

Décision de la Cour administrative d'appel n° 24PA04285 du 27 mai 2026

Cour d'appel de Paris

3ème chambre

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

Mme B... E... veuve A... a demandé au tribunal administratif de la Polynésie française de condamner le centre hospitalier de la Polynésie française à lui verser la somme de 4 740 000 F CFP en réparation des préjudices résultant du décès de son époux le 2 septembre 2021 et à lui rembourser les frais d'obsèques et de sépulture.

Par un jugement n° 2400013 du 16 juillet 2024, le tribunal administratif de la Polynésie française a rejeté sa demande.

Procédure devant la Cour :

Par une requête et un mémoire, enregistrés les 17 octobre 2024 et 27 octobre 2025, Mme B... E... veuve A..., représentée par Me Mestre, demande à la Cour :

1°) d'annuler le jugement du tribunal administratif de la Polynésie française ;

2°) de condamner le centre hospitalier de la Polynésie française à lui verser la somme totale de 5 372 000 F CFP en réparation des préjudices résultant du décès de son époux le 2 septembre 2021 ;

3°) de condamner le centre hospitalier de la Polynésie française au paiement des entiers dépens ;

4°) de mettre à la charge du centre hospitalier de la Polynésie française une somme de 3 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient que :

- les opérations d'expertise judiciaire n'ont pas été régulières, ni contradictoires, les parties n'ayant pas été convoquées et aucun pré rapport ne leur ayant été adressé ; le rapport d'expertise est lacunaire et comporte des erreurs ; ce rapport est inexploitable ;

- le centre hospitalier a décidé d'administrer une sédation totale à M. A... sans avoir au préalable recueilli le consentement de ses proches ; l'administration de ce sédatif n'a pas été conforme aux dispositions de la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie tant en ce qui concerne la procédure collégiale que la sollicitation du

consentement de la famille ; Mme A... n'a pas été informée de la dégradation de l'état de santé de son époux avant le 1er septembre ; elle n'a pas non plus été informée de l'administration d'hypnovel en plus de la morphine ;

- le centre hospitalier a commis une faute tenant en la non admission de M. A... en service de réanimation ; il aurait au minimum dû bénéficier d'une ventilation non invasive ; la décision de ne pas l'admettre en service de réanimation ne fait pas suite à un examen clinique, n'a pas été discutée de manière collégiale et n'a pas donné lieu à un avis motivé ; cette décision résulte d'une procédure de tri des patients ;

- la responsabilité du centre hospitalier de la Polynésie française est engagée à raison des traitements et des soins qui ont été prodigués à M. A... ; aucun traitement d'oxygénothérapie ne figure au dossier ; aucun antibiotique ne lui a été prescrit ; des médicaments lui ont été administrés en dehors de toute prescription ; il est contre-indiqué de prescrire de la morphine à un patient dyspnéique ; aucune information médicale n'est disponible pour la journée du 31 août 2021 ;

- le dossier médical de M. A... ne comportait pas les fiches de prescription, ni les fiches de transmission infirmière ;

- le déficit fonctionnel temporaire total de M. A... sera indemnisé à hauteur de 20 000 F CFP ;

- les souffrances endurées par M. A... seront indemnisées à hauteur de 720 000 F CFP ;

- une somme de 336 120 F CFP sera versée à Mme E... au titre des frais d'obsèques et de sépulture ;

- une somme de 4 000 000 F CFP sera versée à Mme E... en raison de son préjudice d'affection ;

- les frais qu'elle a supportés au titre des avis médicaux qu'elle a été contrainte de solliciter lui seront remboursés à hauteur de 295 943 F CFP.

Par des mémoires en défense, enregistrés les 15 et 17 septembre 2025, le centre hospitalier de la Polynésie française, représenté par la SARL Le Prado-Gilbert conclut au rejet de la requête.

Il soutient que :

- l'expertise ne pouvait être effectuée que sur pièces compte tenu du décès de M. A... ; l'expert a répondu à la mission qui lui était confiée ; aucune disposition législative ou réglementaire n'impose à l'expert d'établir un pré-rapport ; en tout état de cause, le rapport d'expertise peut être pris en compte à titre d'élément d'information ;

- l'état de santé de M. A... s'est rapidement dégradé, de sorte que le personnel soignant a agi dans l'urgence et n'a pu solliciter l'accord de M. A... préalablement à l'administration des traitements et lui délivrer les informations visées par le code de la santé publique ; Mme A... a été systématiquement informée de l'évolution de l'état de santé de son époux ;

- il ne peut être soutenu que la procédure prévue par la loi du 2 février 2016 n'aurait pas été respectée ; l'administration d'hypnovel ne constitue pas une sédation profonde associée à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie ; en tout état de cause, l'administration d'hypnovel est sans lien avec le décès de M. A... ;

- il n'a pas commis de faute en n'admettant pas M. A... en service de réanimation compte tenu tant de son état de santé que du contexte général dans lequel s'est inscrite son hospitalisation, le service ne comportant que 24 lits ;
- aucune faute dans les traitements administrés ne peut être retenue ; un traitement antibiotique et une oxygénothérapie ont été administrés, de même qu'un traitement à base de morphine afin de traiter les douleurs de M. A... ;
- le déficit fonctionnel temporaire total et les souffrances endurées par M. A... sont exclusivement liés à l'état initial de M. A... et non à sa prise en charge hospitalière ;
- les autres postes de préjudice seront ramenés à de plus justes proportions.

La procédure a été communiquée à la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française qui n'a pas produit d'écritures.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique
- 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 Mme Palis De Koninck,
- et les conclusions de Mme Dégardin, rapporteure publique.

Considérant ce qui suit :

1. M. F... A..., né le 28 janvier 1950, a été diagnostiqué positif au virus du covid-19 le 27 août 2021 par son médecin traitant, qui lui a prescrit un traitement médicamenteux et une oxygénothérapie à domicile. Dans la soirée du 30 août 2021, son taux d'oxygénation a baissé, conduisant à l'intervention des pompiers qui l'ont immédiatement placé sous oxygène. Il a été admis le soir même au centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) pour des examens complémentaires. Le 31 août 2021, le CHPF a informé Mme E... veuve A... que son époux ne présentait pas de symptômes d'embolie pulmonaire mais qu'il présentait une forme sévère du virus et qu'il avait été décidé de l'hospitaliser. Le mercredi 1er septembre 2021, vers 06h00, Mme A... a reçu un appel téléphonique de l'hôpital l'informant qu'elle était autorisée à venir lui rendre visite car son état de santé s'était fortement dégradé et que son pronostic vital était engagé. M. A... est décédé dans la matinée du 2 septembre

2021.

2. Estimant que la prise en charge de son époux n'avait pas été conforme aux règles de l'art médical et aux données acquises de la science, Mme E... veuve A... a saisi le tribunal administratif de Polynésie française d'une demande de référé expertise. L'expert judiciaire désigné a déposé son rapport le 12 avril 2022. Par ordonnance du 31 mai 2022, le juge des référés du tribunal a rejeté la demande de contre-expertise dont l'avait saisie Mme E... veuve A..., la Cour administrative d'appel de Paris ayant rejeté la requête en appel dirigée contre cette ordonnance. Par courrier du 27 août 2023, Mme E... a adressé au CHPF une demande indemnitaire préalable, qui a été rejetée le 10 novembre 2023. Mme E... veuve A... relève appel du jugement susvisé par lequel le tribunal administratif de la Polynésie française a rejeté sa demande indemnitaire.

Sur la régularité du jugement :

3. Le respect du caractère contradictoire de la procédure d'expertise implique que les parties soient mises à même de discuter devant l'expert des éléments de nature à exercer une influence sur la réponse aux questions posées par la juridiction saisie du litige. Lorsqu'une expertise est entachée d'une méconnaissance de ce principe ou lorsqu'elle a été ordonnée dans le cadre d'un litige distinct, ses éléments peuvent néanmoins, s'ils sont soumis au débat contradictoire en cours d'instance, être régulièrement pris en compte par le juge, soit lorsqu'ils ont le caractère d'éléments de pur fait non contestés par les parties, soit à titre d'éléments d'information dès lors qu'ils sont corroborés par d'autres éléments du dossier.

4. Il résulte de l'instruction que l'expert judiciaire a établi son rapport au vu des seules pièces qui lui ont été communiquées par Mme E... veuve A..., sans solliciter le centre hospitalier de la Polynésie française. Dans ces conditions, et compte tenu de l'absence tant de réunion d'expertise que d'envoi d'un pré-rapport, les parties n'ont pas été mises à même de faire valoir contradictoirement leurs observations préalablement au dépôt du rapport d'expertise judiciaire ce qui l'entache d'irrégularité. Cependant, il ressort des termes du jugement attaqué que les premiers juges ne se sont pas fondés sur les conclusions de l'expertise médicale et n'en ont fait état qu'à l'occasion de l'examen d'une seule faute, en confrontant ces conclusions aux autres éléments de l'instruction, dont les expertises privées réalisées à la demande de Mme E... et en l'écartant au vu des éléments médicaux du dossier en ce compris ces dernières expertises. Par suite, Mme E... n'est pas fondée à soutenir que le jugement attaqué serait irrégulier.

Sur les conclusions aux fins d'indemnisation :

5. En premier lieu, Mme E... soutient que le CHPF a commis une faute engageant sa responsabilité en n'admettant pas son époux dans le service de réanimation à son arrivée dans l'établissement le 30 août. Toutefois, il résulte de l'instruction que lors de son admission, M. A... souffrait depuis plus de quinze jours du virus du covid 19 et qu'il en présentait alors une forme grave avec une atteinte de ses poumons de l'ordre de 50 à 70 %. Dès son arrivée, le pronostic était considéré comme « péjoratif ». M. A... présentait en outre des facteurs aggravants lié à son âge et à son état de santé antérieur et en particulier à ses antécédents cardiovasculaires, à son diabète, au syndrome d'apnée du sommeil dont il souffrait et à son obésité. Ces éléments justifiaient de ne pas mettre en œuvre de réanimation lourde avec intubation, comme l'indique le docteur D... dans son rapport établi à la demande de Mme E.... En outre, si M. A... n'a pas été admis en service de réanimation, il a bénéficié d'une oxygénothérapie par port d'un masque à haute concentration. Ainsi, il résulte de l'instruction que la dégradation très rapide de l'état de santé de l'intéressé et la gravité de son affection, compte tenu par ailleurs de son état de santé antérieur, justifient qu'il n'ait pas été admis en réanimation, et ce dans le contexte très particulier de crise sanitaire qui sévissait notamment en Polynésie française. A ce titre, le CHPF rappelle que le service de réanimation de l'établissement peut en principe accueillir vingt-quatre patients dont six en surveillance continue alors qu'à l'arrivée de M. A..., il accueillait vingt-huit patients intubés et quinze patients sous oxygénothérapie à haut débit et que quinze autres patients bénéficiant d'une oxygénothérapie au masque à haute concentration étaient accueillis dans des services de soins conventionnels dans un contexte épidémique aigu avec un nombre de malades très élevé. Dans ces conditions, la décision de ne pas admettre M. A... en réanimation ne peut être regardée comme fautive.

6. En deuxième lieu, Mme E... soutient que le CHPF a commis une faute engageant sa responsabilité dans la mesure où il n'a pas prodigué à M. A... les traitements et soins appropriés. Toutefois, il résulte de l'instruction, notamment des pièces du dossier médical de M. A..., qui comprennent des éléments sur la prise en charge effectuée le 31 août, que celui-ci a bénéficié d'une oxygénothérapie par port d'un masque à haute concentration et d'une antibiothérapie administrée dès le 31 août. Si de la morphine lui a été prescrite dès son arrivée au CHPF, il ne résulte pas de l'instruction, notamment des avis des médecins conseils sollicités par Mme E..., que l'administration de ce médicament ait été fautive. Au contraire, le docteur D... indique dans son avis médical que la prescription de morphine à faibles doses pour diminuer la dyspnée est « habituelle dans les cas de dyspnées importantes ». Les autres médecins sollicités par Mme E... interrogent l'association à la morphine d'hypnovel dans le but de sédaté M. A... et donc la mise en œuvre d'une procédure de limitation et d'arrêt des soins en dehors de la procédure prévue à cet effet, faute dont se prévaut la requérante par ailleurs.

7. En troisième lieu, en vertu de l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Aux termes de l'article L. 1110-5 du 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. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. (...) Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ». L'article L. 1110-5-1 du même code précise que : « 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. / La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article. / Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 ». L'article L. 1110-5-2 du même code dispose que : « (...) Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable mentionnée à l'article L. 1110-5-1, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie. / La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies (...) ». Et l'article L. 1110-5-3 de ce code précise que : « Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée. / Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. / Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet ».

8. Aux termes de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. / Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son

accompagnement palliatif. / Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. (...) / Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. / 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. / (...) ».

9. 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 le patient soit ou non en fin de vie. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, il incombe au médecin, non seulement de rechercher si sa volonté a pu trouver à s'exprimer antérieurement, mais également, ainsi que le rappellent les articles R. 4127-36 et R. 4127-37-2 du code de la santé publique, d'informer la famille ou les proches de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale précédant la limitation ou l'arrêt de traitement et, le cas échéant, de les consulter lorsque cette limitation est susceptible d'entraîner le décès, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique.

10. Il résulte de l'instruction que compte tenu de la gravité de l'état de santé de M. A... et de ses antécédents, dans un contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de covid 19, il a été décidé, d'une part, de ne pas l'admettre en service de réanimation et de ne pas lui faire subir d'acte de réanimation intrusif, d'autre part, de lui administrer le 1er septembre, en association avec la morphine, de l'hypnovel afin de le sédaté de manière profonde jusqu'à son décès le lendemain. Il ressort des copies écrans du logiciel utilisé au sein du centre hospitalier que le 1er septembre, il est noté que M. A... bénéficie de « soins de confort purs » visant uniquement à le soulager. Si le CHPF soutient que M. A... n'a pas été sédaté de manière profonde mais proportionnée, il ne produit aucune pièce à l'appui de ses allégations et ce alors même que trois des médecins sollicités par Mme E... indiquent dans leur rapport que le traitement médicamenteux était « palliatif » et correspondait à une « sédation terminale ». Ce protocole médical révèle la décision de l'équipe médicale du CHPF de limiter les traitements administrés à M. A.... Or, il ne résulte pas de l'instruction que cette décision ait été prise dans les conditions prévues par les dispositions précitées du code de la santé publique qui imposent la mise en œuvre d'une

procédure collégiale, un avis médical motivé et l'information du patient ou de sa famille. Dans ces conditions, Mme E... est fondée à soutenir que la décision de limitation des soins prodigués à son époux, révélée par la prise en charge dont il a bénéficié, est constitutive d'une faute engageant la responsabilité du CHPF.

11. Cependant, il résulte de l'instruction que M. A..., âgé de 71 ans, souffrait d'obésité, de diabète, d'hypertension et d'une cardiopathie ayant justifié la pose d'un stent. Lors de sa prise en charge au CHPF, après trois jours d'oxygénothérapie à domicile, M. A... souffrait d'une forme sévère du virus du covid 19, une atteinte de ses poumons de l'ordre de 50 à 70 % étant alors constatée. Tant l'expert judiciaire que le docteur D... indiquent qu'une réanimation lourde n'était pas appropriée compte tenu de l'état de santé de M. A..., ce dernier ayant en conséquence bénéficié d'une oxygénothérapie avec port d'un masque à haute concentration. Il présentait par ailleurs une surinfection en dépit du traitement antibiotique qui lui était administré. Son état de santé, notamment respiratoire, n'avait cessé de se dégrader tout au long de sa prise en charge, et ce en dépit d'une prise en charge médicamenteuse et d'une oxygénothérapie. Il résulte de l'avis du docteur C... que compte tenu de ce tableau clinique, le décès à court terme de M. A... était « prévisible ». Dans ces conditions, il résulte de l'instruction que ce dernier, même en l'absence de décision de limitation des soins, serait décédé à court terme de son infection par le virus du covid 19. La faute commise par le CHPF n'a donc fait perdre aucune chance d'éviter le décès de M. A....

Sur les préjudices :

En ce qui concerne les préjudices de M. A... :

12. Conformément à ce qui a été exposé au point précédent, la faute commise par le CHPF n'a pas fait perdre une chance d'éviter le décès de M. A.... Par suite, aucune indemnisation ne sera accordée au titre de son déficit fonctionnel temporaire total et des souffrances endurées.

En ce qui concerne les préjudices de Mme E... :

13. En premier lieu, pour le même motif que celui exposé au point précédent, aucune indemnisation ne sera accordée à Mme E... au titre des frais d'obsèques de son époux.

14. En deuxième lieu, la faute commise par le CHPF, qui n'a pas consulté la famille de M. A... avant de décider de limiter les traitements dont il bénéficiait, est à l'origine d'un préjudice d'affection supplémentaire pour Mme E..., distinct de celui lié au décès de son époux. Il en sera fait une juste appréciation en lui accordant à ce titre une somme de 360 000 F CFP.

15. En dernier lieu, il résulte de l'instruction que Mme E... a eu recours à l'assistance de plusieurs médecins-conseils et justifie s'être acquittée à ce titre d'une somme totale de 2 480 euros soit 286 396 F CFP. Les rapports et avis techniques de ces derniers ont été utiles à la résolution du litige. Mme E... peut donc en obtenir le remboursement intégral.

16. Il résulte de tout ce qui précède que Mme E... est fondée à obtenir la condamnation du centre hospitalier de la Polynésie française à lui verser la somme totale de 646 396 F CFP. Elle est en conséquence fondée, dans cette mesure, à demander l'annulation du jugement du tribunal administratif qui a rejeté sa demande.

Sur les dépens :

17. Les frais de l'expertise judiciaire taxés et liquidés à la somme de 115 000 F CFP par une ordonnance du président du tribunal administratif de Polynésie française du 13 avril 2022 sont mis à la charge du centre hospitalier de Polynésie française.

Sur les frais liés au litige :

18. Il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge du centre hospitalier de Polynésie française la somme de 1 500 euros au titre des frais exposés par Mme E... et non compris dans les dépens.

d é c i d e :

Article 1er : Le centre hospitalier de la Polynésie française est condamné à verser à Mme E... une somme totale de 646 396 F CFP

Article 2 : Les frais de l'expertise judiciaire taxés et liquidés à la somme de 115 000 F CFP sont mis à la charge du centre hospitalier de la Polynésie française.

Article 3 : Le jugement n° 2400013 du 16 juillet 2024 du tribunal administratif de la Polynésie française est réformé en ce qu'il a de contraire au présent arrêt.

Article 4 : Le centre hospitalier de la Polynésie française versera à Mme E... une somme de 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 : Le présent arrêt sera notifié à Mme B... E..., au centre hospitalier de la Polynésie française et à caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.

Délibéré après l'audience du 7 mai 2026 à laquelle siégeaient :

M. Delage, président,
Mme Palis De Koninck, première conseillère,
M. Peny, premier conseiller.

Rendu public par mise à disposition au greffe le 27 mai 2026.

La rapporteure,
M. PALIS DE KONINCK

Le président,
Ph. DELAGE
Le greffier,
E. MOULIN

La République mande et ordonne à la ministre de la santé, de la famille, de l'autonomie et des personnes handicapées en ce qui la 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.