



HAL
open science

**Note sous Tribunal administratif de La Réunion, 6
février 2020, RG n°1700365 et n°1700403**

Vâni Hoareau

► **To cite this version:**

Vâni Hoareau. Note sous Tribunal administratif de La Réunion, 6 février 2020, RG n°1700365 et n°1700403. Revue juridique de l'Océan Indien, 2020, 28, pp.446-452. hal-03327568

HAL Id: hal-03327568

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-03327568v1>

Submitted on 27 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Responsabilité de l'administration hospitalière – Faute médicale – Lien de causalité - Action récursoire et subrogatoire de l'ONIAM – Infections nosocomiales

Tribunal administratif de La Réunion, 6 février 2020, RG n°1700365 et n°1700403

Vâni HOAREAU, Doctorante en droit privé, Université de La Réunion

Le 10 avril 1992, se réunissait la section contentieuse du Conseil d'État pour rendre un arrêt qui fera « jurisprudence ». Ainsi, par le célèbre arrêt *Époux V*, le juge administratif mit fin à l'exigence d'une faute lourde en matière de responsabilité des hôpitaux publics, concernant les actes médicaux¹. Si l'abandon de la faute lourde annonçait une réparation étatique favorisée, les décisions rendues le 6 février 2020 par le Tribunal administratif de La Réunion montrent que l'intervention d'un régime de solidarité nationale semble avoir freiné cet élan.

Les affaires en cause concernent deux patients du Centre hospitalier sud de La Réunion qui ont perdu la vie après une succession d'interventions médicales.

Pour le premier patient, tout a commencé lorsqu'il s'est vu diagnostiquer une atteinte rénale : une néphropathie glomérulaire minime. À la suite de cela, une corticothérapie est réalisée quelques semaines plus tard. Six jours après, il est admis aux urgences du fait d'une hémorragie digestive causant une anémie sans état de choc hémorragique. Il est transféré au sein du service gastroentérologique et son état est stable. Puis, vient le 21 février, où on lui pose un cathéter veineux. En réponse aux douleurs abdominales importantes suivies d'une défense généralisée, une antibiothérapie est initiée. Postérieurement, de nombreuses aggravations ont eu lieu, entraînant une fin tragique : le décès du patient.

Concernant le second patient, la tragédie a duré plus longtemps. L'homme âgé de 71 ans au début des événements, a été hospitalisé le 3 janvier 2012 en raison d'une « rétention aigue d'urines sur adénome de prostate ». S'en est suivie une série de complications nécessitant la pose d'un cathéter veineux central le 18 juillet 2012, lui permettant une alimentation parentérale. N'acceptant pas la dépendance, le patient déconnecte la sonde et quitte l'hôpital contre l'avis médical. Après deux nouveaux passages aux urgences dont le dernier s'est effectué le 8 août 2012, le patient décède au Centre hospitalier universitaire de La Réunion (CHU).

À la suite du refus de la Société hospitalière d'assurances mutuelle (SHAM) de proposer une « offre » à l'épouse du défunt, l'Office Nationale d'indemnisation

¹ CE, 10 avril 1992, *Époux V*, req. n°79027.

des Accidents médicaux Iatrogènes et des Infections Nosocomiales s'en est naturellement chargé².

La famille du second défunt a également été indemnisée au titre de la solidarité nationale³.

Toutefois, soutenant que le CHU aurait commis une faute dans les deux affaires, l'ONIAM exerce une action récursoire pour la première affaire et une action subrogatoire pour la deuxième affaire⁴.

Concernant le premier cas, il est reproché à l'hôpital d'avoir commis un manquement en matière de prévention des infections et de lutte contre les infections nosocomiales. Ce manquement se justifierait par l'absence de traçabilité sur les modalités de pose et de surveillance régulière du cathéter qui, selon l'ONIAM, a concouru au décès du patient. En ce sens, ledit manquement aurait causé une perte de chance de 50% d'éviter son décès.

Concernant le deuxième cas, le CHU aurait commis une maladresse fautive dans la pose du cathéter qui est à l'origine de la survenance d'une plaie de l'intestin du patient, nécessitant une iléostomie, ayant entraîné un syndrome réactionnel dépressif : dénutrition grave, refus de soins et idées suicidaires, qui ont concouru au décès du deuxième homme.

La question soumise au juge administratif de La Réunion est alors de savoir si l'action récursoire pour la première affaire et l'action subrogatoire pour la deuxième, peuvent être accueillies.

La réponse fût négative. En effet, si les faits générateurs soulevés entraînent dans le champ d'application des actions récursoires et subrogatoires (I), cesdits faits générateurs ont été jugés sans lien direct et certain avec les dommages invoqués (II).

I.- La reconnaissance de faits générateurs de responsabilité

Pour engager une action en responsabilité de l'administration hospitalière alors que les victimes ou leurs ayants-droit ont bénéficié de la solidarité nationale (action récursoire et action subrogatoire), il faut qu'il y ait une faute⁵. Néanmoins, en matière nosocomiale, la responsabilité de plein droit prévue par le Code la santé publique laisse – bien que discutée en doctrine – entrevoir un régime de

² *Code de la santé publique*, article L.1142-15.

³ *Code de la santé publique*, article L.1142-22.

⁴ Droits conférés aux articles L.1142-1 et L.1142-17 du *Code de la santé publique*.

⁵ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a consacré le régime de la responsabilité pour faute en matière de responsabilité sanitaire.

responsabilité sans faute⁶. Encore faut-il que l'infection nosocomiale soit caractérisée. Cette condition semblait en l'espèce remplie (A). En matière de recours subrogatoire, le régime de responsabilité pour faute subsiste : en l'espèce la faute semblait établie (B).

A.- Une infection nosocomiale avérée

Le Conseil d'État avait précisé en 2013 que devait « être regardée, au sens de ces dispositions, comme présentant un caractère nosocomial une infection survenant au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de celle-ci, sauf s'il est établi qu'elle a une autre origine que la prise en charge »⁷. En 2018, le juge administratif a par ailleurs spécifié que : « Le caractère nosocomial d'une infection, au sens de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, est lié au fait que l'infection a été causée par les soins ou le séjour dans l'environnement hospitalier. A charge pour l'établissement d'apporter la preuve de l'absence de lien avec les soins ou le séjour »⁸.

Si en matière de responsabilité sanitaire l'infection nosocomiale fait couler beaucoup d'encre en raison d'une absence de définition légale, en l'espèce, une telle qualification ne semblait pas faire défaut aux yeux du juge administratif⁹.

En effet, le rapport d'expertise rapporte que le décès du premier patient est dû à un sepsis grave avec bactériémie « causé par une infection nosocomiale » à germe *Klebsiella* et précise que cette infection est « survenue au cours d'une hospitalisation (...) ». À cet égard, la doctrine a déjà pu soulever le fait que si une infection n'a pas eu lieu durant l'hospitalisation, elle perd son caractère nosocomial¹⁰. Ici, non seulement le rapport affirme qu'il s'agit d'une infection nosocomiale, mais, de surcroît, il précise que l'infection est survenue au cours de l'hospitalisation : pléonasme ou obstination de prouver le caractère nosocomial de l'infection ? L'on ne sait pas, mais en tout état de cause, la suite des faits tend également vers une preuve du caractère nosocomial de l'infection.

⁶ Voir l'article L.1142-1 du *Code de la santé publique* ; « Il s'agit d'une responsabilité sans faute ou, plus précisément, de plein droit, présumant la responsabilité de l'établissement en cause, qui ne peut ainsi s'exonérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère » in D. CRISTOL, « Infections nosocomiales : entre responsabilité et solidarité », *RDSS* 2019, p.983. ; C. LANTERO, « Que reste-t-il des fondements de la responsabilité sans faute des établissements publics de santé ? », *RDSS* 2015, p.37.

⁷ CE, 21 juin 2013, req. n° 347450.

⁸ CE, 23 mars 2018, *Madame D*, req. n°402237.

⁹ Sur l'absence de définition légale voir D. CRISTOL, « Responsabilité de la puissance publique * Service public hospitalier * Établissements publics de santé * Infection nosocomiale * Notion », *RDSS* 2018, p.727.

¹⁰ C. LANTERO, « La notion de cause étrangère dans les infections nosocomiales et le recours des tiers lorsque l'ONIAM indemnise », *ADJA* 2011, p.2536.

En effet, l'alinéa 2 de l'article L.1142-1 du Code de la santé publique dispose : « *Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère* ». Autrement dit, en cas d'infection nosocomiale, la responsabilité des établissements, services et organismes de santé est présumée¹¹. Il s'agit néanmoins d'une présomption que l'on peut renverser en rapportant la preuve d'une cause étrangère. Selon la jurisprudence, il faut que l'infection présente un caractère d'imprévisibilité, d'irréversibilité et d'extériorité¹².

En l'espèce, au point 7 du présent jugement, le juge précise qu'il ne « *résulte pas de l'instruction que la contamination provienne d'une cause étrangère (...)* ». De ce fait, la seule possibilité de renverser la responsabilité présumée par le Code de la santé publique est écartée. *In fine*, toutes les conditions pour caractériser une infection nosocomiale semblent réunies.

B.- Une faute de maladresse établie

Dans le cadre d'une action subrogatoire, l'existence d'une faute est une condition *sine qua non*.

En effet, l'article L.1142-17 du Code de la santé publique prévoit dans son dernier alinéa une action subrogatoire si la victime estime qu'il y a responsabilité de l'établissement public¹³. L'article L.1142-1 précise en son premier alinéa que l'établissement public est responsable « *des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* ». Il faut donc une faute d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins pour exercer l'action subrogatoire et espérer qu'elle aboutisse.

Dans l'espèce de la deuxième affaire, c'est cette action qui a été exercée. Et pour cause, il était reproché au CHU d'avoir commis une « maladresse fautive » dans la pose d'un cathéter qui aurait créé un trou dans l'intestin grêle du patient, nécessitant la réalisation d'une iléostomie ayant créé plusieurs troubles, parmi lesquels un syndrome réactionnel dépressif accompagné de dénutrition grave, de refus de soins ainsi que des idées suicidaires ayant participé au décès dudit patient.

La commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) a précisé dans son rapport que « *la perforation de l'intestin grêle lors de la pose du cathéter vésical*

¹¹ Désormais c'est la responsabilité qui est présumée et non la faute comme cela était le cas sous la jurisprudence *Savelli*. V. CE, 18 novembre 1960, *Savelli*, req. n°27844.

¹² CE, 10 octobre 2011, req. n°328500 et CE 12 mars 2014, req. n°358111.

¹³ L'article fait également référence aux autres professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du Code de la santé publique.

constitue une faute dans l'organisation du service »¹⁴. La condition de « *faute d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins* » exigée à l'article L.1142-1 du Code de la santé publique semble alors être remplie.

Néanmoins, pour engager la responsabilité de l'administration – et pour engager la responsabilité juridique de manière générale –, il est nécessaire de réunir trois conditions : un fait générateur, un dommage et un lien de causalité entre le fait et le dommage. C'est sur cette dernière condition (le lien de causalité) que les affaires en cause connaîtront une faille aux yeux du juge administratif.

Ainsi, alors que les éléments pour rechercher la responsabilité hospitalière semblaient être réunies, le juge administratif soulève l'absence de lien de causalité entre les faits générateurs et les dommages (II).

II.- La méconnaissance d'un lien de causalité entre le fait générateur et les dommages

Pour méconnaître le lien de causalité entre le fait générateur et le dommage, le juge a excusé un manquement aux règles d'hygiène et d'asepsie (A) et a pointé du doigt le comportement de la victime (B).

A.- Un manquement aux règles d'hygiène et d'asepsie excusé

Les infections nosocomiales nourrissant le contentieux sanitaire, le personnel hospitalier est censé mettre en œuvre des règles d'hygiène et d'asepsie. Parmi elles, figure la surveillance de cathéters et de sondes¹⁵.

En l'espèce, la partie requérante dénonce l'absence de traçabilité des modalités de pose et de surveillance régulière du cathéter qui a concouru au décès du patient.

À ce propos, l'article L.1142-1-1 I alinéa 2 du Code de la santé publique précise que l'ONIAM peut exercer une action récursoire uniquement s'il existe une « *faute établie* », notamment un « *manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales* ».

En l'espèce, un diagramme des soins transmis dans le cadre de l'expertise mentionnait la surveillance du cathéter quatre fois par jour. Aucune donnée sur ladite surveillance n'a été fournie par le personnel hospitalier. Le pansement du cathéter a même été retrouvé décollé.

¹⁴ Point 6 du jugement.

¹⁵ *Code de la santé publique*, article R. 4311-5.

La Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) affirme à cet égard que « *la traçabilité est essentielle afin de diminuer le risque d'infection* »¹⁶. Il apparaît clairement que les règles d'hygiène et d'asepsie parmi lesquelles la surveillance du cathéter figure, n'ont pas été respectées. De plus, l'adjectif (« essentielle ») employé par la CCI pourrait démontrer une certaine gravité de la négligence du personnel en l'espèce.

Pourtant, le juge administratif décide qu'il ne résulte pas de l'instruction que « *les seules absences de check list* » et de mentions de surveillances constituent un « *manquement caractérisé* » à l'origine de la survenue de l'infection nosocomiale et du décès dudit patient, « *dès lors qu'elles ne suffisent pas à révéler, en elles-mêmes, l'existence d'une exposition particulière de ce dernier à une voie de contamination et à un risque d'infection par le germe Klebsiella pneumonia* ». Cela signifie que l'absence de traçabilité qualifiée « d'essentielle » en matière de diminution de risque d'infection nosocomiale par la CCI, ne constitue pas un manquement caractérisé aux yeux du juge administratif. En tout cas, pas « à elle seule ». Mieux encore, le juge recherche si la faute du CHU révèle « *l'existence d'une exposition particulière de ce dernier à une voie de contamination* » alors même qu'en principe, c'est l'existence de l'infection qualifiée de nosocomiale au sens du Code de la santé publique qui suffit à engager la responsabilité de l'administration hospitalière¹⁷.

Il n'est d'ailleurs pas impossible que ce jugement soit remis en cause en appel et peut-être même en cassation devant le Conseil d'État. Dans une affaire présentant des faits similaires jugée le 20 décembre 2018, la haute juridiction a en effet cassé un arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris, qui avait jugé que le devoir de surveillance non rempli de l'établissement ne présentait aucun lien direct avec les conséquences dommageables de l'infection nosocomiale. Le Conseil d'État a, à cet égard, estimé que l'infection ayant été contractée au cours d'une « intervention nécessaire », l'action récursoire de l'ONIAM ne pouvait être rejetée¹⁸. De même, dans l'espèce commentée, l'infection est apparue lors d'une intubation nécessaire car le patient souffrait d'une insuffisance respiratoire. L'on peut alors aisément penser que si l'affaire est portée devant le Conseil d'État, une requête en cassation pourrait aboutir sur le critère d'apparition de l'infection lors d'une opération nécessaire. En tout état de cause, en l'espèce, ce n'est pas un critère qui a été retenu par le Tribunal administratif de La Réunion.

¹⁶ Point 9 de l'affaire.

¹⁷ C. LANTERO, « Une infection déclarée à l'hôpital n'est pas nécessairement une infection contractée à l'hôpital », *AJDA* 2013, p.2171.

¹⁸ CE, ch. réunies, 20 décembre 2018, req. n°415991.

B.- Un comportement de la victime pointé

Après avoir précisé que la mort du second patient n'était pas liée à la péritonite dont la CCI fait état, le juge administratif retient plusieurs éléments pour écarter le lien de causalité entre la faute commise par le CHU et le décès du patient : le comportement de la victime est clairement dénoncé.

En outre, le juge retient que le décès est survenu plusieurs mois après la réalisation de la stomie et pointe du doigt le fait que le décès serait survenu à la suite d'une dépression réactionnelle grave du patient, « entraînant un comportement complexe, marqué par une opposition constante, agressive et suicidaire aux soins, difficilement gérable par les équipes infirmières et médicales, malgré un suivi psychologique et psychiatrique pourtant jugé suffisant par le même rapport d'expertise ». Il ajoute que « ce comportement a abouti à une cachexie qui a été fatale ».

Pourtant, l'ONIAM a soutenu sur ce point que les troubles du comportement qu'a connu le patient, provoquant sa mort, étaient justement dûs à la stomie qui a fait suite à la perforation fautive de l'intestin du patient. Il est clair que le juge n'a pas opté pour la théorie de l'équivalence des conditions, auquel cas, la responsabilité de l'administration aurait été admise. Comme il le fait classiquement, le juge administratif a visiblement opté pour la théorie de la causalité adéquate et a, de ce fait, estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité direct et certain entre la perforation de l'intestin grêle et le décès du patient. Au regard des faits, nous pouvons tout de même penser que recourir à la théorie de l'équivalence des conditions aurait été en l'espèce plus opportun.

Si le juge administratif a une préférence marquée pour la théorie de la causalité adéquate, en l'espèce, la théorie de l'équivalence aurait pu permettre d'établir une responsabilité de l'administration¹⁹.

En tout état de cause, si la responsabilité de l'administration hospitalière n'a pas été reconnue dans les deux affaires commentées, la solidarité nationale a indemnisé les ayants-droit : « la grande chose de la démocratie, c'est la solidarité », écrivait Victor Hugo²⁰.



¹⁹ M. DEGUERGUE, « Causalité adéquate et équivalence des conditions », *Répertoire de la responsabilité de la puissance publique*, 2016.

²⁰ V. HUGO, *Proses philosophiques (1860-1865)*, Auto-Édition, 2015, p.129.