

N° anonymat :

1 334

SESSION : 2011

ÉPREUVE : Épreuve orale

Nombre d'intercalaires :

4

Note sur 20 :

Coefficient :

Note définitive :

I) Faits et Procédure

M. Molinier souffrait de la hanche depuis de longues années. En 2007, face à l'amplification de ses douleurs, il a décidé de consulter le Dr. Luvet à l'hôpital Saint-Louis, à Paris. Le diagnostic de coxarthrose évolutive fut révélé par une radiographie, et une prothèse de la hanche gauche fut posée le 3 juillet 2007.

Le lendemain de l'opération, M. Molinier a remarqué que son pied gauche était instable et insensible. La persistance des symptômes post-opératoires a semblé révéler une lésion du nerf sciatique. Au début des mois d'août, après sa sortie de l'hôpital, des douleurs sont apparues, et en dépit d'une amélioration de son état, M. Molinier est resté handicapé par un pied peu mobile, et souffre encore de douleurs résiduelles.

Ne rien inscrire dans cet emplacement

Ne rien inscrire dans cet emplacement

Par une demande adressée le 29 octobre 2007 à Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont dépend l'hôpital Saint-Louis, M. Molimier a demandé l'indemnisation de son préjudice. AP-HP a rejeté le 7 janvier 2008 cette demande. Par une requête enregistrée le 5 février 2008, M. Molimier a saisi, en application de l'article R 532-1 du Code de justice administrative, le Tribunal administratif de Paris d'une demande de désignation d'un expert en référé. Le Tribunal a désigné, par une ordonnance du 26 février 2008, M. Davost comme expert. Celui-ci a déposé son rapport le 5 septembre 2008, et elle a été notifiée à M. Molimier le 7 septembre 2008.

Par une requête enregistrée le 4 novembre 2008, M. Molimier demande au Tribunal :

- la condamnation d'AP-HP à lui verser la somme de 43 000 €, augmentée des intérêts légaux et avec leur capitalisation, au titre de la réparation des préjudices subis du fait des fautes commises à l'occasion de son opération du 3 juillet 2007,

- la condamnation d'AP-HP aux dépens, ainsi
remboursement de la somme de 609,80 euros versée à
l'agent,

- la condamnation d'AP-HP à lui verser la somme
de 2500 euros au titre de l'article L 761-1 du Code
de justice administrative.

En défense, AP-HP conclut à l'irrecevabilité de la
requête, et à titre subsidiaire à son rejet au fond, et
à la minoration des sommes demandées.

Pour en mémoire en intervention, la Caisse primaire
d'Assurance Maladie (CPAM) de Paris demande le
remboursement des prestations qu'elle a versé à M. Molinier.

II) Questions préalables

A) Désistement

Aucun désistement n'est intervenu dont il devrait
être donné acte.

B) Compétence

1) De la juridiction administrative

L'agissant d'une action en responsabilité dirigée contre un établissement public (voir l'article R 6147-1 du Code de la santé publique) à l'occasion de l'exécution du service public administratif, le litige est sans nul doute de la compétence de la juridiction administrative (voir par exemple, contre AP-HP, CAA Paris, 25 septembre 2006, 1PAM de Paris, ici implicitement mais nécessairement).

2) Des Tribunaux administratifs en premier ressort

Le litige, n'étant ni de la compétence d'une juridiction administrative spécialisée, ni de la compétence en premier ressort du Conseil d'Etat en application de l'article R 311-1 du Code de justice administrative, est bien de la compétence des Tribunaux administratifs, juge administratif de droit commun.

3) Du Tribunal administratif de Paris

En application de l'article R 312-14 du Code de justice administrative, les actions en responsabilité relèvent de la compétence du Tribunal dans le ressort duquel se trouve le lieu du fait générateur du dommage.

Il s'agit ici de l'opération pratiquée à l'Hôpital Saint-Louis, à Paris.

Le Tribunal administratif de Paris est bien compétent.

4) De la formation de jugement

Le litige ne dépend d'aucune exception permettant le jugement de la requête par un juge unique, notamment celles visées à l'article R222-13 du Code de justice administrative, notamment ici parce que le montant des sommes demandées excède 10 000 euros.

Le litige sera donc jugé en formation collégiale, et pourra faire l'objet d'un appel.

C) Non Lieu

Le requérant n'ayant pas obtenu le versement des sommes demandées, les conclusions concernent un objet.

D) Recevabilité

AP-HP soulève une fin de non recevoir tirée de la tardivité de la requête. Les conditions de recevabilité étant d'ordre public, il convient de toutes les analyser.

1) Conditions de forme.

La requête, écrite, rédigée en français, comportant l'exposé de motifs et l'énoncé de conclusions, et à laquelle est

jointe une copie de la décision de refus d'indemnisation, ne pose fondamentalement aucune question particulière.

2) Requête et autres parties

La capacité à agir de M. Molinier ne soulève aucune difficulté particulière, pas plus que son intérêt à agir, dès lors qu'il demande l'indemnisation d'un préjudice qu'il a subi. M. Molinier agit par ministère d'avocat.

AP-HP est une personne morale (article R 6147-1 du Code de la santé publique), ici représentée par délégation de sa Direction générale par le chef du service du contentieux hospitalier. Même si cela ne devant pas soulever de difficulté particulière, il appartient au Tribunal de vérifier sa capacité à représenter AP-HP.

La même remarque doit être faite pour M. Hughes et la CPAM de Paris.

La CPAM peut ici intervenir au litige, en application de l'article L 376-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Tant M. Molinier que AP-HP et la CPAM de Paris ont la qualité de parties; Nous pourrions faire appel du jugement et demander l'application de l'article L 751-1 du Code de justice administrative.

3) Requête

M. Molimier demande la condamnation d'AP-HP au titre de deux fautes : l'une liée au défaut d'information et l'autre au titre du dénonciement de l'opération.

Il y a ici une connexité évidente entre ces deux questions, la défaut d'information portant sur l'opération.

La requête de M. Molimier a fait l'objet d'une demande préalable, explicitement rejetée par un courrier daté du 7 janvier 2008. La circonstance que la demande préalable ne comporte pas la précision du montant demandé est sans incidence sur l'existence de la décision préalable (CE, 9 décembre 1949, Gencarding). Ce contentieux est donc lié à cet égard.

AP-HP souleve une fin de non recevoir tirée de la tardiveté de la requête. AP-HP fait valoir que la requête en référé - expertise introduite par M. Molimier n'intervient pas le délai de recours.

Si cette solution a pu être retenue par le Conseil d'Etat (CE, 27 septembre 1989), cela ne correspond plus à l'état du droit. L'introduction d'un référé-expertise interrompait le délai jusqu'à la notification au requérant du rapport de l'expert (CE, 13 mars 2009, Vera; la circonstance que cette décision est postérieure aux faits comme au mémoire d'AP-HP est sans incidence sur son application au litige).

Le rejet explicite de la demande est intervenu par un courrier daté du 9 janvier. La demande de référé est intervenue le 5 février, soit dans le délai.

La désignation de l'expert a expiré du délai de recours jusqu'à sa notification le 7 septembre à M. Mulimier. La requête a été enregistrée le 4 mars, soit dans un délai inférieur à deux mois. La requête n'est donc pas tardive.

La requête est donc recevable.

III) La responsabilité d'AP-HP

A) Personne responsable

AP-HP est une personne morale, et l'opération a eu lieu à l'hôpital de Saint-Louis dont il dépend. Les conclusions contre AP-HP sont correctement dirigées, et AP-HP est la personne responsable.

B) Le fait générateur

1) La responsabilité sans faute

Si celle-ci n'est pas inopérante, elle est d'ordre public, et pourrait permettre l'indemnisation intégrale du préjudice.

Toutefois la décision Brinchi du Conseil d'Etat de 1993 ne peut s'appliquer aux faits postérieurs au 5 septembre 2001, date d'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 qui prévoit que les établissements

de l'anti ne "sont responsables qu'en cas de faute"
(de toute façon, la censure tirée du caractère d'extrême
gravité ne pouvant être retenue, l'incapacité permanente
partielle (IPP) n'étant que de 15% et en l'absence de
35% n'étant pas lui suffisant, voir (AA Bordeaux,
16 octobre 2007, C.H. de Mont-de-Marsan).

Aucune cause de responsabilité sans faute ne
peut être ici identifiée.

2) Le déroulement de l'opération

M. Molinier soutient l'existence d'une faute
pendant l'opération. AP-MP fait valoir que l'opération
a eu lieu dans les règles de l'art.

En la matière, une faute simple suffit (LE,
Assemblée, 10 avril 1992, Epoux V. ; confirmation par la
loi du 4 mars 2002).

La paralysie du nerf sciatique ne fait aucun
doute; toutefois, la raison en est obscure. S'il n'est
pas exclu qu'une morsure ou une vis trop longue
en soit à l'origine, d'autres faits peuvent l'expliquer
(un écartement ou le déplacement d'un fragment osseux),
à l'encontre de ce rapport d'expertise. La simple
apparition de douleurs ne peut suffire à l'identification
de la faute (voir (AA Nanay, 3 décembre 2000 M.E.).
Le rapport d'expertise insiste sur "la technique de
très bonne qualité", et l'opération "a été effectuée
dans les règles de l'art".

Aucune faute ne peut être identifiée dans le

déroutant de l'opération.

Le moyen tiré de la faute pendant l'opération du 3 juillet 2007 sera donc écarté.

3) L'information du patient

Ce patient doit être informé des risques liés à l'acte médical envisagé, même si ces risques sont exceptionnels, et à l'exception de l'urgence, de l'impossibilité ou du refus du patient (C.E., section, 5 janvier 2000, Telle). A défaut, l'hôpital commet une faute susceptible d'engager sa responsabilité (voir C.E., 2000, Telle ou C.A. Nancy, 2009, M.E.). De plus, la charge de la preuve de l'information repose sur l'hôpital.

A.P. HP ne conteste pas l'absence de preuve de l'information.

La faute est donc ici incontestable.

Elle n'ouvre toutefois pas droit à indemnisation si "l'état de santé du patient nécessitant de manière vitale une intervention" (C.A. Bordeaux, 2007, L.H. de Mont de Marsan). Tel n'était pas le cas ici, puisque selon l'expert l'opération ne présentait pas "de caractère de nécessité absolue". Cette faute ouvre donc bien droit à réparation.

Ce défaut d'information n'entraîne toutefois qu'une perte de chance, et seule cette perte de chance sera indemnisée (C.E., 2000, Telle).

Dans un cas très proche (paralysie du nerf sciatique)

Le rapprochement entre le risque d'atteinte nerveuse présente par l'opération de 3% et le maintien de la gaine sans cette opération permet de conclure à une part de chance de 30% au fait du défaut d'information. L'opération ne présentait pas ici de caractère indispensable. De plus, l'expert indique que le risque de complication était ici de 1 à 2%.

Il est donc proposé de fixer la part de chance subie par M. Molimier au fait du défaut d'information à 20%.

1) Lien de causalité

Le lien de causalité entre le défaut d'information et les préjudices subis à l'occasion de l'opération ne pose aucun problème (voir C.E., 2000, Telle).

2) L'évaluation des préjudices et l'indemnisation de M. Molimier et de la CPAM

1) Cadre général

Puisque la seule faute retenue est liée au défaut d'information, les préjudices indemnisés ne peuvent donc être qu'à hauteur de 20% des préjudices subis.

L'article L 376-1 du Code de la Sécurité Sociale prévoit les conditions sous lesquelles la CPAM peut demander le remboursement des frais qu'elle a pris en charge.

Il convient ici de diviser le préjudice en différents "postes", et l'évaluation de l'indemnisation se fait à l'intérieur de chacun de ces "postes de préjudices" (CE, le 21 mars 2007, Lagnier). Le juge fixe ensuite et ordonne la part dévolue à la charge de la victime et l'indemnise d'abord (CE, 2007, Lagnier), ce qui signifie que si le montant ne suffit à couvrir la part de la victime, la CPAM n'obtiendra aucune indemnisation (voir CE, 24 octobre 2008, CHR d'Orléans).

De plus, si la CPAM est intervenue pour demander le remboursement des sommes versées, il convient alors de calculer le montant du "préjudice total", et rien de s'en tenir au chiffrage effectué par le requérant (CE, 2008, CHR d'Orléans).

Nous analyserons donc poste par poste les montants d'indemnisation.

2) L'incapacité permanente partielle (IPP)

Celle-ci est évaluée à 15% par l'expert.

Une IPP de 10% est évaluée comme équivalant d'un préjudice de 10 000 euros. Il est donc proposé de retenir comme montant de référence 15 000 euros. La part de l'APHP étant de 20%, APHP sera condamnée à verser la somme de 3 000 euros.

La CPAM n'a versé aucune prestation pour ce poste.

Il est donc proposé de condamner APHP à verser la somme de 3 000 euros à M. Molinier, de son dommage corporel pour l'indemnisation.

3) La douleur

L'expert évalue le préjudice douleur à 4/7.

Il apparaît qu'une douleur évaluée entre 3 et 3,5 conduit à une indemnisation de 3 500 euros (CAA Marseille, 25 juin 2009, Mlle C.), ou à 4 de 4 500 euros (CAA Paris, 25 septembre 2006, CPAM de Paris).

Ce préjudice lié à une douleur de 4/7 est donc évalué à 4 500 euros. La perte de chance étant de 20%, AP-HP sera condamnée à verser 900 euros.

La CPAM n'a eu aucune prestation pour ce poste.

Il est donc proposé de condamner AP-HP à verser 900 euros à M. Molinier pour l'indemnisation de la douleur.

4) La perte de revenus

Le salaire net de M. Molinier est de 4 000 euros, et il n'a pu travailler pendant sept mois.

La CPAM imagine le versement d'indemnités journalières pendant six mois, alors que M. Molinier demande une indemnisation sur sept mois. Il faut en déduire que le premier mois (celui d'août) n'a pu être travaillé non en raison des complications liées à l'opération, mais que cela n'est que la conséquence morale d'une telle opération. Il est donc proposé de retenir une durée de référence de six mois.

M. Molimier a donc été privé d'un revenu de 24 000 euros (4000×6). La perte de chance étant de 20%, AP-HP sera condamné à verser la somme de 4 800 euros.

La CPAH a versé à M. Molimier 3600 euros au titre des indemnités journalières. M. Molimier peut donc réclamer une indemnisation allant jusqu'à 14 400 euros de la part d'AP-HP. Ce montant de 4 800 euros suffit donc à couvrir le montant du préjudice indemnisable. La somme de 4 800 doit donc être versée "par préférence à la victime" (CE, 2008, CHRD d'Orléans).

Il est donc proposé de condamner AP-HP à verser la somme de 4 800 euros à M. Molimier.

5) Les frais médicaux et assimilés

M. Molimier ne fait état d'aucune dépense pour ce poste. La CPAH indique la dépense de 1500 euros au titre des frais médicaux et assimilés, en incluant les frais normalement exposés pour une opération de prothèse de hanche.

La perte de chance étant de 20%, AP-HP sera condamné à verser la somme de 300 euros.

Il est donc proposé de condamner AP-HP à verser la somme de 300 euros à la CPAH.

b) La cure

M. Molimier avance une dépense de 1200 euros pour une cure dont les frais n'ont pas été pris en charge par la CPAM.

Si la réalité de cette dépense n'est pas contestable, il n'apparaît pas qu'elle ait été utile ou nécessaire à M. Molimier, qui ne produit pas d'avis médical sur la question. De plus, l'attestation de l'établissement de soins mentionne des soins post-opératoires; il n'est nullement prouvé que ces soins soient rendus nécessaires par les conséquences anormales de l'opération. Il est d'ailleurs probable qu'une pose de prothèse de la hanche ait pu aussi bien justifier une telle cure. Dès lors, les frais liés à la cure ne peuvent être considérés comme étant liés à la fin de l'hôpital.

Il est donc proposé de ne pas indemniser les frais liés à la cure.

Le partage proposé ici conduit à condamner AP-HP à verser les sommes de :

- 8700 euros à M. Molimier
- 300 euros à la CPAM de Paris

Ce dommage étant consolidé (selon l'expert), il n'y a pas lieu de conditionner ces versements.

II) Conclusions accessoires

M. Molimier demande la majoration de la somme due par les intérêts, et leur capitalisation. La CPAM ne les demande pas.

Ces articles 1153 et 1154 du Code civil fixant les règles en la matière.

Les intérêts sont ainsi dus à compter de la réception par le débiteur de la réclamation de la somme principale, et la capitalisation peut être demandée à tout moment devant le juge du fond, à condition qu'une année entière soit écoulée, et cette capitalisation s'accomplit à chaque date anniversaire sans renouvellement de la demande (CE, 25 mai 2007, M. Ranson).

En l'espèce, les intérêts dus à M. Molimier commencent à compter du 29 octobre 2007, et la première capitalisation a pris effet le 4 novembre 2008, et a été automatiquement renouvelée le 4 novembre 2008.

Ces frais d'expertise ont été versés, selon l'ordonnance du 7 septembre 2008, par M. Molimier. Celui-ci peut demander la condamnation de AP-HP, qui est la partie perdante, au versement de cette somme.

Il y a lieu en l'espèce de condamner AP-HP à verser à M. Molimier la somme de 1000 euros au titre de l'article L 761-1 du Code de justice administrative.

N° anonymat :

1 334

SESSION : 2011 ÉPREUVE : Droit

Numéro d'intercalaire :

4

Il est donc proposé au Tribunal :

- de condamner AP-HP à verser à M. Molinier la somme de 6700 euros, augmentée des intérêts au taux légal à compter du 29 octobre 2007 et avec capitalisation des intérêts avec 4 novembre 2008 et 2009.

- de condamner AP-HP à verser à la CPAM de Paris la somme de 300 euros

- de condamner AP-HP à verser à M. Molinier les sommes de 603,80 euros au titre des dépens et de 1000 euros au titre de l'article L761-1 du Code de justice administrative.

Ne rien inscrire dans cet emplacement

Ne rien inscrire dans cet emplacement