

## Analyse

# La responsabilité pour faute en matière hospitalière à l'épreuve de l'acharnement thérapeutique: le jugement du 2 juin 2009 du tribunal administratif de Nîmes - 2<sup>e</sup> partie

### L'engagement de la responsabilité de l'hôpital pour faute en matière d'acharnement thérapeutique

Considéré comme une atteinte au principe de la dignité de la personne humaine, l'acharnement thérapeutique permet aujourd'hui l'engagement de la responsabilité d'un hôpital pour faute.

#### Le principe de la dignité humaine à l'épreuve de l'acharnement thérapeutique

Selon Jean-François Mattei <sup>1</sup>, « à Rome, le mot *dignitas* désigne le mérite attaché à une fonction ou à un office. Et par conséquent la considération et l'estime qu'on a pour celui qui en est digne. Il n'y a rien, ni dans le droit romain, ni dans les usages de la Grèce antique, qui évoque la dignité universelle des droits de l'homme. L'idée même d'humanité, à laquelle on associe celle de dignité, était étrangère aux Grecs. Quand ils utilisent les mots *hoi anthropoi*, les hommes, ils désignent bien l'ensemble des hommes, mais non l'essence d'une humanité distincte de ses enracinements linguistiques, politiques et géographiques » <sup>2</sup>. La dignité humaine a progressivement envahi le droit positif jusqu'à devenir le principe fondateur des droits de la personne. L'application juridique de la dignité s'est réalisée à travers l'arsenal législatif de chaque branche du droit. C'est ainsi que la dignité a connu notamment des applications dans les domaines de la bioéthique et de la santé.

Si la notion d'individu a eu différents sens selon que l'on se plaçait sur le terrain philosophique, juridique ou théologique, cette confusion a disparu avec la théorie kantienne. Désormais, cette notion renvoie à l'idée que tout être humain est une fin en soi, c'est-à-dire indépendamment de sa classe sociale, de ses idées, de sa religion, ou de sa race. C'est ainsi que les hommes sont, dès le début de leur existence, des êtres doués de dignité et de droits inhérents. La dignité de la personne humaine est la notion qui doit généralement guider l'action humaine. De fait, la notion de dignité est devenue la référence suprême de tous les textes internationaux relatifs à l'éthique médicale et à la bioéthique. D'ailleurs, la dignité humaine, bien qu'embarassant la doctrine française par son imprécision, est un allié essentiel du droit permettant à ce dernier de suivre les évolutions de la médecine et de les encadrer. La réciproque est aussi vraie puisque le code civil dispose que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie » <sup>3</sup>.

Selon Stamatios Tzitzis, « aujourd'hui, le corps acquiert une nouvelle signification, d'une part, comme objet d'expériences scientifiques, et d'autre part comme sujet

d'éthique. Mais ce corps qui enveloppe la personne doit être à l'abri des instrumentalisation de la science, car l'absolu de son existence repose sur l'absolu de sa dignité, matrice de son être et mère des droits fondamentaux de la personne » <sup>4</sup>.

C'est ainsi que l'acharnement thérapeutique est actuellement considéré comme une atteinte à la dignité de la personne humaine.

D'ailleurs, à l'origine, le serment d'Hippocrate précisait que le médecin

« [...] ferait tout pour soulager les souffrances. [Qu'il] ne prolongerait pas abusivement les agonies. [Qu'il] ne provoquerait jamais la mort délibérément ».

Inspiré par ce serment, le code de déontologie médicale définit les bonnes pratiques et la morale médicale, et précise qu'« en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique » <sup>5</sup>. Plus efficace et plus invasive, plus agressive aussi dans ses moyens chirurgicaux, chimiques et exploratoires, la médecine a accru son pouvoir de guérir et de prolonger la vie dans des conditions qui peuvent parfois entraîner des problèmes moraux. Ainsi, l'emploi nécessaire des moyens de

Sonia Kanoun  
Docteur en droit médical,  
élève avocat  
Didier Seban  
Avocat,  
maître de stage

lutte contre la douleur physique doit se faire avec le souci de ne pas altérer la conscience et le jugement du malade. Or, l'acharnement thérapeutique est considéré comme contraire à cet esprit.

L'acharnement thérapeutique est l'attitude qui consiste à poursuivre une thérapeutique lourde à visée curative, qui n'aurait comme objet que de prolonger la vie sans tenir compte de sa qualité, alors qu'il n'existe aucun espoir raisonnable d'obtenir une amélioration de l'état du malade<sup>6</sup>.

Selon un avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), il s'agit même « d'une obstination déraisonnable, refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable »<sup>7</sup>.

Le CCNE précise que le rejet de l'acharnement thérapeutique est largement approuvé, tant par les instances religieuses, éthiques que déontologiques.

En effet, en 1980, la déclaration « *iura et bona* » relative à l'euthanasie et à l'observation d'un usage thérapeutique droit et proportionné des médicaments analgésiques rappelle qu'il est très important de protéger, au moment de la mort, la dignité de la personne humaine contre une technicité qui pourrait devenir abusive.

Ainsi, dans certains cas, la complexité de la situation peut engendrer des hésitations pour les médecins sur la manière d'appliquer les principes éthiques. Les décisions doivent appartenir en dernier lieu à la conscience du malade ou des personnes qualifiées pour parler en son nom, ainsi qu'à celle des professionnels de santé, à la lumière des obligations morales et des différents aspects du cas d'espèce.

### **Un hôpital condamné pour acharnement thérapeutique sur un nouveau-né : le jugement du tribunal administratif de Nîmes du 2 juin 2009**

Cette décision du juge administratif constitue une innovation jurisprudentielle en France.

Les faits se sont déroulés en 2002, avant l'entrée en vigueur de la loi du 22 avril 2005<sup>7</sup> qui interdit l'acharnement thérapeutique. Cette loi a inséré à l'article L. 1110-5 du code de la santé publique un alinéa prévoyant que les actes de prévention, d'investigation ou de soins « ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 ».

Inapplicables au cas d'espèce dans la mesure où les faits sont antérieurs à la loi, on peut néanmoins se demander si le juge n'a pas tenu compte de ces nouvelles dispositions.

En l'espèce, Mme X... s'est présentée au centre hospitalier d'Orange le 14 décembre 2002 vers 9 heures afin d'accoucher. Il résulte d'un rapport d'expertise et d'une instruction que, dès son arrivée, la poche des eaux s'est spontanément rompue.

Après le placement de la patiente en salle d'accouchement sous surveillance d'un monitoring à 10 h 34, une brusque décélération du rythme cardiaque du fœtus a été observée vers 11 h 35 ; la sage-femme a alors procédé à des manipulations permettant d'assurer une meilleure oxygénation de la mère et de l'enfant, le médecin-gynécologue étant retenu aux urgences.

À l'arrivée du médecin-gynécologue entre 11 h 40 et 11 h 45, celui-ci a décidé de laisser poursuivre l'accouchement par voie naturelle.

L'enfant est né vers 12 h 05 en état de mort apparente.

Une réanimation de l'enfant a été immédiatement entreprise, dans les deux minutes ayant suivi la naissance, par le gynécologue et l'anesthésiste, accompagnés d'une infirmière puéricultrice, de la sage-femme de suites de couches, et d'une aide-soignante.

Après 25 minutes de réanimation, aucun signe vital n'apparaissant, le gynécologue a annoncé aux parents le décès de leur enfant.

Néanmoins, pendant ce temps, la réanimation a été poursuivie et une activité cardiaque est apparue ; l'enfant a été ultérieurement transféré au service de réanimation néonatale du CHU de Nîmes.

L'enfant est désormais atteint d'un fort handicap, tant du fait des séquelles propres aux conditions ayant entouré sa naissance que d'une maladie génétique rare dont il est par ailleurs atteint.

Ainsi, M. et Mme X..., agissant tant en leur nom propre qu'au nom de leur enfant, ont demandé au tribunal, à titre principal, notamment de condamner le centre hospitalier d'Orange à les indemniser des préjudices résultant des conditions de leur prise en charge à l'hôpital

1. Jean-François Mattei, né le 14 janvier 1943 à Lyon, est un médecin et un homme politique français.

2. Jean-François Mattei, *De l'indignation*, La Table Ronde, Paris, 2005, p. 15.

3. Art. 16 du code civil.

4. Stamatios Tzitzis (directeur de recherche CNRS, président de l'EIIPP), *Le corps et ses droits*, Paris 29 mai 2002, rapport de mission IREB au Canada (13-21 avril 2002).

5. Art. 37 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

6. Art. 4. de la Charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, 1984, mise à jour en 1993 et 1999.

7. *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, 2000, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

8. Loi dite « Leonetti », n° 2005-370 du 22 avril 2005.

le 14 décembre 2002, par le versement d'une somme d'au moins 350 000 euros pour l'enfant et 150 000 euros pour ses parents.

Le tribunal administratif de Nîmes rappelle qu'aux termes de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique : « I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. » Ainsi, le tribunal relève que l'installation tardive du monitoring ne saurait être regardée comme fautive ; de même, le fait que le gynécologue ait été retenu aux urgences avant de rejoindre Mme X... n'a provoqué, en tout état de cause, aucun retard à l'accouchement.

En outre, le juge administratif note que la circonstance que Mme X... n'ait pu avoir recours à une péridurale a été sans incidence sur le déroulement de l'accouchement.

Il résulte de l'ensemble de ces éléments qu'aucune faute ne saurait être retenue à l'encontre du centre hospitalier d'Orange sur le fondement de l'organisation et du fonctionnement du service ou d'une faute médicale pendant l'accouchement de Mme X...

Néanmoins, le juge administratif observe qu'aux termes de l'article 37 du décret du 6 septembre 1995 précité portant code de déontologie médicale « [...] le médecin doit [...] éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique »<sup>9</sup>.

Il rappelle aussi que l'enfant est né en état de mort apparente, et que les médecins n'ont pu ignorer les séquelles résultant

pour cet enfant de l'anoxie cérébrale de plus d'une demi-heure antérieure à sa naissance et de l'absence d'oxygénation tout au long de ladite réanimation.

Il ajoute également « qu'en pratiquant ainsi, sans prendre en compte les conséquences néfastes hautement prévisibles pour l'enfant, les médecins ont montré une obstination déraisonnable au sens des dispositions du code de déontologie médicale constitutive d'une faute médicale de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier d'Orange ».

Ainsi, le juge a décidé que le centre hospitalier d'Orange devait être condamné à réparer les conséquences résultant pour les requérants de cette faute.

Le centre hospitalier d'Orange n'a pas fait appel de cette décision.

L'enfant présente aujourd'hui les symptômes d'une forme sévère d'infirmité motrice cérébrale tétraplégique avec troubles de déglutition et épilepsie non stabilisée. Sur le plan clinique, il est atteint d'un syndrome dysmorphique évoquant une pathologie rare ou atypique, non certifiable sur le plan chromosomique pouvant correspondre à un syndrome de Dubowitz responsable habituellement d'un retard mental avec dysmorphie et troubles de déglutition.

Le juge a précisé qu'il convenait de désigner un expert afin de statuer sur les préjudices résultant pour l'enfant et ses parents de la faute commise par le centre hospitalier d'Orange.

Selon l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), les nouveau-nés qui ne présentent pas de signe de vie (ni battements cardiaques, ni efforts respi-

ratoires) après dix minutes de réanimation ont une mortalité élevée ou un handicap neurologique sévère (NDP 5). Après dix minutes d'efforts continus et bien conduits à compter de l'arrêt respiratoire intra-utérin (et non dix minutes après la naissance), il peut être justifié d'arrêter la réanimation (classe IIb)<sup>10</sup>.

À cet égard, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) insiste sur le fait que « la plus grande prudence est requise dans ce cas ; c'est aux unités de réanimation néonatale que revient la tâche difficile d'apprécier le pronostic neurologique ultérieur qui permet d'éviter les excès thérapeutiques et de décider d'un éventuel arrêt de la réanimation »<sup>11</sup>. Nous l'avons vu récemment avec le rejet de la proposition de loi relative au droit de finir sa vie dans la dignité, il est encore difficile d'aborder le sujet de la fin de vie. Il est pourtant absolument nécessaire de ne pas laisser les médecins affronter seuls ces situations humaines dramatiques.

Toute la difficulté pour les médecins est d'allier le soin prodigué dans un état d'urgence à la volonté du patient ou de sa famille. L'urgence impose au médecin de prendre des décisions très rapidement. D'ailleurs, selon Jean Leonetti, « la collégialité, la concertation de la famille prévu dans la loi de 2005 ne peut intervenir que dans un contexte chronique, apaisé, pas dans l'urgence. »

« Les règles du non-acharnement thérapeutique font partie de la déontologie médicale, mais rien n'est plus difficile que de définir le juste soin, surtout dans un contexte de réanimation », ajoute-t-il à juste titre. ●

<sup>9</sup>. Voir supra.

<sup>10</sup>. *Médecine et enfance*, vol. 27, avril 2007, hors série, « Prise en charge et réanimation du nouveau-né en salle de naissance, synthèse, adaptation et commentaires pratiques des recommandations de l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) », P. Bétrémieux, centre hospitalier régional et universitaire de Rennes.

<sup>11</sup>. *La réanimation du nouveau-né en salle de travail*, conférences d'actualisation, 1996, Elsevier, Paris, et SFAR.