

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE VERSAILLES**

N°1102439

Mlle X.

Mme Gest
Rapporteur

Mme Housset
Rapporteur public

Audience du 3 février 2015
Lecture du 10 mars 2015

C+
60-02-01-01-01-04

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Le Tribunal administratif de Versailles

(6ème chambre)

Vu le jugement du 11 juin 2013 par lequel le tribunal administratif de Versailles a, avant de statuer au fond sur la requête présentée pour Mlle X., demeurant xxxxxxxxxxxxxxxx, par Me Bourayne, et tendant à la condamnation du centre hospitalier Sud francilien à l'indemniser de ses préjudices, rejeté la demande de provision de Mme X. et ordonné une expertise afin notamment de déterminer si les séquelles dont se plaint Mme X. ont été causées par une faute dans sa prise en charge par le centre hospitalier Sud Francilien ;

Vu le rapport d'expertise du Dr D. enregistré au greffe le 12 décembre 2013 ;

Vu l'ordonnance du président du tribunal du 13 décembre 2013 ayant taxé et liquidé les frais d'expertise à la somme de 800 euros ;

Vu le mémoire, enregistré le 13 janvier 2014, présenté pour Mme X., qui maintient ses conclusions et fait valoir en outre que le rapport d'expertise est entaché d'irrégularités ;

Vu le mémoire, enregistré le 25 février 2014, présenté pour le centre hospitalier sud francilien qui s'en rapporte à la sagesse du tribunal quant à sa responsabilité, demande au tribunal de fixer le montant de l'indemnisation de Mme X. à la somme de 1620 euros et de ramener les frais de l'instance à de plus justes proportions ;

Il fait valoir que le rapport d'expertise a conclu à une perte de chance de 30 % en raison du défaut d'information ; que les observations de Mme X. sont de simples allégations ;

Vu le mémoire, enregistré le 2 juin 2014, présenté pour Mme X. qui sollicite la fixation du taux de perte de chance à 75% et son indemnisation par le versement de la somme

de 33 705,50 euros, outre 3 000 euros au titre de l'article L 761-1 du code de justice administrative ;

Elle soutient que l'intervention sur le talon d'Achille était trop risquée du fait de son diabète ; que l'expert s'est abstenu de répondre sur ce point ; que seule une résection articulaire du 5^{ème} métatarsien était prévue ; que l'allongement du talon d'Achille n'était pas prévue et n'avait donc pas été présentée au diabétologue ; que cette intervention ne se justifiait pas ; qu'elle n'a pas été informée des risques de cet allongement du talon d'Achille dès lors que l'intervention n'était pas prévue et qu'elle ne l'a sue qu'en salle d'opération ; qu'elle aurait refusé cette opération complémentaire si une information complète lui avait été donnée ; que l'expert n'a pas expliqué comment il trouvait un taux de perte de chance de 30% ; qu'étant jeune et dynamique, elle n'aurait pas pris le risque d'une invalidité, alors que l'opération litigieuse n'avait qu'un but préventif ;

Vu le rapport d'expertise du Dr D., enregistré au greffe le 19 septembre 2014 ;

Vu l'ordonnance du 3 octobre 2014 fixant la clôture de l'instruction au 3 novembre 2014 ;

Vu le mémoire, enregistré le 30 octobre 2014, présenté par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne qui sollicite le remboursement de ses débours de 18 959,97 euros avec intérêts de droit, outre 800 euros au titre de l'article L 761-1 du code de justice administrative et demande au tribunal de condamner le centre hospitalier à prendre en charge les prestations non connues à ce jour et celles susceptibles d'être servies ultérieurement ;

Vu le nouveau mémoire, enregistré le 31 octobre 2014, présenté pour le centre hospitalier Sud francilien, qui maintient ses précédentes écritures ;

Il fait valoir que s'agissant du préjudice économique sollicité par Mme X., il convient qu'elle produise les créances des organismes sociaux du régime général et complémentaire ; qu'elle ne fournit aucun bulletin de paie antérieur à l'intervention ; que le salaire de référence ne figure pas sur l'attestation de son employeur ; que l'avenant de novembre 2010 concerne une avancée de poste ; que le licenciement de 2011 n'est pas en lien avec l'intervention puisqu'il s'agit d'un licenciement économique ; que l'expert n'a pas retenu l'impossibilité d'occuper un poste impliquant des déplacements, la conduite d'un véhicule ou la station debout ; que le simple fait d'être reconnu travailleur handicapé ne suffit pas à étayer un préjudice professionnel ; que l'incidence professionnelle est donc infondée ; que l'expert n'a pas retenu de préjudice esthétique permanent ;

Vu le mémoire enregistré le 3 novembre 2014, présenté par la CPAM de l'Essonne qui conclut aux mêmes fins par les mêmes moyens ;

Vu le mémoire, enregistré le 16 décembre 2014, présenté pour Mme X. aux fins de dépôt de pièces ;

Vu le mémoire enregistré le 19 janvier 2015, présenté par la CPAM de l'Essonne qui conclut aux mêmes fins par les mêmes moyens ;

Vu la demande préalable ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

Vu la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale ;

Vu l'arrêté du 19 décembre 2014 relatif aux montants de l'indemnité forfaitaire de gestion prévue aux articles L 376-1 et L 454-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

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 3 février 2015 :

- le rapport de Mme Gest, rapporteur ;
- les conclusions de Mme Housset rapporteur public ;
- les observations de Me Gwozdecki pour Mlle X. et de Me Adler pour le centre hospitalier Sud francilien ;

1. Considérant que Mlle X., née en 1977, atteinte d'un diabète de type 1 depuis l'âge de cinq ans, a été opérée au centre hospitalier Sud Francilien le 25 janvier 2010 pour soigner une ostéoarthrite de l'articulation du cinquième orteil ; qu'un allongement du tendon d'Achille a été pratiqué ; que courant mars 2010, son tendon d'Achille s'est rompu, nécessitant deux nouvelles opérations les 29 mars et 12 avril 2010 ; que face à l'absence d'amélioration de son état et à la persistance des douleurs et de la boiterie, Mlle X. a sollicité l'indemnisation de ses préjudices le 10 septembre 2010 ; que par courrier reçu le 1^{er} mars 2011, le centre hospitalier Sud francilien a rejeté ses demandes ; que Mlle X. sollicite du tribunal l'indemnisation de son préjudice ;

Sur le droit à réparation :

2. Considérant d'une part, qu'aux termes de l'article L.1142-1 du code de la santé publique : « I. - *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. / Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère. / II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices*

du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire. / Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret. » ;

3. Considérant d'autre part, qu'aux termes de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique : *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. (...) En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen (...) »* ; qu'aux termes de l'article L 1111-4 du même code: *« 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. / Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables (...) / 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. (...)»* ; que, hors les cas d'urgence ou d'impossibilité d'informer, la réalisation d'une intervention à laquelle le patient n'a pas consenti oblige l'établissement responsable à réparer tant le préjudice moral subi de ce fait par l'intéressé que, le cas échéant, toute autre conséquence dommageable de l'intervention ;

4. Considérant qu'il résulte de l'instruction que Mme X. a consulté le docteur Y. au centre hospitalier Sud francilien en janvier 2010 pour une arthrite de l'inter-phalangienne du 5^{ème} orteil ; que lors de cette consultation pré-opératoire, le médecin lui a proposé de « réséquer l'articulation du 5^{ème} métatarsien et [d']en profiter pour réaliser des ostéotomies per-cutanées des cols des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} métatarsiens » ; que le 25 janvier 2010, jour de l'intervention, il a finalement décidé de ne pas réaliser les ostéotomies prévues mais d'allonger le talon d'Achille de la patiente ; que selon les informations apportées par Mme X. et non contestées par l'hôpital lors de l'expertise, la patiente n'a été informée que brièvement de ce changement de technique opératoire, à son arrivée au bloc opératoire alors qu'elle était pré-sédattée ; que les avantages et les inconvénients de cette technique n'ont donc pas pu lui être exposés ; que Mme X. a été ainsi privée de son droit à donner son consentement éclairé à l'opération, sans qu'aucune urgence ne le justifie, alors même que rien ne justifiait, selon l'expert, l'abandon de l'opération prévue initialement sinon peut être un souci de confort pour la patiente en post-opératoire ; qu'en se bornant à délivrer à la patiente une information tardive sur la nature de l'intervention qui allait être pratiquée alors que l'intéressée n'était pas en pleine possession de ses facultés intellectuelles pour la discuter, le centre hospitalier sud

francilien a engagé sa responsabilité pour faute ;

5. Considérant que dans le cas où la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage soit advenu ; que la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue ;

6. Considérant qu'il résulte du rapport d'expertise que la réalisation de l'opération litigieuse, non précédée du consentement éclairé de la patiente, a été suivie par la réalisation du risque inhérent à cette opération, que constitue la rupture du talon d'Achille ; que Mme X. ayant été privée de toute chance de refuser l'intervention et d'éviter les risques inhérents qui se sont réalisés, alors que l'opération initialement prévue constituait une alternative dépourvue de ces risques, il y a lieu de considérer que la faute commise par l'hôpital a fait perdre à Mme X. 100% de chances d'échapper aux risques qui se sont réalisés ;

Sur le montant de l'indemnisation :

7. Considérant qu'en application des dispositions de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 31 de la loi du 5 juillet 1985 dans leur rédaction résultant de la loi du 21 décembre 2006 portant financement de la sécurité sociale pour 2007, le juge, saisi d'un recours de la victime d'un dommage corporel et d'un recours subrogatoire d'un tiers-payeur doit, pour chacun des postes de préjudices patrimoniaux et personnels, déterminer le montant du préjudice en précisant la part qui a été réparée par des prestations de sécurité sociale et celle qui est demeurée à la charge de la victime ; qu'il lui appartient ensuite de fixer l'indemnité mise à la charge de l'auteur du dommage au titre du poste de préjudice en tenant compte, s'il a été décidé, du partage de responsabilité avec la victime ; que le juge doit allouer cette indemnité à la victime dans la limite de la part du poste du préjudice qui n'a pas été réparée par des prestations, le solde, s'il existe, étant alloué à l'organisme de sécurité sociale ;

8. Considérant qu'en l'absence de dispositions réglementaires définissant les postes de préjudice, il y a lieu, pour mettre en œuvre la méthode sus-décrite, de distinguer, parmi les préjudices de nature patrimoniale, les dépenses de santé, les frais liés au handicap, les pertes de revenus, l'incidence professionnelle et scolaire et les autres dépenses liées à ce dommage ; que parmi les préjudices personnels, sur lesquels l'organisme de sécurité sociale ne peut exercer son recours que s'il établit avoir effectivement et préalablement versé à la victime une prestation réparant de manière incontestable un tel préjudice, il y a lieu de distinguer, pour la victime directe, les souffrances physiques et morales, le préjudice esthétique et les troubles dans les conditions d'existence, envisagés indépendamment de leurs conséquences pécuniaires ;

En ce qui concerne les préjudices à caractère patrimonial :

S'agissant des dépenses de santé :

9. Considérant que la CPAM de l'Essonne justifie avoir dépensé la somme de 10 021,60 euros correspondant aux débours en lien avec l'opération du 25 janvier 2010 et ses séquelles ; que Mme X. ne justifie d'aucune dépense restée à sa charge

S'agissant des pertes de gains professionnels et de l'incidence professionnelle :

10. Considérant que durant la période du 28 mars 2010, début de la période considérée par l'expert comme la période de déficit fonctionnel temporaire, au 19 septembre 2011, date de consolidation, Mme X. a subi une baisse de ses ressources uniquement en 2010 ; qu'il résulte en effet de l'instruction qu'en 2009 elle a déclaré 23 032 euros de ressources, alors qu'en 2010, elle n'a déclaré que 12 118 euros, soit une perte de revenus de 10 914 euros ; que sur les 9 mois allant du 28 mars 2010 au 31 décembre 2010, elle a donc subi une perte de ressources d'environ 8 185, 50 euros ; qu'elle a toutefois perçu des indemnités journalières d'un montant de 7 662,93 euros ainsi que des prestations de Generali ; qu'au vu du récapitulatif fait par son employeur, et versé en pièce 31 aux débats, les ressources perçues par Mme X. en 2010 ont été de 22 779,07 euros ; qu'elle peut donc prétendre à la différence soit 253 euros ; qu'en revanche en 2011, elle a déclaré 29 256 euros aux services fiscaux, soit une somme supérieure à celle de ses revenus de 2009 antérieurs à l'accident ; qu'elle a ensuite été licenciée en août 2011 pour motif économique, licenciement dont il n'est pas établi qu'il soit en lien avec les séquelles de l'opération ; qu'en revanche, il résulte de l'instruction que l'accident a eu une incidence professionnelle certaine du fait que Mme X. ne pouvant plus rester debout très longtemps ni marcher sur une trop longue distance a été contrainte de se reconvertir dans un emploi administratif, dans lequel son salaire est moindre ; qu'il y a lieu, dans ces conditions, de lui allouer la somme globale de 10 000 euros au titre de son préjudice économique et de son incidence professionnelle;

En ce qui concerne les préjudices à caractère extra-patrimonial :

11. Considérant qu'il résulte du rapport d'expertise que Mme X. a subi une période de déficit fonctionnel temporaire total de 6 jours, une période de déficit fonctionnel partiel à 25% de 42 jours et une période de déficit fonctionnel partiel à 10% de seize mois environ ; qu'il y a lieu d'évaluer le préjudice au titre du déficit fonctionnel temporaire, y compris les troubles dans les conditions d'existence liés à ce déficit, à la somme de 1.000 euros ;

12. Considérant qu'il résulte de l'instruction que Mme X. a subi des douleurs physiques et morales durant les jours qui ont suivi les trois opérations ; qu'elle a souffert physiquement de la déformation de son pied et moralement des échecs successifs de suture de son tendon d'Achille ; que l'expert a chiffré les souffrances endurées à 3,5 sur une échelle allant de 1 à 7 ; qu'il sera fait une juste appréciation de ces souffrances, physiques et psychiques, en les évaluant à la somme de 4.000 euros ;

13. Considérant qu'il résulte de l'instruction que Mme X. conserve comme séquelles de l'opération des difficultés à la marche avec boiterie, un manque de force de flexion plantaire rendant les escaliers et la conduite automobile difficiles et les stations debout prolongées douloureuses, et une importante déformation du gros orteil gauche ; que si l'expert n'a pas chiffré ce déficit fonctionnel permanent en points, il sera fait une juste appréciation de ce chef de préjudice en l'évaluant à la somme de 5 000 euros ;

14. Considérant que Mme X. subit un préjudice esthétique résidant principalement dans une légère boiterie, un épaissement du talon d'Achille et un gonflement de l'ensemble

de l'articulation de la cheville gauche ; qu'en l'absence de chiffrage de ce préjudice par l'expert, il en sera fait une juste appréciation en l'évaluant à la somme de 1 000 euros ;

15. Considérant que si Mme X. se plaint d'un préjudice d'agrément, elle ne fournit aucune justification des activités sportives ou de loisirs qu'elle pratiquait avant l'opération et auxquelles elle ne pourrait plus s'adonner ;

16. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que les préjudices de Mme X. doivent être évalués à la somme totale de 21 000 euros ; que le centre hospitalier Sud francilien doit être condamné à lui payer cette somme ;

Sur les droits de la Caisse primaire d'assurance maladie :

17. Considérant qu'aux termes de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale :
« Lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre./ Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après./ Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel. / Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée./ Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnifiant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice (...)L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer, en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident ainsi que les caisses de sécurité sociale auxquelles celle-ci est ou était affiliée pour les divers risques. Ils doivent appeler ces caisses en déclaration de jugement commun ou réciproquement. A défaut du respect de l'une de ces obligations, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans, à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y auront intérêt. » ;

18. Considérant que la CPAM de l'Essonne a justifié de ses débours, en lien avec l'accident médical du 25 janvier 2010, à hauteur de 18 959,97 euros de dépenses engagées ; qu'il y a lieu d'accorder à la CPAM le remboursement de cette somme ; qu'en revanche sa demande tendant à voir condamner le centre hospitalier à prendre en charge les prestations non connues à ce jour et celles susceptibles d'être servies ultérieurement n'est pas assortie de précisions suffisantes permettant de qualifier de certaines et d'évaluer les dépenses futures et doit dès lors être rejetée ;

Sur les dépens :

19. Considérant qu'aux termes de l'article R. 761-1 du code de justice administrative : « *Les dépens comprennent la contribution pour l'aide juridique prévue à l'article 1635 bis Q du code général des impôts, ainsi que les frais d'expertise, d'enquête et de toute autre mesure d'instruction dont les frais ne sont pas à la charge de l'Etat. / Sous réserve de dispositions particulières, ils sont mis à la charge de toute partie perdante, sauf si les circonstances particulières de l'affaire justifient qu'ils soient mis à la charge d'une autre partie ou partagés entre les parties. / L'Etat peut être condamné aux dépens* » ;

20. Considérant que les frais d'expertise et honoraires ont été taxés et liquidés à la somme de 800 euros, par ordonnance du 13 décembre 2013 du président du tribunal administratif de Versailles; qu'il y a lieu de les mettre à la charge définitive du centre hospitalier Sud francilien ;

Sur les conclusions tendant à l'application 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 qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de condamner le centre hospitalier Sud francilien à payer la somme de 2 000 euros à Mme X. ; que les conclusions de la CPAM, qui n'a pas eu recours à un avocat, ne peuvent qu'être rejetées ;

DECIDE

Article 1^{er} : Le centre hospitalier Sud francilien est condamné à payer à Mme X. la somme de 21 000 (vingt et un mille) euros en réparation de son préjudice.

Article 2 : Le centre hospitalier Sud francilien est condamné à payer à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne la somme de 18 959,97 euros en remboursement de ses débours.

Article 3 : Le centre hospitalier sud francilien est condamné à payer à Mme X. la somme de 2 000 euros au titre de l'article L 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : Les frais d'expertise taxés et liquidés à la somme de 800 euros sont mis à la charge définitive du centre hospitalier sud francilien.

Article 5 : Le surplus des conclusions des parties est rejeté.

Article 6 : Le présent jugement sera notifié à Mme X. , à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne et au centre hospitalier Sud francilien.

Copie en sera adressée à l'expert

Délibéré après l'audience du 3 février 2015, à laquelle siégeaient :

Mme Desticourt, président,
Mme Moureaux-Philibert, premier conseiller,
Mme Gest, premier conseiller,

Lu en audience publique le 10 mars 2015.

Le rapporteur,

signé

J. Gest

Le président,

signé

O. Desticourt

Le greffier,
Signé²

N. Mélia

La République mande et ordonne au ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, en ce qui le concerne ou à tous huissiers 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.