

PRATIQUE HOSPITALIÈRE

Jurisprudence en matière de responsabilité, juin et juillet 2024

Mesure de suspension en cas de griefs vraisemblables ; sleeve gastrectomie ; défaut d'information et faute technique ; effets délétères de la pose d'un cathéter ; qualité des soins délivrés aux détenus : voici quelques éléments de jurisprudence récente en matière de responsabilité hospitalière.



Gilles Devers
Avocat à la cour de Lyon

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

MESURE DE SUSPENSION EN CAS DE GRIEFS VRAISEMBLABLES

Le directeur peut prendre une mesure de suspension contre tout professionnel exerçant dans l'établissement contre lequel existent des griefs vraisemblables justifiant de protéger l'intérêt du service, et sa responsabilité n'est pas engagée si, par la suite, les griefs se révèlent inexistants (CAA Paris, 22 juillet 2024, n° 23PA01840).

Faits et procédures

Une série de mises en cause

En 2015, la direction d'un centre hospitalier a été sollicitée par la préfecture

en vue de confirmer l'authenticité d'un certificat médical, produit par un ressortissant étranger ayant demandé un titre de séjour en qualité d'étranger malade. Peu après, au début de l'année 2016, l'hôpital a été informé par l'agence régionale de santé (ARS) de la réception de plusieurs certificats médicaux dont l'authenticité était également douteuse.

Le psychiatre, responsable du service des urgences psychiatriques depuis 2014, a été mis en cause. Entendu par la direction de l'établissement, il a réfuté son implication. L'hôpital a déposé une plainte à son encontre pour faux et usage de faux dans l'exercice de ses fonctions.

Par une décision du 9 mars 2016 sur le fondement de l'article L. 6143-7 du CSP, le directeur a suspendu le praticien de ses fonctions à titre conservatoire et dans l'intérêt du service, dans l'attente de l'issue des poursuites pénales engagées par le Parquet au début de l'année 2016. Par une décision du 14 décembre 2017, la chambre disciplinaire de première instance d'Île-de-France de l'ordre des médecins a infligé à ce praticien la sanction d'interdiction d'exercice de la médecine pendant trois ans.

Des accusations qui s'effondrent

Par un courrier du 8 mars 2019, le Parquet a informé l'hôpital du classement sans suite de sa plainte.

Par une décision du 7 octobre 2019, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre

des médecins a annulé cette sanction et a rejeté la plainte, au motif que les éléments du dossier ne permettaient pas d'établir la culpabilité du praticien. La suspension de fonctions prononcée à titre conservatoire a alors pris fin. Le praticien a demandé réparation des préjudices qu'il estimait avoir subis. Par jugement du 8 mars 2023, le tribunal administratif de Montreuil a rejeté sa demande.

Droit applicable

En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin expose ses patients à un danger grave, le préfet prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension. Ces pouvoirs sont exercés par le directeur de l'ARS lorsque le danger grave a été constaté à l'occasion de l'exercice de ses fonctions dans un établissement de santé. Dans cette hypothèse, le directeur de l'agence informe en outre immédiatement le préfet de sa décision (CSP, Art. L. 4113-14).

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle

du praticien dans l'exercice de son art (CSP, Art. L. 6143-7).

De telle sorte, s'il appartient, en cas d'urgence, au directeur général de l'ARS de suspendre le droit d'exercer d'un médecin qui exposerait ses patients à un danger grave, le directeur d'un centre hospitalier, qui exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de son établissement, peut toutefois, dans des circonstances exceptionnelles où sont mises en péril la continuité du service et la sécurité des patients, décider lui aussi de suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier au sein du centre, à condition d'en référer immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné (CE, 5 février 2020, n° 422922).

Discussion

À la date de la décision de suspension, le 9 mars 2016, de nombreux éléments rendaient vraisemblables les faits sur lesquels cette mesure a été fondée.

Le centre hospitalier, saisi en mai 2015 d'une demande d'authentification d'un certificat médical attestant d'un rendez-vous pour soins en France d'un ressortissant congolais, pour lequel le praticien avait rédigé un devis d'hospitalisation, a ainsi constaté qu'il s'agissait d'un faux document.

En novembre 2015, l'établissement a été sollicité par le sous-préfet de Sarcelles afin d'authentifier cinq documents médicaux signés par ce praticien, produits à l'appui d'une demande d'admission au séjour pour soins présentés par un étranger en situation irrégulière. Ces documents, antidatés, ne correspondaient pas à un patient suivi par le centre hospitalier.

Par ailleurs, en janvier 2016, l'hôpital a été informé par l'ARS d'Île-de-France du caractère douteux de onze certificats médicaux et de six ordonnances signées par ce praticien dans le cadre de demande de titres de séjour pour soins.

Enfin, le 3 mars 2016, un patient de nationalité étrangère s'est présenté pour réclamer un dédommagement au motif qu'il aurait remis une somme d'argent à ce praticien au cours d'une consultation, sans être ultérieurement recontacté.

La plainte déposée par l'établissement de santé en décembre 2015 avait donné

lieu à l'ouverture d'une enquête par le Parquet.

Aussi, malgré les contestations par le praticien, le directeur du centre hospitalier a pu valablement, compte tenu de l'existence de circonstances de nature à mettre en péril la continuité du service et la sécurité des patients suivis en psychiatrie, dont le requérant était responsable, prendre une mesure de suspension de fonctions à titre conservatoire.

SLEEVE GASTRECTOMIE : DÉFAUT D'INFORMATION ET FAUTE TECHNIQUE

Dans le cas d'une sleeve gastrectomie sous coelioscopie, un chirurgien engage la responsabilité de l'hôpital pour un défaut d'information et le recours à une technique inadaptée, et s'agissant de l'indemnisation, il ne peut opposer le fait que par la suite, la patiente a bénéficié d'une intervention satisfaisante (CAA de Paris, 17 juillet 2024, n° 21PA06277).

Faits

Le 3 mars 2014, une patiente alors âgée de trente-trois ans et souffrant d'obésité morbide sévère, a subi une intervention chirurgicale de sleeve gastrectomie sous coelioscopie au sein d'un établissement de l'AP-HP. Lors de l'intervention, une hémorragie a été constatée, nécessitant la conversion de l'intervention en laparotomie afin de suturer la plaie veineuse. Compte tenu de la perte sanguine et de la suture réalisée, il a été décidé de ne pas poursuivre l'intervention. La patiente a quitté l'hôpital le 20 mars, mais elle y a été de nouveau admise du 25 mars au 3 avril en raison d'une pancréatite survenue dans les suites de la suture de la plaie veineuse.

Par la suite, et dans un autre établissement, la patiente a bénéficié d'une intervention satisfaisante.

Défaut d'information

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Doivent être portés à la connaissance du patient, préalablement au recueil de son consentement à l'accomplissement d'un acte médical, les risques connus de cet acte qui soit présentent une fréquence statistique significative, quelle que soit leur gravité, soit revêtent le caractère de risques graves, quelle que soit leur fréquence

(CSP, Art. L. 1111-2). La patiente a bénéficié d'une consultation préopératoire, mais qui a été focalisée sur les complications des fistules ou des fuites de la ligne de suture au niveau de l'estomac sans évoquer les complications d'ordre vasculaire, la possibilité de saignement postopératoire ni le risque de blessure accidentelle favorisé par la complexité de l'intervention.

Ainsi, la patiente n'a pas reçu toute l'information nécessaire, notamment au regard des fiches couramment utilisées et élaborées par l'Association de prévention du risque préopératoire (Asspro). La fiche d'information sur la sleeve gastrectomie de la Fédération de chirurgie viscérale et digestive stipulait : « Comme toute opération, il existe un risque de saignement hémorragique qui justifie une surveillance étroite et des prises de sang. (...) Il existe enfin des complications très exceptionnelles liées à la coelioscopie lorsque l'on gonfle le ventre ou quand on met le premier tube pendant l'opération qui peuvent nécessiter d'ouvrir (laparotomie). Il s'agit en général de blessures de gros vaisseaux comme l'aorte abdominale ou de blessures des organes proches du site opératoire, essentiellement digestifs ou urinaires (...) Ces blessures accidentelles peuvent être favorisées par la complexité de l'intervention ou des circonstances anatomiques imprévues. Leur reconnaissance immédiate permet en général une réparation sans séquelles, mais elles peuvent parfois passer inaperçues lors de l'intervention et provoquer une péritonite ou un abcès postopératoire ». De plus, l'AP-HP ne produit pas de feuille de consentement signée.

L'information délivrée ne comportait aucune indication ni sur le risque de transformation de l'opération en voie ouverte en cas de complication, ni sur le risque hémorragique qui, même si sa fréquence statistique en fait un risque très rare, évalué à 0,004%, devait, en raison des conséquences graves qu'il comporte, être porté à la connaissance de la patiente. Celle-ci n'a donc pas reçu l'information prévue par les dispositions de l'article L. 1111-2 CSP.

La faute technique

La méthode dite « par ponction » utilisée par le chirurgien comporte un risque ma-

jeu de blessure des grands vaisseaux, à la différence de la méthode ouverte considérée par l'expert comme la plus sûre. De plus, cette méthode nécessite le respect de techniques de sécurité, notamment une pression d'insufflation, avant d'introduire le trocart, à environ 15 à 20 millimètres de mercure, ainsi qu'une bonne orientation du premier trocart dirigé vers l'hypocondre, précautions dont le dossier médical, en particulier le compte rendu opératoire, ne permet pas de s'assurer qu'elles ont été respectées. Alors même que le choix de la technique opératoire choisie était conditionnée au respect de ces techniques de sécurité, le praticien n'établit pas que ces précautions indispensables ont été respectées lors de l'intervention. Par suite, la plaie au niveau de la veine sus-pancréatique doit être regardée comme étant survenue lors de la réalisation d'un geste non conforme à la règle de l'art. Cette faute entraîne la responsabilité de l'AP-HP.

L'indemnisation

Lorsqu'une intervention destinée à remédier à un handicap échoue parce qu'elle a été conduite dans des conditions fautives, le patient peut prétendre à une indemnisation réparant, outre les troubles liés à l'intervention inutile et ses éventuelles conséquences dommageables, les préjudices résultant de la persistance de son handicap, dans la limite de la perte de chance de guérison qu'il a subie, laquelle doit être évaluée en fonction de la probabilité du succès d'une intervention correctement réalisée. La circonstance qu'une intervention réparatrice demeure possible ne fait pas obstacle à l'indemnisation, dès lors que l'intéressé n'est pas tenu de subir une telle intervention, mais justifie seulement qu'elle soit limitée aux préjudices déjà subis à la date du jugement, à l'exclusion des préjudices futurs, qui ne peuvent pas être regardés comme certains à cette date et pourront seulement, le cas échéant, faire l'objet de demandes ultérieures.

L'intervention fautive a entraîné pour la patiente, compte tenu des chances de succès d'une intervention réalisée correctement, une perte de chance évaluée à 90 % de guérir de son obésité morbide ou, du moins, d'obtenir une amélioration

de son état de santé, jusqu'à la réalisation avec succès d'une nouvelle opération de sleeve gastrectomie, le 3 mars 2020, à l'hôpital Bichat.

EFFETS DÉLÉTÈRES DE LA POSE D'UN CATHÉTER

La pose d'un cathéter sur une veine du bord radial, non fautive mais qui a entraîné des conséquences délétères pour la main et le bras, avec forte composante psychiatrique, ouvre à une indemnisation sans faute au titre de la solidarité nationale (CAA de Lyon, 15 juillet 2024, n° 23LY02993).

Faits

Le 12 octobre 2013, une patiente née en 1968 a subi, dans le cadre d'une hospitalisation au CHU de Saint-Étienne justifiée par un bilan d'hypertension artérielle sévère, la pose d'un cathéter sur une veine du bord radial du poignet gauche, cette voie veineuse visant à mettre en place un traitement antihypertenseur.

Dans les suites de cette hospitalisation, la persistance de douleurs à la main gauche a justifié une consultation aux urgences du centre hospitalier de Montbrison le 21 octobre 2013, à la suite de laquelle un traitement antidouleur neuropathique lui a été prescrit.

Par la suite, la patiente a présenté une évolution défavorable de son état de santé avec une rétractation des doigts de la main gauche sur la paume et de l'ensemble du membre supérieur gauche en triple flexion, et des douleurs de l'ensemble du membre, irradiant au cou.

L'expertise

Le choix de la localisation de la pose du cathéter veineux au bord radial du poignet gauche, qui est réservée en cas d'échec des ponctions veineuses au pli du coude ou au dos de la main, résulte des difficultés de ponction veineuse existant de manière chronique chez la patiente et aucune faute dans le choix de cette procédure ou dans sa réalisation n'est imputable au CHU.

La patiente soutient que le CHU a maintenu le cathéter en fonctionnement malgré la douleur exprimée et a tardé à prendre en charge les symptômes douloureux. Cependant, la pose du cathéter a été effectuée le 12 octobre et la patiente ne

s'est plainte de douleurs qu'à compter du lundi 14 octobre vers 21 h. Le lendemain matin, 15 octobre, à 6 h, la voie veineuse a été repiquée et un pansement alcoolisé a été effectué puis renouvelé dans la journée. Les doigts étaient œdématisés. Le médecin a été informé, le 16 octobre, que la main était de nouveau décrite comme douloureuse et les doigts gonflés, un traitement par paracétamol étant noté comme efficace. Ce même jour, la voie veineuse périphérique a été abandonnée à la suite d'une sortie de veine et une impossibilité de repiquer, le médecin interne étant informé de cette situation. Le 17 octobre, des pansements ont été réalisés. Jusqu'au 19 octobre, date de la sortie de la patiente, aucun problème de douleur à la main ou au poignet n'ont plus été retranscrits. Il résulte de ces informations que la patiente a fait l'objet d'une prise en charge attentive et conforme aux bonnes pratiques. Par suite, elle n'est pas fondée à soutenir qu'un manquement fautif dans la prise en charge de ses symptômes douloureux, de nature à aggraver la complication dont elle a été victime, serait imputable au CHU.

Dans ces conditions, aucune faute médicale n'est susceptible d'engager la responsabilité du CHU.

Indemnisation au titre de la solidarité nationale

Droit applicable

Un accident médical ouvre droit à la réparation des préjudices du patient lorsqu'il est directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci, et présentent un caractère de gravité, fixé à 25 %.

Expertises

La patiente a présenté, dans le mois qui a suivi sa prise en charge au CHU, un blocage complet des articulations du membre supérieur gauche, de l'épaule jusqu'aux doigts, avec une attitude en triple flexion du bras gauche, plaqué contre le tronc et la main fermée avec un pouce incarcéré. L'expert indique qu'il existe une impotence fonctionnelle et

une hypoesthésie totale de ce membre, qui n'est pas d'origine neurologique et ne correspond à aucune atteinte organique. Il précise que la patiente a, selon toute probabilité, été victime d'une atteinte de la branche superficielle du nerf radial au moment de la pose du cathéter le 12 octobre 2013 et cette lésion initiale a été à l'origine des douleurs constatées dans les jours qui ont suivi. Toutefois, aucune séquelle neurologique n'a pu, par la suite, être objectivée par les examens pratiqués, notamment les IRM, depuis la fin de son hospitalisation. Il ajoute que si le geste médical a pu être à l'origine d'une irritation temporaire de la branche sensitive du nerf radial gauche, il n'est cependant à l'origine d'aucune lésion séquellaire définitive. Il en conclut que la complication présentée par la patiente constitue un phénomène exceptionnel de survenance d'un trouble fonctionnel à symptomatologie somatique, sans explication organique, faisant suite à un acte de soin et en lien direct et certain avec cet acte de soin.

Un autre expert a relevé l'existence d'« *une hémianesthésie gauche clairement inorganique* » et concluait à l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe associant une composante psychogène, survenu à la suite du traumatisme imputable à la ponction veineuse et aboutissant à un tableau clinique de membre supérieur gauche figé, constitutif d'un aléa thérapeutique.

Discussion

La complication dont a été victime la patiente recèle une composante psychogène en l'absence d'explication somatique, mais une telle circonstance n'est pas à elle seule de nature à exclure que cette complication demeure en lien direct avec l'acte de soin en cause. La possibilité d'une cause extérieure d'origine psychiatrique a été évoquée, mais l'expert psychiatre n'a relevé aucun antécédent ou cause de cette nature chez la patiente. De plus, cette hypothèse n'est pas davantage, par elle-même, de nature à exclure le maintien d'un lien direct avec l'acte de soin : en effet, le droit à réparation de la victime ne peut être réduit en raison d'une prédisposition pathologique lorsque l'affection dont elle est atteinte n'a été provoquée ou

révélée que par le fait dommageable. Selon l'expert, le déficit fonctionnel résultant de l'impotence totale du membre supérieur gauche a été évalué à 30 % à la date de l'expertise, et l'exercice de l'activité professionnelle d'aide-soignante en Ehpad n'a plus été possible du fait de cette pathologie. De fait, la patiente fait été placée en invalidité à compter du 1^{er} janvier 2016. Dans ces conditions, les critères de gravité étant remplis, les dommages subis du fait de la complication survenue doivent être indemnisés au titre de la solidarité nationale.

QUALITÉ DES SOINS DÉLIVRÉS AUX DÉTENUS

Analyse de la prise en charge médicale urgente d'un détenu au sein de la prison (TA Marseille, 10 juillet 2024, n° 2107220).

Faits

Un homme a été incarcéré le 25 novembre 2016 à la maison d'arrêt d'Aix-Lyons. Le 9 janvier 2017, il a été reçu à l'unité de consultation et de soins ambulatoires de l'établissement en raison de douleurs thoraciques, puis immédiatement transféré aux urgences du centre hospitalier de référence. Le 11 janvier, il a été admis au sein du service de réanimation, où il est décédé le 14 janvier suivant.

Droit applicable

Les établissements de santé dispensent des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire (CSP, Art. L. 6111-1-2 2°). Les missions de diagnostic et de soins en milieu pénitentiaire et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, dans le cadre d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (Code pénitentiaire, Art. D. 115-3 ; conformément aux dispositions des articles R. 6111-27 à R. 6111-38 CSP).

Le juge administratif peut être saisi par un détenu d'un recours indemnitaire dirigé contre l'État et tendant à la réparation d'un dommage imputé à une carence fautive dans le suivi médical de l'intéressé à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Il appartient à l'État, s'il s'y croit fondé, d'appeler en garantie l'établissement public hospitalier dont relève l'unité de

consultations et de soins ambulatoires dont la faute a pu causer le dommage ou y concourir.

Discussion

Après une première consultation médicale le 28 novembre 2016, le détenu a fait l'objet d'un suivi régulier, notamment des consultations médicales les 14 et 19 décembre 2016, 3 et 4 janvier 2017, ainsi que des consultations infirmières les 2, 6, 12, 15, 20, 26 et 31 décembre 2016 au décours desquelles il a pu bénéficier d'examens cliniques, contrôle du bilan sanguin et suivi ophtalmologique. Selon le rapport d'expertise, ces soins ont été insuffisants du fait de la fragilité du patient, du contexte polyopathologique susceptible d'aggravation et du suivi thérapeutique particulier à effectuer.

Suite à son malaise, le détenu a été pris en charge par les infirmières de l'unité de consultation et de soins ambulatoires à 8 heures 30, puis par l'interne de l'unité à 8 heures 50, puis par le médecin sénior de l'unité, et a été transféré à 9 heures 30 en urgence par le Smur au service des urgences du centre hospitalier. Le Samu a été contacté par les infirmières avant 8 heures 50 en vue de l'extraction, et ont été réalisés sur place : un électrocardiogramme, une surveillance clinique régulière à 8 heures 35, 8 heures 55 et 9 heures 30, ainsi que deux bouffées de trinitrine. Dès lors, aucun retard de prise en charge ne peut être retenu comme une faute de nature à engager la responsabilité de l'État.

