

Tribunal administratif de Strasbourg, 3 juin 2013, n°1103955 (Praticien hospitalier - Révocation)

03/06/2013

A la suite d'un rapport établi en 2010 par une mission d'expertise médicale chargée d'auditer les pratiques professionnelles et le fonctionnement général du service de chirurgie cardiaque d'un centre hospitalier régional, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) a « *suspendu l'autorisation de l'activité de chirurgie cardiaque dudit CHR* ». Il a par la suite diligenté une mission d'inspection du service concerné, dirigé par M. X. « *A la suite des conclusions rendues par la mission d'inspection, l'intéressé a été suspendu de ses fonctions de chef de service et de praticien hospitalier* ». Par arrêté du 7 juin 2011, la directrice générale du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction hospitalière (CNG) l'a révoqué du corps des praticiens hospitaliers. M. X. conteste cette décision.

Sur la légalité externe, le Conseil d'Etat a d'abord écarté le défaut de motivation, en retenant que « *le degré de précision des éléments de fait exposés au soutien de la décision attaquée permet au requérant, à la seule lecture de ladite décision, de connaître les motifs de la sanction qui le frappe* ». Il a également considéré que les experts de la mission d'inspection avaient disposé du « *temps matériel pour analyser les dossiers de patients* » (34 patients décédés en 2009 et 14 patients décédés en 2010).

Sur la légalité interne, le Conseil d'Etat rappelle d'abord que l'autorité disciplinaire peut « *infliger à l'intéressé une sanction plus sévère que celle proposée* » par l'avis du conseil de discipline. Par la suite, le Conseil d'Etat retient que « *en admettant même que les patients opérés par le docteur X. présentaient un degré de risque plus élevé que la moyenne nationale des patients opérés du cœur, cette circonstance ne suffit pas à établir une erreur d'appréciation de l'administration, dès lors qu'il ressort des pièces du dossier que, contrairement à ce que soutient le requérant, la décision de sanction n'est pas fondée sur le simple constat d'un écart statistique, mais bien sur l'analyse d'un tel écart, et notamment sur l'étude de dossiers de patients décédés en 2009 et en 2010, qui concluent à la pratique de gestes chirurgicaux inappropriés à l'état de santé des patients opérés* ».

La requête de M. X. est donc rejetée.

Tribunal administratif

de Strasbourg

N° 1103955

M. X.

M. DIAS

Rapporteur

M. MEISSE

Rapporteur public

Audience du 13 mai 2013

Lecture du 3 juin 2013

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Vu la requête, enregistrée le 5 août 2011, présentée pour M. X., demeurant ... par Me Coudray, avocat ; M. X. demande au Tribunal :

1°) d'annuler la décision en date du 7 juin 2011 par laquelle la directrice générale du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière l'a révoqué du corps des praticiens hospitaliers ;

2°) de mettre à la charge du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière une somme de 3 500 euros en application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

M. X. soutient :

- que la décision est insuffisamment motivée ;

- qu'en estimant que les actes de chirurgie pratiqués dans le service n'étaient pas toujours adaptés à l'état de santé des patients, la directrice générale du centre national de gestion a entaché la décision d'une erreur d'appréciation ;

- que la surmortalité constatée dans son service ne lui est pas imputable, mais découle des difficultés rencontrées par le centre hospitalier au sein duquel il exerce ses fonctions, notamment après la réorganisation du service de réanimation ;

Vu la décision attaquée ;

Vu le mémoire, enregistré le 24 novembre 2011, présenté pour M. X. qui conclut aux mêmes fins que sa requête, par les mêmes moyens ; il demande, en outre, au Tribunal :

- d'enjoindre à l'administration de le réintégrer dans ses fonctions dans un délai de 15 jours à compter de la notification du jugement à intervenir, sous astreinte de 100 euros par jour de retard ;

- de mettre à la charge de l'administration une somme de 5 000 euros, sur le fondement des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

M. X. soutient en outre :

- que la décision est intervenue au terme d'une procédure irrégulière, dès lors :

o que les droits de la défense n'ont pas été respectés, car il n'a eu connaissance du rapport définitif soumis au conseil de discipline que la veille de la réunion de cette instance; en outre, les pièces 73 à 143 dudit rapport ne lui ont été communiqués que le 7 et le 21 avril 2011 ; qu'enfin, le rapport ne tenait pas compte du mémoire en défense qu'il avait produit le 22 avril et allait au-delà de ce qu'il devait comporter en proposant une lourde sanction ;

o que des irrégularités ont été commises lors des missions d'expertise qui ont servi de fondement à la procédure disciplinaire ;

- que l'administration ne pouvait légalement lui infliger une sanction plus sévère que celle proposée par le conseil de discipline, dès lors que la décision attaquée a repris à l'identique les motifs dudit avis ;

- que la décision est entachée d'une erreur manifeste d'appréciation ;

- qu'en se fondant essentiellement sur une méthode statistique non pertinente d'analyse et de comparaison de la mortalité constatée dans son service, la décision est entachée d'une erreur d'appréciation ; que cette méthode est en effet erronée car elle ne prend pas en compte le fait que le service de chirurgie cardiaque du CHR de Metz-Thionville prend en charge des malades âgés, souffrant de pathologies cardiaques gravissimes et souvent atteints de multiples pathologies associées, les patients à risque très élevés constituant 52% de ses patients ;

- qu'en considérant que les actes chirurgicaux pratiqués dans le service n'étaient pas strictement nécessaires et ne tenaient pas compte des spécificités de ses patients, la directrice du centre national de gestion a entaché sa décision d'une erreur d'appréciation ;

- qu'il n'a pas commis de faute ;

- qu'à la date de la décision attaquée, la courbe de mortalité mensuelle du service était redescendue pour se stabiliser en dessous de la moyenne nationale ;

- que la hausse du taux de mortalité du service ne lui est pas imputable, car en réalité, elle est concomitante à la réorganisation du pôle médico-chirurgical du CHR de Nancy, à la suite de laquelle les patients - en méconnaissance des recommandations expresses du rapport de l'inspection générale des affaires sociales d'octobre 2007 - étaient désormais pris en charge, en post opératoire, par des réanimateurs polyvalents, non formés pour ce type spécifique de malades ; qu'il s'était toujours opposé à cette modification structurelle du service de chirurgie cardiaque qui s'est traduite par la perte de contrôle sur la réanimation postopératoire ;

- que la décision est illégale car seule sa responsabilité est mise en cause, et non l'ensemble de la chaîne de soins ;

Vu le mémoire, enregistré le 7 décembre 2011, présenté pour M. X. qui conclut aux mêmes fins et par les mêmes moyens que ses précédentes écritures ;

Vu la mise en demeure adressée le 11 février 2013 au centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, en application de l'article R. 612-3 du code de justice administrative, et l'avis de réception de cette mise en demeure ;

Vu l'ordonnance en date du 14 mars 2013 fixant la clôture d'instruction au 15 avril 2013, en application des articles

R. 613-1 et R. 613-3 du code de justice administrative ;

Vu le mémoire, enregistré le 30 mars 2013, présenté pour M. X. qui conclut aux mêmes fins et par les mêmes moyens que ses précédentes écritures ;

Vu le mémoire, enregistré le 13 avril 2013, présenté par le centre national de gestion qui conclut au rejet de la requête ;

Le centre national de gestion fait valoir :

- que les droits de la défense n'ont pas été méconnus ;
- que la présence du professeur A. dans les missions d'expertise et d'inspection d'octobre 2010 ne remet en question ni l'impartialité, ni la neutralité desdites missions ;
- que les dispositions de l'article R. 6152-314 du code de la santé publique n'ont pas été méconnues ; qu'en tout état de cause, l'irrégularité du rapport disciplinaire n'est pas de nature à entacher la décision attaquée d'illégalité ;
- que le moyen tiré des irrégularités des deux missions d'expertise d'octobre 2010 n'est pas fondé car la première mission comptait un spécialiste en anesthésie-réanimation, et l'intégralité des dossiers des patients décédés a été examinée par les experts de la deuxième mission, qui ont disposé d'un temps suffisant pour les analyser ;
- que le moyen tiré de ce que l'administration aurait fondé sa décision sur une méthodologie statistique erronée n'est pas fondé ; qu'en tout état de cause, l'administration ne l'a pas sanctionné sur la seule base de taux de mortalité anormalement élevés mais également en raison de ses pratiques analysées lors de la seconde mission d'expertise médicale ;
- que contrairement à ce que soutient M. X., l'augmentation de la mortalité constatée dans le service n'est pas consécutive à la réorganisation du service de réanimation ; qu'en effet la différence constatée entre le taux de mortalité relevé de janvier à avril 2009 et celui concernant la période de mai à décembre de cette même année n'est pas statistiquement significative ; qu'en outre, une baisse de la mortalité a été constatée en 2010, alors que la nouvelle organisation des soins intensifs continuait de prévaloir ;
- que ni le rapport de l'inspection générale des affaires sociales, ni les deux décisions rendues par l'ordre des médecins les 23 novembre 2011 et 20 février 2013 ne sauraient remettre en cause la légalité de la décision attaquée ;

Vu l'ordonnance en date du 15 avril 2013 portant réouverture de l'instruction, en application de l'article R. 613-4 du code de justice administrative ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 modifiée;

Vu le code de justice administrative ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 13 mai 2013 :

- le rapport de M. Dias ;
- et les conclusions de M. Meisse, rapporteur public ;

1. Considérant qu'à la suite des conclusions du rapport établi le 11 octobre 2010 par la mission d'expertise médicale chargée d'auditer les pratiques professionnelles et le fonctionnement général du service de chirurgie cardiaque du centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Lorraine, a, par une décision du 12 octobre 2010, suspendu l'autorisation de l'activité de chirurgie cardiaque dudit CHR, et diligenté, le 13 octobre 2010, une mission chargée d'inspecter le service concerné, alors dirigé par M. X.; qu'à la suite des conclusions rendues par la mission d'inspection, l'intéressé a été suspendu de ses fonctions de chef de service et de praticien hospitalier ; que par un arrêté du 7 juin 2011, la directrice générale du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction hospitalière l'a révoqué du corps des praticiens hospitaliers ; que par une ordonnance du 2 novembre 2011, le juge des référés du tribunal administratif de Strasbourg a rejeté la requête de M. X. tendant à la suspension de l'arrêté du 7 juin 2011 et à ce qu'il soit enjoint à l'administration de procéder à sa réintégration ; que par une décision du 15 février 2012, le Conseil d'Etat n'a pas admis le pourvoi de M. X. contre l'ordonnance du 2 novembre 2011 ;

Sur les conclusions aux fins d'annulation :

En ce qui concerne la légalité externe :

2. Considérant, en premier lieu, qu'aux termes de l'article 1er de la loi susvisée du 11 juillet 1979 : "*Les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent. A cet effet, doivent être motivées les décisions qui (...) infligent une sanction (...)* » ; qu'aux termes de l'article 3 de cette loi : « *la motivation(...) doit comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision* ; que par ces dispositions, le législateur a entendu imposer à l'autorité qui prononce une sanction l'obligation de préciser, dans sa décision, les griefs qu'elle entend retenir à l'encontre du fonctionnaire intéressé, de sorte que ce dernier puisse, à la seule lecture de la décision qui lui est notifiée, connaître les motifs de la sanction qui le frappe ;

3. Considérant que l'arrêté du 7 juin 2011 expose les griefs reprochés au requérant, à savoir les dysfonctionnements constatés dans son service par les deux missions diligentées par l'agence régionale de santé, et relevés dans leurs rapports de fin de mission rendus en octobre 2010 ; que le degré de précision des éléments de fait exposés au soutien de la décision attaquée permet au requérant, à la seule lecture de ladite décision, de connaître les motifs de la sanction qui le frappe ; que par suite, le moyen tiré de ce que la décision serait insuffisamment motivée en fait, doit être écarté ;

4. Considérant, en deuxième lieu, qu'aux termes de l'article R. 6152-314 du code de la santé publique : « *Le rapporteur instruit l'affaire par tous les moyens propres à éclairer le conseil de discipline ; il établit un rapport écrit contenant l'exposé des faits et les moyens des parties et le transmet au président du conseil de discipline. / Si le rapporteur s'est appuyé sur des éléments nouveaux pour instruire l'affaire, le président doit ordonner la communication des pièces utilisées et reporter la date de la réunion du conseil de discipline afin que le praticien dispose d'un délai supplémentaire, dont la durée est fixée par le président pour préparer une défense. (...)* » ;

5. Considérant qu'il n'est pas établi, ni même allégué que le rapport définitif signé et communiqué par voie électronique au requérant aurait contenu des éléments nouveaux sur lesquels le rapporteur se serait appuyé pour instruire l'affaire ; qu'il en est de même concernant les pièces jointes au rapport, numérotées de 73 à 125 et de 126 à 143, communiquées au requérant, respectivement 22 jours et 8 jours avant la tenue du conseil de discipline ; qu'en tout état de cause, les délais dans lesquels lesdites pièces ont été communiquées au requérant doivent être regardés comme lui ayant permis de préparer utilement sa défense ;

6. Considérant que les dispositions de l'article R. 6152-314 du code de la santé publique dont se prévaut le requérant, qui indiquent, notamment, le contenu du rapport transmis au président du conseil de discipline, ne font pas obstacle à ce que le rapporteur mentionne, dans ledit rapport, le degré de sévérité de la sanction qu'il estime opportun d'infliger au praticien ; qu'en outre, il ressort des pièces du dossier que les principaux moyens en défense soulevés par le requérant avaient été présentés et analysés dans le rapport transmis aux membres du conseil de discipline; qu'il s'ensuit que le moyen tiré de ce que le contenu du rapport serait contraire aux dispositions de l'article R. 6152-314 du code de la santé publique ne peut être favorablement accueilli ;

7. Considérant, en troisième lieu, qu'il est constant que le professeur A., chef du service de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire du centre hospitalier universitaire de Rennes a participé à la mission d'expertise médicale diligentée le 31 août 2010 par le directeur général de l'ARS de Lorraine, puis à la mission d'inspection mandatée le 13 octobre 2010 par ce dernier ; que toutefois, cette circonstance est sans incidence sur la légalité de la décision attaquée ;

8. Considérant, en quatrième lieu, que M. X. ne saurait utilement se prévaloir de l'absence d'expert en cardiologie et en réanimation, au sein des missions susmentionnées ; qu'au demeurant, la mission d'expertise médicale qui a rendu ses conclusions le 11 octobre 2010 comptait un expert en réanimation, en la personne du professeur B., chef de service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital cardiologique de Lyon ;

9. Considérant, en cinquième lieu, que la décision attaquée est fondée sur les faits constatés non seulement par la mission d'expertise médicale diligentée le 23 août 2010 mais également sur ceux analysés par la mission d'inspection mandatée par le directeur général de l'agence régionale de santé le 13 octobre 2010 ; que, si le premier collège d'expert n'a pas analysé de dossiers de patients décédés, cette circonstance est sans incidence sur la légalité de la décision attaquée dès lors qu'il ressort des pièces du dossier que le second collège d'experts a procédé à l'analyse de 34 dossiers de patients décédés en 2009 et de 14 patients décédés en 2010 ; qu'eu égard au caractère particulièrement circonstancié de l'analyse desdits dossiers produite au débat par l'administration, le moyen tiré de ce que les experts n'auraient pas disposé du temps matériel pour analyser les dossiers de patients doit être écarté ;

En ce qui concerne la légalité interne :

10. Considérant, en premier lieu, qu'aucune disposition législative ou réglementaire, ni aucun principe général du droit ne fait obstacle à ce que, lorsque, pour sanctionner un agent, l'autorité disposant du pouvoir disciplinaire reprend expressément les motifs de l'avis rendu par le conseil de discipline consulté, cette autorité puisse infliger à l'intéressé une sanction plus sévère que celle proposée par l'avis émis par ledit conseil ; qu'il s'ensuit que le moyen tiré de l'erreur de droit doit être écarté comme inopérant ;

11. Considérant, en deuxième lieu, que pour sanctionner M. X., la directrice générale du centre de gestion s'est fondée sur la circonstance « *que les experts missionnés par le directeur général de l'agence régionale de santé de Lorraine le 31 août et le 13 octobre 2010 aux fins de procéder à une analyse des pratiques et des résultats de la chirurgie cardiaque entreprise à Metz-Thionville par le Dr X. ont constaté une mortalité péri-opératoire élevée en ce qui concerne la chirurgie coronarienne et très élevée (proche du triple des chiffres nationaux) en ce qui concerne la chirurgie valvulaire* » ;

12. Considérant, d'une part, qu'il ressort des pièces du dossier que, sur la période courant du mois de janvier au mois d'avril 2009, il a été constaté un taux de mortalité de 7,14% chez les patients opérés dans le service de chirurgie cardiaque du CHR de Metz-Thionville; que sur la période du mois de mai au mois de décembre 2009 ledit taux a atteint 13,57%, puis 14,29%, du mois de janvier au mois de juin 2010 ; que le requérant soutient que cette hausse brutale du taux de mortalité est directement imputable à la nouvelle organisation de l'unité de soins intensifs de chirurgie cardiaque, à laquelle il affirme s'être vigoureusement opposé ; que toutefois, il ressort des mêmes pièces du dossier, produites par le requérant, que le taux de mortalité est brutalement redescendu à 3,37% sur la période de juillet à octobre 2010, au cours de laquelle 3 décès ont été constatés sur un total de 89 patients opérés ; que cette baisse substantielle du taux de mortalité est intervenue sans qu'un quelconque changement dans les conditions de fonctionnement et d'organisation des soins postopératoires ait été constaté ; que, dans ces conditions, les données statistiques fournies par le requérant ne sont <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/tribunal-administratif-de-strasbourg-3-juin-2013-n1103955-praticien-hospitalier-revo-cation/>

pas de nature à établir un lien direct et certain entre l'évolution du taux de mortalité constaté chez les patients opérés dans son service et les conditions de leur prise en charge postopératoire ; qu'en tout état de cause, en admettant même qu'à la suite de la réorganisation du pôle médico-chirurgical du CHR de Metz-Thionville, et en particulier du service du requérant et de ceux de réanimation et d'anesthésie, les patients étaient désormais pris en charge, à l'issue de l'intervention chirurgicale, par des réanimateurs polyvalents, non formés pour ce type spécifique de malades, il appartenait à M. X., eu égard à la spécificité des patients opérés dans son service, et à la responsabilité qui lui incombait d'évaluer l'adéquation de ses gestes chirurgicaux avec les possibilités offertes par la plateforme technique du CHR mise à sa disposition, d'adapter ses pratiques aux modalités de fonctionnement et d'organisation des soins postopératoires ; que, par suite, le moyen de défense tiré de ce que la hausse des taux de mortalité observés dans son service serait imputable à la réorganisation du pôle médico-chirurgical du CHR de Metz-Thionville doit être écarté ;

13. Considérant, d'autre part, qu'il est constant que M. X. ne conteste pas les taux de mortalité constatés dans son service, mais leur comparaison avec les données brutes nationales ; que toutefois, en admettant même que les patients opérés par le docteur X. présentaient un degré de risque plus élevé que la moyenne nationale des patients opérés du cœur, cette circonstance ne suffit pas à établir une erreur d'appréciation de l'administration, dès lors qu'il ressort des pièces du dossier que, contrairement à ce que soutient le requérant, la décision de sanction n'est pas fondée sur le simple constat d'un écart statistique, mais bien sur l'analyse d'un tel écart, et notamment sur l'étude de dossiers de patients décédés en 2009 et en 2010, qui concluent à la pratique de gestes chirurgicaux inappropriés à l'état de santé des patients opérés ; qu'il s'ensuit, dès lors, que la moyen tiré de ce que la méthode statistique retenue ne serait pas pertinente, doit être écarté ;

14. Considérant, en troisième lieu, que la directrice générale du CNG a sanctionné M. X. au motif que : « *compte-tenu de la spécificité des patients opérés par le Dr X., plus âgés que la moyenne nationale, parfois issus du bassin minier lorrain et présentant des pathologies associées notamment pulmonaires, il appartenait au Dr X. de prendre en compte ces circonstances et, notamment, de faire le choix de gestes strictement nécessaires chez ces patients à haut risque ; que le docteur X. n'a pas tenu compte des avantages, des inconvénients et des conséquences de ses indications opératoires ;*

15. Considérant que le rapport rendu le 28 octobre 2010 par le second collège d'experts, constitué, notamment des chefs des services de chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire des centres hospitaliers universitaires de Rennes, d'Angers et de la Pitié-Salpêtrière, a confirmé et précisé les anomalies relevées par la première mission d'expertise à savoir un taux très important de patients à risque élevé, une proportion très haute de gestes extensifs, parmi lesquels un grand nombre d'actes ne relevant pas des recommandations des sociétés savantes, engendrant des durées extrêmes de circulation extracorporelle et de clampage aortique, à l'origine de souffrances myocardiques ou viscérales postopératoires constatées chez les patients décédés ; qu'il ressort de l'étude des dossiers de patients, annexée au rapport rendu le 28 octobre 2010 que M. R., 80 ans, décédé le 19 décembre 2009 à la suite d'une défaillance cardiaque postopératoire, d'une infection pulmonaire et d'une défaillance multiviscérale, avait été opéré le 2 décembre 2009 pour traiter une insuffisance mitrale cotée 1 sur une échelle de 1 à 4 ; que M. P. 79 ans, décédé le 19 novembre 2009 d'une cardiomyopathie dilatée ischémique, avait été opéré le 13 novembre 2009 pour traiter une insuffisance mitrale cotée 2 sur cette même échelle ; que selon les experts lorsque l'insuffisance est inférieure ou égale à 2 sur l'échelle de 1 à 4, l'opération chirurgicale n'est pas justifiée ; que M. A., 75 ans, décédé le 20 mai 2009 d'une défaillance multiviscérale avait subi le 29 janvier 2009 un remplacement de l'aorte sus coronaire ; que Mme B., 76 ans, décédée le 13 avril 2009 à la suite d'un choc septique avait fait l'objet, le 12 février 2009 d'un remplacement de l'aorte ascendante ; que dans ces deux cas, les experts ont estimé que ces gestes n'étaient pas indiqués, en raison du diamètre de l'aorte des patients, bien inférieur aux chiffres des recommandations ; que, Mme I., 86 ans, décédée le 17 octobre 2009 à la suite d'une défaillance multiviscérale avait subi, lors de son opération le 12 octobre 2009, un geste de fermeture de l'auricule gauche ; que M. W., 82 ans décédé le 30 mars 2009 avait également fait l'objet du même acte, lors de son opération du 3 mars 2009 ; que, selon les experts, ces gestes de fermeture de l'auricule gauche, réalisés en complément d'actes de chirurgie mitrale, également constatés chez d'autres patients décédés, constituent une pratique non validée, ni même cotée dans la nomenclature générale des actes professionnels ; que Mme K., 50 ans, décédée le 25 août 2009 à la suite d'un choc hypovolémique avait été opérée 14 jours plus tôt d'un remplacement de la valve mitrale associée avec une mise en place de néo-cordages ; que les experts ont estimé que cette technique n'était pas validée ni même légitime, la plastie n'étant plus justifiée en cas de remplacement valvulaire ; qu'enfin, le rapport souligne la fréquence anormalement élevée des actes de chirurgie d'anévrisme ventriculaire, alors que ces actes sont désormais exceptionnels en raison de la prise en charge précoce des infarctus qui évite leur constitution ; que, selon ces mêmes experts, la complexité excessive des actes réalisés a engendré un allongement considérable de la durée des opérations chirurgicales et par suite des durées de clampage aortique et de circulation sanguine extracorporelle, à l'origine des complications postopératoires subies par les patients décédés ; qu'il ressort des dossiers de patients analysés que Mme H., 81 ans, décédée le 22 novembre 2009, à la suite d'une défaillance multiviscérale et d'un choc septique, avait subi, le 6 novembre 2009, un quintuple pontage associé à un remplacement de l'aorte ; que cette intervention, considérée comme extensive par les experts, a engendré une durée de circulation extra corporelle supérieure à 4 heures ; que M. B., 79 ans, décédé le 27 avril 2010 en raison d'une défaillance multiviscérale, avait été opéré la veille d'un remplacement de la valve mitrale, d'un double pontage et d'une résection d'anévrisme, programme considéré comme « démesuré » par les experts, engendrant une durée de circulation extracorporelle de 6H35 et un temps de clampage aortique supérieur à 4 heures ; que M. A., 75 ans, décédé le 20 mai 2009 à la suite d'une défaillance multiviscérale avait subi une opération chirurgicale le 29 janvier 2009 engendrant une durée de circulation

extracorporelle supérieure à 5 heures et un temps de clampage aortique de 3H53, également qualifié de « démesuré » par les experts ;

16. Considérant que pour contester les conclusions des deux missions diligentées par le directeur de l'agence régionale de santé, et qui ont servi de fondement à la décision litigieuse, M. X. se prévaut d'un rapport produit à la suite d'une mission d'inspection mandatée en 2007 par le cabinet du ministre et confiée à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour, notamment, inspecter son service, selon lequel, les indications chirurgicales, les procédures, et les techniques mises en œuvre par le requérant étaient conformes aux règles de l'art ; que toutefois, eu égard au caractère insuffisamment circonstancié dudit rapport, sur ce point précis, et à la période à laquelle il se rapporte, ce dernier ne peut être regardé comme de nature à remettre en cause les conclusions des deux collèges d'experts précités ; qu'au demeurant, le rapport de l'IGAS, constatait « *une certaine propension à la performance chirurgicale avec un taux relativement élevé d'interventions complexes pour un centre de capacité moyenne* » ; qu' en outre, en admettant, que le professeur Dion, chef de service de chirurgie cardiaque à l'université catholique de Louvain (Belgique), auditionné comme témoin, à la demande du requérant, lors du conseil de discipline réuni le 29 avril 2009, aurait estimé que les actes chirurgicaux pratiqués par M. X. seraient en parfaite conformité avec les règles de l'art, cette circonstance n'est pas davantage de nature à remettre en cause les conclusions des experts mandatés par l'ARS de Lorraine, eu égard au caractère très général, et insuffisamment circonstancié des propos rapportés; qu'enfin, M. X. produit deux attestations rédigées, le 10 novembre 2010 et le 15 janvier 2011 par les Dr. Boursier et Sukkar, respectivement cardiologue et réanimateur au CHR de Metz-Thionville, selon lesquelles les patients faisaient l'objet d'une orientation collégiale et multidisciplinaire, préalable à toute intervention chirurgicale ; que, toutefois, lesdites attestations, bien que relatives aux modalités d'évaluation du rapport risque / bénéfice réalisées préalablement aux opérations chirurgicales effectuées dans le service du requérant, ne suffisent pas à démentir le caractère extensif de la chirurgie pratiquée dans le service concerné, et décrite par les experts précités ;

17. Considérant, dans ces circonstances, que c'est à bon droit que la directrice générale du centre national de gestion a estimé fautifs les actes pratiqués dans le service de chirurgie cardiaque de Metz-Thionville, relevés par les deux collèges d'experts, et qu'elle les a qualifiés d' « extensifs » et de « non strictement nécessaires » ; qu'eu égard à la gravité de ces griefs, la directrice générale du centre national de gestion pouvait, sans commettre d'erreur manifeste d'appréciation, prononcer la révocation de M. X. ;

18. Considérant, en quatrième lieu, que si M. X. soutient qu'il ne porte pas seul la responsabilité des actes chirurgicaux fautifs, cette circonstance, à la supposer établie, est sans incidence sur la légalité de la sanction qui lui est infligée ;

19. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que M. X. n'est pas fondé à demander l'annulation de la décision du 7 juin 2011 prononçant sa révocation du corps des praticiens hospitaliers ;

Sur les conclusions à fin d'injonction :

20. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le présent jugement, qui rejette les conclusions à fin d'annulation, n'implique aucune mesure d'exécution ; que, par conséquent, les conclusions à fin d'injonction sous astreinte ne peuvent qu'être rejetées ;

Sur les conclusions présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

21. Considérant qu'aux termes de l'article L. 761-1 du code de justice administrative : « Dans toutes les instances, le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation. » ;

22. Considérant que ces dispositions font obstacle à ce que soit mise à la charge du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, qui n'est pas la partie perdante dans la présente instance, la somme que M. X. demande au titre des frais exposés et non compris dans les dépens ;

DECIDE :

Article 1er : La requête de M. X. est rejetée.

Article 2 : Le présent jugement sera notifié à M. X. et au centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Copie en sera adressée au ministre de la santé, au directeur général de l'agence régionale de santé de Lorraine et au directeur général du centre hospitalier régional de Metz-Thionville.