



Affaire n° 17 03814	Conclusions	Rapporteur
Req. : M. C==== et Mme M====	Audience collégiale du 19 novembre 2019	Rapporteur public AC
Déf. : CHU de Limoges	OCI	Président CG
Analyse : RH		

17BX03814 Audience du 19 novembre 2019

Le drame qu'a connu la famille du jeune O==== C==== a fourni à la Cour l'occasion d'une réflexion sur la charge de la preuve dans le contentieux de la RH. La solution proposée par le rapporteur public vise à faire converger, conformément à l'un des objectifs de la loi du 4 mars 2002, les positions entre la Cour de cassation et le CE dans ce contentieux où les législations appliquées par les juges judiciaires et administratifs sont identiques.

Conclusions d'Aurélie Chauvin, rapporteur public

1. Le 30 décembre 2009, O==== C====, alors âgé de 8 mois a fait une chute à son domicile d'une hauteur de 50 cm sur un plan dur, à l'origine d'un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni trouble du comportement.

Ayant présenté un épisode de vomissements trois heures après cette chute, il a été conduit par ses parents, M. C==== et Mme M====, au service des urgences du centre hospitalier de Confolens qui a noté à son admission vers 13 heures, un enfant somnolent mais éveillable, ne présentant aucun signe de localisation neurologique avec réponse aux stimulations. A la suite d'un nouvel épisode de vomissements vers 13h15, l'enfant a été transféré à 13h40 par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), vers le service des urgences pédiatriques du centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges où il a été pris en charge vers 14h30. Un scanner cérébral réalisé à 15h45 a révélé une fracture pariétale gauche et un volumineux hématome extradural gauche qui a fait l'objet d'une évacuation chirurgicale en urgence. Cette intervention s'est compliquée d'un choc hémorragique qui a nécessité remplissage et transfusion et dans les suites, l'état de l'enfant s'est aggravé avec l'apparition de convulsions tonico-cloniques, des hématomes extradural et sous-dural qui ont conduit à une nouvelle intervention neurochirurgicale pratiquée le 1^{er} janvier 2010.

Alors qu'O==== était placé sous sédation, dans le service de réanimation pédiatrique du CHU de Limoges, le 4 janvier 2010 en fin de matinée, une coudure de la sonde d'intubation l'alimentant en oxygène a entraîné un épisode anoxo-ischémique à la suite duquel l'enfant a



dû faire l'objet d'une réanimation par massage cardiaque et ventilation. La sédation d'O=== a cessé le 17 janvier 2010 et, il a été transféré en service de pédiatrie médicale à compter du 25 janvier 2010. O=== est rentré chez ses parents le 12 février 2010.

Il présente aujourd'hui de graves séquelles neurologiques avec un retard psychomoteur important.

Mme M=== a d'abord saisi la commission régionale de conciliation et d'indemnisation du Limousin, laquelle a ordonné une expertise médicale confiée aux Dr X=== et Y=== . Ces experts ont notamment conclu dans un rapport du 16 août 2011 que la prise en charge de l'enfant par le personnel soignant lors de la survenue de la coudure de la sonde d'intubation en oxygène le 4 janvier 2010 qu'ils qualifient d'accident iatrogène, pouvait être considérée comme anormalement longue et que ce défaut de surveillance et d'organisation du service était à l'origine de complications et d'une partie des séquelles fonctionnelles globales présentées par l'enfant à hauteur de 20%. La CRCI a ensuite estimé, dans un avis du 25 janvier 2012, que la réparation des préjudices subis par le jeune O=== incombait à l'assureur du CHU de Limoges, dans cette limite et à titre provisionnel, dès lors que l'état de santé de l'enfant n'était pas consolidé. Mais la société hospitalière d'assurances mutuelles (la Sham), assureur du CHU de Limoges, a refusé de suivre cet avis aux motifs que les lésions graves étaient selon elle, déjà constituées et définitives avant que ne survienne l'incident de coudure de la sonde.

C'est dans ces conditions, que M. C=== et Mme M=== ont saisi le juge des référés du tribunal administratif de Limoges qui a fait droit à leur demande d'expertise médicale. Au terme du rapport établi le 20 mars 2014, M. P=== , désigné comme expert conclut également à un défaut d'organisation dans la prise en charge de l'enfant suite à la coudure de la sonde d'intubation, à l'origine d'une majoration de 25 % du tableau séquellaire présenté par l'enfant.

Par leur requête, M. C=== et Mme M=== relèvent appel du jugement du 12 octobre 2017 par lequel le tribunal administratif de Limoges a jugé que ni la responsabilité du CHU de Limoges, ni celle du centre hospitalier de Confolens n'était engagée (estimant notamment



qu'il n'était pas démontré que les lésions anoxo-ischémiques ne préexistaient pas avant l'épisode de la sonde coudée, en l'absence d'imagerie précédant cet accident). Il a ainsi rejeté leur demande tendant à la condamnation de ces établissements à leur verser une somme globale de 442 560 euros en réparation des préjudices résultant de la prise en charge de leur fils mineur. Ils demandent devant votre Cour, le versement d'une indemnité « provisionnelle » de 507 700 euros et l'organisation d'une nouvelle expertise aux fins de procéder à l'évaluation des préjudices d'O=== dont l'état de santé a évolué.

La caisse primaire d'assurance maladie de La Rochelle venant aux droits de la CPAM de la Charente renouvelle ses conclusions en appel tendant à la condamnation du CHU de Limoges, de la SHAM et du centre hospitalier de Confolens à lui rembourser la somme de 190 673,37 euros correspondants aux frais et débours exposés pour O=== ainsi que l'indemnité forfaitaire de gestion.

L'ONIAM demande sa mise hors de cause et vous pourrez y faire droit en l'absence d'accident médical non fautif à l'origine du dommage permettant d'engager l'indemnisation par la solidarité nationale.

2. Sur le principe de la responsabilité

2. 1 Nous vous proposons d'abord de confirmer l'absence de manquement fautif de la part du centre hospitalier de Confolens dans la prise en charge initiale de l'enfant au service des urgences qui, de l'avis des experts, a été réalisée dans les règles de l'art.

Il en est de même du transfert d'O=== au CHU de Limoges qui a été décidé 15 minutes après son admission au centre hospitalier de Confolens et réalisé dans la foulée par un véhicule affrété par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), dans des conditions conformes aux règles de l'art (enfant perfusé et surveillé cliniquement).

Nous n'avons pas vu non plus de retard à la réalisation de la première neurochirurgie qui a débuté à 17h20, au CHU de Limoges soit 95 minutes après le scanner. Le timing quant à la réalisation des examens complémentaires et des actes thérapeutiques s'est aussi avéré selon le rapport des experts désignés par le juge des référés dans les normes.



Enfin M. C==== et Mme M==== reprochent au CHU de Limoges l'utilisation sans les avoir informés, de phénytoïne alors que l'autorisation de mise sur le marché ne la prévoit pas pour les enfants de moins de 5 ans, et en surdosage pendant une durée d'au moins 11 jours susceptible d'être à l'origine d'une symptomatologie neurologique.

Toutefois, la seule circonstance qu'un praticien ait délivré un remède qui n'a pas été autorisé comme spécialité pharmaceutique ne permet pas de regarder l'administration de ce remède comme constituant un manquement (Voyez CE, 12 mai 1958, Demaret p. 1003 ou 16 janvier 1961, sieur Hervé p. 42), de même que la prescription d'un médicament en dehors des indications et préconisations de l'autorisation de mise sur le marché n'est pas forcément constitutive d'une faute (CE 19 juillet 2011, M. Beranger, n° 334546). Il n'y a ainsi pas de manquement à avoir en l'espèce administré de la phénytoïne à O==== alors en outre qu'il résulte de l'instruction que cette molécule fait partie des protocoles thérapeutiques pédiatriques en France au Canada et aux Etats Unis. Et s'il y a eu surdosage, il n'est pas établi le lien avec le dommage subi.

Enfin, compte tenu de l'urgence de la situation, devant les crises comitales de l'enfant hospitalisé qui ne passaient pas avec les médicaments prescrits, l'absence d'information préalable des parents avant l'administration de phénytoïne n'apparaît pas fautive.

Vous confirmerez ainsi les premiers juges sur ces différents manquements invoqués par les requérants.

2. 2 Nous serons un peu plus long sur le retard de prise en charge de l'enfant suite à l'épisode de la coudure de la sonde d'intubation, survenu le 4 janvier 2010. Les consorts C==== et M==== font valoir que cet accident a été détecté et pris en charge tardivement par l'équipe soignante, ce qui constitue un défaut de surveillance de nature à engager la responsabilité du CHU.

Le CHU fait valoir que les appelants ne rapportent pas la preuve de ce défaut de surveillance.



Comme vous le savez, la responsabilité d'un professionnel de santé ne peut être engagée à raison des actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'il prodigue qu'en cas de faute prouvée. En l'état du droit, dans le contentieux indemnitaire, il appartient normalement au demandeur d'établir la faute de l'administration, au même titre que l'existence de son dommage et celle d'un lien direct entre la faute et le dommage.

Mais, selon le rapporteur public M. Didier Chauvaux dans ses conclusions sur l'arrêt Consort Telle ([CE Section 5 janvier 2000 n° 181899](#)) rendu à propos du défaut d'information, « *le juge administratif ne fait pas de cette règle une application rigide. Il n'hésite pas à l'aménager, en particulier, lorsque le fait allégué est un fait négatif, dont la preuve est impossible en pratique. Comme l'écrivait le président Odent dans son cours de contentieux administratif, le requérant "n'a à fournir de preuves que dans l'hypothèse où celles-ci sont normalement à sa disposition; sinon, il lui suffit d'apporter de simples présomptions, des commencements de preuve; (...) L'existence de ces preuves ou ébauches de preuve met le fardeau de la preuve contraire à la charge de l'adversaire, du défendeur"* (p. 898).

En matière de responsabilité hospitalière, sauf le cas des actes de soins courants où la faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service est de jurisprudence ancienne et constante, présumée ([CE 13 février 1962 Meier au Recueil p. 162 s'agissant des conséquences anormales des piqûres injections ou perfusions](#)), la faute doit être démontrée en principe par le patient qui peut la rapporter par tous moyens.

Le législateur a prévu qu'elle incombait au professionnel ou à l'établissement de santé qu'en ce qui concerne le respect de l'obligation d'information (C'est l'article L. 1111-2 du CSP qui codifie la jurisprudence Consort Telle).

Afin de rapporter la preuve qui incombe au demandeur, en dehors des cas précités, les patients disposent de droits à l'égard de l'hôpital (par exemple, la communication de leur dossier) et peuvent mobiliser certaines procédures devant le juge, notamment celui des référés afin qu'il ordonne une expertise médicale, ce qui a été le cas en l'espèce. Et le juge, qui n'est pas médecin se fondera sur ces expertises médicales. Comme le disait le Doyen Vedel : *le juriste est en cette matière étroitement soumis au médecin "comme l'est le profane en face du*



savant, comme l'est le patient en face du professeur" Il importe néanmoins, ajoutait-il, que le médecin fournisse au juriste des données "relativement sûres".

Or en l'espèce, il n'y a pas de certitude dans les rapports d'expertise dont vous disposez au dossier.

Il est constant que vers 13h le 4 janvier, il a été constaté que la sonde d'intubation s'était coudée, privant ainsi l'enfant en oxygène depuis une durée indéterminée. La précédente observation dans son dossier étant datée de 12h33, comme le révèlent les « feuilles de surveillance réanimation pédiatrique », il est possible que l'incident ait duré quelques minutes, d'autant qu'il n'y a aucun document concernant l'éventuel déclenchement d'une alarme. Le personnel de ce service a retrouvé O=== avec un rythme cardiaque ralenti (bradycardie) de 35 battements par minute, avec une mydriase bilatérale et une désaturation d'oxygène à 10 %. Il a alors été réalisé un massage cardiaque externe et une ventilation en oxygène à 100 %. Mais vous ne savez pas si l'alarme s'était déclenchée, ni combien de minutes se sont écoulées avant que le personnel ne réagisse à cette coudure.

Les experts CRCI émettent dans leur rapport l'hypothèse d'un défaut de surveillance et d'organisation du service en notant « en l'absence d'élément objectivant de façon précise (note bas de page : durée exacte non connue entre les premières sonneries et l'arrivée du personnel soignant) ledit manquement, nous avons expliqué qu'il était impossible de nous prononcer de façon certaine sur ce fait allégué » (rapport CRCI, p. 13). L'expertise diligentée par le juge des référés est empreinte des mêmes incertitudes et pour les mêmes raisons. M. P=== indique « *la prise en en charge n'a pas été immédiate, sans que les documents présentés n'apportent d'élément précis quant au mode de gestion de cette situation* » (rapport, p. 16). Et il conclut « *la prise en charge lors de l'accident iatrogène survenu le 4 janvier 2010, n'a sans doute pas été tout à fait adéquate. La surveillance du traitement (sic) a été alors défailante, pour des raisons qu'il est difficile de totalement expliciter par le contenu des pièces médicales fournies (il évoque p. 18 du rapport qq hypothèses : prises en charge trop tardive, défaut de fonctionnement du matériel de surveillance et notamment des systèmes d'alarme ?)* ».

Ainsi, il résulte de l'instruction qu'il n'y a pas de données objectives permettant de déterminer si le dispositif d'alarme (qui a d'ailleurs été changé au décours de l'évènement) a



fonctionné normalement, ni d'évaluer le temps de réaction du personnel soignant. Mais, si les experts n'émettent que des hypothèses, c'est en raison de l'insuffisance des pièces communiquées par le centre hospitalier et nous relevons que dans les deux expertises, il y a concordance, malgré les doutes, pour retenir un défaut de surveillance et/ou du moins un retard d'intervention et/ou d'organisation du service de réanimation pédiatrique.

Notons par ailleurs que pour dissiper ces doutes, vous avez usé de vos pouvoirs d'instruction en adressant au CHU de Limoges, en application de l'article R. 611-17 du code de justice administrative, une mesure supplémentaire d'instruction lui demandant une copie exhaustive et lisible de l'ensemble des observations et prescriptions médicales ainsi que des comptes rendus des examens médicaux réalisés (imagerie, biologie, anesthésie...) du 30 décembre 2009 au 25 janvier 2010 et une copie exhaustive et lisible des transmissions ciblées du personnel infirmier pour les journées des 2, 3 et 4 janvier 2010.¹

Si en l'espèce le CHU a fourni un certain nombre de pièces, nous n'y avons pas vu les relevés des constantes de l'enfant autour de l'incident du 4 janvier, et surtout aucune mention pour les journées précitées dans les feuilles de transmissions ciblées. En dehors des cd-roms d'imageries et du dossier médical de l'enfant du 30 décembre 2009 au 25 janvier 2010 qui est assez mince, il nous semble que ce sont les mêmes documents dont ont disposé les experts et vous ne pourrez donc lever leurs doutes.

Nous vous proposons, dans cette situation très particulière où semble manquer au dossier médical du patient des pièces essentielles (ici les transmissions des 2, 3 et 4 janvier) permettant de vérifier que la prise en charge a été adaptée, alors que celle-ci est sérieusement critiquée, de vous inspirer de la jurisprudence de la Cour de cassation qui **inverse la charge de la preuve lorsqu'un établissement de santé n'est pas en mesure de fournir de telles informations.**

Voyez :

- Civ 1, 13 décembre 2012, 11-27347, publié au bulletin :

« L'absence de production par la clinique des enregistrements permanents de monitoring, dès lors qu'ils rendaient impossible la preuve du moment précis où la souffrance foetale était survenue, et partant la preuve du respect par la sage-femme de son obligation de

¹ Vous savez que dans l'hypothèse où l'administration s'abstient de répondre à une telle mesure, le juge de l'excès de pouvoir retient comme établi le motif allégué par les requérants qui se prévalent au soutien de leurs allégations de circonstances de faits précis constituant des présomptions sérieuses (CE Assemblée, 28 mai 1954, *Barel et a.*, n°s 28238 et a., p. ; v. aussi CE, 8 juin 1983, *Brisset*, n° 11 547 T.).



surveillance de la parturiente, devait entraîner à tout le moins un renversement de la charge de la preuve, faisant peser sur la clinique l'obligation de prouver que la sage-femme avait appelé le médecin obstétricien dès que la souffrance foetale avait pu être constatée, et faisant bénéficier le doute éventuel sur ce point aux victimes du dommage »

- également Civ 1, 8 février 2017, 16-11527, non publié :

« (...) en l'absence de communication d'informations médicales relatives à la prise en charge du patient dans la nuit du 30 novembre au 1er décembre 2009, il incombait à la clinique d'apporter la preuve que les soins avaient été appropriés à son état de santé (...) »

- et Civ 1, 26 septembre 2018, 17-20143, publié au bulletin.

Vous retrouverez ce raisonnement dans quelques jugements de tribunaux rendus en cas de perte d'un dossier médical. Ainsi est-il jugé qu'une telle perte *« place le patient ou ses ayants-droits dans l'impossibilité d'accéder aux informations de santé concernant celui-ci et, le cas échéant, d'établir l'existence d'une faute dans sa prise en charge. Dès lors, elle conduit à inverser la charge de la preuve et à imposer à l'établissement de santé de démontrer que les soins prodigués ont été appropriés (...) »*. (TA de Marseille 14/10/2019 n° 1709916, 1800215 ; TA de Paris en C+ 1/02/2019 n° 1804441).

La solution que nous vous proposons quant à la charge de la preuve dans cette situation particulière où vous ne disposez pas des éléments essentiels relatifs au suivi médical d'un patient, ne modifie pas selon nous radicalement la jurisprudence en la matière : il appartiendra toujours au demandeur de mettre sous les yeux du juge des allégations sérieuses et au juge de se former sa conviction en fonction des éléments de toute nature produits devant lui. Mais l'idée est, pour reprendre M. Didier Chauvaux, de reconnaître que *« l'établissement de la vérité exige nécessairement une participation de l'administration »*.

En l'espèce, le CHU de Limoges ne rapportant pas la preuve de ce que la prise en charge de l'incident sur le coudage de la sonde aurait été adaptée, alors que les experts ont émis l'hypothèse d'un défaut de surveillance, nous vous proposons de retenir l'existence d'une faute dans l'organisation du service de nature à engager sa responsabilité.

2. 3 M. C=== et Mme M=== soutiennent également que leur fils a présenté pendant une durée de plus de douze heures, à la suite de l'accident iatrogène, une situation de profonde alcosse respiratoire qui n'a pas été contrôlée ni régulée ayant provoqué une hyperventilation laquelle a aggravé l'anoxie-ischémique cérébrale résultant de la coudure de la sonde. Ils s'appuient pour cela sur l'analyse critique du dossier médical d'O=== C===, réalisée le 6 novembre 2018 par le Pr Z===, spécialiste de réanimation pédiatrique et néonatale, et complétée le 6 septembre 2019.



Or, le CHU n'apporte aucun élément d'ordre médical sérieux pour contredire cette analyse qui a été soumise au débat contradictoire. Vous pourriez donc estimer qu'il y a eu une seconde faute de surveillance de l'enfant dans les suites de l'incident de l'épisode d'anoxo-ischémie subi lié au cou dage de la sonde.

3. Sur le lien de causalité

Le CHU soutient que pour regrettable que soit cet accident iatrogène survenu le 4 janvier 2010, il n'est pas établi qu'il aurait été de nature à aggraver les conséquences de l'état de santé de l'enfant et se prévaut à ce titre des expertises qui s'appuient sur l'imagerie et des rapports critiques du Pr F==== et du Dr V==== .

Certes, le pronostic fonctionnel neuropsychomoteur de l'enfant était déjà engagé du fait du traumatisme crânien et l'accident iatrogène est venu se surajouter à la souffrance de l'enfant ; vous pourriez en juger de même de l'hyperventilation non surveillée à la suite de cet épisode ; mais, nous pensons que les fautes relevées ci-dessus ont eu des effets sur l'état d'O==== puisqu'on en retrouve des traces sur l'imagerie. Ainsi les experts judiciaires indiquent que les lésions des noyaux gris figurant sur l'examen par imagerie par résonance magnétique l'IRM encéphalique effectuée le 8 janvier 2010, quatre jours après l'accident iatrogène « sont compatibles avec des manifestations de type anoxo-ischémiques (...) il est possible d'affirmer qu'une participation de ces lésions de la base est lié à l'évènement fautif survenu le 4 janvier 2010 ».

Ils ont estimé que l'incident du 4 janvier 2010 avait « majoré le tableau neurologique déficitaire en raison de la souffrance anoxo-ischémique qu'il a induite, celle-ci s'étant en outre produite sur un cerveau déjà en souffrance, à quelques jours d'un traumatisme crânien majeur ». C'est également en ce sens que les experts de la CRCI se sont prononcés, estimant que 20 % de séquelles globales de l'enfant étaient imputables à l'épisode de la coudure.

Compte tenu des deux expertises concordantes dont vous disposez au dossier, vous devrez ainsi retenir que le retard de prise en charge de la coudure de la sonde d'intubation, qui a entraîné une bradycardie extrême justifiant des mesures de réanimation est à l'origine d'une



aggravation de l'état de santé de l'enfant, alors même qu'aucune imagerie avant l'accident ne vient le confirmer.

Vous savez que lorsque le juge n'a pas la certitude que le dommage aurait été évité en l'absence de faute, dans le cas où la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a seulement compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, vous appliquez un raisonnement fondé sur la perte de chance estimant que le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage soit advenu (CE, 21/12/2007 CH de la Vienne n° 289728). En pareil cas seule est indemnisable la fraction du dommage correspondant à l'ampleur de la chance perdue.

En l'espèce, aucun des experts, en dehors du Pr Z=== que les appelants ont missionnés, ne s'expriment clairement sur la perte de chance. Mais tant les experts judiciaires que ceux désignés par la CRCI fixent autour du même ordre de grandeur (de 20, 25%), le pourcentage du dommage imputable au défaut d'organisation du service.² Les analyses communiquées par les appelants ne sont pas à notre sens suffisantes pour remettre en cause ce pourcentage que nous vous proposons donc de retenir à hauteur de 25%, sauf à ordonner une nouvelle expertise sur ce point. Les fautes du CHU de Limoges ont selon nous compromis la guérison d'O=== suite au traumatisme crânien et lui ont fait perdre une chance que nous estimons à 25 % d'échapper à l'aggravation de son état.

4. Sur l'évaluation des préjudices

S'agissant d'un enfant non consolidé et encore mineur, la jurisprudence opte généralement pour une réparation jusqu'à la majorité, préjudice par préjudice, soit en capital soit sous forme de rente, en invitant la victime à revenir devant la juridiction pour faire le bilan des préjudices et des sommes exposées, et fixer ainsi définitivement l'indemnisation sous forme de capital (CE, 16 novembre 1979, Hanryon, aux Tables). Mais ainsi que l'indique

² Les experts désignés par la CRCI retiennent ainsi que l'« *accident médical iatrogène était responsable du tableau séquellaire global de l'enfant à hauteur de 20%* »(rapport, p. 19). Quant aux experts judiciaires, ils ont considéré que « *la part relevant du fait anoxique peut être évalué à 25 % du tableau clinique déficitaire de (l') enfant* » (rapport, p. 20).



le CHU, et qu'il est jugé par le CE en matière de pathologies évolutives, ([CE, 5 décembre 2008, n° 296460](#)) « l'absence de consolidation impliquant notamment l'impossibilité de fixer définitivement un taux d'incapacité permanente, ne fait pas obstacle à ce que soient mises à la charge du responsable du dommage des dépenses médicales dont il est d'ores et déjà certain qu'elles devront être exposées à l'avenir, ainsi que la réparation de l'ensemble des conséquences déjà acquises de la détérioration de l'état de santé de l'intéressé ». Ce n'est donc pas une provision comme il est demandé que vous allouerez mais bien une indemnité définitive des préjudices déjà constitués ou dont la réalisation est certaine à l'avenir. Il appartiendra aux requérants, s'ils s'y croient fondés et en cas de persistance ou d'aggravation de la situation de leur enfant à l'avenir, ou à ce dernier à sa majorité, de solliciter l'indemnisation des préjudices futurs et en lien avec les fautes commises par l'établissement public de santé.

4. 1 En ce qui concerne les préjudices d'O=== C===

4. 1. 1 Quant aux frais divers

M. C=== et Mme M=== ont d'abord droit au remboursement des frais de médecin conseil qu'ils ont été contraints de déboursier pour se faire assister à l'occasion de l'expertise médicale de leur fils. Ils établissent s'être acquittés de la somme **de 5 500 euros** sur laquelle vous n'appliquerez pas le taux de perte de chance précité dès lors que ces frais résultent entièrement du dommage subi ([CE, 6 février 2019, M. Querci, n° 413997](#)).

4. 1. 2 Quant à l'assistante par tierce personne,

M. C=== et Mme M=== demandent la somme de 202 200 euros au titre de l'assistance à tierce personne dont O=== a besoin à raison de 5 heures par jour jusqu'aux 10 ans de leur enfant.

Il convient d'abord d'indiquer que contrairement à ce que soutient le CHU de Limoges, la toute petite enfance ne doit pas être mise à l'écart de cette indemnisation. M. Nicolas Polge, dans ses conclusions sur [CE, 26 juillet 2018, Mme Rolland n° 408806](#) indique



à ce titre *qu'il est d'argumentation usuelle de considérer qu'il n'y a pas de besoin de tierce personne supplémentaire jusqu'à l'âge de deux ans, mais soulignent que les arguments de cette sorte sont « contestables pour les handicaps lourds qui nécessitent des soins très supérieurs à ceux d'une puériculture ordinaire »*. Nous vous proposons donc d'indemniser l'enfant dès sa sortie de l'hôpital.

S'agissant du taux horaire, comme vous le savez, la circonstance que cette assistance soit apportée par un membre de la famille non qualifié ne doit pas conduire à ce que la somme soit inférieure au montant du salaire minimum de croissance augmenté des charges sociales (CE, 25 mai 2018, Mme Botuli Kadima, n° 393827 aux Tables) et il vous faudra tenir compte des congés payés et de la majoration pour travail les jours fériés.

Nous vous proposons de retenir un taux de 13 euros sur l'ensemble de la période demandée de la sortie de l'hôpital (12 février 2010) aux 10 ans de l'enfant le 6 mai 2019 soit une somme de 247 713 euros³. Le CHU devra prendre en charge 25 % de cette somme, soit **61 928 euros**.

Vous devrez déduire de cette indemnité versée au titre de la tierce personne, la prestation de compensation du handicap, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ainsi que l'allocation journalière de présence parentale (CE 393827 précitée ; CE, 27 avril 2019, n° 408624 ; CE, 23 septembre 201,3 n° 350799). S'agissant en outre du cas dans lequel la personne public n'est tenue de réparer comme en l'espèce, qu'une fraction du dommage, dès lors que sa faute n'a entraîné ici qu'une perte de chance d'éviter ce dommage, vous devrez faire application de la méthode précisée dans la décision du CE, du 26 juillet 2018 Mme Rolland, 408806, B, c'est-à-dire que cette déduction ne se justifie, le cas échéant, que dans la mesure nécessaire pour éviter que le montant cumulé de l'indemnisation et des prestations excède le montant total des frais d'assistance par une tierce personne.

En l'espèce, des éléments de l'instruction communiqués par les requérants à l'invitation de la cour, il résulte que les parents d'O=== ont perçu sur la période en cause la

³ $13 \times 5 \times 412 = 26780$ euros par an, $\times 9 + 2231$ pour un mois $\times 3 = 241020 + 6693 =$



PCH pour un montant de 121 173,95 euros, ainsi qu'une somme de 7 112,77 euros au titre de l'AEEH et de 14 110,35 euros au titre de l'AJPP, soit un total de 142 397, 07 euros.

Cette somme de 142 397,07 euros cumulée au montant de l'indemnisation incombant au CHU de 61 928 euros, n'excédant pas le montant total des frais d'assistance que nous avons calculés à hauteur de 247 713 euros, nous vous proposons de condamner le CHU de Limoges à verser cette somme.

4. 3 En ce qui concerne les préjudices personnels

Les experts ont retenu un déficit fonctionnel temporaire entre 60 et 80% et n'ont pas évalué les souffrances endurées dont les appelants demandent également réparation.

Nous vous proposons de faire une juste appréciation des troubles de toute nature subis par O=== âgé de 10 ans à ce jour, à raison d'un déficit fonctionnel temporaire de 75 %, et des souffrances physiques et morales qu'il subit nécessairement en les fixant à 45 000 euros. Ses parents en leur qualité de représentants légaux ont ainsi droit au versement d'un capital égal à 25 % de cette somme au titre des préjudices personnels temporaires subis, soit **11 250 euros**.

4. 4 En ce qui concerne les préjudices des parents

4. 4. 1 Une somme de 30 000 euros est réclamée au titre de l'incidence professionnelle subie par Mme M=== qui a dû cesser de travailler pour s'occuper de son fils. Mais elle n'apporte aucune pièce de nature établir son préjudice que nous vous proposons donc de rejeter.

4. 4. 2 Les appelants demandent également une somme de 35 000 euros chacun en réparation de leur douleur morale et des troubles dans leurs conditions d'existence.

Cette somme ne nous semble pas excessive et vous pourrez y faire droit pour 25 % compte tenu de la perte de chance précitée, et mettre ainsi à la charge du CHU de Limoges la somme de 8 750 euros chacun.



Voyez par exemple [CE, 26 février 2016, n° 352955](#), qui fait une juste appréciation du préjudice moral subi par les parents du fait de l'état de santé de leur fils F=== tétraplégique depuis l'âge de 13 ans, en leur allouant à chacun la somme de 40 000 euros.

5. Sur les droits de la CPAM

La CPAM de La Rochelle justifie, dans le dernier état de ses écritures, avoir engagé des frais actuels d'hospitalisation au CHU de Limoges, à l'hôpital national de Saint-Maurice et dans le service de soins à domicile (SSAD) « Bertha Roos », ainsi que des frais médicaux, pharmaceutiques et d'appareillage, qui sont en lien direct avec le dommage subi par l'enfant à compter du 4 janvier 2010, pour un montant total non contesté de 190 673,37 euros. Dès lors que, ainsi qu'il a été dit plus haut, les fautes commises par le CHU de Limoges ne sont à l'origine que d'une perte de chance d'éviter l'aggravation du dommage dont l'enfant était atteint à son admission, la caisse est seulement fondée à obtenir le remboursement sollicité à proportion du taux de perte de chance applicable en l'espèce, soit la somme de 47 668,34 euros.

Vous pourrez également faire droit à sa demande de versement de l'indemnité forfaitaire de gestion prévue par les dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, pour le montant de 1 080 euros auquel elle a été fixée par l'arrêté interministériel du 27 décembre 2018.

6. Enfin, vous pourrez laisser à la charge du CHU de Limoges les frais d'expertise taxés et liquidés à la somme de 2 000 euros par une ordonnance du 3 avril 2014.

PCMNC,

à ce que le CHU de Limoges soit condamné à verser à Mme M=== et M. C=== la somme de 8750 euros chacun en réparation de leur préjudices propres et en qualité de représentants légaux de leur fils O===, la somme de 78 678 euros au titre des préjudices que ce dernier a subi (5500 frais de médecin conseil + euros 61 928 ATP + 11 250 euros souffrances et DFT)



à la CPAM de La Rochelle, venant aux droits de la CPAM de la Charente, une somme de 47 668,34 euros au titre de ses débours ainsi que la somme de 1 080 euros au titre de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale et dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du CHU de Limoges et de la SHAM le paiement à Mme M=== et M. C=== d'une somme de 1 500 euros sur le fondement de l'article L. 761-1 du code de justice administrative et à la CPAM de La Rochelle la somme de 800 euros que celle-ci demande sur ce même fondement.

CCLRAPU