

## Décision du Tribunal administratif n° 2400322 du 04 octobre 2024

Tribunal administratif de Polynésie française

Vu la procédure suivante :

Par une requête enregistrée le 24 juillet 2024, M. E A B, représentée par Me Jacquet, demande au juge des référés, sur le fondement de l'article R. 532-1 du code de justice administrative, de prescrire une expertise médicale relative aux conditions de sa prise en charge au centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF).

Il expose qu'il a subi une infection au cours d'une intervention chirurgicale le 13 septembre 2023 qui a eu des conséquences sur la vue de son œil gauche.

Par un mémoire, enregistré le 2 août 2024, la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française déclare ne pas s'opposer à l'expertise sollicitée.

Par un mémoire en défense enregistré le 12 août 2024, le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF), représenté par Me Cariou, expose :

- à titre principal, que la requête doit être rejetée comme étant irrecevable en l'absence de mise en cause de l'organisme social conformément à l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale ;
- subsidiairement ne pas être défavorable à l'expertise sollicitée sous les plus expresses protestations et réserves s'agissant de sa responsabilité.

Par une ordonnance en date du 13 août 2024, la clôture de l'instruction a été fixée au 29 août 2024 à 11h00 heure locale.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu le code de justice administrative.

Considérant ce qui suit :

1. M. E A B demande que soit ordonnée une expertise médicale relative aux conditions de sa prise en charge à la suite d'une intervention chirurgicale.

Sur la fin de non-recevoir :

2. Le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF), ne peut utilement, en tout état de cause, soutenir que la requête doit être rejetée comme étant irrecevable en l'absence de mise en cause de l'organisme social conformément à l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, ces dispositions n'étant pas applicables en Polynésie française.

Sur la demande d'expertise :

3. Aux termes de l'article R. 532-1 du code de justice administrative : " Le juge des référés peut, sur simple requête et même en l'absence de décision administrative préalable, prescrire toute mesure utile d'expertise ou d'instruction. ". L'octroi d'une telle mesure est subordonné à son utilité pour le règlement d'un litige principal relevant de la compétence du juge administratif. Cette utilité doit être appréciée en tenant compte, notamment, de l'existence d'une perspective contentieuse recevable, des possibilités ouvertes au demandeur pour arriver au même résultat par d'autres moyens, de l'intérêt de la mesure pour le contentieux né ou à venir.

4. Les mesures d'expertise demandées par M. E A B entrent dans le champ d'application des dispositions

précitées de l'article R. 532-1 du code de justice administrative. Dès lors, il y a lieu d'y faire droit et de fixer la mission de l'expert comme il est précisé à l'article 1er de la présente ordonnance.

## O R D O N N E

Article 1er : Le docteur C D, ophtalmologue, dont l'adresse postale est Bp 40104 Papeete, est désigné en qualité d'expert. Il aura pour missions de :

- 1° prendre connaissance de l'entier dossier médical de M. A B, et rappeler son état de santé antérieur ; à cette fin se faire communiquer par le requérant, son représentant légal ou tout tiers détenteur tous documents relatifs aux traitements administrés à l'intéressé au centre hospitalier de la Polynésie française - sans que le secret médical ne puisse être opposé ; solliciter du tribunal, s'il l'estime nécessaire, l'extension des opérations d'expertise au médecin traitant de M. A B ;
- 2° décrire les conditions dans lesquelles M. A B a été admis et soigné au centre hospitalier de la Polynésie française ;
- 3° préciser les examens et soins prodigués et les complications survenues ;
- 4° indiquer et décrire les lésions, infections et/ou affections imputées aux soins et éventuels manquements de soins en cause ;
- 5° rechercher si les soins, traitements et interventions prodigués tant au titre de l'établissement du diagnostic, le choix de la thérapie, la réalisation des soins, qu'au titre du suivi et de la surveillance ont été :
  - pleinement justifiés par l'état du patient, parfaitement adaptés au traitement de son état, totalement attentifs, diligents et conformes aux données acquises de la science et de la pratique médicale au jour des faits,
  - dans la négative analyser de façon détaillée et motivée la nature des erreurs, imprudences, manques de précautions nécessaires, négligences, maladresses ou autres défaillances fautives notamment au niveau de l'établissement du diagnostic, du choix de la thérapie, des soins, de la surveillance ;
- 6° se prononcer sur l'origine des complications survenues, en distinguant, le cas échéant, celles dont la cause ne serait pas imputable aux établissements hospitaliers mais seraient imputables à un éventuel état antérieur notamment aux conséquences normalement prévisibles d'une pathologie initiale ;
- 7° si le dommage résulte d'une infection nosocomiale, il appartiendra à l'expert de préciser si les mesures d'asepsie ont été correctement respectées, si l'infection peut être qualifiée de nosocomiale et si elle pourrait raisonnablement être évitée, puis distinguer lors de l'évaluation des préjudices, ceux en rapport exclusif avec cette infection à l'exclusion des séquelles imputables à l'état initial du patient, ou à d'autres causes ou pathologies. Notamment, il conviendra de préciser si cette éventuelle infection a pu être à l'origine d'une perte de chance d'éviter les séquelles, et dans cette hypothèse, de la chiffrer
- 8° déterminer le contenu et l'étendue de l'information délivrée à M. A B sur les risques des actes médicaux subis de telle sorte que, pour le cas où un défaut d'information serait relevé, ce manquement puisse être apprécié au regard de l'obligation qui pesait sur les praticiens hospitaliers au moment des faits litigieux ; chiffrer, si le manquement éventuellement constaté a fait perdre à M. A B une chance d'éviter le dommage survenu, la perte de chance (pourcentage ou coefficient) ;

9° décrire la nature et l'étendu des préjudices résultant de la prise en charge hospitalière dont a bénéficié M. A B, non imputables à son état antérieur ni aux conséquences prévisibles de sa prise en charge médicale par l'établissement de santé si celle-ci s'était déroulée normalement, en distinguant les préjudices patrimoniaux et les préjudices personnels comme suit :

Avant la consolidation :

- Les dépenses de santé actuelles,
- Les pertes de gains professionnels actuels : indiquer les périodes pendant lesquelles le patient a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité d'exercer totalement ou partiellement son activité professionnelle, et en cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée, préciser la durée des arrêts de travail retenus par l'organisme social au vu des justificatifs produits (ex : décomptes de l'organisme de sécurité sociale), et dire si ces arrêts de travail sont en lien avec le dommage,
- Le déficit fonctionnel temporaire : indiquer les périodes pendant lesquelles le patient a été, du fait de son déficit fonctionnel temporaire, dans l'incapacité totale ou partielle de poursuivre ses activités personnelles habituelles et en cas d'incapacité partielle, préciser le taux et la durée,
- Les souffrances endurées physiques ou psychiques (les évaluer sur une échelle de 1 à 7),
- Le préjudice esthétique temporaire (l'évaluer sur une échelle de 1 à 7),
- Le besoin en tierce personne temporaire : se prononcer sur la nécessité pour le patient d'être assisté par une tierce personne avant la consolidation ; dans l'affirmative, préciser si cette tierce personne a dû ou non être spécialisée, ses attributions exactes ainsi que les durées respectives d'intervention de l'assistant spécialisé et de l'assistant non spécialisé ; donner à cet égard toutes précisions utiles,

Consolidation :

- Fixer la date de consolidation et, en l'absence de consolidation, dire à quelle date il conviendra de revoir le patient,

Après consolidation :

- Le déficit fonctionnel permanent, en précisant le barème de référence ; en évaluer l'importance et en chiffrer le taux, lequel doit prendre en compte non seulement les atteintes aux fonctions physiologiques, mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes ressenties par le patient et les troubles dans les conditions d'existence qu'elle rencontre au quotidien après consolidation ;
- Les pertes de gains professionnels futurs : indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent en particulier psychologique entraîne l'obligation pour le patient de cesser totalement ou partiellement son activité professionnelle ou de changer d'activité professionnelle ;
- L'incidence professionnelle : indiquer, notamment au vu des justificatifs produits, si le déficit fonctionnel permanent en particulier psychologique entraîne d'autres répercussions sur son activités professionnelles actuelle ou future (obligation de formation pour un reclassement professionnel, pénibilité accrue dans son activité ) ;
- Le préjudice esthétique permanent (l'évaluer sur une échelle de 1 à 7) ;
- Le préjudice d'agrément ;
- Le préjudice sexuel ;

- Les dépenses de santé futures ;
- Les frais de logements ou de véhicule adapté ;
- L'incapacité totale ou partielle à l'exercice de l'activité professionnelle antérieure ;
- La nécessité de recourir à l'aide d'une tierce personne à titre pérenne et en fixer la durée journalière, hebdomadaire, ou mensuelle ;

10° dire si l'état du patient est susceptible de modification en aggravation ou en amélioration ; dans l'affirmative ; fournir toutes précisions utiles sur cette évolution ainsi que sur la nature des soins, traitements et interventions éventuellement nécessaires dont le coût prévisionnel sera alors chiffré et les délais dans lesquels il devra y être procédé ;

11° en cas de perte d'autonomie :

- dresser un bilan situationnel en décrivant avec précision le déroulement d'une journée (sur 24 h),
- préciser les besoins et les modalités de l'aide à la personne, nécessaires pour pallier l'impossibilité ou la difficulté d'effectuer les actes et gestes de la vie courante, que cette aide soit apportée par l'entourage ou par du personnel extérieur,
- indiquer la fréquence et la durée d'intervention de la personne affectée à cette aide, en précisant, pour ce qui concerne la personne extérieure, la qualification professionnelle éventuelle,
- dire quels sont les moyens techniques palliatifs nécessaires au patient (appareillage, aide technique, véhicule aménagé),
- décrire les gênes engendrées par l'inadaptation du logement, étant entendu qu'il appartient à l'expert de se limiter à une description de l'environnement en question et aux difficultés qui en découlent ;

12° déterminer, en s'aidant du relevé de prestations fourni par l'organisme social, les frais médicaux et débours en relation directe et exclusive avec un éventuel manquement du centre hospitalier de la Polynésie française, en les distinguant expressément de ceux imputables à l'état initial ;

13° si le cas le justifie, procéder selon la méthode du pré-rapport afin de provoquer les dires écrits des parties dans tel délai de rigueur déterminé de manière raisonnable et y répondre avec précision.

Article 2 : L'expert accomplira la mission définie à l'article 1 dans les conditions prévues par les articles R. 621-2 à R. 621-14 du code de justice administrative. Il pourra, au besoin, se faire assister par un sapiteur préalablement désigné par le juge des référés. Lors de la première réunion d'expertise, il vérifiera que l'ensemble des parties susceptibles d'être concernées par le litige ont bien été appelées à la cause, afin de permettre que soit sollicitée une éventuelle extension de l'expertise ou une demande de mise hors de cause des parties non concernées, dans le délai imparti par l'article R. 532-3 du code de justice administrative.

Article 3 : L'expert disposera des pouvoirs d'investigation les plus étendus. Il pourra entendre tous sachants, recueillir tous documents et renseignements, faire toutes constatations ou vérifications propres à faciliter l'accomplissement de sa mission et à éclairer le tribunal administratif.

Article 4 : La Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française sera, en tant que de besoin, associée aux opérations d'expertise.

Article 5 : Les frais et honoraires dus à l'expert seront taxés ultérieurement par le président du tribunal

conformément aux dispositions de l'article R. 621-13 du code de justice administrative. L'expert peut demander au président de la juridiction une allocation provisionnelle à valoir sur le montant de ses honoraires et débours. Cette demande peut intervenir en cours d'expertise.

Article 6 : L'expert déposera son rapport au greffe sous forme électronique par le biais de la plateforme d'échanges avant le 1er janvier 2025, accompagné de l'état de ses vacations, frais et débours. Il en notifiera copie aux personnes intéressées, notification qui pourra s'opérer sous forme électronique avec l'accord desdites parties, à laquelle il joindra copie de l'état de ses vacations, frais et débours.

Article 7 : La présente ordonnance sera notifiée à M. E A B, au centre hospitalier de la Polynésie française, à la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et au docteur Dr C D, expert.

Fait à Papeete, le 4 octobre 2024.

Le juge des référés,

P. Devillers

La République mande et ordonne au haut-commissaire de la République en Polynésie française en ce qui le concerne ou à tous commissaires de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun, contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.

Pour expédition conforme,

Un greffier,

N°2400322