

Tribunal de grande instance, 10 février 2009, n°0421901626 (retard de diagnostic - perte de chance - faute pénale)

10/02/2009

Un enfant de 12 ans, atteint de la maladie de MINKOWSKI-CHAUFFARD a été régulièrement suivi et pris en charge par le service d'hématologie d'un hôpital de l'AP-HP. L'évolution de cette affection a nécessité la réalisation d'une splénectomie. Si l'intervention s'est déroulée sans problème, l'enfant présentera toutefois trois malaises au cours de la nuit dont le dernier s'avèrera fatal. Les parents ont déposé une plainte pour homicide involontaire. L'AP-HP, représentée par le Directeur des affaires juridiques et des droits du patient, a notamment été mise en examen pour un retard de diagnostic de l'hémorragie imputable à l'absence d'avis par un chirurgien viscéral. Toutefois, par jugement du 10 février 2009, le Tribunal correctionnel de Paris a relaxé l'AP-HP estimant qu'il n'était pas démontré que le diagnostic tardif a fait perdre toute chance de survie à l'enfant et qu'une réintervention appropriée aurait permis d'éviter la mort. En d'autres termes, le tribunal a rappelé le principe selon lequel une perte de chance ne saurait être constitutive d'une faute pénale.

Tribunal de Grande Instance de Paris 31eme chambre/1

N° d'affaire : **0421901626**

Jugement du : **10 février 2009, 13h30**

NATURE DES INFRACTIONS : HOMICIDE INVOLONTAIRE PAR PERSONNE MORALE,

TRIBUNAL SAISI PAR : Ordonnance de renvoi du juge d'instruction en date du 01 août 2008 suivie d'une citation.

SOCIETE POURSUIVIE :

Dénomination : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS - AP-HP

Siège : 3, avenue Victoria
75004 PARIS

Antécédents judiciaires : déjà condamnée

N° SIREN267 500 452

Représentée par Maître Benoit C avocat au barreau de PARIS, qui a déposé des conclusions visées par le président et le greffier et jointes au dossier.

PARTIES CIVILES :

Nom : P. Frédéric

Domicile :

Nom : D. Carole

Nom marital : P

En leur nom personnel et en qualité de représentants légaux de leurs enfants Jérôme et Chloé mineurs

Représentés par Maître Sylvie N avocat au barreau de PARIS, qui a déposé des conclusions visées par le président et le greffier et jointes au dossier.

TEMOINS : présents à l'audience

Docteur Z Sébastien

Docteur T Vicken

Docteur P Pascale épouse C

PROCEDURE D'AUDIENCE

Par ordonnance de l'un des juges d'instruction de ce siège en date du 01 août 2008 a été renvoyé devant le tribunal correctionnel :

L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS - AP-HP est prévenue :

D'avoir à Paris dans la nuit du 21 au 22 juin 2004, involontairement causé la mort de Cédric P par deux fautes d'imprudence et de négligence en l'espèce :

D'avoir privé l'enfant lors de ses trois malaises d'une consultation par un chirurgien viscéral, cette absence étant imputable à l'organisation des gardes au sein du service de chirurgie infantile qui ne permettait pas d'assurer la présence simultanée des deux sous-spécialités chirurgicales "viscérale" et "orthopédique", une telle présence étant devenue nécessaire en raison dans ce domaine de la très forte spécialisation des personnels et des services en région parisienne, en particulier à l'Hôpital... ;

D'avoir contribué à l'arrivée tardive en salle de surveillance post-interventionnelle du docteur V T, senior de garde en chirurgie cette nuit là et seul habilité à procéder en urgence à la reprise chirurgicale, ce retard d'environ 30 minutes étant imputable aux dysfonctionnements du système d'appel par "bips", dysfonctionnements connus par l'AP-HP depuis plus d'un an.

Faits prévus et réprimés par les articles 121-3, 221-6 et 221-7 du code pénal

L'affaire a été appelée, successivement, aux audiences du :

- 16 septembre 2008, pour première audience au fond et renvoyée pour examen au fond,
- 13 janvier 2009, pour audience au fond et renvoyée pour délibération, - et ce jour, pour prononcé du jugement.

Les débats ont été tenus en audience publique.

Le président a donné connaissance des faits motivant la poursuite.

Le président a invité les témoins à se retirer dans la pièce qui leur est destinée.

Puis il a été procédé à l'audition, hors la présence les uns des autres, des témoins selon les dispositions des articles 444 à 457 du Code de procédure pénale.

Sébastien Z, V T, Pascale P épouse C, témoins, après avoir prêté le serment de dire toute la vérité, rien que la vérité, ont été entendus en leur déposition, selon les dispositions de l'article 454 du Code de procédure pénale.

Maître Sylvie NOACHOVITCH avocat au barreau de PARIS, au nom de Frédéric P, Carole D épouse P, et de Jérôme, Chloé leurs enfants mineurs, parties civiles, après dépôt de conclusions visées par le président et le greffier, a été entendue en ses demandes et plaidoirie.

Le ministère public a été entendu en ses réquisitions.

Maître Benoit CHABERT, au nom de l'ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS-AP-HP, prévenue, après dépôt de conclusions visées par le président et le greffier, a été entendu en ses demandes et plaidoirie.

Le greffier a tenu note du déroulement des débats.

Puis à l'issue des débats tenus à l'audience publique du 13 Janvier 2009 à 13h30, le tribunal a informé les parties présentes ou régulièrement représentées que le jugement serait prononcé le 10 Février 2009 à 13h30.

Ce jour le Tribunal vidant son délibéré conformément à la loi, a statué en ces termes.

MOTIFS

Cédric P, né le 9 mars 1992, a été opéré le 21 juin 2004 pour une ablation de la rate, intervention nécessitée par une maladie génétique dont il était porteur. Il ne présentait aucune anomalie de coagulation, ayant déjà été opéré sans complication hémorragique et le bilan de coagulation préopératoire étant normal. L'intervention a été réalisée par le docteur de L, à l'hôpital..., sous coelioscopie. Commencée à 14h15, l'opération s'est achevée vers 15h30. Aucune complication n'a été relevée. Cédric est resté en salle de surveillance post-interventionnelle jusqu'à 21h45 avant d'être remonté dans sa chambre. L'enfant a reçu des antalgiques à 17 et 18 heures et, spécialement, de la morphine à 19h30.

A partir de ce moment, Cédric présentera trois malaises qui donneront lieu à l'intervention, des praticiens de garde qui ne

poseront pas immédiatement le diagnostic de l'hémorragie interne, de sorte que la réintervention est arrivée tardivement et l'enfant est décédé d'un choc hémorragique c'est-à-dire d'un désamorçage de la pompe cardiaque. Sont intervenus, le docteur F, anesthésiste réanimateur de garde, le docteur T, chirurgien senior de garde, spécialisé en chirurgie infantile (et sous-spécialisation en orthopédie), et le docteur Z, interne de garde en formation de chirurgie orthopédique adulte qui, dans le cadre de cette formation, se trouvait dans le service hospitalier de chirurgie infantile (D 166).

A 23 heures, Cédric a fait un premier malaise avec chute de la pression artérielle. L'anesthésiste, le docteur F a été appelé. L'enfant a récupéré conscience quelques temps après, néanmoins, la tension artérielle était à 8 et le pouls à 110 et le chirurgien de garde, le docteur T, a été appelé. Il a constaté que le ventre était souple, mais en raison des mesures prises, les praticiens décidaient de transférer l'enfant en salle de surveillance post-interventionnelle. Cédric y était admis à 1h20. Une prise de sang était faite pour surveiller le taux d'hémoglobine qui s'avérait correct (D 38). Les prises de mesures ne sont pas notées dans cette salle de réveil, élément important relevé par les docteurs R et T qui ont procédé à l'expertise. Cependant, l'infirmière de garde, Mme L, a indiqué que la tension artérielle était systématiquement prise dans cette salle, ce que confirme le docteur F (D 122), et c'est d'ailleurs pour cette raison que l'enfant y a été transféré. Les appareils de contrôle prenant les constantes vitales ont été installés (D 135 et D 141). Néanmoins, ni échographie, ni diurèse n'ont été réalisées.

A 1h50, Cédric a présenté un nouveau malaise avec brachycardie à 54. Il est ventilé au masque et reprend conscience. L'expertise mentionne qu'il persiste une tachycardie sans hypotension. Cette fois-ci c'est l'interne de garde, le docteur Z qui est appelé. Il n'y a pas de contact avec le docteur T qui s'est occupé du premier malaise. L'interne, de nouveau, relève un ventre souple et indolore et un taux d'hémoglobine à 10,3 (taux évalué au moyen d'un hémocue). Une perfusion est mise en place et un prélèvement sanguin est réalisé, qui n'a pu être analysé, en raison de la coagulation lors du transport. Le docteur Z estime, au regard des éléments en présence (abdomen souple et plat, tension artérielle constante, absence d'état de choc) qu'il n'y a pas de gravité et ne contacte pas le senior de garde le docteur T. Il repart pour les urgences sachant que le docteur F continue à s'occuper de l'enfant. Le docteur Z indique (D. 70) qu'à 2 heures, les examens pratiqués (examen clinique et hémocue) ne l'ont pas conduit à diagnostiquer une hémorragie abdominale grave, de sorte qu'aucune échographie n'a été ordonnée à l'issue de ce deuxième malaise.

A 2h30 de nouveau, l'enfant présente un malaise. Le taux d'hémoglobine (par hémocue) est de 5,2, étant rappelé qu'il était à 10,3 à 2 heures, ce qui constitue une chute brutale. Le docteur F (D 58) indique que constatant ce taux bas d'hémoglobine, il a demandé à l'interne Z d'appeler le docteur T pour une prise en charge chirurgicale. Pendant ce temps, il effectue les manœuvres de réanimation et appelle la banque du sang pour obtenir des flacons qui seront ultérieurement injectés. Le docteur T n'arrivera qu'aux alentours de 3 heures, étant précisé que des infirmières présentes ont indiqué que le senior avait été appelé deux fois sur son bip, ce qui n'a pas été confirmé par le docteur Z.

A 2h45, l'enfant perd conscience et a été intubé. A 3 heures, les troubles du rythme cardiaque apparaissent et la tension artérielle est imprenable. La réanimation est appelée et intervient dans les cinq minutes qui suivent pour procéder à un massage cardiaque. Il est alors constaté que le ventre se distend et une échographie est pratiquée qui confirme l'hémorragie. A 3h06 le chirurgien d'astreinte, le docteur C, est appelé chez lui pour une intervention en urgence. Ce dernier contacte le docteur de L alors qu'il est sur le chemin. L'enfant est transféré en salle d'opération à 3h30 et l'intervention débute à 3h45. L'origine de l'hémorragie n'est pas identifiée et ne le sera pas plus lors de l'autopsie. Le docteur C constate la présence de deux litres de sang dans l'abdomen et les pinces posées ne permettent pas de faire cesser le saignement. Le cœur n'a pas redémarré et le décès est constaté à 4h17.

L'autopsie réalisée le 23 juin 2004 n'a pas été en mesure d'établir quel vaisseau avait saigné et pour quelle raison. A la demande de l'AP-HP, une enquête médicale interne a été réalisée par le professeur C avec un rapport déposé le 5 août 2008 (D 18). Un rapport collégial, intitulé rapport de mission sur l'accident (D 187) dont le but était d'analyser les causes médicales et interventionnelles, de formuler des recommandations, sans rechercher de culpabilité ni de responsabilité d'un individu ou d'une équipe, a été également fait.

Le 2 août 2004, les époux P, parents de l'enfant, ont adressé une plainte au procureur de la République. Le 25 mars 2006, une information judiciaire était ouverte du chef d'homicide involontaire. Une expertise judiciaire était réalisée le 29 mai 2006 par les docteurs R et T. Enfin, le médecin inspecteur de santé publique, le docteur M, a réalisé deux notes dans le cadre de l'information (D. 92 et D 128).

Il résulte du rapport des experts judiciaires que "en salle de réveil de 1h20 à 2h30, il n'est noté aucun examen clinique, aucune prise de tension artérielle, aucune mesure de la diurèse. L'absence d'échographie et d'une consultation par un chirurgien viscéral constitue une perte de chance pour l'enfant. Durant cette période, la prise en charge de l'enfant n'a pas été conforme aux données actuelles de la science". Le professeur C (D. 18) fait état, pour sa part, d'un défaut d'analyse des symptômes cliniques, les intervenants s'étant attachés, selon lui, à l'analyse des prélèvements sanguins (taux d'hémoglobine) au détriment des autres signes. Il parle de retard de diagnostic et de réintervention. De même,

l'audition du docteur de L du 14 septembre 2005 précise que si le taux d'hémoglobine était satisfaisant, il fallait évoquer l'hémorragie, donner plus de valeur aux signes cliniques aux signes biologiques et appeler un chirurgien viscéral (D 76). C'est ainsi qu'a été posée la question de la relation entre l'analyse des signes présentés par l'enfant faite par les praticiens intervenants, l'insuffisance des examens sollicités en lien avec la tardiveté du diagnostic et, partant, de la réintervention. C'est ainsi que la spécialité des chirurgiens, spécialité en orthopédie et non en viscéral, a été retenue par l'ordonnance de renvoi dans la mesure où l'absence d'un praticien spécialisé en viscéral n'aurait pas permis une analyse plus précoce des données en faveur de l'hémorragie. De même, la question de l'arrivée tardive du docteur T, seul habilité à décider d'une réintervention (l'interne de garde ne le pouvant pas), a été posée.

L'ordonnance de renvoi du 1er août 2008 a jugé qu'il n'y avait pas de responsabilité individuelle au sein de l'équipe médicale. Précisément, il a été retenu que le docteur de L n'avait pas commis de faute lors de l'exécution de l'intervention ni de la réintervention avec, le docteur C. En outre, l'ordonnance a relevé qu'il n'y avait pas de faute pénale liée au défaut de transmission des informations entre les docteurs Z et T entre les premier et deuxième malaises de l'enfant et ce d'autant qu'il y avait eu une présence constante de l'anesthésiste le docteur F qui avait assuré la transmission des informations. Quant à la question d'un retard de diagnostic imputable au docteur Z, l'ordonnance de renvoi a jugé que le chirurgien avait procédé à un examen clinique sérieux et complet et avait pris en compte les résultats de l'hémocue, de sorte qu'aucune faute caractérisée ne lui était imputable.

En revanche, l'ordonnance de renvoi a retenu deux fautes à l'encontre de l'AP-HP, conduisant à son renvoi devant la juridiction de jugement pour homicide involontaire: d'une part, d'avoir privé l'enfant d'une consultation par un chirurgien viscéral, absence imputable à l'organisation du service des gardes ne permettant pas d'assurer la présence simultanée de deux spécialités et d'autre part, d'avoir contribué à l'arrivée tardive en salle de surveillance post-interventionnelle du docteur T, senior de garde en chirurgie, seul habilité à procéder en urgence à la réintervention chirurgicale, retard d'environ 30 minutes imputable aux dysfonctionnement du système d'appel bip.

SUR CE,

1. Sur l'action publique : Sur l'absence de consultation par un chirurgien viscéral :

L'AP-HP soutient d'une part, qu'il n'y aurait pas de sous-spécialité, stricto sensu, chirurgie viscérale- chirurgie orthopédique au sein de la spécialité chirurgie infantile et, d'autre part, qu'il n'y aurait aucune obligation de mettre en place un système de binôme de garde composé d'un spécialiste de la chirurgie viscérale et d'un spécialiste de la chirurgie orthopédique.

Quand bien même aucune sous-spécialisation ne serait fixée et aucune obligation tirée de l'alternance des spécialistes de garde n'existerait, il n'en demeure pas moins que le fonctionnement en binôme de garde était établi à l'hôpital..., permettant aux patients de chirurgie infantile ne bénéficier, lors des gardes, du diagnostic d'un chirurgien viscéral et d'un chirurgien orthopédique et surtout, à l'un des spécialistes de faire appel à l'autre pour confirmer ou infirmer un diagnostic en cas de doute ou de difficultés.

Au demeurant, ce double regard par des spécialistes de formation différente est d'autant plus important dans un service de la taille de celui de l'hôpital..., au regard des patients accueillis. Le diagnostic hémorragique, ainsi que l'a rappelé le docteur C entendue à l'audience, est d'autant plus difficile chez l'enfant, qu'il n'existe pas de signes d'appel comme chez l'adulte. En outre, au cas particulier, si l'enfant avait été vu par un spécialiste de chirurgie infantile viscérale, les signes cliniques auraient pu être analysés différemment, et ce d'autant que l'enfant avait bénéficié d'antalgiques, ce qui avait pu avoir pour conséquence de modifier les constats cliniques.

Dès lors, le fait de ne pas avoir fait bénéficier l'enfant d'une consultation par un chirurgien viscéral en raison du système de garde instauré n'ayant pas permis d'assurer la présence simultanée des deux spécialités, constitue une faute pénale.

L'homicide involontaire n'est constitué que si la faute reprochée a causé la mort, directement ou indirectement, et n'a pas seulement eu pour effet de priver la victime d'une chance de survie. Au cas d'espèce, les rapports du dossier pénal, qu'il s'agisse du rapport du professeur C ou du rapport des experts R et T, se fondent sur une simple perte de chance. Autrement dit, il n'est pas démontré que si l'enfant avait bénéficié plus tôt du diagnostic de l'hémorragie, il aurait pu être sauvé. Autrement dit, que l'on se fonde sur les pièces du dossier pénal ou l'audition des praticiens à l'audience, notamment les déclarations du docteur C qui a procédé à la réintervention en urgence, il n'est pas justifié d'une part, que le diagnostic tardif a fait perdre à l'enfant toute chance de survie et, d'autre part, qu'une réintervention appropriée aurait permis d'éviter la mort. Dès lors, la responsabilité pénale de l'AP-HP ne peut être retenue pour la faute tirée de l'absence de consultation par un chirurgien viscéral.

Sur le défaut de fonctionnement du système bip :

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/tribunal-de-grande-instance-10-fevrier-2009-n0421901626-retard-de-diagnostic-pert-e-de-chance-faute-penale/>

Il résulte des pièces du dossier pénal que le docteur T a été appelé par le docteur Z à l'issue du troisième malaise. Le docteur Z n'a jamais indiqué qu'il avait appelé le senior de garde à plusieurs reprises et a même précisé qu'il est arrivé après avoir été appelé. En l'état du dossier il n'existe pas de preuve incontournable de l'usage du bip, à plusieurs reprises pour appeler le docteur T et, partant, du rôle causal d'un dysfonctionnement du système du bip dans la réalisation de l'accident. En d'autres termes, il n'est pas justifié, au regard des éléments du dossier de l'utilisation effective du bip à plusieurs reprises, de sorte qu'il n'est pas possible de faire découler une faute pénale des dysfonctionnements constatés par l'AP-HP. De nouveau, la responsabilité pénale de l'AP-HP ne peut être retenue.

Dès lors, l'AP-HP sera relaxée des fins de la poursuite.

2- Sur l'action civile :

La constitution de partie civile sera déclarée recevable, mais les parties civiles seront déboutées de leur demande en raison de la relaxe intervenue.

PAR CES MOTIFS

Le tribunal statuant publiquement, en matière correctionnelle, en premier ressort et par jugement contradictoire à l'encontre de l'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS - AP-HP, prévenue, à l'égard de Frédéric P, Carole D, parties civiles ;

SUR L'ACTION PUBLIQUE :

DECLARE l'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS-AP-HP NON COUPABLE et la RELAXE des fins de la poursuite pour les faits qualifiés de :
HOMICIDE INVOLONTAIRE PAR PERSONNE MORALE, faits commis dans la nuit du 21 au 22 juin 2004, à PARIS.

SUR L'ACTION CIVILE :

REÇOIT Frédéric P, Carole D en leurs constitutions de partie civile.

DEBOUTE les parties civiles de leurs demandes en raison de la relaxe.