse suivante, lesquelles révélaient une évidente récurrence susceptible de confirmer l'hypothèse d'une maladie génétique rare évoquée par l'équipe soignante, celle-ci aurait dû rapidement prescrire une consultation génétique, qualifiée par l'expert « d'impérieuse nécessité ».

La Cour administrative d'appel a donc considéré qu'en ne décelant pas, à deux reprises, le syndrome de VACTERL et ne proposant pas aux parents à deux reprises la consultation génétique qui s'imposait, l'équipe hospitalière a commis une faute qui, « par sa gravité et son évidence », doit être regardée caractérisée. La Cour considère que cette faute est ainsi à l'origine d'un retard de diagnostic qui a privé les requérants d'un choix éclairé quant à une éventuelle interruption médicale de grossesse et ouvre droit à réparation de l'entier préjudice moral des parents résultant de l'état de santé de leur fille.

# Législation et jurisprudence

## Une juridiction peut désigner comme expert un médecin de l'AP-HP dans un litige relatif à un de ses hôpitaux

Le Conseil d'État s'est prononcé sur cette question dans une décision en date du 23 juillet 2014 (n° 352407)

Le juge considère qu'à elle seule, la circonstance qu'un médecin exerce au sein de l'AP-HP ne fait pas obstacle à ce qu'il soit désigné comme expert dans un litige auquel cet établissement est partie.

Le Conseil d'État juge que « *eu égard au fait que l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris gère 37 hôpitaux et emploie plus de 20 000 médecins, l'appartenance d'un médecin à cet établissement public ne suscite pas, par elle-même, un doute légitime sur son impartialité, faisant obstacle à sa désignation comme expert dans un litige où l'AP-HP est partie.* »

La situation professionnelle des experts, attachés par ailleurs à des hôpitaux différents de celui mis en cause dans le litige et dont il n'est pas allégué qu'ils auraient entretenu des liens particuliers d'ordre professionnel avec les médecins qui avaient pris en charge la victime, ne justifie pour le Conseil d'État pas leur récusation comme expert ou sapiteur.

Cette solution tient compte de la taille exceptionnelle de l'AP-HP et des inconvénients qui s'attacheraient, du point de vue de la qualité des expertises, à une interdiction de principe de désigner un médecin exerçant dans un de ses hôpitaux comme expert dans un litige auquel elle est partie. Par ailleurs, une telle solution permet que les expertises continuent à se tenir à proximité du domicile des patients, dont l'état de santé leur permet difficilement de se déplacer. Le juge n'interdit toutefois pas aux

demandeurs d'invoquer, à l'appui d'une demande de récusation de l'expert, toute circonstance particulière tenant à ses conditions d'exercice et ses liens professionnels, de nature à faire naître un doute légitime sur son impartialité pour apprécier le comportement des médecins auxquels le dommage est imputé.

## La réparation des accidents médicaux non fautifs graves survenus dans les suites d'actes de chirurgie esthétique n'ouvre plus droit à réparation au titre de la solidarité nationale (ONIAM).

C'est ce qu'a décidé le législateur dans la loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Désormais, aux termes de l'article L. 1142-3-1 du code de la santé publique « Le dispositif de réparation des préjudices subis par les patients au titre de la solidarité nationale mentionné au II de l'article L. 1142-1 et aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-15 n'est pas applicable aux demandes d'indemnisation de dommages imputables à des actes dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, y compris dans leur phase préparatoire ou de suivi. »

Cette intervention du législateur est venue contrer une décision de la Cour de cassation en date du 5 février 2014 (n° 12-29140) qui admettait pour la première fois la possibilité d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale des actes de chirurgie esthétique.

Il s'agissait d'une patiente décédée des suites d'un malaise cardiaque provoqué juste avant l'anesthésie préalable à

une intervention de liposuction, par l'injection de deux produits sédatifs. Cet accident a été considéré comme un accident médical ouvrant droit à indemnisation, pour les ayants-droit, au titre de la solidarité nationale.

Ainsi, quand bien même l'intervention en l'espèce était dépourvue de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, la Cour de cassation a estimé qu'il s'agissait d'un acte de soins ouvrant droit à indemnisation par l'ONIAM.

Le législateur a donc décidé de mettre fin à cette jurisprudence pour l'avenir, l'article L. 1142-3-1 s'appliquant aux demandes d'indemnisation postérieures au 31 décembre 2014.

NB : L'intervention de l'ONIAM reste possible pour les actes de chirurgie esthétique à visée réparatrice (à titre d'exemple, pour une mastectomie faisant suite à un cancer).

# Infections nosocomiales

## Décision rendue par le Conseil d'État le 12 mars 2014 (n° 359473) :

Lorsqu'une infection nosocomiale contractée par la mère s'est transmise à l'enfant par voie materno-fœtale, le dommage subi par l'enfant ouvre droit à une réparation incombant, selon sa gravité, à l'hôpital ou à l'ONIAM au titre de la solidarité nationale.

L'ONIAM doit indemniser, aux termes de l'article L. 1142-1-1 du code de la santé publique les victimes d'infections nosocomiales graves (c'est-à-dire provoquant un déficit fonctionnel permanent supérieur à 25 % ou le décès). Par cette même décision, le Conseil d'État considère que l'ONIAM doit également indemniser la victime lorsque l'infection nosocomiale lui a fait perdre une chance d'éviter de tels dommages (DFP supérieur à 25 % ou décès).

## Décision rendue par le Conseil d'État le 30 juillet 2014 (n° 361821)

Il s'agissait d'une espèce où un patient a été victime d'une infection nosocomiale contractée à la suite d'une opération de la cataracte qui devait permettre de récupérer une grande partie de la capacité visuelle, mais où l'infection avait provoqué la perte de l'œil. Le Conseil d'État précise que le taux d'atteinte à l'intégrité du patient résultant de l'infection doit être calculé non par la différence entre sa capacité avant l'intervention et sa capacité après consolidation des conséquences de l'infection, mais en se référant à la capacité dont l'intervention aurait permis la récupération en l'absence de cette infection.

En l'espèce, le dommage imputable à l'infection correspondait non à la perte de la capacité visuelle initiale de l'œil, mais à celle que l'intervention aurait permis de récupérer en l'absence d'infection. Cette règle de détermination du taux de déficit fonctionnel permanent imputable à l'infection a une incidence sur la détermination du débiteur de l'indemnisation (hôpital jusqu'à 25 %, ONIAM au-dessus) et sur le montant de celle-ci.

# La perte totale ou partielle d'un dossier médical d'un patient est constitutive à elle seule d'une faute administrative

Lors du *Bilan* de l'année 2012, le sujet de la perte du dossier médical a déjà été évoqué à l'occasion d'un avis de la CCI d'Ile-de-France relevant la responsabilité de l'AP-HP.

Cette année encore, il nous faut y revenir, en signalant deux condamnations par les juridictions parisiennes (Tribunal administratif et Cour administrative d'appel de Paris) de décembre 2014 et janvier 2015.

Pour le juge administratif, la perte totale ou partielle du dossier médical est constitutive à elle seule d'une faute et entraîne un préjudice moral certain au requérant, chiffré dans ces deux affaires à 2 000 euros.

À souligner que dans la première affaire (CAA Paris 19 décembre 2014) la requête portait sur le fond (liée à la prise en charge médicale) et très accessoirement sur la perte d'une partie du dossier médical. Le tribunal administratif avait totalement rejeté la requête, mais la Cour administrative d'appel réforme le jugement sur le seul point de la perte du dossier médical : elle motive sa condamnation à l'encontre de l'AP-HP en relevant « qu'il n'est pas établi que cette perte partielle ait fait perdre à la requérante une chance sérieuse d'établir l'origine de ses dommages », mais que cette requérante « a subi un préjudice moral certain du fait de la non-communication, à laquelle elle avait droit, de ces pièces ».

Le tribunal administratif de Paris dans un jugement du 20 janvier 2015 a prononcé la même condamnation, et le même montant de réparation de cette faute. En l'espèce, la requête était effectuée sur ce seul grief : la requérante exposait que la perte de son dossier médical avait d'une part rendu impossible l'établissement d'un

protocole de soins pour elle par la suite (mais l'AP-HP avait pu reconstituer un fond de dossier) d'autre part de poursuivre sa surveillance et faire le lien avec d'autres établissements. Le tribunal relève un préjudice moral certain du fait de cette non-communication « à laquelle elle avait droit ».

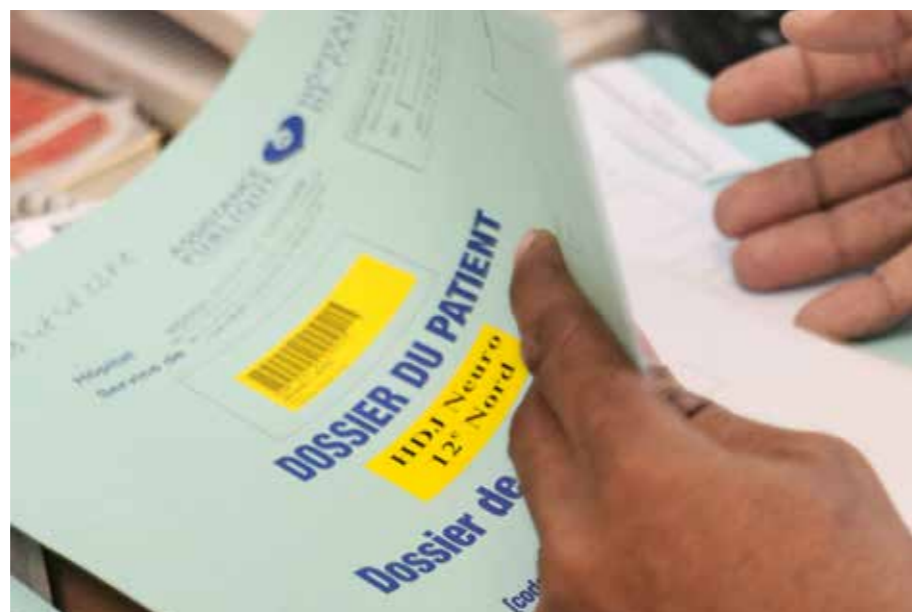
Ce préjudice moral certain est donc celui qui est issu du non-respect des droits du patient.

La direction des affaires juridiques est sensibilisée par ces questions de communication au patient des pièces de son dossier médical en raison :

- Du coût financier au détriment de l'AP-HP ;
- Des alertes adressées par d'autres institutions sur ce sujet, tel que le Défenseur des droits ;

- Du volet « qualité et gestion des risques » du nouveau plan stratégique de l'AP-HP qui rappelle notamment, sur le sujet du dossier médical du patient autant l'importance de son contenu que de son bon archivage, conforme et adapté à la taille et à l'organisation de chaque site hospitalier et supposant l'implication de tous les services hospitaliers.

- Du fait que le dossier médical, complet et bien communiqué, y compris aux médecins-conseil de la DAJ missionnés à l'occasion d'une demande indemnitaire d'un patient, est la garantie de la juste appréciation de la prise en charge hospitalière et parallèlement de l'efficacité de la défense, autant en expertise judiciaire que devant les CCI ou les juridictions, des services hospitaliers de l'AP-HP.



# Étude juridique sur les suicides de patients de l'AP-HP

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un groupe de travail multidisciplinaire 2014/2015 (DMA/DSAP/DAJ/Psychiatres), dont l'objet est l'analyse des événements indésirables graves liés aux soins (EIG). Son objectif est la prévention des suicides des patients et l'amélioration de la sécurité des patients, en dégagant des outils et des bonnes pratiques, pour l'appréhension adéquate des situations à risques et la gestion de ces événements graves.

## a) Méthodologie de l'étude

**Les définitions :** la notion de suicides de patients s'étend aux tentatives de suicide et aux « accidents autoprovocés ». Ce dernier terme recouvre les cas des défenestrations notamment, lorsque le patient commet de lui-même un geste « léthal », mais que son intention suicidaire n'est pas automatiquement évidente (cf. états confusionnels de patients).

En outre, pour cette étude, ont été aussi retenus les dossiers de suicides des patients à leur domicile, après la sortie d'un service hospitalier de l'AP-HP.

Cette étude juridique a pour objet d'identifier les critères permettant d'engager ou non la responsabilité administrative de l'établissement.

## b) Données chiffrées globales

NB : le vocable général « suicides » sera utilisé pour regrouper les trois définitions précitées.

À partir du tableau général, nous avons recensé **51 cas de suicides, tentatives de suicide ou accidents autoprovocés entre 1999 et 2014** au sein des établissements de l'AP-HP.

## Circonstances et modalités

### • Par lieu

- 36 cas où le suicide a eu lieu dans un établissement de l'AP-HP.
- 15 cas où le suicide a eu lieu en dehors de l'hôpital ou dans un hôpital ne relevant pas de l'AP-HP.

### • Par mode de suicide

- **27 cas de défenestrations** (ou chutes volontaires ayant entraîné un décès).
- 12 cas de pendaisons.
- 8 cas avec un autre mode : asphyxie, acte mutilatoire, absorption médicamenteuse.
- 4 cas où le mode de suicide n'est pas connu (suicide postérieur à la sortie de l'hôpital).

### • Par service

- 29 suicides dans les services de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique hors psychiatrie) dont, notamment, 10 en service des urgences, 2 en service de nutrition, 2 en service de réanimation.
- 17 suicides concernant des services psychiatriques. Cependant, un seul suicide concerne un patient qui était en soins psychiatriques sous contrainte dans un établissement habilité.
- 5 suicides concernant des services de soins de suite et de réadaptation.

### • Par durée de présence au sein du service

- 27 cas où le suicide est intervenu lors d'une prise en charge dans le service concerné de moins de 8 jours
- 17 cas où le suicide est intervenu lors d'une prise en charge de plus de 8 jours
- 6 cas où l'on ignore cette donnée.

### • Par sexe

- 20 cas où le patient était une femme.
- 29 cas où le patient était un homme.
- 2 cas où le sexe du patient n'est pas connu (dossiers anciens de la DAJ).

### • Par âge (majeurs/mineurs)

- 44 cas qui concernent des majeurs contre 1 seul cas de mineur
- 6 cas où l'on ne connaît pas l'âge du patient (dossiers anciens de la DAJ).

## c) Données statistiques de la DAJ comme assureur

Sur ces **51 cas recensés dans l'étude globale, la DAJ a été saisie par une demande indemnitaire pour 33 dossiers** : 4 dossiers ont été exclus faute d'informations suffisantes et 4 autres dossiers ont été retirés car le suivi de la DAJ était uniquement lié à une enquête de police judiciaire, sans demande indemnitaire formulée et sans suite pénale, d'ailleurs.

### Notre étude juridique a donc porté sur 25 dossiers traités de 1999 à 2014.

• **15 dossiers sont clos**, dont 12 dossiers ont été résolus par la voie du contentieux.

• **10 dossiers sont encore en cours**, dont 4 dossiers sont en phase amiable simple et

6 dossiers sont en phase contentieuse.

**Sur les 25 dossiers, l'AP-HP a été condamnée ou a reconnu sa responsabilité dans 13 dossiers. Sa responsabilité n'a pas été engagée dans 6 dossiers. Dans 6 dossiers, il existe un contentieux en cours.**



## I. Les critères de la responsabilité hospitalière

### A/ TYPOLOGIE DES DOSSIERS OÙ L'AP-HP EST RESPONSABLE

Sur les 13 dossiers dans lesquels l'AP-HP a été reconnue responsable :

- 10 dossiers sont des « suicides » (intention suicidaire).
- 3 dossiers sont des « actes autoprovocés » dont des défenestrations.

Parmi ces 13 dossiers, 9 concernent des actes commis au cours de la prise en charge du patient et 4 concernent des actes suicidaires qui ont eu lieu après la prise en charge du patient.

### B/ INDEMNISATION

Outre l'indemnisation, classique en la matière, des ayants-droit pour leur préjudice moral (variables selon le statut familial) et le remboursement des frais funéraires, l'AP-HP doit parfois réparer les préjudices économiques et les pertes de revenus du conjoint et des enfants du patient décédé.

Les montants alloués sont parfois importants, en réparation des séquelles graves d'un patient survivant.

La responsabilité d'un établissement public de santé peut être engagée soit de façon directe et certaine, soit au titre d'une perte de chance.

Ainsi, dans un dossier où le patient avait été hospitalisé à plusieurs reprises en établissement psychiatrique en raison d'une dépendance à l'alcool, aux benzodiazépines et d'une maladie de Korsanoff et où, lors de l'une hospitalisation, il avait été autorisé à sortir sans aucun accompagnement, une perte de chance de survie de 70 % a été retenue par le tribunal. Le patient indiquait être « prêt à casser un carreau, à s'entailler les veines... », mais il n'était pas certain que le suicide aurait pu être empêché en cas de prise en charge mieux adaptée.

### C/ LES MOTIFS DE LA RESPONSABILITE

#### 1° Le défaut d'identification du risque suicidaire lors de la prise en charge

Les cas recensés concernent notamment des patients qui se sont suicidés, hors de l'hôpital, après leur sortie. La faute relevée (ou reconnue) réside dans le fait que, l'état du patient, mieux observé ou mieux pris en

compte, supposait une prise en charge particulièrement attentive.

#### • Hôpital AP-HP, C.A.A de Paris, 22 mai 2014

Une patiente a été admise par deux fois (le même jour, matin puis après-midi) au service des urgences à la suite de deux tentatives de suicide par absorption médicamenteuse. Chaque fois la patiente a été examinée puis autorisée à regagner son domicile. Lors de la seconde admission, demandée par son médecin traitant, la patiente a été gardée la nuit à l'hôpital afin qu'un examen soit fait par un psychiatre. Le lendemain, l'examen réalisé par le psychiatre des urgences a conclu que l'état de la patiente ne nécessitait pas d'hospitalisation et que celle-ci pouvait être autorisée à sortir sous la surveillance de sa sœur. Le lendemain après-midi, la patiente décédait dans les suites d'une défenestration à son domicile.

Le tribunal administratif avait rejeté la demande estimant que *le médecin psychiatrique des urgences avait mis en œuvre tous les moyens pour prendre ce qui lui apparaissait être la meilleure décision pour la patiente en s'organisant pour que la sœur de la patiente bénéficie d'un arrêt de travail pour surveiller celle-ci.*

Mais la cour d'appel administrative a infirmé cette décision en retenant que le psychiatre des urgences n'avait pas suffisamment pris en compte le diagnostic de suicide fait par le médecin traitant. Celui-ci avait, lors de la seconde admission, assorti sa demande d'hospitalisation, d'un courrier dans lequel il revenait sur les antécédents suicidaires, les grandes difficultés personnelles de sa patiente et précisait qu'il était impératif de l'hospitaliser pour prévenir tout autre passage à l'acte. La cour a donc considéré que l'hôpital avait commis une faute en décidant la sortie de la patiente, en la confiant à la seule surveillance de sa jeune sœur qui ne disposait d'aucune formation pour gérer ce type de crise.

#### 2° La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service : le défaut de surveillance adaptée

##### 1) l'obligation de surveillance plus ou moins renforcée

Elle pèse sur l'hôpital pendant la durée d'hospitalisation et dès le départ de

la prise en charge. Elle est plus ou moins renforcée en cas d'agitation ou de confusion du patient, de signes comportementaux inquiétants, de son état physique ou psychologique du patient.

#### • Hôpital AP-HP, TA de Paris, 29 janvier 2013

Un patient est hospitalisé en chirurgie digestive, pour y subir une gastrectomie, en complément du traitement d'un cancer de l'estomac. À la suite de l'intervention, le patient présente des hallucinations et de l'agitation. L'interne de garde lui prescrit un anxiolytique. L'état de confusion persistant, le psychiatre de garde diagnostique un épisode confuso-délinquant et une désorientation spatio-temporelle. Une contention physique par bracelets est installée, mais le patient s'en défait. Une nouvelle contention est mise en place aux quatre membres. Le patient réussit à se détacher pour se défenestrer d'une chambre voisine. Il est transféré dans un autre hôpital pour prise en charge des lésions vasculaires et maxillo-faciales.

Les juges considèrent que l'AP-HP a commis des erreurs et négligences révélant une faute dans l'organisation et du fonctionnement du service. En effet, ils estiment que le patient aurait dû faire l'objet d'un traitement sédatif d'urgence, d'une contention efficace et d'une surveillance attentive. Compte tenu de la gravité des troubles constatés, les mesures prises n'ont pas été conformes aux bonnes pratiques cliniques.

#### 2) la sécurisation de l'environnement où se trouve le patient

Un exemple doit être cité ici, lié au phénomène de la défenestration.

#### • Hôpital AP-HP, CE 10 avril 2014

Un patient a été hospitalisé au sein d'un service de neurochirurgie pour une plaie crano-faciale, suite à une agression par arme à feu. Au cours de son hospitalisation, le patient est retrouvé, gisant, à la suite d'une chute, sous les fenêtres de sa chambre.

Le tribunal administratif de Paris a rejeté la demande du patient. Un appel a été interjeté et par un arrêt du 6 octobre 2011, la cour administrative d'appel de Paris a confirmé la décision rendue. Les juges d'appel ont relevé que

l'état d'agitation et de désorientation présenté par le patient dans les jours précédant l'accident, l'exposait particulièrement à un risque de chute. Ils écartent néanmoins la faute estimant que le requérant n'établit ni que le dispositif de sécurité bloquant l'ouverture des fenêtres de sa chambre aurait été défectueux, ni que ces fenêtres auraient été laissées grandes ouvertes, ni qu'il serait tombé d'une autre fenêtre que la sienne.

Le patient a formé un pourvoi devant le Conseil d'État qui a cassé la décision rendue par la cour. Le Conseil d'État a considéré que la Cour a inexactement qualifié les faits qui lui ont été soumis. **« La chute dont a été victime le patient impliquait nécessairement soit que le dispositif de sécurité destiné à empêcher l'ouverture des fenêtres n'avait pas été enclenché, soit qu'il n'avait pas correctement fonctionné ».** Le Conseil d'État estime que **l'une ou l'autre de ces circonstances révélait une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service, eu égard aux précautions qu'imposaient l'état et le comportement de l'intéressé dans les jours ayant précédé l'accident.**

Cette affaire est pendante devant la cour administrative d'appel de renvoi, mais le Conseil d'État opère une sorte de renversement de la charge de la preuve en déduisant de la chute l'absence de sécurisation des fenêtres : **c'est à l'établissement de démontrer que les mesures de surveillance ont été mises en œuvre (fenêtres sécurisées).**

**En conclusion, le défaut de surveillance est retenu lorsque les mesures pour assurer la sécurité du patient n'ont pas été prises ou n'ont pas été correctement renforcées. La surveillance doit être adaptée à l'état du patient et à l'environnement où il est hospitalisé. De plus, la surveillance doit être constante réévaluée.**

## II. Les critères de non-responsabilité

Sur les 6 dossiers dans lesquels la responsabilité de l'AP-HP n'a pas été engagée :

- 5 dossiers sont des suicides (dont 5 dans l'hôpital)
- 1 dossier est une tentative de suicide

La responsabilité de l'établissement de santé n'est pas engagée quand des mesures de surveillance appropriées et adaptées à l'état du patient ont été mises en place.

Ainsi, un acte est considéré par les juges comme imprévisible lorsque l'intention suicidaire du patient ne pouvait pas être identifiée par l'équipe médicale.

De même, l'acte est considéré par les juges comme irrésistible lorsque le risque suicidaire était clairement identifié, que tous les moyens adaptés au risque présenté par le patient étaient mis en œuvre, mais que pour autant, la tentative ou le suicide ont eu lieu.

### A) L'acte imprévisible

#### • Hôpital AP-HP, C.A.A de Versailles, 2 mai 2012

Un patient a été admis aux urgences d'un hôpital à la suite d'une tentative de suicide par phlébotomie. Depuis un an, il recevait des soins psychiatriques en raison d'un état dépressif sévère et de troubles de la personnalité. Après avoir été pris en charge en service de chirurgie, il a été hospitalisé au sein du service de psychiatrie où un traitement antidépresseur lui a été prescrit. Deux mois plus tard, l'amélioration de son état a permis des autorisations de sortie pour les week-ends. Alors que sa sortie était prévue quatre jours plus tard, le patient a été retrouvé pendu dans sa chambre.

Le tribunal administratif de Versailles a débouté de sa demande la compagne du patient, qui a interjeté appel. La cour administrative d'appel de Versailles a confirmé le jugement.

En effet, la cour a considéré que l'AP-HP n'avait commis aucune faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service : **à aucun moment, le personnel soignant ou la requérante n'ont décelé de**

### comportement anormal de nature à laisser présager une situation d'urgence suicidaire.

Le patient présentait une amélioration apparente, le traitement était correctement observé, il n'avait pas d'idées suicidaires, il avait fait l'objet de plusieurs permissions de sortie. Sa sortie définitive était d'ailleurs envisagée quelques jours plus tard.

#### • Hôpital AP-HP, T.A. de Paris, 6 mars 2014

Une patiente âgée de 36 ans a été admise au service des urgences après une double tentative de suicide par phlébotomie. Elle était suivie depuis peu par un psychiatre qui lui avait prescrit un traitement antidépresseur, tout juste débuté.

Le psychiatre a noté qu'elle présentait un état anxieux et lui a proposé une hospitalisation en psychiatrie, ce qu'elle a refusé. Elle a finalement été autorisée à regagner son domicile avec l'accord du médecin psychiatre sénior. La patiente a mis fin à ses jours à son domicile six mois plus tard.

Le tribunal administratif a considéré que l'AP-HP n'a commis aucune faute dans la prise en charge médicale de cette patiente en ne procédant pas à son hospitalisation et en l'autorisant à regagner son domicile en taxi. En effet, elle a fait l'objet d'un examen psychiatrique attentif et consciencieux ; son état de santé psychique n'a pas été sous-évalué par le médecin psychiatre qui a relevé qu'elle faisait l'objet d'un suivi et d'un traitement psychiatrique.

### B) l'acte irrésistible

#### • Hôpital AP-HP, C.A.A de Paris, 19 novembre 2008 :

Un patient âgé de 68 ans a été hospitalisé dans un service de cardiologie. Après avoir subi une valvulopathie aortique, il présente un état d'anxiété pour lequel un traitement lui est prescrit. Suite à la pose d'un pace maker dans un établissement ne relevant pas de l'AP-HP, il est de nouveau transféré au sein du même service de cardiologie. En raison de l'aggravation des troubles psychiques du patient, un médecin psychiatre est appelé et instaure un traitement plus important, de même qu'il conseille des

## Étude juridique sur les suicides de patients a l'AP-HP (suite)

mesures de surveillance, notamment la fermeture des fenêtres et il envisage une hospitalisation en psychiatrie pour la semaine suivante. Avant son transfert, le patient sort de sa chambre, entre dans le vestiaire des infirmières et se défenestre.

Après une décision de rejet par l'AP-HP de la demande indemnitare, le tribunal administratif de Paris a confirmé ce rejet, de même que la cour administrative d'appel de Paris.

La cour a considéré que la prise en charge du patient a été conforme aux règles de l'art : le diagnostic psychiatrique a été posé dès son arrivée dans le service et un traitement lui a été administré aussitôt. Le transfert en psychiatrie s'imposait, mais en raison de l'état du patient demeuré stable, il n'y avait aucune raison de procéder en urgence à ce transfert.

En outre, elle a considéré que **l'AP-HP n'avait commis aucune faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service : des consignes particulières de surveillance ont été données et une mesure de précaution avait été prise (bloquer les fenêtres de la chambre) alors que le patient ne présentait aucun antécédent psychiatrique ni idée suicidaire.**

### III. LES SERVICES OU ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES

Le défaut de surveillance est apprécié plus sévèrement.

#### A) l'hospitalisation en unité fermée : une surveillance renforcée

##### • Hôpital AP-HP, T.A de Paris, 17 février 2011 :

Une patiente a été admise en service psychiatrique pour un état dépressif majeur dans le cadre d'un trouble de l'humeur unipolaire. Devant un état d'agitation et de délire, elle est transférée dans un service fermé de la même unité psychiatrique. Deux jours plus tard, elle est découverte décédée dans les toilettes de l'établissement, la tête entourée d'un sac en plastique. Elle avait été aperçue une heure plus tôt, déambulant dans les couloirs.

Le tribunal administratif de Paris condamne l'AP-HP : eu égard à l'état d'agitation extrême de la patiente lors de son admission en service fermé et à deux tentatives de suicide dans l'unité psychiatrique, **le fait qu'elle ait pu échapper à tout contrôle durant près d'une heure et s'isoler dans les toilettes pour s'y donner la mort par asphyxie au moyen d'un sac plastique trouvé sur place, révèle un grave manquement à l'obligation de surveillance particulière dont la patiente aurait dû faire l'objet de la part du personnel.**

#### B) L'hospitalisation libre

Une obligation de surveillance particulière existe, mais elle n'est pas obligatoirement permanente et elle est appréciée au cas par cas.

Le Conseil d'État a précisé (12 mars 2012) que la personne hospitalisée en hospitalisation libre « dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus malades hospitalisés pour une autre cause. L'établissement n'avait pas commis de faute en n'adoptant pas de méthodes coercitives de surveillance, la circonstance que l'intéressée, qui avait elle-même demandé son hospitalisation, relevait de l'hospitalisation libre ».

##### • Hôpital AP-HP, C.A.A de Paris, 20 septembre 2006

Un patient, âgé de 25 ans, présente différents symptômes dépressifs et a tenté une première fois de se défenster du 1<sup>er</sup> étage de son domicile. Dans l'attente d'un transfert dans une structure spécialisée, il est hospitalisé en séjour libre. Dans ce cadre, il participe à une séance d'ergothérapie collective au cours de laquelle il emprunte un escalier de secours à ciel ouvert et accède à une plate-forme située au 9<sup>e</sup> étage. Il se donne la mort en se jetant dans le vide.

Après un rejet de la demande de l'AP-HP, le tribunal administratif confirme ce rejet, ainsi que la cour d'appel administrative.

La cour considère que **le patient faisait l'objet d'une surveillance normale et adaptée à son état qui n'impliquait pas, en l'absence de prescriptions médicales spéciales, l'intervention à**

**son égard de mesures particulières destinées à prévenir une tentative de suicide.**

##### • Mais a contrario, hôpital AP-HP T.A. de Paris 2 novembre 2010

Une patiente est hospitalisée dans un service psychiatrique pour y suivre un traitement par stimulations magnétiques transcrâniennes en raison de son état anxio-dépressif chronique. Alors qu'elle s'était vue accorder la permission d'aller chercher son journal au kiosque de l'hôpital, elle quitte l'enceinte de l'hôpital pour se donner la mort dans une station de métro.

Ici, le tribunal administratif de Paris considère, malgré les soins libres, qu'il appartenait au service, **compte tenu des informations dont il disposait, relatifs aux antécédents psychiatriques de l'intéressée, à ses tendances suicidaires, au caractère récent de sa dernière tentative de suicide et à son comportement les jours précédents, d'exercer sur cette patiente une surveillance particulière.**

Ainsi **une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service est relevée par** la circonstance que **la patiente, faute d'avoir été soumise à une surveillance particulière, ait pu sortir de l'hôpital alors, ait été autorisée à acheter le journal dans le hall,** et ce quelles qu'aient été les méthodes thérapeutiques employées.

Il est difficile de conclure, car ce type de dossiers relèvent d'une appréciation au cas par cas, mais nous pouvons retenir deux points importants :

- L'importance numérique des défenestrations et l'attention particulière à porter sur le dispositif de sécurisation des fenêtres, notamment dès que le patient présente un comportement à risque.
- L'importance de l'évaluation de l'état du patient et de la bonne identification, le plus en amont possible, du risque suicidaire, permettant ensuite de mettre en place ou renforcer les dispositifs de surveillance.

## Pénal

**Non-lieu prononcé par un juge d'instruction : mise hors de cause d'un interne et d'un médecin senior (outre l'AP-HP personne morale) après le décès d'un enfant de 20 mois à domicile, quelques heures après son passage aux urgences pédiatriques**

Un enfant de 20 mois est amené par un de ses parents aux urgences pédiatriques, à 1 heure du matin, après avoir observé qu'il était fiévreux, agité et pleurait beaucoup (il avait eu quinze jours auparavant une poussée de fièvre, des vomissements et une otite aiguë traitée par antibiotiques).

L'enfant a été examiné par l'interne de garde qui après avoir constaté que la palpation du ventre s'avérait douloureuse, a suspecté une invagination intestinale et faisait pratiquer une échographie qui confirmait l'existence d'un fécalome. Un lavement était prescrit et produisait ses effets. L'interne prescrivait ensuite un traitement contre la constipation et donnait des explications au parent. Vingt minutes plus tard, survenaient des selles qualifiées de diarrhéiques par le parent. L'enfant était changé, lavé dans la baignoire où il se tenait assis et rhabillé avec des vêtements de l'hôpital.

La sortie de l'hôpital, autorisée, avait lieu avant 4 heures. D'après l'interne, l'enfant était très fatigué, mais était vigilant et conscient. De retour à domicile, l'enfant était victime de nouvelles diarrhées. Il s'était finalement endormi, mais à 10 heures 40 il était retrouvé sans vie dans son lit.

L'autopsie médico-légale mettait en avant un état de déshydratation importante qui ne correspondait pas aux symptômes d'une gastro-entérite et l'expertise d'anatomopathologie confortait ce dernier point et relevait notamment des lésions de colite en rapport avec un lavement, de même qu'un choc et d'une inhalation alimentaire en rapport avec un syndrome de Mendelson correspondant à une inhalation de liquide gastrique.

Au cours de l'information judiciaire, l'expertise médicale relevait divers manquements :

- le manque de prudence du senior

de garde pour ne pas avoir examiné personnellement l'enfant après les deuxièmes selles et surtout pour avoir autorisé la sortie de l'enfant sans pesée nouvelle ni examen de sa part ;

- de ne pas avoir spécifiquement surveillé cet enfant par une courte hospitalisation après l'utilisation d'un lavement « hors AMM » car normalement utilisé pour les enfants à partir de 24 mois.

Cependant l'expert relevait que le « seul élément qui permettait d'attirer l'attention du corps médical était la débâcle diarrhéique consécutive au lavement évacuateur », mais que « il était cependant impossible de prévoir le risque de complication pouvant mettre en péril la vie de l'enfant ».

L'interne, le senior de garde et l'AP-HP étaient convoqués devant le juge d'instruction qui ne les plaçait pas sous le régime de la mise en examen, mais celui du témoin assisté.

Après un réquisitoire de non-lieu du parquet, le juge d'instruction rendait également une ordonnance de non-lieu, dont la motivation était la suivante :

- il n'y avait aucune faute à reprocher à l'interne qui avait pratiqué les examens et la prescription adéquats, ni à l'encontre de l'hôpital dans l'organisation des soins dans ce service ;

- l'enfant aurait dû être hospitalisé même pour une courte durée, compte tenu des débâcles diarrhéiques et il convenait au médecin senior d'être particulièrement vigilant dans ce contexte et de statuer lui-même sur la sortie de l'enfant ;

- à domicile, l'enfant avait manqué de surveillance et le service des urgences aurait dû être recontacté devant la persistance de la diarrhée et l'aggravation de l'état de l'enfant.

Cependant, le magistrat instructeur relevait comme l'expert l'impossibilité de prévoir le risque de complication mettant en péril la vie de l'enfant et constatait que « le décès ne peut être lié en totalité au seul défaut de surveillance ».

Il en déduisait que pour le médecin senior, il n'était pas démontré qu'il avait connaissance de ce risque, sauf à considérer que par ses fonctions, sa compétence ou ses moyens, il eût du en avoir conscience.

Le juge d'instruction écartait la notion de faute pénale d'imprudence « caractérisée », qui suppose notamment une connaissance du risque.

**C'est sur l'absence de lien de causalité certain que le magistrat instructeur fonde son non- lieu.**

Il rappelle qu'en matière de responsabilité pénale, il ne suffit pas que la faute ait entraîné une perte de chance de survie, mais toute chance de survie.

De même, « le lien de causalité n'est plus certain lorsqu'il est impossible d'établir l'origine du dommage ou lorsque le lien de causalité est rompu, la cause exclusive du décès étant autre et sans relation avec la première défaillance constatée. La défaillance initiale doit contenir en elle-même la probabilité de l'issue fatale ou contribuer à provoquer les fautes ultérieures ».

En l'espèce, « si les fautes constatées ont sans doute privé l'enfant d'une chance de survie, il n'est pas établi par l'expert et par l'enquête qu'elles ont privé l'enfant de toute chance de survie » d'autant que « l'origine du dommage (débâcles diarrhéiques et déshydratation) n'a pu être expliquée avec certitude » et que, notamment « il n'est pas démontré que la seule hospitalisation de l'enfant eût permis avec certitude à celui-ci de survivre ».

*Faute pénale punissable lorsque, comme dans ce cas d'espèce, il n'y a qu'un lien de causalité indirect (et non pas direct) entre la faute supposée et le dommage (article 121-3 du code pénal).*

