

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE TOULOUSE**

N°1900967

Mme X

M. Mony
Rapporteur

M. Jobart
Rapporteur public

Audience du 18 mars 2021
Décision du 1^{er} avril 2021

60-02-01-01-01
60-02-01-01-02
60-04
60-05-04
C

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Le tribunal administratif de Toulouse

(2ème Chambre)

Vu la procédure suivante :

Par une requête et un mémoire, enregistrés le 21 février 2019 et le 10 février 2020, Mme X, représentée par Me Gillet, demande au tribunal :

1°) de condamner le centre hospitalier universitaire de Toulouse à lui verser la somme de 186 476 euros en réparation des différents préjudices subis tant par son époux décédé que par elle-même du fait de la prise en charge défaillante de M. X ayant entraîné son décès à l'hôpital le 9 janvier 2017, cette somme étant assortie des intérêts légaux à compter du 22 novembre 2017 et ceux-ci donnant lieu à capitalisation à compter du 22 novembre 2018 ;

2°) de mettre à la charge du centre hospitalier universitaire de Toulouse la somme de 4 000 euros en application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient que :

- le centre hospitalier universitaire de Toulouse (CHU) a commis une faute en ne délivrant pas à M. X une information complète sur les risques que comportait la réalisation d'une coloscopie ; M. X n'a pas donné de consentement écrit sur la réalisation d'un tel examen sur sa personne ; la coloscopie pratiquée le 28 décembre 2016 a provoqué une perforation digestive qui a rendu nécessaire de procéder en urgence à une colectomie ; le défaut d'information du CHU est à l'origine d'une perte de chance pour M. X d'avoir pu

N° 1900967

choisir le traitement le mieux adapté à son cas particulier, la coloscopie ayant entraîné une complication imprévue ayant elle-même nécessité une intervention chirurgicale en urgence ; le risque médical de perforation s'étant réalisé, et M. X n'en ayant pas été informé, il existe un préjudice moral d'impréparation ; il n'existait pas de situation d'urgence qui aurait permis de ne pas obtenir préalablement le consentement de M. X ;

- le CHU a également commis une faute en ne prodiguant pas à M. X l'ensemble des soins que requérait son état après son opération du 3 janvier 2017 ; l'état de santé de M. X imposait qu'il soit dialysé à intervalles réguliers alors que, après l'enlèvement du cathéter de dialyse rendu nécessaire pour procéder à l'opération, le CHU a cessé de le dialyser ; l'échec de l'hémodialyse pratiquée le 5 janvier 2017, qui a dû être interrompue à cause d'une forte baisse de tension du patient, n'impliquait pas de cesser par la suite toute dialyse, le CHU disposant de la possibilité de procéder à une dialyse par hémofiltration ; les soins postopératoires prodigués à M. X n'ont pas été conformes aux données acquises de la science et aux règles de l'art médical ; cette absence de toute dialyse constitue un des facteurs ayant entraîné le décès de M. X et l'a privé d'une chance de survie ; le rapport d'expertise, même s'il ne chiffre pas cette perte de chance, indique clairement que cette carence a fait perdre à M. X une partie majeure de ses chances de survie ; le CHU est également fautif pour avoir renoncé prématurément à dispenser des soins actifs à M. X ; le taux de perte de chance de survie ne peut pas, dans de telles conditions, être inférieur à 75% ;

- la responsabilité fautive du CHU est engagée dès lors qu'il n'a pas davantage respecté la réglementation relative à la limitation et à l'arrêt des traitements curatifs ; le CHU n'apporte aucun élément de nature à démontrer qu'il aurait effectivement recueilli les dernières volontés de M. X, ni que ce dernier aurait réellement exprimé un refus d'une poursuite des soins ; elle n'a pas été consultée en tant qu'épouse ayant été désignée comme personne de confiance sur la limitation et l'arrêt des traitements ;

- elle a droit, en tant qu'ayant droit de son époux, à être indemnisée des différents préjudices subis par ce dernier ;

- M. X a subi un préjudice moral d'impréparation qui peut être évalué à 10 000 euros ;

- M. X a subi un préjudice moral tenant à ce qu'il n'a pas donné son consentement à la coloscopie, qui peut être évalué à 5 000 euros ;

- M. X a enduré des souffrances pouvant être chiffrées à hauteur de 20 000 euros, qui devront être indemnisées à hauteur des chances perdues ;

- elle est fondée à réclamer l'indemnisation de ses différents préjudices personnels ;

- les frais d'obsèques de M. X se sont élevés à 2 836 euros ;

- elle a subi un préjudice d'affection qui peut être estimé à hauteur de 30 000 euros ;

- elle a subi un préjudice d'accompagnement de fin de vie qui peut être fixé à hauteur de 5 000 euros ;

- elle a subi un préjudice moral lié à l'absence de respect par le CHU de la réglementation relative à la limitation et à l'arrêt des traitements qui peut être estimé à hauteur de 5 000 euros ;

- elle a subi un préjudice économique qui peut être fixé à 112 640 euros ;

- le rapport de l'expert est suffisamment précis en dépit de l'absence de chiffrage des pertes de chance qui y sont relevées, l'expert expliquant les raisons l'empêchant de déterminer le pourcentage ; l'expert a répondu dans son rapport aux dires du CHU ; il n'est pas nécessaire de procéder à une expertise complémentaire.

Par des mémoires en défense, enregistrés le 24 mai 2019 et le 21 juillet 2020, le centre hospitalier universitaire de Toulouse, représenté par Me Carra, conclut, à titre

N° 1900967

principal, à ce qu'il soit ordonné une expertise complémentaire et sursis à statuer dans l'attente du dépôt de ce rapport d'expertise complémentaire, à titre subsidiaire, au rejet des prétentions indemnitaires en lien avec une perte de chance de se soustraire à la coloscopie et la perte de chance de survie provoquée par une insuffisance des soins, à titre infiniment subsidiaire, à la réduction du taux de perte de chance, au rejet de l'indemnisation des souffrances endurées et du préjudice moral tenant à l'absence de consentement à la réalisation d'une coloscopie et à la minoration de l'ensemble des prétentions indemnitaires de la requête et au rejet des conclusions de la CPAM du Tarn.

Il fait valoir que :

- le rapport d'expertise du Dr Xa est insuffisamment précis, en particulier en ce qui concerne le taux de perte de chance, et il est nécessaire de procéder avant dire droit à une expertise complémentaire ;

- une part importante dans la survenue du décès de M. X est imputable à son état de santé antérieur ;

- M. X a reçu de la part du Dr Xb lors de la consultation du 22 décembre 2016 les explications relatives à l'intérêt de pratiquer rapidement une coloscopie à visée diagnostique, son consentement écrit n'étant pas obligatoirement requis ;

- il n'existe aucune raison particulière de penser que M. X se serait opposé à la réalisation d'une coloscopie, cet examen permettant seul d'établir le diagnostic précis nécessaire à la poursuite des soins requis par son état de santé ; il n'existe pas de perte de chance d'avoir pu se soustraire à un tel examen dès lors qu'il a permis de mettre en évidence l'existence d'un adénocarcinome au niveau du colon ; la coloscopie est un examen à risque faible et M. X n'avait aucune raison particulière de refuser de s'y soumettre, même informé de l'existence de ce risque ;

- la colectomie réalisée le 3 janvier 2017 était nécessaire du fait de la péritonite par perforation provoquée par la coloscopie ;

- l'état de santé de M. X à l'issue de l'opération et de l'échec de l'hémodialyse ayant dû être stoppée le 5 janvier en raison d'une hypotension a été à l'origine d'une réunion éthique en présence de Mme X où il a été décidé de ne pas utiliser les techniques invasives de la ventilation mécanique et l'épuration extrarénale continue sur cathéter et de ne pas transférer M. X en réanimation ; les soins prodigués à M. X étaient adaptés à son état de santé et ont été conformes aux règles de l'art ;

- la limitation et l'arrêt des traitements a été décidée le 8 janvier 2017 lors d'une réunion éthique à laquelle a participé Mme X, qui ne s'y est pas opposée ;

- le préjudice d'impréparation invoqué par la requérante au sujet de M. X doit être ramené à de plus justes proportions ; M. X doit nécessairement être regardé comme ayant consenti à la réalisation d'une coloscopie dès lors qu'il s'est préparé pour son examen et s'est rendu à l'hôpital pour qu'il soit pratiqué ;

- il ne saurait exister de préjudice moral tenant à la méconnaissance de la réglementation de la limitation et de l'arrêt des traitements, Mme X ayant participé aux deux réunions éthiques lors desquelles ont été prises les décisions concernant M. X ;

- à supposer même que l'existence d'une perte de chance de se soustraire à la coloscopie et d'une perte de chance de survie puisse être admise, les préjudices invoqués par Mme X sont d'un montant excessif ; le taux de perte de chance, à le supposer admis, ne saurait excéder 25%, le pronostic vital de M. X étant engagé à terme en raison de son âge, de ses comorbidités cardiovasculaires et du stade terminal de son insuffisance rénale chronique ;

- le préjudice moral d'impréparation de Mme X doit être ramené à de plus justes proportions, ainsi que le préjudice d'accompagnement de fin de vie ;

N° 1900967

- le rapport d'expertise n'a pas chiffré le préjudice relatif aux souffrances endurées ;
- le préjudice d'affection invoqué par Mme X ne saurait être indemnisé au-delà de 20 000 euros en tenant compte de l'âge et de l'état de santé altéré de M. X, et du taux de perte de chance ;
- le préjudice économique subi par Mme X ne saurait excéder 52 573,17 euros, la part d'autoconsommation des revenus du couple par M. X devant être comprise entre 30 et 40% ;
- la CPAM n'est pas fondée à lui réclamer les frais d'hospitalisation de M. X à compter du 2 janvier 2017 dès lors qu'aucune faute n'a été commise lors de l'intervention pratiquée le 3 janvier 2017 et cette opération s'avérant nécessaire, cette intervention n'a pas eu lieu en raison d'un comportement fautif de sa part mais à cause de la survenance d'un aléa thérapeutique lors de la coloscopie pratiquée le 28 décembre 2016.

Par un mémoire enregistré le 19 juin 2020, la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn, conclut à ce que le CHU de Toulouse lui rembourse le montant de ses débours consécutifs aux prestations servies à M. X, qui s'élèvent à 11 082,64 euros, et lui verse 1 091 euros au titre de l'indemnité forfaitaire de gestion.

La CPAM soutient que la responsabilité fautive du CHU est engagée dans le décès de M. X, que ce dernier a perdu une chance d'éviter de devoir être opéré en raison d'une suspicion de perforation colique du fait d'une coloscopie à laquelle il n'a pas consenti et n'ayant pas été informé de l'existence d'un risque de complication, que M. X a été privé d'une chance de survie du fait de soins insuffisants, qu'elle produit une attestation d'imputabilité de son médecin conseil et un état des débours qui justifient de la matérialité de sa créance.

La requête de Mme X a été transmise le 19 février 2020 à la caisse primaire d'assurance-maladie du Haut-Rhin, qui n'y a pas répondu.

Vu :

- l'ordonnance n° 1802199 du 22 janvier 2019, par laquelle le vice-président du Tribunal administratif de Toulouse a liquidé et taxé à la somme de 900 euros les frais de l'expertise réalisée par le professeur Xa ;
- les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code civil ;
- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. Mony,
- les conclusions de M. Jobart, rapporteur public,
- et les observations de Me Gillet, représentant Mme X, et de Me Mirette, représentant le centre hospitalier universitaire de Toulouse.

Considérant ce qui suit :

1. M. X, alors âgé de 85 ans et souffrant d'une insuffisance rénale chronique traitée par dialyse péritonéale, a commencé à être suivi au sein du service de néphrologie-dialyse du centre hospitalier universitaire de Toulouse à compter du mois d'octobre 2016, ensuite de son installation en Occitanie. Il a été hospitalisé le 21 décembre 2016 en raison d'une aggravation de son état de santé, marquée par des chutes de tension, une diarrhée avec pertes de sang par voie basse, de la fatigue, une perte d'appétit, un amaigrissement et des œdèmes des membres inférieurs. Compte-tenu du tableau clinique présenté par l'intéressé, il a alors été décidé la réalisation en urgence d'une coloscopie à des fins de diagnostic, qui a eu lieu le 28 décembre 2016, et qui a permis de mettre en évidence la présence d'un adénocarcinome au niveau du colon gauche. Après avoir regagné son domicile le lendemain, M. X a de nouveau été hospitalisé le 2 janvier 2017, en raison de l'aspect trouble du liquide de dialysat et de douleurs abdominales. La réalisation d'un scanner en urgence le jour même faisant apparaître une suspicion de perforation colique, M. X a été opéré le lendemain d'une colectomie gauche accompagnée d'une stomie d'amo, la présence d'une tumeur ayant été confirmée. Le cathéter de dialyse péritonéale ayant été enlevé lors de l'opération, une tentative d'hémodialyse a eu lieu le 5 janvier, mais cette dialyse a dû être interrompue prématurément du fait d'une importante chute de tension du patient. Un scanner réalisé le 6 a mis en évidence une pneumopathie bilatérale et l'équipe médicale a décidé d'organiser l'après-midi même une réunion éthique au terme de laquelle il a été décidé de ne pas avoir recours à des techniques intrusives et de ne pas transférer M. X en réanimation. L'état du patient continuant de se dégrader, une seconde réunion éthique a été organisée le 8 janvier, au cours de laquelle a été décidé la limitation et l'arrêt des traitements, le patient étant placé sous sédatifs. M. X est décédé le lendemain matin. Sa veuve, Mme X, a formé le 22 novembre 2017 auprès du CHU de Toulouse une demande préalable indemnitaire, qui a fait l'objet d'une décision expresse de rejet, le 28 mars 2018. Ensuite du référé-expertise formé par Mme X devant le tribunal, une expertise a été décidée, et l'expert a remis son rapport le 2 janvier 2019. Mme X, agissant tant en son nom propre qu'en qualité d'ayant-droit de M. X, a introduit le 21 février 2019 un contentieux à visée indemnitaire.

Sur les conclusions du CHU tendant à la réalisation d'une nouvelle expertise :

2. Si la mission d'expertise confiée au professeur Xa comprenait la détermination de l'ampleur des chances perdues par M. X de se soustraire à l'aggravation de son état de santé, d'une part, et de se soustraire à l'issue fatale finalement survenue, d'autre part, et si le rapport d'expertise finalement remis ne comporte effectivement pas l'indication d'un chiffrage précis de ces pertes de chance, il ressort des termes mêmes de ce rapport que le professeur Xa y a néanmoins identifié, en l'absence d'autopsie, les différentes causes possibles du décès de l'intéressé, et y a fait clairement état de ce que ce décès ne pouvait être regardé comme essentiellement imputable à l'état antérieur du patient malgré les diverses comorbidités qu'il présentait, notamment cardio-vasculaires. Le rapport du professeur Xa, contrairement à ce qu'indique le CHU, n'est nullement entaché de contradiction en ce qui concerne l'espérance de vie de M. X, qui, nonobstant le fait qu'il ait été au stade terminal de son insuffisance rénale chronique, disposait néanmoins, selon les documents de référence cités par l'expert, d'une possibilité de survie de l'ordre de deux à trois années, pour peu qu'il continue à bénéficier des soins requis par son état, et en particulier des séances régulières d'épuration extrarénale. Contrairement à ce qu'indique encore le CHU, le rapport de l'expert ne rend pas impossible le chiffrage des préjudices en raison de toute absence du taux de responsabilité qui lui serait imputable, le rapport indiquant notamment que l'absence de soins conformes, en particulier

l'absence de toute dialyse après l'échec de la tentative d'hémodialyse ayant eu lieu le 5 janvier, a fait perdre à M. X la majeure partie de ses chances de survie et que l'absence de soins actifs a été le facteur le plus important de la perte de chance. Le professeur Xa a par ailleurs été invité par le tribunal à préciser ses conclusions d'expertise, notamment en ce qui concerne son analyse des pertes de chance et les souffrances endurées par M. X, et a produit une note complémentaire qui a été soumise au débat contradictoire. Une expertise complémentaire n'apparaît pas, dans ces conditions, nécessaire.

Sur les conclusions indemnitaires :

S'agissant des fautes alléguées tirées de l'absence de consentement à la coloscopie et du défaut d'information sur les risques présentés par un tel examen

3. Il appartient aux praticiens des établissements publics de santé d'informer directement le patient des investigations pratiquées et de leurs résultats, en particulier lorsqu'elles mettent en évidence des risques pour sa santé. Lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé. Si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation. Un manquement des médecins à leur obligation d'information n'engage la responsabilité de l'hôpital que dans la mesure où il a privé le patient de la possibilité de se soustraire au risque lié à l'intervention. Lorsque le défaut d'information est constitué, il appartient au juge de rechercher si le patient a subi une perte de chance de se soustraire aux dommages qui se sont réalisés, au regard des risques inhérents à l'acte médical litigieux et des risques encourus par l'intéressé en cas de renonciation à cet acte.

4. Il est constant que les coloscopies, même effectuées dans les règles de l'art, présentent des risques de perforation colique avec une fréquence de quatre pour mille et que la perforation dont a été victime M. X constitue, selon le rapport d'expertise, un aléa thérapeutique inhérent à ce type d'intervention dans la réalisation de laquelle aucune faute du centre hospitalier n'a été en l'espèce relevée.

5. Si Mme X, veuve de M. X, soutient que son époux n'a pas donné son consentement à la coloscopie pratiquée le 28 décembre 2016 sur sa personne, il résulte de l'instruction que cet examen lui a été recommandé le 22 décembre précédent par le médecin néphrologue du CHU qui le suivait, lors d'une hospitalisation intervenue en raison d'un tableau d'altération générale de l'état de santé et de rectorragie alors présenté par M. X, qui justifiait ainsi la réalisation d'un examen en « urgence différée », ainsi que l'indique le compte-rendu opératoire, du fait de l'intérêt s'attachant à une identification rapide des causes à l'origine de la détérioration de l'état de santé de l'intéressé. Le CHU de Toulouse produit en outre le courrier de compte-rendu de la consultation du 22 décembre 2016 du praticien-hospitalier ayant préconisé la coloscopie, lequel comporte, avant sa signature, les mentions selon lesquelles le patient avait été informé des raisons médicales conduisant à la prescription, qu'il en a compris les raisons et a évalué le bénéfice/risque et a accepté la réalisation de ce geste. M. X, qui a quitté l'hôpital après cette consultation, a suivi une fois rentré à son domicile les différents préparatifs préalables à une coloscopie et s'est rendu à l'hôpital le 2 janvier afin d'y subir cet examen, auquel il doit ainsi être regardé, eu égard à ce qui précède,

N° 1900967

et même s'il n'a pas formellement rempli de formulaire de consentement, comme ayant donné son accord. A supposer même que M. X n'aurait pas été informé lors de la consultation du 22 décembre des risques, même faibles, que comportait la réalisation d'un tel acte, il ne résulte pas de l'instruction qu'il disposait, même informé de l'existence du risque faible de perforation, qui survient dans 0,17% des cas, d'une possibilité raisonnable de refuser un tel acte, en raison de l'intérêt que représentait sa réalisation à des fins de diagnostic rapide, ce qu'a d'ailleurs confirmé le fait que la présence d'un adénocarcinome ait pu être détectée lors de l'examen au niveau du colon gauche de l'intéressé.

6. Il résulte de ce qui précède que la responsabilité fautive du CHU de Toulouse ne peut être engagée du fait de la coloscopie subie par M. X le 28 décembre 2016.

S'agissant de la faute tenant à une prise en charge postopératoire inadaptée

7. Il résulte de l'instruction, et en particulier du rapport d'expertise, que le cahier d'observations cliniques concernant M. X tenu par l'équipe médicale du CHU l'ayant pris en charge lors de son hospitalisation l'a été de manière insuffisamment précise et complète et ne permet pas de comprendre clairement pourquoi aucune épuration extrarénale n'a pas été de nouveau tentée après l'échec de l'hémodialyse prématurément interrompue le 5 janvier, alors même que l'urgence dialytique était encore notée le 8 janvier au matin, et qu'une hémofiltration continue avec filtration continue du débit sanguin, pouvait être utilisée en milieu de réanimation lorsque, comme dans le cas de la tentative d'hémodialyse de M. X du 5 janvier, la tension artérielle baisse trop gravement. Il résulte en outre de l'instruction, alors que la réunion dite « éthique » du 6 janvier mentionne un état général très altéré constaté à cette date, que les différentes aggravations notées, en particulier sur le plan hémodynamique et sur le plan respiratoire, alors qu'il est parallèlement encore indiqué une suspicion d'état septique, n'ont pas donné lieu aux examens complémentaires qui auraient permis de mieux en comprendre les raisons et de vérifier ainsi si réellement, comme cela figure sur le compte-rendu d'hospitalisation, aucune possibilité d'amélioration n'existait, et si le recours à des techniques maximalistes, au demeurant non clairement identifiées, aurait alors été déraisonnable. Les conclusions de cette première réunion dite éthique décidant d'arrêter l'hémodialyse sans proposer d'utiliser une autre technique et de ne pas procéder à d'autres examens apparaissent ainsi, selon le rapport d'expertise, insuffisamment justifiées sur le plan médical, en particulier en ce qui concerne le « peu de possibilités d'amélioration » et le caractère déraisonnable qu'aurait de ce fait présenté le recours à d'autres techniques. Aucune donnée concernant les paramètres médicaux de M. X n'a par ailleurs été inscrite dans son journal clinique au titre de la journée du 7 janvier. La décision d'arrêter les traitements curatifs à l'issue de la seconde réunion dite « éthique » le 8 janvier, le décès du patient intervenant dès le lendemain matin, a également été prise sans que n'ait été envisagée la mise en œuvre des traitements qui auraient éventuellement pu offrir à M. X la possibilité de se rétablir, et sans que les éléments médicaux de son dossier ne permettent d'en comprendre clairement la justification.

8. Mme X est par suite, eu égard à ce qui précède, fondée à soutenir que la responsabilité fautive du CHU de Toulouse se trouve engagée du fait de l'absence de prise en charge adaptée de M. X lors de son hospitalisation.

S'agissant de la faute tirée de l'absence de respect de la réglementation relative à la limitation et l'arrêt des traitements

9. Aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique alors applicable : « (...) Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. (...) ». Aux termes de l'article L. 1110-5 de ce même code : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. (...)° ». Aux termes de l'article L. 1110-5-1 de ce même code : « Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire (...) ». Aux termes de l'article R. 4127-37-2 de ce même code : « I.- La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient. II.- Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. III.- La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. (...).IV.- La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

10. Il résulte de l'ensemble de ces dispositions que toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent toutefois pas être poursuivis par une obstination

déraisonnable et ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris lorsqu'ils apparaissent inutiles ou disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, que la personne malade soit ou non en fin de vie. Lorsque celle-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter un traitement au motif que sa poursuite traduirait une obstination déraisonnable ne peut, s'agissant d'une mesure susceptible de mettre en danger la vie du patient, être prise par le médecin que dans le respect de la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et des règles de consultation fixées par le code de la santé publique. Il appartient au médecin, s'il prend une telle décision, de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs.

11. Il résulte de l'instruction que M. X, qui avait désigné Mme X en tant que « personne de confiance », n'a jamais été en état de manifester sa volonté quant aux soins dont il souhaitait bénéficier auprès de l'équipe médicale. Aucun élément du dossier ne permet en particulier de conclure à ce que M. X aurait consenti, le cas échéant, à une décision de limitation et/ou d'arrêt des traitements actifs en cas d'interrogation sur l'intérêt de poursuivre les soins en cas de dégradation de son état de santé.

12. Il résulte également de l'instruction, et notamment des pièces figurant dans le rapport d'expertise, que la première réunion dite « éthique » qui s'est tenue le 6 janvier, qui s'est conclue notamment par la décision de ne faire aucune manœuvre de réanimation et pas de dialyse continue, doit être regardée, dès lors qu'elle a concerné un traitement symptomatique tel que, dans le cas de M. X, la technique de support vital que constitue la dialyse, et même si les traitements curatifs alors en cours n'ont pas été suspendus, comme une mise en œuvre de la procédure dite de limitation et/ou arrêts des traitements dits actifs. Pour autant, aucun compte-rendu précis n'en a été dressé, et l'argumentation au soutien de cette décision apparaît, comme déjà dit au point 7, extrêmement sommaire. La seconde réunion dite « éthique » qui s'est tenue le 8 janvier, qui s'est explicitement conclue par une décision de mettre M. X sous sédation encourt, telle qu'elle est retranscrite dans le journal clinique, les mêmes observations. Il n'apparaît pas, en outre, que ces décisions aient été prises après consultation d'un médecin extérieur à l'équipe ayant pris en charge M. X. Le dossier médical de M. X ne comporte également aucun récapitulatif détaillé de l'ensemble des paramètres médicaux le concernant et aucune analyse des diverses hypothèses de traitement ayant pu être envisagées, ni aucune justification précise quant à la pertinence de la limitation puis de l'arrêt des traitements actifs administrés à M. X.

13. En revanche, si Mme X soutient ne pas avoir participé à ces réunions et ne pas avoir été invitée à présenter son avis sur les suites à réserver à la dégradation de l'état de santé de M. X, il résulte de l'instruction que sa présence est à chaque fois mentionnée sur le journal clinique faisant état de la tenue des réunions dites d'éthique ainsi que sur le compte-rendu global de l'hospitalisation de M. X. Mme X qui indique par ailleurs avoir été très présente aux côtés de son époux, doit ainsi être regardée comme ayant, a minima, été entendue par l'équipe médicale dans le cadre des discussions relatives à la limitation et/ou l'arrêt des traitements. Enfin, contrairement à ce qu'indique Mme X le journal clinique ne fait pas état de la présence le 8 janvier du fils de M. X, mais se borne à faire état d'une discussion avec celui-ci et sa mère.

14. Il résulte de ce qui précède que le CHU de Toulouse, qui ne s'est pas conformé au cadre juridique définissant de manière précise la procédure selon laquelle aurait dû être prise la décision de limitation et/ou d'arrêt des traitements susceptible d'aboutir à la fin de vie

N° 1900967

de M. X, a ainsi entaché cette décision, comme le soutient Mme X, d'une faute de nature à engager sa responsabilité.

Sur le lien de causalité et le niveau de la perte de chance :

15. Il résulte de l'instruction, et en particulier du rapport d'expertise, que si l'absence d'épuration extrarénale ne peut être regardée comme la cause directe du décès de M. X, cette absence a incontestablement joué un rôle majeur dans celui-ci, une telle absence chez un patient en insuffisance rénale terminale provoquant la mort dans un délai de l'ordre de 8 à 10 jours, ce que ne conteste pas sérieusement le CHU. Le rapport d'expertise, tout en relevant que, faute d'autopsie, la cause exacte du décès de M. X demeure inconnue, indique clairement que la survie de M. X impliquait d'autres soins, notamment pour mieux contrôler le sepsis et la tension artérielle, qui n'ont pas été entrepris. Cette absence de soins conformes aux nécessités de la situation postopératoire dans laquelle se trouvait M. X, aggravée par les décisions de limitation et d'arrêt des traitements prises les 6 et 8 janvier, dont la justification n'apparaît pas clairement établie, faute pour le CHU d'avoir tenu à jour de manière exhaustive et suffisamment précise l'ensemble des paramètres médicaux ayant caractérisé l'évolution de l'état de santé de l'intéressé, constitue, sans que puisse y faire obstacle l'âge et les comorbidités présentées par M. X, relevées par le CHU, la cause directe de l'aggravation de son état de santé, puis de son décès. Eu égard à ce qui précède, l'ampleur des chances de survie perdues par M. X du fait des fautes du CHU doit être fixée à 60%.

Sur les préjudices de M. X et de Mme X :

En ce qui concerne M. X

16. Aux termes de l'article 724 du code civil : « *Les héritiers désignés par la loi sont saisi de plein droit des biens, droits et actions du défunt.* ». Le droit à réparation d'un dommage, quelle que soit sa nature, s'ouvre à la date à laquelle se produit le fait qui en est la cause. Si la victime du dommage décède avant d'avoir elle-même introduit une action en réparation, son droit, entré dans son patrimoine avant son décès, est transmis à ses héritiers.

Quant au préjudice moral d'impréparation et au préjudice moral tenant à l'absence de consentement à la coloscopie

17. Comme indiqué au point 5, M. X, qui doit être regardé comme ayant été informé des risques présentés par un examen coloscopique et avoir consenti à un tel examen, ne peut se prévaloir d'un préjudice moral d'impréparation et de défaut de consentement, et les conclusions en indemnisation formées à cet effet par Mme X ne peuvent qu'être rejetées.

Quant aux souffrances endurées

18. Les souffrances endurées par M. X à la suite de son opération intervenue le 3 janvier et le 8 janvier, date à partir de laquelle il a été placé sous sédation à la suite de la 2^{ème} réunion dite éthique ont été estimées par l'expert, dans le complément à son rapport, à 3,5 sur une échelle allant de 1 à 7, ce qui correspond à un niveau de souffrances modéré à moyen. Il sera fait une juste appréciation de ce chef particulier de préjudice en l'indemnisant, après prise en compte de la perte de chance, à hauteur de 3 000 euros.

N° 1900967

En ce qui concerne Mme X

Quant aux frais d'obsèques

19. Mme X sollicite le remboursement de la somme de 2 836 euros engagé par elle au titre des frais funéraires de son époux. Il lui sera remboursé à ce titre, après application du taux de perte de chance de 60 %, une somme de 1 701,60 euros.

Quant au préjudice d'accompagnement de fin de vie

20. Il résulte de l'instruction que l'hospitalisation de M. X le 2 janvier ne laissait aucunement augurer une issue fatale. Ce n'est qu'à compter du 6 janvier 2017, après l'échec de la tentative d'hémodialyse ayant eu lieu la veille, à l'occasion de la première réunion dite « éthique » que Mme X a pu prendre conscience de l'imminence du décès de son époux, qui est ensuite intervenu très rapidement, le 9 janvier au matin. Il sera fait une juste appréciation du préjudice d'accompagnement de fin de vie subi par Mme X en l'indemnisant, après prise en compte de la perte de chance, à hauteur de 180 euros

Quant au préjudice d'affection

21. Il sera fait une juste appréciation du préjudice d'affection subi par Mme X en l'évaluant à 12 000 euros après application du taux de perte de chance

Quant au préjudice moral lié à l'absence de respect de la procédure de limitation et d'arrêt des traitements

22. Compte tenu des éléments développés au point 7, et en particulier du caractère lacunaire des motifs médicaux justifiant tant la décision du 6 janvier 2017 de ne recourir ni à la technique de l'hémofiltration continue ni à d'autres examens, que celle du 8 janvier suivant, du caractère peu formalisé et non conforme à la procédure définie à l'article R. 4127-37-2 du code de la santé publique de la manière dont ces réunions dites éthique ont été organisées et de l'absence de toute consultation d'un médecin extérieur à l'équipe des soignants dont l'avis motivé aurait pu permettre à Mme X de mieux comprendre les décisions alors prises, cette dernière a subi un préjudice moral dont il sera fait une juste appréciation en l'indemnisant à hauteur de 2 000 euros.

Quant au préjudice économique

23. Il résulte de l'instruction que le revenu annuel moyen du foyer avant le décès de M. X s'élevait à la somme de 44 676 euros. La part de consommation de M. X, en l'absence d'enfant à charge au foyer, peut être évaluée à 35% de cette somme, soit 15 636,60 euros, le solde étant de 29 039,40 euros. Après déduction des 17 030 euros de revenus de Mme X, laquelle bénéficie désormais en outre d'une pension de réversion dont le montant annuel moyen peut être estimé, selon les pièces produites par l'intéressée, à 7 800 euros, la perte économique annuelle de cette dernière peut être estimée à 4 200 euros par an. Il résulte par ailleurs de l'instruction, tant du rapport d'expertise que des différents comptes rendus médicaux figurant au dossier que M. X, souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale, et présentant plusieurs comorbidités, notamment des troubles cardiovasculaires et une bronchopneumopathie chronique, ne disposait objectivement, même s'il avait fait l'objet

N° 1900967

d'une prise en charge médicale non fautive de la part du CHU de Toulouse, que d'une espérance de vie limitée de l'ordre de deux à trois ans. Dans ces circonstances particulières, et en retenant une espérance de vie de M. X de l'ordre de trente mois, la perte de revenus subie par Mme X peut être estimée à hauteur de 10 500 euros avant prise en compte de la perte de chance. Le préjudice économique subi par la requérante fera ainsi l'objet d'une juste indemnisation en lui accordant 6 300 euros après prise en compte de la perte de chance.

Sur les intérêts et la capitalisation des intérêts :

24. Mme X a droit aux intérêts au taux légal correspondant aux indemnités visées aux points 18 à 23 à compter du 22 novembre 2017, date de la demande indemnitaire préalable adressée au CHU. La somme de ces indemnités donnera lieu à capitalisation des intérêts, celle-ci ayant été demandée le 21 février 2019, à compter du 23 novembre 2018, puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date.

Sur les droits de la CPAM :

25. Si la laparotomie réalisée en urgence le 3 janvier 2017 au CHU de Toulouse est intervenue à des fins exploratoires en raison d'une suspicion de perforation digestive potentiellement imputable à la coloscopie pratiquée le 28 décembre précédent sur M. X, il résulte de l'instruction que cette opération, si elle n'a pas permis de mettre en évidence un signe de péritonite, ni un signe de perforation de l'angle colique gauche, comme le laissait entrevoir le scanner réalisé la veille, a également confirmé la présence d'un adénocarcinome au niveau du colon gauche de l'intéressé, ce qui a conduit le médecin à pratiquer une colectomie partielle afin d'enlever cette tumeur. Une telle opération, qui s'est déroulée selon le rapport d'expertise dans les règles de l'art, devait en tout état de cause nécessairement avoir lieu, même en l'absence de la complication de l'acte de coloscopie, laquelle ne résulte pas d'une faute mais de la survenance d'un aléa thérapeutique. Les frais d'hospitalisation, les frais médicaux et les frais de transport dont la CPAM réclame le remboursement au CHU de Toulouse ne sont ainsi aucunement imputables à ce dernier et la demande de remboursement de ses débours par la caisse ne peut ainsi qu'être rejetée, de même que ses conclusions relatives à l'indemnité forfaitaire de gestion

Sur les frais liés au litige :

En ce qui concerne les frais d'expertise

26. Aux termes de l'article R. 621-13 du code de justice administrative : « *Lorsque l'expertise a été ordonnée sur le fondement du titre III du livre V, le président du tribunal (...) en fixe les frais et honoraires par une ordonnance prise conformément aux dispositions des articles R. 621-11 et R. 761-4. Cette ordonnance désigne la ou les parties qui assumeront la charge de ces frais et honoraires (...) Dans le cas où les frais d'expertise mentionnés à l'alinéa précédent sont compris dans les dépens d'une instance principale, la formation de jugement statuant sur cette instance peut décider que la charge définitive de ces frais incombe à une partie autre que celle qui a été désignée par l'ordonnance mentionnée à l'alinéa précédent ou par le jugement rendu sur un recours dirigé contre cette ordonnance* ». Il y a lieu de mettre les frais d'expertise liquidés et taxés à la somme de 900 euros et mis à la charge de Mme X par l'ordonnance susvisée du 22 janvier 2019 à la charge définitive du CHU de Toulouse.

En ce qui concerne les autres frais

27. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du CHU de Toulouse le versement d'une somme de 1 500 euros au titre des frais exposés par Mme X au titre des frais exposés par elle et non compris dans les dépens.

DECIDE :

Article 1^{er} : Le centre hospitalier universitaire de Toulouse versera à Mme X la somme de 3 000 euros au titre des préjudices subis par M. X. Cette somme portera intérêt au taux légal à compter du 22 novembre 2017. Les intérêts échus à la date du 23 novembre 2018 puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 2 : Le centre hospitalier universitaire de Toulouse versera à Mme X la somme de 22 181,60 euros au titre de ses différents préjudices. Cette somme portera intérêt au taux légal à compter du 22 novembre 2017. Les intérêts échus à la date du 23 novembre 2018 puis à chaque échéance annuelle à compter de cette date seront capitalisés à chacune de ces dates pour produire eux-mêmes intérêts.

Article 3 : Les frais et honoraires de l'expertise réalisée par le Docteur Xa liquidés et taxés à la somme de 900 euros par ordonnance du 22 janvier 2019 sont mis à la charge définitive du CHU de Toulouse.

Article 4 : Le centre hospitalier universitaire de Toulouse versera à Mme X 1 500 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 5 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 6 : Les conclusions de la CPAM du Tarn sont rejetées.

Article 7 : Le présent jugement sera notifié à Mme X, au centre hospitalier universitaire de Toulouse, à la caisse primaire d'assurance maladie du Tarn et à la caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin.

Délibéré après l'audience du 18 mars 2021, à laquelle siégeaient :

- Mme Carthé Mazères, présidente,
- Mme Laporte, premier conseiller,
- M. Mony, premier conseiller.

Rendu public par mise à disposition au greffe le 1^{er} avril 2021.

Le rapporteur

La présidente

A. Mony

I. Carthé Mazères

La greffière

F. Deglos

La République mande et ordonne au ministre des solidarités et de la santé, en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis, en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution du présent jugement.

Pour expédition conforme :
La greffière en chef,