

418985

Mme M et autres

5^{ème} et 6^{ème} chambres réunies

Séance du 20 février 2019

Lecture du 18 mars 2019

Mentionnées aux tables du recueil

Conclusions

Cécile Barrois de Sarigny, rapporteur public

L-A S avait 17 ans lorsqu'elle a tenté de mettre fin à ses jours par voie médicamenteuse, le 4 mars 2010. Admise au service des urgences du centre hospitalier Universitaire de Pointe-à-Pitre à 9 heures, celle-ci a été examinée par un médecin psychiatre, lequel, devant la confusion et l'état d'agitation de la patiente a décidé de l'installer dans une chambre de dégrisement avec contention après lui avoir administré un sédatif. Une fois dans la chambre, la jeune femme a cherché à se défaire de ses liens à l'aide d'un briquet, qu'elle avait conservé dans ses poches, provoquant un début d'incendie qui fut rapidement pris en charge. Mme S a néanmoins été très gravement blessée et subi des brûlures au 3^{ème} degré sur 10% de la surface corporelle totale, ce qui a entraîné notamment l'amputation des cinq doigts de l'une de ses mains.

Le tribunal administratif de La Guadeloupe, puis la cour administrative d'appel de Bordeaux ont refusé d'indemniser L-A S, ainsi que sa mère, Mme M, et son frère, au motif qu'aucune faute ne pouvait être imputée au centre hospitalier dans la prise en charge de l'adolescente.

Mme M et ses enfants se tournent aujourd'hui vers vous pour donner une issue définitive à ce dossier.

Le moyen de procédure dirigé contre l'arrêt de la cour ne devrait pas vous retenir. Selon les requérants, le caractère contradictoire de la procédure n'aurait pas été respecté eu égard au court délai qui leur a été laissé pour répondre au premier mémoire en défense adressé au tribunal par le centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre. Une clôture d'instruction avait été décidée pour ce dossier par une ordonnance du 1^{er} décembre 2016, laquelle avait été fixée au 31 janvier 2017 à 12 heures. L'hôpital a produit un mémoire le 23 janvier 2017 qui a été communiqué le jour même. La clôture d'instruction n'ayant pas été reportée, Mme M et ses enfants ont disposé de huit jours pour répondre aux écritures adverses. S'agissant du premier mémoire en défense, le mémoire de l'hôpital devait en principe être communiqué, sauf s'il ne contenait aucun moyen, ce qui aurait pu être le cas si défendeur s'était contenté en appel de renvoyer aux écritures de première instance (14 mars 2001, *Consorts Bureau et autres*, 204073, aux tables). Le mémoire en défense du centre hospitalier, malgré sa brièveté, ne se limitait pas à un tel renvoi et sa communication s'imposait. Vous exigez qu'un délai minimal soit laissé aux parties avant clôture de l'instruction (24 juillet 2009, *SCI 40 Servan*,

316694, Rec. T. p. 897) pour répondre aux mémoires qui doivent être communiqués. Si - hors hypothèse de mise en œuvre des procédures d'urgence (par ex. JRCE, 23 janvier 2013, *Commune de Chirongui*, 365262, p. 6) - un délai de quelques jours est généralement regardé comme insuffisant (cf. pour des mémoires apportant des éléments nouveaux, 23 février 1990, *Hauchecorne*, 81808, aux tables ; 23 mars 1988, *Laurens*, 48131, aux tables ; pour un premier mémoire en défense produit trois jours avant l'audience, soit au moment de la clôture automatique, 7 avril 1993, *Sté anonyme Terconseil*, 101340, inédite ; pour des pièces produites quatre jours avant l'audience, 7 octobre 1981, *Epoux Martinet*, 09662, Rec. T. p. 872), vous avez en revanche admis la régularité d'une communication huit jours avant la clôture (pour la communication de pièces, 4 décembre 1995, *Commune de Salses-le-Château*, 157968, aux tables), voire huit jours avant l'audience, et cinq avant la clôture (15 décembre 2010, *Mme Aksel*, 330108, inédite)¹. Les huit jours laissés en l'espèce aux appelants pour répondre au premier mémoire en défense nous paraissent dans ces conditions régulières étant précisé, à nouveau, que celui-ci était relativement bref et qu'il reprenait pour l'essentiel des arguments développés en première instance.

Sur le fond, le pourvoi revient sur le rejet par la cour de toute faute du service public hospitalier dans la prise en charge de Laure-Anne Seytor en ce matin du 4 mars 2010.

Avant de revenir sur les faits de l'espèce, précisons que la responsabilité du service public hospitalier résultant d'un défaut de surveillance d'un patient est engagée en cas de faute, simple (*CE*, 5 janvier 1966, *Hawezack*, p. 6), dont l'appréciation dépend pour l'essentiel de la prise en compte des caractéristiques du service et notamment des moyens de l'établissement (5 mars 1975, *Dame Moulis*, p. 177), de la pathologie en cause ainsi que des mesures effectivement prises. S'agissant des pathologies psychiatriques, le caractère prévisible d'un passage à l'acte chez une personne à tendance suicidaire (5 mars 1975, *Dame Moulis*, p. 177, 27 février 1985, *Centre hospitalier de Tarbes c/ Metge*, 39048793, aux tables, 17 octobre 2011, *MM. Guelou*, 341343, inédite), ainsi que le régime d'hospitalisation, libre ou sous contrainte (12 mars 2012, *Caisse primaire d'assurance maladie du Puy-de-Dôme et Mlle Lachin*, 342774, 342898, Rec. T. pp. 953-984) font également partie des paramètres de l'analyse.

Le drame à l'origine de la présente affaire s'est déroulé dans le service des urgences de Ponte-à-Pitre. Mme S, prise en charge par les pompiers, a été admise à 9h09 alors qu'elle venait d'ingérer une boîte de comprimés de *Lexomil* accompagnés d'alcool. Le dossier médical de la jeune femme relève qu'elle présentait également une phlébotomie, soit, le signe d'une incision des veines de l'un des ses poignets. La patiente, agitée et confuse a refusé de rester sur le brancard qui lui était destiné. A 9h30, elle a été adressée à un psychiatre lequel a décidé un placement en chambre de dégrisement avec contention et sédation. La chambre de dégrisement est restée porte ouverte. L'injection de l'antipsychotique a été effectuée à 11h 37. A 11 h 45, l'incendie déclenché par Mme S était maîtrisé par un agent de sécurité de l'hôpital. Huit minutes seulement ont donc suffi à Mme S pour récupérer le briquet qui était dans la poche du short qu'elle portait, tenter de mettre le feu aux liens qui la maintenaient et déclencher un incendie dans la chambre qui l'accueillait.

Selon les requérants, la faute du centre hospitalier résulte de ce qu'aucune mesure de fouille n'a été pratiquée sur la jeune femme qui aurait pourtant permis d'éviter la tragédie

¹ Pour la chronologie précise des faits cf. les conclusions de G. Dumortier, laquelle relève la mise en œuvre en l'espèce de la règle de clôture automatique de l'article R. 613-2 du code de justice administrative, rendue applicable aux juridictions ordinales par le code de la santé publique.

alors que la gravité de l'état de santé de L-A S, pour laquelle le médecin avait ordonné une contention et l'injection d'un sédatif, ne pouvait être ignorée.

Le raisonnement de la cour, qui refuse de reconnaître une telle faute, repose en partie sur la circonstance que l'hospitalisation a eu lieu dans un service d'urgence, ce qui n'est pas entaché d'erreur de droit, au regard de la jurisprudence rappelée, contrairement à ce que soulèvent les requérants. Si un tel service n'est pas exempt d'obligation de surveillance des patients qui y sont pris en charge, on ne peut exiger de lui une approche aussi fine des pathologies psychiatriques qu'un service spécialisé et notamment une aussi bonne appréhension des gestes potentiels des patients suicidaires.

Le service qui a accueilli Mme S n'est pas demeuré inactif. Le rendez-vous organisé avec un médecin psychiatre, la contention et la sédation attestent d'une prise de conscience de la fragilité de l'état psychologique de la patiente ainsi que des risques qu'elle pouvait présenter pour elle-même. L'équipe médicale a également pris acte de ce qu'il était impossible d'entamer une démarche médicale autre qu'une mise à l'isolement compte tenu de l'état d'agitation de L-A S. Cette mise à l'isolement n'a pas signifié une absence de surveillance totale, ainsi qu'en attestent à la fois la configuration des lieux, telle que décrite par le rapport d'expertise, qui évoque une chambre ouverte donnant sur le couloir, ainsi que le temps très court mis par les équipes soignantes et de sécurité sur place pour juguler l'incendie et prendre en charge les blessures de l'adolescente.

Non sans avoir hésité, nous ne sommes par partisane d'exiger davantage du service en l'espèce et notamment de regarder comme une faute l'absence de fouille.

Aucun texte ne prévoit la pratique des fouilles corporelles au sein des établissements hospitalier – y compris dans les services psychiatriques - à l'instar de ce qui est autorisé dans les établissements pénitentiaires (cf. article 57 de la loi 2009-1436 24 novembre 2009 et R. 57-7-79 du code de procédure pénale et suivants).

S'agissant de la pratique, les avis des experts consultés en l'espèce divergent. Si l'expert diligenté par l'assureur de Mme M affirme qu'un malade agité doit être fouillé avant d'être entravé et isolé, tel n'est pas l'avis de celui qui a examiné Mme S à la demande du tribunal administratif, lequel a relevé que l'admission aux urgences d'une telle patiente ne nécessitait pas une fouille corporelle. Il aurait été judicieux de recueillir également l'avis d'un médecin psychiatre, ce que ne sont pas les deux professionnels qui se sont prononcés, l'un chirurgien orthopédiste et l'autre chirurgien plastique. On relèvera cependant encore une fois que les faits de l'espèce ne se sont pas déroulés dans un service de psychiatrie. Par ailleurs, si dans sa recommandation de bonne pratique sur l'isolement et la psychiatrie générale, la Haute autorité de santé préconise que les objets dangereux soient mis à distance du patient, elle ne prévoit pas pour autant le recours à la fouille. Ainsi que l'a relevé l'un des experts, compte tenu de l'état d'agitation de l'intéressée, une telle fouille n'aurait pu être réalisée en l'espèce que sous la contrainte, ce qui aurait été particulièrement violent sur le plan psychologique. Un tel acte est en effet loin d'être anodin, ainsi qu'en témoigne votre jurisprudence qui encadre les mesures de fouilles à l'égard des détenus (voir en dernier lieu 30 janvier 2019, *Cosson*, 416999, aux tables). Il n'est évidemment pas sans conséquence pour un patient qui présente *a priori* une fragilité sur le plan psychologique ou psychiatrique.

En l'espèce, une contention et une sédation avaient pu être pratiquées sur Mme S, ce qui constituait déjà une prise en charge musclée. Nous craignons qu'exiger en outre – à

travers la reconnaissance d'une faute – qu'une fouille soit pratiquée constituerait une incitation pour le service des urgences à y recourir de manière systématique face aux patients qui présentent des risques suicidaires. Faute de recommandation médicale en ce sens, nous ne sommes pas encline à vous le proposer.

La cour administrative d'appel de Bordeaux ne nous paraît dans ces conditions pas avoir commis d'erreur de qualification juridique en ne retenant pas de faute du centre hospitalier dans la prise en charge du risque suicidaire.

Il en est de même en ce qui concerne l'appréciation de la réactivité du personnel, également mise en cause, laquelle nous semble avoir été tout à fait correcte en l'espèce. Nous l'avons dit, huit minutes seulement ont séparé l'injection de sédatif de l'extinction de l'incendie. Les médecins du service des urgences, appelés auprès d'un autre patient, ont pu raisonnablement estimer ne pas devoir rester auprès de Mme S dès lors qu'elle était contenue, avait fait l'objet d'une sédation et était placée dans une chambre de dégrisement. Il n'y a, ici encore, aucun défaut de surveillance fautif.

Le défaut de réactivité du personnel soignant est également contesté sous l'angle du défaut de motivation et de l'omission à statuer, la cour n'ayant pas précisément répondu à l'argument tiré de ce que la chambre d'isolement n'était pas pourvue d'un système de vidéo surveillance et de détecteur de fumée. Les développements sur ce point des appelants pouvaient néanmoins se rattacher à la critique, plus générale, de la faute dans l'organisation du service public hospitalier résultant du défaut de surveillance de Mme S, à laquelle la cour a bien répondu. Le moyen n'est dès lors pas fondé.

PCMNC au rejet du pourvoi.